Aus dem Institut für Vermittlungskompetenz in den Sportarten

der Deutschen Sporthochschule Köln

Geschäftsführender Leiter: Jun.-Prof. Dr. Tobias Vogt

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive – eine explorative Studie –

An der Deutschen Sporthochschule Köln

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sportwissenschaft

angenommene Dissertation

vorgelegt von

Sven Ringel

aus

Freiberg

Köln 2021

Erster Gutachter:	Prof. Dr. Dr. Swen Körner
Zweiter Gutachter:	Prof. Dr. Dr. Eckhard Meinberg
Vorsitzender des Promotionsausschusses:	Prof. Dr. Mario Thevis
Datum der Disputation:	20.08.2021

Eidesstattliche Versicherung gem. § 7 Abs. 2 Nr. 4 und 5 der Promotionsordnung der Deutschen Sporthochschule Köln, 20.02.2013:

Hierdurch versichere ich:
Ich habe diese Arbeit selbstständig und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen und technischen Hilfen angefertigt; sie hat noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen. Wörtlich übernommene Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitate kenntlich gemacht worden.

Hierdurch erkläre ich, dass ich die „Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Sporthochschule Köln eingehalten habe.

Datum, Unterschrift

20.09.2021

“The future of physical therapy is in your hands.
To each mind is offered its choice between ideas and somnolence,
its choice between questing and resting.
Take wichever you please.
You can never have both.”

(Helen J. Hislop)

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 7

Abbildungsverzeichnis 8

Tabellenverzeichnis 9

Zusammenfassung 11

Abstract 12

1 Einleitung 14

1.1 Problemaufriss 14

1.2 Zielsetzung 19

1.3 Forschungsfragen 21

1.4 Aufbau der Arbeit 22

2 Theoretischer Bezugsrahmen 25

2.1 Physiotherapie: Implikationen eines Gesundheitsfachberufes 25

2.1.1 Zur Geschichte der Physiotherapie 29

2.1.2 Im Spannungsfeld der Moderne 31

2.1.3 Perspektiven der Physiotherapie 38

2.1.4 Kompetenzen in der Physiotherapie 40

2.1.5 Berufsidentität: im Schatten der Ärzte 43

2.1.6 Clinical Reasoning 45

2.1.7 Evidence Based Practice 48

2.1.8 Direct Access in der Physiotherapie 50

2.1.9 Vom biopsychosozialen Modell bis zur Movement Continuum Theory 52

2.2 Professionalisierung als berufssoziologischer Prozess 58

2.2.1 Verberuflichung von Arbeit 60

2.2.2 Ausgestaltung einer Profession 62

2.2.2.1 Merkmalsorientiertes Konzept 63

2.2.2.2 Strukturfunktionalistisches Modell 64

2.2.2.3 Machttheoretisches Modell 65

2.2.2.4 Interaktionistische Perspektive 66

2.2.2.5 Systemtheoretischer Ansatz 67

2.2.2.6 Strukturtheoretischer Ansatz 70

2.2.3 Semiprofession und Deprofessionalisierung 71

2.2.4 Professionalität und professionelles Handeln ... 74
2.2.5 Der Weg zum Experten ... 80
2.2.6 Akademisierung als Initiator einer Professionalisierung ... 84
2.2.7 Ethik als Fundament einer Professionalisierung ... 88
2.3 Einführung in die Ethik ... 91
2.3.1 Pflichtenethik ... 94
2.3.2 Utilitarismus ... 97
2.3.3 Tugendethik ... 100
2.3.4 Verantwortungsethik ... 102
2.3.5 Berufsethik und Berufskodizes ... 104
2.3.6 Moralische Dilemmata und Lösungsstrategien ... 110
2.3.7 Bisherige Überlegungen zum Ethikunterricht ... 115
2.4 Einführung in die Moralpsychologie ... 118
2.4.1 Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit ... 121
2.4.2 Vier-Komponenten-Modell ... 126
2.4.3 Zwei-Aspekte-Modell ... 127
2.4.4 Bisherige Untersuchungen in der Physiotherapie ... 129
2.4.5 Bildung der Moralkompetenz ... 132
3 Methodologische Einordnung ... 137
3.1 Qualitative Sozialforschung als Forschungszugang ... 137
3.2 Das Experteninterview ... 138
3.3 Sampling der Experten ... 142
3.4 Interaktionsmuster und Konstruktion des Interviewleitfadens ... 144
3.5 Akquise und Erhebungsphase ... 145
3.6 Soziodemografische Daten der Probanden ... 146
3.7 Transkriptionsregeln und Auswertung ... 147
3.8 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertmethode ... 148
4 Ergebnisse ... 153
4.1 Themenblöcke und Kategorien ... 153
4.2 Hauptkategorie: Berufsbild ... 155
4.2.1 Berufsfunktion der Physiotherapie ... 156
4.2.2 Berufsspezifische Kompetenzen der Physiotherapeuten ... 163
4.2.3 Berufsspezifische Bildung ... 167

4.2.4 Berufsspezifische Merkmale von Physiotherapeuten 171
4.2.5 Strukturanalyse des physiotherapeutischen Handelns 177
4.3 Hauptkategorie: Professionalisierung der Physiotherapie 181
4.3.1 Verbandspolitik 182
4.3.2 Ausbildungsstrukturen 185
4.3.3 Auswirkung auf die Gesellschaft 190
4.3.4 Professionalität 194
4.3.5 Zum derzeitigen Spannungsfeld der Professionalisierung 200
4.4 Hauptkategorie: Ethik im berufspraktischen Alltag 202
4.4.1 Professionalisierung 203
4.4.2 Ethische Auseinandersetzung 206
4.4.3 Ethiktheorien 210
4.4.4 Zusammenfassende Implikationen der Ethik in einem beruflichen Kontext 214
4.5 Hauptkategorie: Bedeutung der Moral 216
4.5.1 Auswirkung auf die Professionalisierung 217
4.5.2 Ethik- und Moralkompetenzunterricht 219
4.5.3 Die Bedeutung der Moral im Prozess der Professionalisierung 223
4.6 Hauptkategorie: Moralische Dilemmata 223
4.6.1 Dilemmasituationen 224
4.6.2 Umgang mit Dilemmasituationen 233
4.6.3 Funktion der Dilemmasituationen im Kontext der Professionalisierung 237
4.7 Fazit der Ergebnisse im Kontext der Forschungsfragen 238
4.8 Skizze eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes 243
5 Diskussion 246
5.1 Folgen einer reflexiven Professionalität für das professionelle Handeln 246
5.2 Ausdifferenzierung eines Funktionssystems für die Physiotherapie 252
5.3 Relevanz der Ethik und Moralkompetenz im professionellen Aushandlungsprozess der deutschen Physiotherapie 258
5.4 Reflexion der Forschungsmethode hinsichtlich einer Verallgemeinerung der Ergebnisse 264
5.5 Ausblick 265
6 Literaturverzeichnis 268
Anhang ..... 2. Band

Abkürzungsverzeichnis

APA	Australian Physiotherapy Association
APTA	American Physical Therapy Association
B	Befragte/r
CMC	Current movement capability
DIT	Defining Issue Test
I	Interviewer
IFK	Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten
KG	Krankengymnastik
KGG	Krankengymnastik gerätegestützt
KMDD	Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion
MCT	Movement Continuum Theory
MDBB-Modell	Multidimensionales Belastungs-Belastbarkeits-Modell
MI	Motivational Interviewing
MT	Manuelle Therapie
PMC	Preferred movement capability
PS	Pain Science
SAB-Modell	Strukturell-anatomisch-biomechanisches Modell
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände
VDB	Verband der Selbstständigen in der Physiotherapie
VPT	Verband Physikalischer Therapie
ZNS	Zentrales Nervensystem
ZVK	Verband für Physiotherapie

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spiralmodell des Clinical-Reasoning-Prozesses 46
Abbildung 2: Handeln im Einzelfall – Stand des Wissens und weitere Determinanten 48
Abbildung 3: Multidimensional Movement Continuum of Physical Therapy 55
Abbildung 4: Beispiel des Bewegungspotenzials bei einer Rehabilitation 57
Abbildung 5: Verberuflichung, Professionalisierung und ihre Gegenprozesse 62
Abbildung 6: Theory of expert practice 81
Abbildung 7: Modell der Expertenentwicklung 83
Abbildung 8: Einteilung der Ethik 93
Abbildung 9: Kategorien von moralischen Dilemmata mit deren Unterpunkten 112
Abbildung 10: Das Zwei-Aspekte-Modell des moralischen Verhaltens 127
Abbildung 11: Generelles Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse 149
Abbildung 12: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse 151
Abbildung 13: Einteilung der Hauptkategorien anhand der Themeninhalte 153
Abbildung 14: Kategorien über die Häufigkeiten der moralischen Dilemmata 226

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über den Aufbau der vorliegenden Studie 24
Tabelle 2: Gesetzlich formulierte Ziele und zu vermittelnde Kernkompetenzen der Physiotherapieausbildung im Ländervergleich..... 32
Tabelle 3: Merkmale der Physiotherapieausbildung im Ländervergleich 33
Tabelle 4: Komponenten des RIPS-Modells 114
Tabelle 5: Themen, Kategorien, Methoden und Voraussetzungen für einen physiotherapeutischen Ethikunterricht 118
Tabelle 6: Zusammenfassende Beschreibung der Stufen des moralischen Urteils 123
Tabelle 7: Gegenüberstellung von Aspekte- und Komponenten-Modell 128
Tabelle 8: Unterschiedliche Gruppen und deren P-Werte 132
Tabelle 9: Soziodemografische Daten der Probanden 146
Tabelle 10: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Berufsbild..... 155
Tabelle 11: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsfunktion der Physiotherapie ... 156
Tabelle 12: Subkategorien der Kategorie Berufsfunktion 157
Tabelle 13: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsspezifische Kompetenzen..... 164
Tabelle 14: Subkategorien der berufsspezifischen Kompetenzen 165
Tabelle 15: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsspezifische Bildung 167
Tabelle 16: Subkategorien der berufsspezifischen Bildung 169
Tabelle 17: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsspezifische Merkmale 171
Tabelle 18: Subkategorien der berufsspezifischen Merkmale 173
Tabelle 19: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Professionalisierung der Physiotherapie..... 181
Tabelle 20: Definition und Anwendung der Kategorie: Verbandspolitik..... 182
Tabelle 21: Subkategorien der Verbandspolitik 183
Tabelle 22: Definition und Anwendung der Kategorie: Ausbildungsstrukturen 186
Tabelle 23: Subkategorien der Ausbildungsstrukturen..... 187
Tabelle 24: Definition und Anwendung der Kategorie: Auswirkungen auf die Gesellschaft .. 190
Tabelle 25: Subkategorien der Auswirkung auf die Gesellschaft..... 191
Tabelle 28: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Ethik im berufspraktischen Alltag 202
Tabelle 29: Definition und Anwendung der Kategorie: Professionalisierung..... 203
Tabelle 30: Subkategorien der Professionalisierung 204
Tabelle 31: Definition und Anwendung der Kategorie: Ethische Auseinandersetzung 207
Tabelle 32: Subkategorien der ethischen Auseinandersetzung..... 208
Tabelle 33: Definition und Anwendung der Kategorie: Ethiktheorien..... 210

Tabelle 34: Subkategorien der Ethiktheorien 211
Tabelle 35: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Bedeutung der Moral 216
Tabelle 36: Definition und Anwendung der Kategorie: Auswirkung auf die Professionalisierung 217
Tabelle 37: Subkategorien der Auswirkung auf die Professionalisierung 218
Tabelle 38: Definition und Anwendung der Kategorie: Ethik- und Moralkompetenzunterricht 220
Tabelle 39: Subkategorien des Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes 221
Tabelle 40: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Moralische Dilemmata 224
Tabelle 41: Definition und Anwendung der Kategorie: Dilemmasituationen 225
Tabelle 42: Definition und Anwendung der Kategorie: Umgang mit Dilemmasituationen 234
Tabelle 43: Subkategorien des Umgangs mit Dilemmasituationen 235
Tabelle 44: Skizze für einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht für die deutsche Physiotherapie 245

Zusammenfassung

Die Physiotherapie befindet sich derzeit in einem berufseigenen Entwicklungsprozess, in dem neue Zuständigkeiten wie Direktzugang, Akademisierung und professionelle Handlungsstrukturen ausdifferenziert werden müssen. Dabei lässt sich erkennen, dass die Grundlagen dieser Aushandlung auf einem bislang ungenutzten ethischen Unterbau aufliegen und eine Moralkompetenz der Physiotherapeuten in Gänze vernachlässigt wird. Zudem zeigt sich, dass diese Professionalisierung unsystematisch und ohne genauen Theoriebezug durchgerungen werden soll, was eine Strukturierung dieser Entwicklung bislang verhindert. Genutzt werden sollen unterschiedliche Professionsmodelle, um eine Professionalisierbarkeit dieses Berufsbildes zu untermauern und darauf ein moralisches Handeln aufzusetzen. Aus einer ethischen Perspektive sollen darüber hinaus komplexe Dilemmata herausgefiltert sowie in eine praktische Lehrbarkeit überführt werden, um eine Neuausrichtung des Berufsethos sowie eine geeignete Moralkompetenz der Physiotherapeuten zu elaborieren. Dies soll dazu führen, dass sie in Zukunft autonome Entscheidungen verantwortungsvoll vertreten können, wodurch eine Diskussion auch in diesem Themenbereich initiiert bzw. intensiviert werden kann. Mit einem teilstrukturierten Experteninterview mit 15 Physiotherapeuten soll ein qualitativer Forschungszugang genutzt werden, um neue Erkenntnisse offen und flexibel zu gewinnen. Gerade im Bereich der Professionalisierungsforschung wird oft auf diesen Zweig der Sozialforschung zurückgegriffen, um die unterschiedlichen Lebenswelten der Studienteilnehmer zu strukturieren und Perspektiven einer dynamischen Berufssituation zu erzeugen. Die Ergebnisse zeigen, dass die bisherige Auseinandersetzung im ethisch-moralischen Themenbereich für die praktizierenden Therapeuten unvollständig oder gar nicht gegeben ist. Mithilfe der Struktur- und Systemtheorie konnten ein professionelles Handlungsideal sowie eine genauere Berufsfunktion für die deutsche Physiotherapie erschlossen werden, was eine Berufsethik und moralisches Handeln durch einen eigens entwickelten Ethik- und Moralkompetenzunterricht fördert. Des Weiteren konnten typische Dilemmasituationen herausgearbeitet werden, die im Berufsalltag besonders häufig vorkommen. Diese Diskrepanz zwischen einem physiotherapeutischen Idealtyp und dem tatsächlichen Handlungsmuster lässt sich durch eine reflexive Professionalität mit einer entsprechenden moralischen Fähigkeit überwinden, indem ein reflektierter Umgang mit professionstypischen sowie ethischen Fragestellungen durch das eigene Berufsbild vermittelt wird.

Abstract

Physiotherapy is currently in a process of professional development in which new responsibilities such as direct access, academization, and professional action have to be differentiated. It can be seen that the foundations of these negotiations are rarely based on a ethical foundation and that the moral competence of physiotherapists is completely neglected. It is also apparent that this professionalization is to be carried out unsystematically and without a precise theoretical reference, which has so far prevented the structuring of this development. Different professional models are to be used to underpin the professionalization of this profession and to consolidate professional ethics. Furthermore, complex dilemmas are to be filtered out from an ethical perspective and transferred into practical teachability in order to develop a new orientation of professional ethics, as well as an appropriate moral competence of physiotherapists so that they can represent autonomous decisions in a responsible manner in the future, and to initiate a discussion in this subject area is also initiated or rather can be intensified. With a semi-structured expert interview of 15 physiotherapists, a qualitative research approach will be used to gain new insights in an open and flexible way. Especially in the field of professionalization research, this branch of social research is often used to structure the different life views of the study participants and to generate perspectives of a dynamic professional situation. The results show that the previous debate on ethical and moral issues is incomplete or non-existent for practicing therapists. With the help of structure and system theory, it was possible to develop a professional ideal of action, and a more precise professional function for German physiotherapy, which promotes professional ethical and moral action through specially developed ethics and moral competence teaching. Furthermore, typical dilemma situations were identified that occur particularly frequently in everyday working life. This discrepancy between an ideal physiotherapeutic type and the actual pattern of action can be overcome by reflective professionalism and moral competence by providing a reflective approach to typical professional but also ethical questions through one's own professional profile.

Geschlechterbezeichnung im Text

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertation bei der Bezeichnung von Personengruppen die maskuline Form verwendet. Wenn zum Beispiel die Rede von Physiotherapeuten ist, sind selbstverständlich auch Physiotherapeutinnen oder Diverse einbezogen. Dies gilt nicht, wenn explizit zwischen weiblicher, diverser und männlicher Form in einer Gruppe unterschieden wird.

1 Einleitung

1.1 Problemaufriss

Geht es nach dem Weltverband der Physiotherapie, so können durch physiotherapeutische Interventionen gerade bei Funktionsverlust durch Alter, Verletzung, Schmerzen und Krankheiten sowie diversen Umweltfaktoren die individuelle Funktionalität und die Teilhabe am Leben für bestimmte Personen oder Personengruppen erhalten oder gefördert werden (WCPT, 2017a). Der Physiotherapeut trifft dabei klinisch verantwortungsvolle Entscheidungen über den Ausgang der Behandlung, der durch unterschiedliche Einflüsse erzielt werden soll. Dies setzt ein erhebliches Maß an Fachkompetenzen, Integrität und Verantwortung voraus.

Nach einem Hilfsmittelreport der BARMER GEK sind die Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen im Zeitraum von 2012 bis 2013 um 4,59 % und im darauffolgenden Jahr um weitere 7,78 % gestiegen (Müller, Rothgang & Glaeske, 2015; Sauer, Rothgang & Glaeske, 2014). Auch stiegen die Gesamtkosten der gesetzlichen Krankenversicherung für physiotherapeutische Maßnahmen von 2014 zu 2015 von 4,17 Milliarden Euro auf 4,4 Milliarden Euro, was auf das stetig wachsende Behandlungsvolumen zurückzuführen ist (Reinhard, 2017; Waltersbacher, 2015; 2016). Dabei lässt sich der Trend erkennen, dass immer häufiger ältere Menschen mit multimorbiden Erscheinungen und chronischen Erkrankungen die Hilfe eines Physiotherapeuten in Anspruch nehmen (BMBF, 2014; Brechtel, Kossack & Grandt 2016). Durch diese Entwicklung wird klar, dass die Physiotherapie eine nicht unbedeutende sozioökonomische Rolle in der Gesundheitsversorgung einnimmt und vorhandene Ressourcen transparent und effizient bereitstellen muss.

In 260 Berufsfachschulen melden sich jährlich ca. 21 500 Schüler für die dreijährige Ausbildung zum Physiotherapeuten an, wobei der Anteil bei knapp 13 500 Frauen und etwa 8000 Männer liegt (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017a). Gemäß den Ausführungen des Verbandes für Physiotherapie (ebd.) absolvieren jährlich beinahe 5500 angehende Therapeuten die Ausbildung. Jedoch zeichnet sich in Deutschland seit fast 20 Jahren ein Paradigmenwechsel in der Physiotherapie ab. Während dieser Beruf bisher weitgehend als praktisch orientiert angesehen wurde, ist es mittlerweile auch möglich, dieses Fach an Fachhochschulen zu studieren. Laut einiger Hochschulumfragen hat sich die Zahl der Studienabschlüsse von 915 im Jahr 2008 auf 4022 im Jahr 2017 und weiter auf 5247 in 2019 erhöht (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017b; Deutscher Verband für Physiotherapie, 2020). Dies bedeutet, dass von rund 199 000 beschäftigten Physiotherapeuten derzeit etwa 2,6 % mindestens auf Bachelor-Niveau arbeiten (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2020), die sich als „High Potenzials“ (Höppner, 2009, S. 45) auf dem Arbeitsmarkt behaupten müssen. Der Anteil der jährlich

akademisierten Physiotherapeuten liegt nach der neuesten Hochschulbefragung bei ca. 10 % (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2020). Zudem möchte der Wissenschaftsrat der Gesundheitsfachberufe diese Quote von jährlichen Hochschulabschlüssen auf 10 bis 20 % erhöhen (Wissenschaftsrat, 2012).

Die Erwartungen einer derartigen Akademisierung betreffen die Verwissenschaftlichung des Berufsbildes durch eine eigenständige Forschung sowie Disziplinbildung (Richter, 2016), die das Reflexionsvermögen der praktischen Tätigkeit der einzelnen Therapeuten stärkt, sodass sie komplexe Situationen durch evidenzbasiertes Handeln effektiver bewältigen können (Friedrichs & Schaub, 2011). Durch eine akademische Reformierung steigen zudem die Chancen, sich von einem weisungsgebundenen „Heilhilfsberuf" zu emanzipieren und zu einer eigenständigen Profession zu entwickeln. Die Physiotherapie in Deutschland ist angesichts ihrer momentanen Kompetenzlage jedoch weit davon entfernt, weil sie durch den Ausbildungs- und Forschungsstand dem Ausland formal ca. 15 bis 20 Jahre „hinterherhinkt" (Schämann, 2002, zit. n. Schämann, 2006, S. 26) und sich innerhalb der europäischen Union als einzige Berufsgruppe mit einer berufsfachschulischen Ausbildung auszeichnet (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017d). Dieser Umstand wird verstärkt, da auf Bundesebene noch kein einheitliches Curriculum vorliegt, welches die Qualität der Ausbildung formuliert, wodurch eine Professionalisierung ebenfalls gehemmt wird (Funk, 2008; Hügler, 2017; Lehmann et al., 2014; Schämann, 2006). Schämann (2006) beschreibt die Professionalisierung als einen Prozess, den Berufe durchlaufen können, um sich letztendlich zu einer Profession, also zu einer gesonderten Form beruflichen Handelns, zu entwickeln. In der Regel werden solche Vorhaben durch eine vorangegangene Frustration der Berufsangehörigen initiiert, die das Streben nach eigenständigem und professionellem Handeln, besserer Entlohnung, nach einer formulierten Berufsethik und Mitgestaltung der eigenen Ausbildung fordern (Nittel, 2000; Schämann, 2006). Somit kann die Professionalisierung als eine berufssoziologische Transformation gedeutet werden, bei der professionelle Handlungsstrukturen, systematisches und akademisches Wissen sowie eine soziale Ausrichtung auf gesellschaftliche Probleme von den Berufsinhabern eingeleitet werden (Hartmann, 1972; Schaeffer, 1994; Seltrecht, 2016).

Einige Berufsverbände fordern aufgrund der derzeitigen Professionalisierungsdiskussion und des Gedankens einer unabhängigeren Berufstätigkeit, den „Direct Access" auch in Deutschland einzuführen (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2013; IFK, 2007; SHV, 2019). Dieser wird als ein Direktzugang für Patienten beschrieben, der es erlaubt, therapeutische Leistungen auch ohne ärztliche Verordnung in Anspruch zu nehmen (Zalpour, 2008). Dies setzt allerdings voraus, dass der Arzt der alleinigen Verantwortung enthoben wird und jeder einzelne Physiotherapeut diese übernehmen muss.

Experten bemängeln, dass die Therapeuten bislang nicht die benötigten Ausbildungsstandards erfüllen (Klein, Rottler & Wietersheim, 2018; Konrad, Konrad & Geraedts, 2017; Rothstein, 1991) sowie sozialpolitische Entscheidungen und rechtliche Vorgaben fehlen, um eigenständig neben der bereits etablierten Profession des Arztes arbeiten zu können. Dies untermauert zudem den Stellenwert einer geeigneten Professionalität der Physiotherapeuten für ihre praktische Tätigkeit, damit sie den Autonomieforderungen auch gerecht werden können.

Weitere komplexe Themengebiete einer physiotherapeutischen Handlungspraxis sind die umfängliche Inventarisierung der Patientenproblematik und die daraus resultierende Therapiestrategie. Dieser Prozess wird als „clinical reasoning“ beschrieben und kombiniert Denk- und Entscheidungsvorgänge des Therapeuten während der gesamten Behandlung des Patienten, indem eigenverantwortlich agiert wird und/oder die Anweisungen der Entscheidungsträger kritisch reflektiert werden (Jones, 1997). Solche differenzierten Fähigkeiten sind nicht nur auf die praktische Anwendung von Fachwissen zurückzuführen, sondern berücksichtigen neben der Beziehungsfähigkeit auch persönliche Werte und Normen der involvierten Personen (Klemme & Siegmann, 2015). Dies setzt ethisches Reflexionsvermögen und ein hohes Maß an Verantwortung voraus (Magistro, 1989), da die fachspezifischen Kenntnisse auf dem neuesten Stand der Wissenschaft basieren und zum Wohl des individuellen Patienten die effektivste Maßnahme gewählt werden sollte. Dadurch wird der Physiotherapeut auch als ein moralischer Akteur im beruflichen Handeln skizziert (Triezenberg & Davis, 2000). Oftmals sind therapeutische Entscheidungen überaus komplex und müssen innerhalb weniger Sekunden oder Minuten getroffen werden, weshalb eine ethische Auseinandersetzung bewusst in der Ausbildung und im berufspraktischen Alltag reflektiert werden muss (Clawson, 1994).

Hieraus ergibt sich eines der essenziellsten Probleme für die Physiotherapie in Deutschland.

Während international die Diskussion zwischen Professionalisierung und Ethik gleichzeitig ablief, wurde sich in Deutschland überwiegend auf die klinische Forschung beschränkt (Scheel, 2013), obwohl die Diskussion ethischer Fragen einen überaus wichtigen Teil einer Professionalisierung ausmacht (Hudon et al., 2014; Hudon et al., 2016; Schwerdt, 2002; Stichweh, 1994). Gabard und Martin (2011) halten fest, dass die Ethik den Kern einer Profession formuliert und dadurch das Vertrauen der Gesellschaft gewonnen werden kann. Auch hat der Weltverband der Physiotherapeuten (WCPT) einen Ethikkodex formuliert, der ständig weiterentwickelt wird (WCPT, 2019). Jedoch wurde dieser erst 2017 in die deutsche Sprache übersetzt (Scherfer et al., 2017) und gilt bislang nur als lose Richtschnur für praktizierende Physiotherapeuten. Auch wird der Ethikunterricht lediglich als Unterpunkt in der Berufsfachschulausbildung genannt (BMJV, 2019a) und ist vorerst nur in den meisten Hochschulen fester Bestandteil des Curriculums (Jurgons, 2008). Dies wird jedoch als

Grundvoraussetzung einer professionellen physiotherapeutischen Berufstätigkeit angesehen (WCPT, 2011a) und soll ein auf den Patienten bezogenes moralisches Handeln ermöglichen (Triezenberg & Davis, 2000). Das bedeutet, dass der Unterschied der Fachschulausbildung gegenüber dem Fachhochschulstudium nicht nur im Erwerb theoretischer und methodischer Kompetenzen liegt, sondern auch eine differenzierte Perspektive ethischer Kontextsituationen eröffnet. Ebenfalls wird in der Fachliteratur beschrieben, dass die explizite Entwicklung eines Berufsethos von besonderer Bedeutung ist, um eine Art Kollektivbewusstsein zu erzeugen und eine Professionalisierung entscheidend beeinflusst (Finch, Geddes & Larin, 2005; Schämann, 2006; Stichweh, 1994; 1996). Aus diesem Grund muss eine ethische Ausrichtung in der deutschen Physiotherapie verankert werden. Und die moralische Entwicklung des individuellen Therapeuten muss in Zukunft einen höheren Stellenwert einnehmen, um den Forderungen nach einem Direktzugang sowie einer beruflichen Selbstverwaltung gerecht werden zu können. Ein dergestalt aufgeklärter Physiotherapeut soll sich aus freiem Willen dazu entscheiden, eine von ihm selbst gewollte moralische Haltung zu entwickeln und ein professionelles Rollenbild auskleiden, da eine halbherzige Berufsidentität die Gefahr einer mittelmäßigen Berufsausübung in sich birgt (Sennett, 2002, zit. n. Strassnitzky, 2009, S. 28). In diesem Zusammenhang zeichnet sich ein neues Problem der Physiotherapie ab und zentralisiert eine weitere bedeutende Dimension der vorliegenden Studie. Fragen der Ethik tangieren auch immer im Wesentlichen das eigene und soziale Identitätsverständnis oder die Beschäftigung mit einer idealen Vorstellung von gewissen Handlungsweisen.

Einige Experten erkennen das Grundproblem und pointieren hierzu: „Die Auseinandersetzung mit der Ethik ist für den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie zwar maßgeblich, jedoch nicht oder nur teilweise vorhanden“ (Jurgons, 2008, S. 1). An anderer Stelle heißt es: „Der Berufsgruppe fehlen Überzeugungen sowie Normen und Werte“ (Ophey, Beenen & Bant, 2007, S. 2). So stellt auch Richter fest (2016, S. 45): „Die Frage nach den typischen Merkmalen beruflicher Tätigkeit in der Physiotherapie bleibt bislang unbeantwortet.“ Daher erscheint es nicht verwunderlich, dass die Berufsidentität mehr als uneinheitlich wirkt (Rohrbach, Grafe & Zalpour, 2013; Schämann, 2006) und ein gemeinsames berufliches Selbstbewusstsein hemmt. Dies mündet in unklaren Berufstätigkeiten und erschwert die Grundlage einer ethisch reflektierten Handlungspraxis. Aus diesem Grund sieht Richter (2016) dieses Berufsbild nicht nur im Widerstreit mit dem „älteren Geschwister“ – der Medizin –, sondern auch im Streit mit sich selbst, was er mit einer eigenen abgrenzenden und gegenstandsbezogenen Definition ferner einer eigenen Berufsfunktion mit einer kritischen erkenntnisgewinnenden Grundlagenforschung aufzulösen empfiehlt. Zusätzlich könnte

hierdurch eine elementare Begründung eines systemdefinierenden Kompetenzmonopols als Basis einer Profession aufgebaut werden.

Da es sich bei der deutschen Physiotherapie um eine relativ junge und wissenschaftsferne Disziplin handelt, kann sie auf keinen umfassenden ethischen Forschungsfundus zurückgreifen. Sie muss sich vielmehr angesichts einer Zunahme an wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen sowie Wissensimporten vonseiten der Philosophie und anderen Wissenschaftsfeldern emanzipieren und dadurch gestärkt werden (Wilimczik, Bollert & Geuters, 2009). Nicht nur die Fähigkeit des Subjekts zum eigenständigen moralischen Handeln gilt es hervorzuheben, sondern auch die Bereitschaft zu fördern, persönlich Verantwortung zu übernehmen, um kollektiv das Berufsbild weiterzuentwickeln und durch eine wissenschaftlich reflexive Handlungsstruktur zu prägen. In diesem Sinne ist die Moral eine auf spezifischen Werten und Normen basierende Praxis, die konkrete Handlungsmuster gestaltet (Meinberg, 1995). Sie wurde von Kohlberg (1964) als eigenständige psychologische Fähigkeit etabliert, die in dieser Arbeit eine besondere Aufmerksamkeit erfährt. Konflikte oder alltagspraktische Entscheidungen können dank dieser Fähigkeit konstruktiv und ohne Einsatz unfairer Mittel gelöst werden. Dadurch werden moralische Qualitäten zur Urteilsfindung aufgrund ethischer Argumente und nicht anhand subjektiver Meinungen bewertet. Da die Patienteninteraktion in den Therapieberufen als ein wichtiger Teil angesehen wird, sollte das Ziel der Ausbildungsinstitute neben den fachlichen Kompetenzen ebenfalls darin liegen, die Moral auszubilden (Lind, 2015). Schämann (2006) schlussfolgert diesbezüglich in ihrer Dissertation, dass die Vermittlung von ethisch-moralischen Grundsätzen mit einer adäquaten Integration in die Berufspraxis einen elementaren Stellenwert für die Physiotherapie einnimmt, um ein berufliches Selbstbewusstsein und eine kollektive Identität zu entwickeln.

Um eine positive Berufsentwicklung in der Physiotherapie zu intendieren, sollten sich auch die Lehrinstitutionen gezielter auf diese Handlungskompetenzen ausrichten, um in Zukunft eine bedarfsgerechte und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Experten sehen es als einen wesentlichen Teil der Ausbildung an, die Therapeuten für die ethische Verantwortung im Berufsalltag zu sensibilisieren, um ein professionelles Verhalten der Physiotherapeuten sicherzustellen (Finch, Geddes & Larin, 2005; Geddes, Salvatori & Eva, 2009; Sisola, 2000; Triezenberg & Davis, 2000). Swisher (2010) konstatiert, dass die moralische Urteilsfähigkeit von Physiotherapeuten im Vergleich zu ähnlichen Berufsgruppen weniger ausgeprägt ist, sodass sie ebenfalls eine systematische Integration in die Ausbildung fordert. Finch et al. (2005) merken ebenfalls an, dass ein Großteil der in ihrer Studie befragten Physiotherapeuten in kritischen Situationen kaum ethische Prinzipien oder normative Theorien anwenden und ein fehlendes Verständnis dieser ethischen Entscheidungsfindung zu einer eingeschränkten Effektivität der Therapie führen kann.

Die Bildung eines kollektiven Berufsethos der deutschen Physiotherapie sowie einer moralischer Handlungskompetenz des individuellen Physiotherapeuten scheint in der bisherigen Berufsentwicklung unterrepräsentiert zu sein. Dies spielt im Zuge des Professionalisierungsdiskurses eine bedeutende Rolle, um sich den internationalen Berufsnormen anzupassen, national mehr Autonomie und Professionalität zu erlangen sowie in den kommenden Jahren eine effektivere Gesundheitsversorgung der Gesellschaft bzw. jedes einzelnen Patienten gewährleisten zu können.

1.2 Zielsetzung

Da eine diffuse Berufsidentität sowie eine unklare Berufslogik in der deutschen Physiotherapie diagnostiziert werden können und diese durch eine ungenügende ethische Diskussion begleitet wird, soll zu Beginn eine Schärfung einer idealtypischen Handlungsstruktur vorgeschlagen werden, um daraus eine professionelle Berufsfunktion zu rekonstruieren sowie Chancen und Risiken des beruflichen Entwicklungsprozesses der Physiotherapie darstellen zu können. Dies dient insbesondere dazu, um sich als eine separat im Gesundheitssystem eingegliederte Funktionsrolle herauszuheben sowie ein Fundament für die Entwicklung eines einheitlichen Berufsethos zu schaffen. Erst durch ein konsistentes berufliches Leitbild und ethischen Handlungsweisen einschließlich ihrer systemdefinierenden Anwendung kann eine Professionalisierung strukturiert werden (Stichweh, 1992; 1994). Dadurch soll ein zentraler Teil einer „Selbstthematisierung[] professioneller Beruflichkeit“ (Stichweh, 1996, S. 66) sowie ein selbstinitiiertes Lösungsmuster für Funktionsprobleme der eigenen Berufszuständigkeit erarbeitet werden (ebd.).

Des Weiteren liegt das Ziel der vorliegenden Studie darin, zu beschreiben, inwieweit die deutschen Physiotherapeuten bewusst die Bedeutung einer Berufsethik und eine moralische Fähigkeit für die Entwicklung einer beruflichen Professionalität wie auch der Professionalisierung begreifen. Darüber hinaus sollen moralische Dilemmata herausgearbeitet werden, die häufig im Arbeitsalltag als problematisch angesehen werden. Dies soll für die Ausbildung genutzt und ausblickend eine ethische Auseinandersetzung eingeleitet werden, da eine Reflexion berufseigener Konfliktsituationen, mit denen sich eine Berufsgruppe besonders häufig konfrontiert sieht, ebenfalls ein bedeutendes Element des Professionalisierungsprozesses darstellt (Triezenberg, 1996). Diese moralischen Zwangslagen gelten in den physiotherapeutisch professionalisierten Ländern wie den Vereinigten Staaten, Kanada, Großbritannien, Finnland und Dänemark als identifiziert und in die Ausbildung integriert, um die Berufsadepten auf ihre zukünftigen Aufgaben vorzubereiten (Barnitt, 1998; Geddes, Wessel & Williams, 2004; Guccione, 1980; Hudon, Drolet & Williams-Jones, 2015; Kulju, Suhonen & Leino-Kilpi, 2013; Praestegaard & Gard, 2013; Triezenberg, 1996). Jedoch unterscheiden sie sich innerhalb der

Gesundheitsfachberufe sowie der divergierenden Gesundheitssysteme und gelten vor allem in der Physiotherapie als einzigartig (Swisher, 2002), was zudem die Notwendigkeit einer genaueren Betrachtung nunmehr auch in Deutschland unterstreicht.

Die moralischen Dilemmata sowie die professionsbezogenen und ethischen Ansichten von fünf Physiotherapeuten mit einer Berufsfachschulausbildung und jeweils fünf Physiotherapeuten mit Bachelor- und Masterabschluss sollen herausgearbeitet werden, um möglichst viele unterschiedliche Perspektiven zu erfassen und für einen beruflichen Entwicklungsprozess einzusetzen. Vor diesem Hintergrund konnte gezeigt werden, dass unterschiedliche Bildungsschwerpunkte einen erheblichen Einfluss auf die moralische Entwicklung haben und dass dies zu einer Differenzierung des moralischen Urteils sowie den daraus resultierenden Handlungsfolgen führt (Gaul, 1987; Schillinger, 2006). Aus diesen Ergebnissen mit deren Relationierung soll eine makrodidaktische Skizze für einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht konzipiert werden, um den Lernenden bzw. Studierenden einen verantwortungsvollen Umgang mit ethischen Aufgabenstellungen sowie die Entwicklung eines physiotherapeutischen Ethos in Form eines professionellen Habitus zu ermöglichen (Begemann, Heckmann & Weber, 2016; Finch, Geddes & Larin, 2005). Ferner soll ihre Fähigkeit geschärft werden, unter Anwendung persönlicher Werte ein verantwortungsbewusstes Handeln aus den richtigen Gründen abzuleiten (Gabard & Martin, 2011; Peer & Schlabach, 2007), das sie dazu befähigt, sich an professionellem Handeln auszurichten, um eine bedarfsgerechte Patientenversorgung zu gewährleisten. Erst nachdem die zentrale Rolle der Ethik im Umgang mit den Patienten erkannt und ein konsistenter Ethikunterricht im Curriculum verankert wurde, ist es der Physiotherapie möglich, sich zu professionalisieren (Triezenberg & Davis, 2000). In diesem Zusammenhang wurde nachgewiesen, dass durch entsprechende Bildungsmaßnahmen die Kompetenz gestiegen ist, ethische Fragestellungen angemessener zu reflektieren und moralische Handlungen besser zu beurteilen, sodass diese in einer potenzierten Form einer Professionalität angewandt werden können (Bebeau & Thoma, 1994; Geddes, Salvatori & Eva, 2009; Krawczyk, 1997; Lind, 2015; Rest & Thoma, 1985; Schlaefli, Rest & Thoma, 1985; Swisher et al., 2012): „The way students will live their lives as professionals is constructively influenced by ethics courses“ (Rest & Narváez, 1994, S. x).

Ein weiteres Ziel ist es, einen Diskurs über die Moralkompetenz des individuellen Therapeuten im Zuge der Professionalisierung zu initiieren, der sich nicht nur auf die evidenzbasierte Behandlung des Patienten konzentriert, sondern darüber hinaus dazu führen soll, eine (selbst-)reflektierte Sichtweise in die Praxis einzubinden. Damit soll ein allgemeines Bewusstsein für eine Ethik im Beruf des Physiotherapeuten, eine moralische Expertise und die verantwortungsvolle Anwendung in der Berufspraxis geschaffen und dieser Themenkomplex erweitert werden. Johnson und Abrams (2005) sehen

vor allem in einem unabhängigen moralischen Urteil des Physiotherapeuten eine enorme Steigerung der Berufsautonomie, was mit dem Direktzugang als berufspolitisches Ziel einer Professionalisierung unterstrichen wird. Neben den Untersuchungen von Jurgons (2008; 2010) und Scheel (2013), die sich mit einer berufsethischen Skizzierung befasst haben, wurde bislang keine wissenschaftliche Arbeit in Deutschland veröffentlicht, die sich aus dieser Perspektive einer ethisch-moralischen Annäherung in Bezug zur Professionalisierung der deutschen Physiotherapie gewidmet hat. Durch die vorliegende Untersuchung sollen nicht nur Rückschlüsse auf die derzeitige Berufskultur der Physiotherapie in Deutschland ermöglicht werden, sondern auch ein Ausblick auf weitere notwendige Studien in diesem Themenbereich.

1.3 Forschungsfragen

Mit der erstrebten Aussicht einer professionellen Handlungsstruktur, einer klaren Berufsfunktion und eines gesteigerten ethischen Reflexionsvermögens der deutschen Physiotherapeuten ergibt sich folgend die Fragen nach der konkreten Interpretation des Berufsbildes, welche moralischen Dilemmata die Berufsangehörigen bewusst im Berufsalltag wahrnehmen und wie dadurch die Professionsbestrebungen beeinflusst werden können. Von diesem Standpunkt aus soll eine Perspektive hinsichtlich des ethischen und moralischen Verständnisses in der Berufsgruppe eröffnet werden, um eine Kompetenzerweiterung und einen weiteren Impuls hinsichtlich der bestehenden Professionalisierungsabsichten zu erwirken. Da sich ein solches Vorhaben direkt in der Berufsgruppe widerspiegelt und in hohem Maße durch die Mitglieder mitgestaltet wird, soll ein subjektnaher Zugang gewählt werden, um eine individuelle Perspektive zu diesem Kontext zu erhalten. Gerade bei diesem noch ungenügend erforschten Themengebiet der deutschen Physiotherapie ist anzunehmen, dass berufsorganisatorische und -biografische Einflüsse von großer Bedeutung sind.

Aus den bisherigen Ausführungen werden daher folgende Forschungsfragen abgeleitet:

- Kann anhand der berufstypischen Handlungsstruktur überhaupt ein professionelles physiotherapeutisches Berufsbild realisiert werden, auf dessen Grundlage sich ein autonomes moralisches Handeln herausbilden kann?
- Wie blicken die befragten Therapeuten auf das derzeitige Spannungsfeld der deutschen Physiotherapie? Und welche Chancen können daraus abgeleitet werden, um das Berufsbild zu professionalisieren?

- Sind sich die befragten Physiotherapeuten der Bedeutung einer Ethik im Beruf sowie einer moralischen Kompetenz der Therapeuten in Bezug auf eine professionelle physiotherapeutische Alltagspraxis bewusst?
- Mit welchen ethischen Fragestellungen und Dilemmata sehen sich die befragten Physiotherapeuten im Berufsalltag konfrontiert? Und wie lassen sich diese Befunde für eine Professionalisierung nutzen?
- Können aus den gesammelten Daten essenzielle Inhalte für einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht für die deutsche Physiotherapie skizziert und aufbereitet werden?

Den zentralen Forschungsfragen gliedern sich wiederum Aspekte zur Aufbereitung der deutschen Physiotherapie, der unterschiedlichen Mechanismen einer Professionalisierung sowie der Ausarbeitung eines allgemeinen sowie spezifischen ethischen und moralischen Verständnisses in Bezug auf die Einflussnahme des Berufsbildes und des einzelnen Physiotherapeuten unter. Die Zusammenhänge werden in Kapitel 2 erläutert und bauen thematisch aufeinander auf, um dem Bedürfnis einer beginnenden Auseinandersetzung dieses Sachgebietes nachzukommen. Die Kernfragen sollen durch ein qualitatives Studiendesign mittels Experteninterviews beantwortet werden, bei denen die Schwerpunkte in die Stränge einer derzeitigen Auseinandersetzung mit dem Berufsbild, den Professionalisierungschancen, einer beruflichen Ethik sowie den moralischen Dilemmata aufgeteilt werden.

1.4 Aufbau der Arbeit

Kapitel 2 steckt den fachtheoretischen Bezugsrahmen zu dieser Arbeit ab und zeigt welche Implikationen zwischen der beruflichen Situation des Physiotherapeuten, einer Professionalisierungsabsicht und einer ethischen Auseinandersetzung mit einer moralischen Kompetenzentwicklung gegeben sind und in welcher Beziehung sie zueinander stehen. Zunächst soll sowohl eine nationale als auch eine internationale Charakterisierung der Physiotherapie herangezogen werden, um eine differenzierte Sicht auf das derzeitige Spannungsfeld der eigenen Berufsidee sowie den gegebenen Handlungsspielräumen in Deutschland zu vermitteln. In diesem Teil soll nicht nur die historische Entwicklung, sondern auch der derzeitige Zustand der Physiotherapie im Inland erörtert werden. Ferner wird aufgezeigt, weshalb die Physiotherapeuten in ihrem eigenen Berufsbild nicht über den gewünschten Handlungsspielraum für eine berufsprofilbezogene Veränderung verfügen. Darüber hinaus werden auch die wichtigsten Merkmale und Kompetenzen, die ein professionelles Handeln in der Physiotherapie ausmachen, beschrieben, um die Charakteristika der angestrebten Profession aufzuzeigen. Dies beinhaltet ein Verständnis und die Anwendung des Clinical-Reasoning-Prozesses, des Direct Access sowie des evidenzbasierten Handelns. Im nächsten Schritt wird der theoretische Bezugsrahmen

hinsichtlich der Differenzierung unterschiedlicher Professionsmodelle mit deren Ausgestaltung erklärt. Die darin enthaltenen theoretischen Ansätze und die Anmerkungen aus den vorherigen Kapiteln bieten Aufschluss darüber, warum die Physiotherapie derzeit vor der komplizierten Aufgabe steht, sich zu einer Profession zu entwickeln und wie ein möglicher Ausgang formuliert werden könnte.

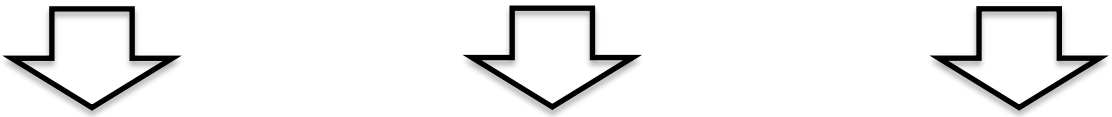
Des Weiteren werden auch diverse Aspekte der Akademisierung genannt, um die Diskussion einer flächendeckenden Transformation auf ein Hochschulniveau anzuregen bzw. fortzuführen (Schämann, 2006). In diesem Abschnitt soll ein Zusammenhang hergestellt werden, wie die deutsche Physiotherapie dem Risiko eines berufssoziologischen Stillstandes entgegenwirken, ihr eigenes Berufsprofil schärfen und sich gegenüber anderen Berufsgruppen behaupten kann. Einen weiteren essenziellen Aspekt des theoretischen Hintergrundes stellt der Bezug zur Ethik dar. Aufgezeigt werden soll zunächst, weshalb gerade sie so wichtig ist, um eine Profession entstehen zu lassen, und warum dies vor allem für die Physiotherapie gilt. Neben den ethischen Grundlagen werden vorliegende normative Ethikmodelle beschrieben, die eine Anleitung der Reflexion ethischer Fragestellungen im Berufsalltag bieten und daher in den Ethikunterricht für angehende Therapeuten integriert werden sollen (Triezenberg & Davis, 2000).

Abgerundet wird dieser Themenkomplex durch die Auseinandersetzung mit dem Ethikkodex der WCPT (Scherfer et al., 2017) und den Ausführungen von Scheel (2013), der eine berufsethische Verortung innerhalb Deutschlands gelungen ist, sowie durch eine Beschreibung des einschlägigen internationalen Schrifttums. In Kapitel 2.4 steht die Moral im Zentrum des Interesses. Auch hier gilt es, den Begriff zunächst zu operationalisieren und bisherige Standpunkte einer moralischen Fähigkeit und deren Entwicklung zu diskutieren. Zudem wird ein Bezug zur Moralkompetenz hergestellt und erklärt, mit welchen spezifischen Maßnahmen eine Entwicklung gefördert werden kann, welche vorangegangenen Untersuchungen hinsichtlich dieses Themenkomplexes Aufschluss über eine allgemeine Fachkulturentwicklung geben und welche Konsequenz dies für die deutsche Physiotherapie haben kann. Das Ziel dieser Theorieleitung besteht zum einen darin, dass ein breitbasiger Unterbau als Informationsquelle den Zugang zu diesem Themenkomplex unterstreichen soll. Zum anderen sollen die bearbeiteten Inhalte in einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht für Physiotherapeuten während der Ausbildung und Studium einfließen, um eine Kompetenzerweiterung dieser zu ermöglichen. Kapitel 3 beinhaltet die Darlegung und Begründung der in der empirischen Untersuchung zur Professionalisierung der Physiotherapie angewandten wissenschaftlichen Methoden sowie das konkrete Verfahren der Durchführung und Auswertung der Experteninterviews. Diesbezüglich werden die Beschreibungen der Ergebnisse und die Darstellung im nachfolgenden Kapitel auf deskriptiver Ebene eingegliedert. Kapitel 5 umfasst die Interpretation und Diskussion der in den

Experteninterviews ermittelten Ergebnisse. Reflektiert wird darin, welche Gefühle, Sorgen und Erwartungen die befragten Physiotherapeuten einer berufsbezogenen Auseinandersetzung mit ethischen und moralischen Fähigkeiten in Verbindung mit dem Prozess der Professionalisierung beimessen, mit welchen ethischen Fragestellungen sie konfrontiert sind und wie ein Ethik- und Moralkompetenzunterricht diese Bestrebungen forcieren kann. Ein Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf im Rahmen dieses Themengebietes rundet die Ergebnisse ab.

Tabelle 1: Überblick über den Aufbau der vorliegenden Studie

Fachtheoretischer Teil	**Empirischer Teil**	**Perspektivischer Teil**
• Was ist Physiotherapie? • Chronologische Aufbereitung der Physiotherapie • Merkmale einer professionellen Physiotherapie • Professionalisierung, Professionalität und professionelles Handeln • Grundlagen der Ethik • Berufsethik und Ethikkodizes der Physiotherapie • Moralkompetenz • Moralentwicklung	• Methodisches Vorgehen • Experteninterview • Expertendaten • Kategorienbildung • Ergebnisse und Kategorien des professionellen Handelns sowie einer Berufsfunktion • Bedeutung der Ethik und Moral im Prozess der Professionalisierung • Identifizierte moralische Dilemmata sowie deren ausgelöste Emotionen	• Zusammengefasste Darstellung der Ergebnisse • Skizze eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichts • Funktionelle Ausdifferenzierung. Perspektiven aus der System- und Strukturtheorie sowie der reflexiven Professionalität • Reflexion der Untersuchung • Ausblick auf weitere Untersuchungen



Professionalisierung durch Ethik und Moralkompetenz

2 Theoretischer Bezugsrahmen

2.1 Physiotherapie: Implikationen eines Gesundheitsfachberufes

Die Reflexion eines allgemeingültigen Bezugsrahmens für die deutsche Physiotherapie stellt sich insofern als Herausforderung dar, weil unterschiedliche Ausbildungsregelungen der einzelnen Bundesländer, abweichende Unterrichtsinhalte der Berufsfachschulen sowie der praktischen Befähigungen bestehen, die den rechtlichen Vorlagen des Gesundheitssystems, aber auch durch Überschneidungen anderer Berufsgruppen geschuldet sind. Aus diesem Grund muss das Tätigkeitsfeld der Physiotherapeuten mehrdimensional untersucht werden, damit die unterschiedlichen Strukturen differenziert dargestellt werden können.

Zudem liegt eine Vielzahl von Theorien, Praxismodellen, Therapiekonzepten und Behandlungstechniken vor, die eine einheitliche Erschließung erschweren. Theorien und Modelle ergeben insoweit einen Sinn, als sie eine Art roten Fadens für eine physiotherapeutische Identität darstellen (Probst, 2004). In wissenschaftlicher Hinsicht dienen sie dazu, therapieentscheidende Informationen zu bündeln, für Phänomene und Sachverhalte eine möglichst exakte Aussage zu ermöglichen sowie das berufliche Denken und Handeln zu strukturieren (Höppner & Richter, 2018; Probst, 2004). Hierzu zählen die „Movement Continuum Theory“ (Cott et al., 1995; Höppner & Richter, 2018), „The Not-So-Impossible Dream“ (Hislop, 1975), „Das neue Denkmodell“ (Hüter-Becker, 1997), „Modell der menschlichen Bewegung“ (Probst, 2007), das „Mehrdimensionale Belastungs-Belastbarkeits-Modell“ (Bernards et al., 1999; van Vonderen, 2005) und das „biopsychosoziale Modell“ (Engel, 1977; 1980). Als Vermittlung zwischen Theorie und Praxis dienen Modelle in der Physiotherapie der Beschreibung bestimmter Tätigkeitsbereiche und Qualitäten als klare Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen (Höppner & Richter, 2018; Probst, 2004): „Sie sind für die Professionalisierung der Berufsgruppe der Physiotherapeuten unerlässlich“ (Hengeveld, 2004, S. 65). Konzepte hingegen konstruieren die theoretischen Grundlagen, die ein therapiebezogenes Arbeiten ermöglichen (Scheel, 2013). In diesem Rahmen werden Indikationen für therapeutische Handlungen gestellt, der weitere Therapieverlauf anhand der individuellen Patientenproblematik definiert sowie Ziele und Erfolge festgelegt. Dementsprechend werden Prinzipien, Techniken und Methoden beschrieben, die Leitgedanken, Wirkungsgrenzen und die gesamte Therapieabfolge umspannen, während die Behandlungstechniken die spezifischen Mittel darstellen, über die der Physiotherapeut verfügt und die einem bestimmten therapeutischen Ziel dienen.

Die deutsche Physiotherapie wird in ihrer allgemeinen Form als ein spezifisches physisches Training und äußerliche Anwendung bestimmter Heilmittel beschrieben, wodurch die Bewegungs- und

Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederhergestellt wird (Brechtel, Kossack & Grandt 2016). Dabei sollen die natürlichen und physiologischen Reaktionen des Organismus genutzt und die Patienteneigenverantwortung gefördert werden. Es werden somit Effekte auf Körperstrukturen, die körperliche Aktivität und die soziale Teilhabe für eine sensomotorische Selbstbestimmtheit für Patienten oder Patientengruppen erwirkt (Probst, 2007). Physiotherapeuten sind dafür verantwortlich, die Lebensqualität der Patienten durch eine eigenständige Befundaufnahme, optimale Therapie und fachgerechte Aufklärung bedarfsorientiert zu fördern. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt gemäß Berufsordnung in der Krankengymnastik und Bewegungstherapie (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2012). Massage-, Thermo-, Elektro-, Hydro-, Ultraschall-, Balneo- und Inhalationstherapie ergänzen die genannten Primärmaßnahmen. Diese Techniken finden in den jeweiligen Teildisziplinen der Medizin Anwendung, die durch Fortbildungen mit den Leistungsträgern abrechnungsfähig werden. Darüber hinaus ermöglicht dieser Beruf in Deutschland die Möglichkeit, in einer leitenden Position zu arbeiten sowie als Dozent zu lehren oder zu forschen, wobei Schämann (2006) anmerkt, dass das Berufsbild ohne eine akademische Ausbildung einen Sackgassencharakter aufweist und die Berufsinhaber schnell durch Monotonie an ihre physischen und psychischen Grenzen geraten.

In der genannten Berufsordnung wird der Physiotherapeut dazu verpflichtet, sich den ärztlichen Diagnosen unterzuordnen und die Therapiesteuerung in diesem Rahmen zu planen und zu dokumentieren. Zudem wird in dieser Satzung auf die therapeutische Schweigepflicht, die Patientenaufklärung, die Fort- und Weiterbildung und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie vor allem die weisungsgebundene Rücksprache mit dem Arzt hingewiesen, was das Machtverhältnis der Mediziner gegenüber den Physiotherapeuten manifestiert (Scheel, 2013). Der deutsche Verband für Physiotherapie vertritt hingegen ein nebulöses Berufsverständnis: „Bei dem Begriff Physiotherapie handelt es sich um den Oberbegriff, der alle aktiven und passiven Therapieformen umfasst“ (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2017c, S. 1). Dabei ist auch der Aufgabenbereich durch das Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) streng reglementiert.

> „Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwendung 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“ (BMJV, 2019b, § 8, MPhG).

Die World Confederation of Physical Therapy (WCPT) vertritt demgegenüber eine liberalere Auslegung des Aufgabenbereiches der Physiotherapeuten. Sie beschreibt, dass das Handlungsfeld von den jeweiligen nationalen Verbänden gestaltet werden soll, da unterschiedliche Gesundheitssysteme in den jeweiligen Ländern verschiedene Voraussetzungen bieten, die jedoch mit den Richtlinien dieses Weltverbandes übereinstimmen sollten (WCPT, 2017a). Die Physiotherapieverbände werden in die Pflicht genommen, Regulierungen von den Gesetzgebern einzufordern, um ein professionelles und autonomes Handeln der Physiotherapeuten zu gewährleisten (WCPT, 2011b).

Dabei sollte das Ziel der Physiotherapie in der Wiederherstellung und dem Erhalt der Gesundheit, des Wohlbefindens, der Optimierung des beeinträchtigten Bewegungsverhaltens sowie der Teilhabe am sozialen Leben liegen. Die praktischen Handlungen der Therapeuten sollen flexibel an das jeweilige Krankheitsbild adaptiert, mit einer evidenten Therapieform unterfüttert und für das Gesundheitssystem wirtschaftlich schonend durchgeführt werden (WCPT, 2017a). Angesichts der Zunahme des nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ist eine regelmäßige Novellierung der Therapeutenexpertise erforderlich, um den Patientenbedürfnissen gerecht zu werden. Dies muss einerseits der Physiotherapeut durch eine reflektierte Integration klinischer Forschung leisten, und andererseits sind es die Berufsverbände, welche die Entwicklungen assimilieren und umsetzen müssen. Darüber hinaus sieht sich der professionelle Physiotherapeut mit der Identifizierung und Maximierung der Lebensqualität sowie des Bewegungspotenzials des Patienten durch die Prävention und Rehabilitation konfrontiert. Dazu grenzt die WCPT die Physiotherapie mit folgenden Eckpunkten ein (WCPT, 2017a):

- Da die Bewegung einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheit und des Wohlempfindens darstellt, ist die Physiotherapie auf die Bewegungsbedürfnisse der Patienten ausgerichtet.
- Der Mensch ist ein physisches, psychisches und soziales Wesen und sollte dementsprechend als autonom wahrgenommen werden.
- Der Physiotherapeut soll in der Lage sein, selbstständig eine Diagnose zu stellen und den Behandlungsprozess des Patienten zu leiten. Dieser Prozess wird als clinical reasoning bezeichnet.
- Physiotherapeuten sind professionelle Praktiker mit einem wissenschaftlichen und ethischen Verständnis.

Des Weiteren fordert die WCPT (ebd.) profunde Kenntnisse der eigenen Berufsgeschichte sowie von Praxismodellen und der Definition der Physiotherapie, Respekt vor den Werten und Normen anderer, spezielle Fachtermini, ein evidenzbasiertes Handeln sowie die Förderung der Berufsentwicklung der

Physiotherapie. Hinzu kommt die Aufforderung, sich selbstbestimmt nach ethischen Grundsätzen zu richten und diese in die Therapie einzubetten.

Auch die American Physical Therapy Association (APTA) hat eine sehr konkrete Vorstellung davon, wie das Bild der Berufsgruppe der Physiotherapeuten in den USA dargestellt werden soll. Der Fokus liegt auch hier wieder in der Bewegung für eine bestmögliche Lebensqualität und der Teilhabe an gesellschaftlicher Interaktion. Bemerkenswert ist auch hier, dass das Wohl der Patienten und gleichzeitig die Reduktion unnötiger Gesundheitskosten in die Beschreibung einfließen (APTA, 2019a). Die APTA (ebd.) konkretisiert diverse Prinzipien, die ein Verständnis der physiotherapeutischen Tätigkeit implizieren sollen:

- *Identität:* Der Physiotherapeut sieht die Grundlage seines selbstständigen Handelns in der Bewegung für die körperliche Funktion. Dies soll unter dem Aspekt der Gesundheit beim Individuum und der Gesellschaft gefördert werden.
- *Qualität:* Der Physiotherapeut verpflichtet sich, seine therapeutischen Maßnahmen nach den besten evidenzbasierten Standards auszurichten, um sich den Bedürfnissen im Gesundheitssystem flexibel anpassen und den Patienten bestmöglich versorgen zu können.
- *Zusammenarbeit:* Der Physiotherapeut soll den Wert kollegialer Kooperation schätzen und zum Wohle der gesamten Gesellschaft gesundheitsbezogene Herausforderungen mit anderen Berufsgruppen lösen.
- *Ökonomische Effizienz:* Physiotherapeutische Dienstleistungen sollen sicher, effizient, zeitnah und patientenorientiert erfolgen. Der Physiotherapeut unterliegt somit einer Rechenschaftspflicht.
- *Innovation:* Der Beruf des Physiotherapeuten soll kreative und vorsorgliche Lösungsstrategien in Gesundheitsdienst, Ausbildung und Forschung anbieten, um seinen Wert in der Gesellschaft zu erhöhen.
- *Patientenzentrierung:* Der Beruf des Physiotherapeuten umfasst zudem kulturelle Kompetenzen als notwenige Fähigkeit, um jedem einzelnen Patienten unabhängig von Herkunft, Geschlecht und/oder Religion neutral zu begegnen und in der Behandlung die jeweiligen Werte und Normen berücksichtigen zu können.
- *Zugang:* Die Physiotherapeuten sollen Disparitäten im Gesundheitssystem erkennen und Lösungen anbieten, um den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern.
- *Interessenvertretung:* Dies bedeutet, dass die Interessen der Patienten berücksichtigt werden und die Belange des Berufsstandes im Fokus stehen.

Durch die unterschiedlichen Darstellungen der Physiotherapie wird deutlich, dass eine klare Berufsfunktion, die eigenen Handlungsspielräume sowie bestimmte Prinzipien, die das Berufsbild markant hervorheben, in Deutschland noch nicht so weit wie im Ausland entwickelt sind. Dabei lässt die Geschichte der deutschen Physiotherapie einige Entwicklungsrückschläge erkennen, die ein professionelles Selbstbild erschweren. Und sie zeigt, dass sich die positive Außendarstellung nicht in einem solchen Ausmaß wie im Ausland entwickeln ließ, da die Fremdbestimmung der Physiotherapie durch die Ärzteschaft bereits zu Beginn des 19. Jahrhundert ihren Anfang nahm (Scheel, 2013). Eine positive Erscheinung war jedoch mit einer Intensivierung der Professionsbestrebung zu erkennen, die sich in den letzten Jahren – durch die beginnende Akademisierung – immer mehr etablieren konnte. Hiermit konnte eine qualitative Vertiefung und eine quantitative Entfaltung der beruflichen Aufgaben in den einzelnen Diversifikationen eingerichtet werden. Dies führte zu einer Inanspruchnahme neuer Tätigkeitsfelder (Klemme, Geuter & Willimczik, 2007) und konnte durch den derzeitigen Prozess der Verwissenschaftlichung eine Neuausrichtung der Physiotherapie mit einer systemrelevanten Funktion im Gesundheitssektor weiterhin positiv beeinflussen.

2.1.1 Zur Geschichte der Physiotherapie

Durch die Publizierung und Verbreitung der Gedanken und Methoden des schwedischen Arztes Per Hendrik Ling (1776–1839), der als Begründer der Krankengymnastik bezeichnet wird, wurden auch deutsche Ärzte auf die neuartige schwedische Heilgymnastik aufmerksam, die sich erstmals mit der systematischen Gliederung von Bewegungsabläufen auseinandersetzte (Grosch, 1996).

Vor allem dem Offizier Hugo Rothstein (1810–1865), dem Arzt Albert Constantin Neumann (1803–1870) und dem Mediziner Moritz Michael Eulenburg (1811–1887) ist es zu verdanken, dass die Heilgymnastik auch in Deutschland etabliert werden konnte. Vor allem Neumann schaffte es, eine größere Zahl an therapeutischen Maßnahmen zu etablieren, um Krankheitsbilder auch kurativ beeinflussen zu können (Schöler, 2005). Neumann gründete einen Kurssaal für Heilgymnastik und bildete ab 1853 Gymnastinnen und Gymnasten in Berlin aus. Das kann als die Geburtsstunde der Physiotherapie in Deutschland betrachtet werden (Schewior-Popp, 1994). Durch die hohe Zahl von Kriegsverletzten im Deutsch-Französischen Krieg von 1870/1871 erhielt die Heilgymnastik weiteren Aufschwung. Durch diese Phase beflügelt, wurde 1900 die erste gymnastische Lehranstalt von dem Kieler Arzt Johann Hermann Lubinus (1865–1937) mit der Genehmigung des preußischen Kultusministeriums eröffnet, um den Bedarf durch ausgebildete Gymnastinnen und Gymnasten zu decken. Bis 1919 blieb die heilgymnastische Schule in Kiel die einzige in Deutschland.

Dies lag unter anderem auch daran, dass sich die Ärzte an der Einnahme ihrer Kompetenzen störten und 1912 mit einer Resolution gegen die Autonomisierung der Therapeuten vorgingen (Schewior-Popp, 1994). Hier ist bereits ein erster deutlicher Ansatz zu erkennen, der einer eigenständigen Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland entgegenwirkte (ebd.). Um die hohe Nachfrage nach Krankengymnasten nach dem Ersten Weltkrieg (1914–1918) decken zu können, wurde 1919 in Dresden die Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage gegründet. Die Krankengymnastik als Begriff wurde somit in den offiziellen Sprachgebrauch übernommen. Neben den neu gegründeten Schulen in München (1926), Frankfurt (1928), Marburg (1929) und Freiburg (1935) konnten sich neue Therapieformen etablieren (Hüter-Becker, 2004; Schewior-Popp, 1994). Schewior-Popp (1994) konstatiert, dass diese Zeit bis zum Zweiten Weltkrieg der Verberuflichung gegolten hat und danach erste Anzeichen einer Professionalisierung ersichtlich waren, da die Berufsbezeichnung nur geprüften Krankengymnasten zugesprochen werden durfte. Durch die zu geringe Anzahl der Therapeuten während des Zweiten Weltkrieges (1939–1945) mussten notgedrungen Turnlehrerinnen und Krankenschwestern diese Aufgaben übernehmen, was zu einer Deprofessionalisierung durch eine Inanspruchnahme von therapietypischen Tätigkeitsfeldern von anderen Berufsgruppen führte. Auch noch Jahre danach musste sich die Krankengymnastik um eine erneute Konsolidierung des Berufsbildes bemühen.

Als im Jahr 1949 die Fachzeitschrift für Krankengymnasten und im selben Jahr der Zentralverband der Krankengymnasten[1] gegründet wurden, konnte ein überregionaler Informationsfluss zwischen den Mitgliedern stattfinden (Hüter-Becker, 2004). Zudem konnten diverse Interessen der einzelnen Krankengymnasten zusammengefasst und einheitlich vertreten werden. Des Weiteren waren sogar Orthopäden daran interessiert, die Qualität der Ausbildung zum Krankengymnasten zu verbessern, da sie erkannten, welchen Stellenwert die Rehabilitation nach Verletzungen hat. Einige Jahre später tritt der Zentralverband der Krankengymnasten der WCPT bei, der auch Verbände aus anderen Ländern beigetreten sind. Durch die Internationalisierung und schnelle Verbreitung neuer Therapiemethoden – wie der propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation und dem Bobath-Konzept, die auf neurophysiologischen Grundlagen basieren –, konnten sich die Krankengymnasten dem therapeutischen Erkenntnisstand entsprechende Fähigkeiten aneignen (ebd.).

Im Jahr 1962 wurden die ersten Lehrkräfte in Berlin ausgebildet, die über ein vertieftes Wissen in der Krankengymnastik und eine gesonderte pädagogische Kompetenz verfügten. Dadurch konnte die qualitative Ausgestaltung der Ausbildung durch eigene Berufsanhänger gesteigert werden.

[1] Ehemals ZVK jetzt Deutscher Verband für Physiotherapie.

Hinsichtlich der medizinischen Neuausrichtung der Nachbehandlung von Patienten erfuhr die Krankengymnastik in den 1970er-Jahren einen regelrechten Boom. Dank der Frühmobilisation verkürzte sich die passive Regenerationsphase der Patienten um Tage und Wochen. Hinzu kamen auch noch neue Operationstechniken in allen Fachbereichen der Medizin, wodurch auch Komplikationen abgewendet werden konnten. Durch diese intensive Phase der Krankengymnastik verdoppelte sich die Zahl der Berufsfachschulen von 1971 bis 1981 von 22 auf 44 (Hüter-Becker, 2004; Schewior-Popp, 1994). Die 1980er-Jahre waren durch steigende Kosten für die Krankenkassen durch die kurative und rehabilitative Medizin charakterisiert, wobei die Gesundheitspolitik vor allem bei chronischen Rückenschmerzen und Herzkreislauferkrankungen den hohen Stellenwert der Prävention entdeckte. In diesem Jahrzehnt hat die Krankengymnastik festen Fuß in fast allen Teilbereichen der Medizin fassen können und zeichnete sich mittlerweile durch eine Vielzahl von Behandlungs- und Untersuchungstechniken aus. Es folgten selbst organisierte Fachkongresse, Weiterbildungsnetzwerke und Fachlehrbücher, die nicht mehr nur von Medizinern verfasst, sondern zunehmend auch von Physiotherapeuten geschrieben und publiziert wurden. Nach der deutsch-deutschen Vereinigung im Jahr 1990 war eine Neugestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zwingend notwendig.

2.1.2 Im Spannungsfeld der Moderne

Noch immer befasst sich die derzeitige Fachdiskussion der Physiotherapie mit der heterogenen Ausbildungsstruktur in Deutschland, die sich durch eine fehlende Bindung an curriculare Vorgaben, rigide Stundenpläne, geringe Ausrichtung an ganzheitlichen Praxismodellen und eine zu intensive Orientierung an der Fachtheorie anstelle von Sozial- und Methodenkompetenzen auszeichnet (Höppner, 2008). Der demografische Wandel, veränderte sozioökonomische Rahmenbedingungen und die kontinuierliche Zunahme des Erkenntnisstandes durch medizinische und therapeutische Forschung führen permanent zu neuen Anforderungen an die deutsche Physiotherapie (Bollinger, 2005; Erhardt et al., 2015; Schämann, 2006), die grundlegend noch auf das MPhG von 1994 (BMJV, 2019b) ausgerichtet ist und den heutigen Standards nicht mehr gerecht werden kann. In diesem Gesetzestext sind die geschützte Berufsbezeichnung, die Berufsaufgaben sowie die allgemeinen Zulassungsbestimmungen festgelegt. Die Verantwortung für weitere Regelungen wie Unterrichtsgestaltung und qualitative Ordnung der Ausbildung wird auf Landesebene delegiert (Lehmann et al., 2014). Bei diesen Regelungen fallen die Zuständigkeiten in den jeweiligen Bundesländern auf unterschiedliche Ämter und Ministerien (Hügler, 2017; Wasner, 2006).

In Großbritannien wird diese Verantwortung durch eine Berufskammer getragen, welche die Standards sichert und die Eignung der Berufsangehörigen überprüft (HCPC, 2013). Für die Qualitätssicherung der professionellen Berufsausübung und die fachgerechte Ausbildung wird zudem noch eine

Verbindlichkeit von der Quality Assurance Agency for Higher Education hergestellt (QAA, 2001). Da die deutsche Physiotherapieausbildung in erster Linie dem sekundären Bildungssektor zugeordnet ist, wird sie dadurch über den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) auf Niveau 4 eingestuft, wohingegen die nationalen und internationalen Bachelorabschlüsse konsequent Qualifikationsniveau 6 zugeordnet werden (BMBF, 2013; Lehmann et al., 2014). Im Gegensatz zu Deutschland sind die Ausbildungsstrukturen in einigen anderen europäischen Ländern so ausgerichtet, dass die Physiotherapeuten dort ein erweitertes Handlungsspektrum abdecken können (Lehmann et al., 2014). In Tabelle 2 werden die Unterschiede der einzelnen Ausbildungsschwerpunkte zusammengefasst.

Tabelle 2: Gesetzlich formulierte Ziele und zu vermittelnde Kernkompetenzen der Physiotherapieausbildung im Ländervergleich (Lehmann et al., 2014, S. 112)

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
physiotherapeutische Untersuchung, Befundung	X	X	X	X	X
physiotherapeutische Diagnostik (inkl. Screening auf Risikofaktoren, Diagnosestellung)		X	X	X	
eigenständige Festlegung der therapeutischen Maßnahmen (inkl. Therapiefrequenz und -dauer)		X	X	X	
Anwendung von Verfahren aus Bereichen der physikalischen, manuellen und Bewegungstherapie sowie Massage	X	X	X	X	X
Dokumentation	X	X	X	X	X
Evaluation		X	X	X	X
Information, Beratung, Anleitung, Schulung und Training	X	X	X	X	X
Arbeit in den Tätigkeitsbereichen:					
- Gesundheitsförderung & Prävention	X	X	X	X	X
- Therapie (stationär, ambulant)	X	X	X	X	X
- Rehabilitation	X	X	X	X	X
- Palliativmedizin			X		
Überweisung			X	X	

Auch die Dauer der Ausbildung mit deren inhaltlichen Schwerpunkten variiert im europäischen Vergleich (Tab. 3).

Tabelle 3: Merkmale der Physiotherapieausbildung im Ländervergleich (Lehmann et al., 2014, S. 114)

	Deutschland	**Frankreich**	**Großbritannien**	**Niederlande**	**Österreich**
Dauer	*Reguläre Ausbildung* 3 Jahre *Berufszulassende Modellstudiengänge* 3,5 bis 4 Jahre (7 bis 8 Semester)	3 Jahre (6 Semester) ab 2012/2013: 4 Jahre (8 Semester)	3 Jahre (6 Semester) *bzw.* 4 Jahre (8 Semester)	4 Jahre (8 Semester)	3 Jahre (6 Semester)
Gesamtstunden	*Reguläre Ausbildung* 4.500 Std. *Berufszulassende Modellstudiengänge* 6.300 Std.	3.330 Std.	mind. 3.000 Std.	ca. 6.500 Std.	4.500 Std.
Kreditpunkte (ECTS)	*Reguläre Ausbildung* nicht zutreffend Berufszulassende Modellstudiengänge 210	k. A.	180	240	180
Theorie	2.900 Std. theor. und prakt. Unterricht	1.012 Std.	nicht eigens ausgewiesen	nicht eigens ausgewiesen	nicht eigens ausgewiesen
Klinische Praxis	1.600 Std.	1.470 Std. (davon 30 Std. außerklinisch)	ca. 1.000 Std.	- mind. 1.200 Std. - mind. 2 verschiedene Praktikumsorte	1.250 Std.

Die reguläre Ausbildungszeit in Deutschland beträgt drei Jahre, während die Modellstudiengänge und die Studiengänge in anderen Ländern bei sechs bis acht Semestern für den primärqualifizierenden Bachelor liegen. Auch die WCPT (2011a) empfiehlt ein mindestens vierjähriges Studium an einer Universität und fordert die Befähigung zum autonomen Arbeiten. Zudem kritisiert Schämann (2006, S. 21) die ungenügenden Inhalte der Berufsfachschulen für die heutige Zeit und die „theorieabstinente Haltung und mangelnde Loslösung von der klassischen Fächeraufteilung“. Ihre Studie enthält eine drastische Beschreibung der Ausbildung: „Ich habe keine gute Erinnerung an meine Ausbildung, ich habe gute Erinnerungen so an soziale Kontakte, […] es war unsystematisch, undidaktisch und ein unglaublicher Drill, den ich da erlebt habe, die erste Zeit […]“ (Schämann, 2006, S. 228).

In Deutschland fordern Experten die intensivere Lehre physiotherapeutischer Prinzipien und eine Selbstdefinition, ein einheitliches Vokabular, mehr Selbstsicherheit im Handeln, Clinical-Reasoning-Kompetenzen, ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis, wissenschaftliche Methodenkompetenzen, Interaktionskompetenzen sowie die Vermittlung ethisch-moralischer Grundsätze (Kälble, 2008; Schämann, 2006; Schomacher, Bauer & Meyer, 2006; Walkenhorst & Klemme, 2008). Ziel sollte die Forcierung von Handlungskompetenzen durch eine Kombination von theoretischem Basis- und Handlungswissen mit einer Transferbildung zur klinischen Reflexion sein (Walkenhorst & Klemme, 2008). Demgegenüber wurde jedoch in einer Therapeutenbefragung folgender Vergleich zwischen der deutschen und der holländischen Ausbildung gezogen:

> „[...] die Bachelorausbildung in Holland war definitiv dazu gedacht, mit dem erworbenen Wissen zu denken und zu arbeiten. Und das ist, glaub ich, ein großer Unterschied, weil das erworbene Wissen in der Berufsausbildung in Deutschland nur zur Anwendung gedacht ist. Also nicht fragen, nicht hinterfragen, schon gar nicht erstmal nachfragen, sondern einfach nur machen. Und das am besten, was jemand vorgibt. Und das ist halt in den Niederlanden nicht so [...], da ist Eigendenken, Eigenumsetzung und ja auch das Ganze mal ein bisschen innovativ anzupacken, aber trotzdem dem Standard und dem Wissenschaftsniveau angepasst, gewünscht. Und das entwickelt eine Dynamik oder auch eine Professionsdynamik, die in Deutschland gar nicht ausgebildet wird“ (Lehmann et al., 2014, S. 119 f).

Zwecks Vereinheitlichung der Ausbildung wurde 1998 von den Ministern für Bildung aus Deutschland, Italien, Großbritannien und Frankreich die Erklärung von Sorbonne unterzeichnet, um die Grundlage eines gemeinschaftlichen europäischen Hochschulrahmens zu schaffen (BMBF, 2015). Ein Jahr später schlossen sich 30 europäische Staaten diesen Gedanken und der Bologna-Erklärung an, die den europäischen Hochschulraum betrifft. Diese umfasst mittlerweile 47 Mitgliedsstaaten und erklärt, dass die Einführung gestufter Studiengänge, eine einfachere Anerkennung von Leistungen, ein Kreditpunktesystem (ECTS), eine verbesserte Mobilität von Hochschulangehörigen und die Kultivierung des lebenslangen Lernens als Kernziele eingehalten werden (ebd.).

Vor allem die Beschlüsse der Kultusministerkonferenz (2009) haben für die Physiotherapeuten weitreichende Bedeutung, da unter diesem Aspekt eine berufliche Qualifizierung ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung den Weg zum Studium eröffnete. Der Bachelorabschluss, der seit dem Bologna-Abkommen auch für Physiotherapeuten in Deutschland möglich ist, soll den Therapeuten grundsätzlich für eine professionelle berufliche Praxis qualifizieren.

Mit den im Studium erlernten Schlüsselkompetenzen ist er in der Lage, sich als wissenschaftlich reflektierter Praktiker im Berufsleben zu orientieren (Höppner, 2005). Wenn jemand vertiefte Forschungs- und Lehrkompetenzen erwerben möchte, sieht das zweistufige Hochschulbildungssystem noch ein Masterstudium als weiterführende Option vor. Derzeit gibt es rund 48 Bachelor- und 37 Masterstudiengänge, bei denen sich die Fachrichtungen deutlich unterscheiden und sich viele angrenzende Bezugswissenschaften als Schwerpunkte differenzieren (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2018), was eine Vereinheitlichung der Berufsidentität zusehends erschwert. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der Struktur, Inhalte und Trägerschaften. Durch immer komplexer werdende Anforderungen der Gesundheitsversorgung und der internationalen Wettbewerbsfähigkeit hat der Bundesrat (2009) einen Gesetzesentwurf beschlossen, der eine Modellklausel für die Erprobung einer akademischen Ausbildung für die Physiotherapie zur Folge hatte. Für das genannte Modellvorhaben wurden mehrere Hochschulen begleitet und regelmäßig evaluiert. Alle Evaluationen kommen zu dem übereinstimmenden Ergebnis, dass die Integration primärqualifizierender Studiengänge langfristig wünschenswert ist, sich als realisierbar einstufen lässt sowie den Bedarf in Lehre, Forschung und Leistungsaufgaben wie einem besseren Reflexionsvermögen, Anwendung standardisierter Instrumente oder dem „Recherchieren, Bewerten und Kommunizieren wissenschaftlicher Erkenntnisse“ abdeckt (Deutscher Bundestag, 2016; Stertz, Salzmann & Blättner, 2016; Dietrich et al., 2019, S. XIV). Dabei wird festgehalten, dass ein Mehrwert für die Studierenden an einer Hochschule durch geeignete pädagogische Konzepte, eine gute Verzahnung von Theorie und Praxis sowie eine gute personelle und sachliche Ausstattung zu erwarten sei (Stertz et al., 2016). Jedoch kommen diese Systeme durch die veralteten rechtlichen Vorgaben der Ausbildungsstrukturen und Prüfungsordnungen an ihre Grenzen. Hinsichtlich des Umfanges und der Dauer einer Primärqualifikation auf Hochschulniveau zeigen sich die Ergebnisse sehr heterogen. Die Hochschulen regen an, die Ausbildungszeit auf mindestens sieben Semester anzuheben, die Form der Vermittlung der Studieninhalte anzupassen sowie die staatliche und hochschulische Prüfung zu vereinheitlichen. Dazu wird diese akademische Erstausbildung für die Gesundheitsfachberufe und vor allem für den Physiotherapeuten als großer Vorteil für das Gesundheitssystem angesehen (Deutscher Bundestag, 2016). Als Kritikpunkte werden der verwehrte Zugang für Fachschüler mit mittlerem Bildungsweg und die steigenden Kosten für die Ausbildung vorgebracht (Stertz et al., 2016).

Da es noch keine langfristigen Untersuchungen diesbezüglich gibt, wird als weitere Verlängerung der Erprobung des Modellvorhabens ein Zeitraum von zehn Jahren vorgeschlagen (Deutscher Bundestag, 2016). Höppner sensibilisiert für dieses Thema und beschreibt eine mögliche Verzögerung der Modellumsetzung mit einer Verunsicherung für alle Beteiligten und einem tendenziell verloren

gehenden „Spirit“ (Höppner, 2016, S. 120), was darin münden könnte, dass die bisherigen Ausbildungsstrukturen trotz der genannten Vorteile erhalten blieben.

Stertz et al. (2016) kommen zu dem Ergebnis, dass eine Modellklauselverlängerung ohne eine Anpassung an hochschulische Strukturen nicht zielführend sei: „Mit den Erfahrungen aus den Modellstudiengängen stellt sich nicht mehr die Frage, *ob* eine akademische Ausbildung sinnvoll ist, sondern *wie* diese rechtlich umgesetzt werden soll“ (Stertz et al., 2016, S. 2).

Durch die Professionalisierungsbestrebungen in den letzten Jahren wird den Berufsverbänden eine immer wichtigere Funktion für eine Stabilisierung und Identifikation eines Berufsbildes zugeschrieben (Heidenreich, 1999). Hesse (1972, zit. n. Schämann, 2006, S. 40) misst ihnen insofern eine bedeutende Aufgabe für die Berufsangehörigen in diesem Prozess bei, da sie die neuen Herausforderungen im Berufsleben und eine Anhebung der Vergütung als Ziel selbst mit beeinflussen können. Es wird angenommen, dass eine geschlossene Interessenvertretung zu einer beruflichen Selbstgestaltung sowie zu kollektiv anvisierten Zielen führt, die in einem solchen Zusammenschluss effektiver erreicht werden können (Millerson, 2001; Schämann, 2006). Derzeit gibt es in Deutschland mit dem Verband Physikalischer Therapie (VPT), dem Verband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), dem Physiotherapieverband (VDB) und dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) gleich mehrere verschiedene Interessenvertretungen. Millerson (2001, S. 28 ff.) beschreibt hierzu primäre und sekundäre Funktionen dieser Verbandsarbeit:

- *Primäre Funktion*:
  - Organisierte Zusammenfassung von Mitgliedern,
  - Qualifizierung der Mitglieder durch hochwertige Fortbildungsangebote,
  - Forschungsförderung und Informationsaustausch,
  - Mitgliederregister für kompetente Professionelle,
  - Formulierung und Erhalt eines professionellen Verhaltenskodex.
- *Sekundäre Funktion*:
  - Förderung eines professionellen Status,
  - Kontrolle für den Berufseintritt,
  - Schutz der Profession und der Gemeinschaft,
  - Förderung von intra- und interberuflichen Kooperationen.

Im besten Fall fallen dem Berufsverband auch weitere Aufgaben zu, die für die Ausgestaltung des Berufsbildes hilfreich sind, um selbstgestalterisch agieren zu können. Experten beschreiben im Idealfall die Beeinflussung der Berufszulassung, die Gestaltung bzw. die Kontrolle diverser

Mindeststandards für die berufliche Ausbildung, die Weiterbildung und Repräsentation der Mitglieder sowie erweiterte Tätigkeitsbereiche und eine monetär proportionierte Entlohnung (Schulze-Krüdener, 1996, zit. n. Schämann, 2006, S. 40 f). Hinzu kommen noch die Entwicklung und Implementation eines Ethikkodex und die Expansion der Handlungsautonomie, was sich durch die vielen unterschiedlichen Interessenvertretungen der Physiotherapie als wahre Herkulesaufgabe darstellt.

Da die berufliche Ordnung in Deutschland durch den Staat reglementiert wird, lässt sich aus jetziger Sicht eine Umschichtung aus diesem Blickwinkel noch nicht verwirklichen. Dazu bedarf es einer Reform der Berufsgesetze (Höppner, 2016). In dem diffusen Kollektiv der Therapeuten und Berufsverbände werden im Zuge einer Professionalisierung der Physiotherapie immer wieder Stimmen für eine Therapeutenkammer laut (Stöver, 2008). Befürworter eines solchen Vorhabens erhoffen sich davon mehr Autonomie für den gesamten Berufsstand. Die Körperschaft des öffentlichen Rechts ist ein zentraler Bestandteil für die Selbstverwaltung eines freien Berufes, der sich mit einer besonderen beruflichen Qualifikation oder einer schöpferischen Tätigkeit auszeichnet (PartGG, 2015). Bei einem Zusammenschluss ist eine Pflichtmitgliedschaft, die eine Finanzierung zur Gewährleistung von Grundsätzen sowie eine berufliche Tätigkeitskontrolle sicherstellt, obligat (Hanika, 2012). Die gesetzlichen Standardaufgaben einer Berufskammer umfassen die folgenden drei großen Bereiche:

- die Interessensvertretung des gesamten Berufsstandes nach außen,
- die Disziplinierung der Mitglieder und die Förderung des Berufsstandes nach innen,
- sowie die Entlastung der staatlichen Verwaltung durch die Ausbildung und Prüfung durch eigene Gutachter (Brüser, 2010).

In der Regel sind die Kammern so strukturiert, dass sie landesrechtlich organisiert sind (Stöver, 2008). Solche Gesetze lassen sich am effektivsten realisieren, wenn möglichst viele Berufsangehörige einer solchen Lösung zustimmen, um die Landesregierung davon zu überzeugen, ein Kammergesetz zu verabschieden. Stöver (ebd.) fügt ergänzend hinzu, dass die Verbände dadurch nicht überflüssig würden, sondern sich nur ihre Aufgaben ändern, was in diesem Falle eine Interessenvertretung gegenüber der Kammer bedeuten würde.

Jedoch kann nur vermutet werden, dass sich durch einen solchen Zusammenschluss zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechts auch die Professionalisierung in Deutschland vorantreiben lässt, da es bislang noch keine rechtlichen Grundlagen hierfür gibt.

2.1.3 Perspektiven der Physiotherapie

Bevor auf die zukünftige Physiotherapie in Deutschland eingegangen werden soll, wird sich zwecks einer Perspektivenerweiterung zunächst auf die bereits bestehenden Professionen in Australien und den USA konzentriert, um anschließend eine erfolgreiche Berufsentwicklung der deutschen Physiotherapie zu prognostizieren. Denn dort haben die Verbände eindeutige Visionen, die realisiert werden sollen, um das Profil der Physiotherapie für die Zukunft zu schärfen. Die Australian Physiotherapy Association (APA) hat für das Jahr 2025 diverse Hürden für die Physiotherapie beschrieben, die es durch eine professionelle Neuausrichtung zu überwinden gilt, wobei die dort ansässige Physiotherapie als Musterbeispiel für eine Profession angesehen wird (Zalpour, 2008). Auch in Australien steigt die Lebenserwartung kontinuierlich an, was einen Anstieg von Herzkreislauferkrankungen, Demenz, Schlaganfällen, Lungenfunktionsstörungen und chronischen Erkrankungen zur Folge hat, auf den sich das Gesundheitssystem einstellen muss (AIHW, 2016). Durch die Häufung von Komorbiditäten zeigt sich auch eine zunehmende Komplexität der Patientenbedürfnisse (Hoffmann & Sieber, 2017). Dadurch erwartet die APA (2013) auch veränderte individuelle Erwartungen der Patienten und neue Gesundheitsmodelle, die durch moderne Technologien, wie bspw. in Form einer digitalen Patientenakte, unterstützt werden.

Im Zentrum dieser Neuausrichtung steht der Patient, dem mit einer verbesserten wissenschaftlichen und kommunikativen Professionalität die Bedeutung seiner Gesundheitsbeschwerden deutlich gemacht werden muss. Es sollen mehr Spezialisierungen erfolgen, die eine breit ausgelegte klinische Expertise aufweisen, um den Patienten flexibel und spezifisch behandeln zu können. Diese Professionellen sollen dann auch über Managerfähigkeiten verfügen, um therapeutische Einrichtungen erfolgsorientiert leiten zu können (ebd.).

Auch der US-amerikanische Verband für Physiotherapie (APTA) hat seine Visionen für 2020 in einer Präambel fixiert, da die steigenden Kosten, der ungenügende Zugang zu Gesundheitsdienstleistern, mangelnde Therapiestandards und eine zu gering ausgerichtete psychosoziale Therapiestrategie das Gesundheitssystem in ein Krankheitssystem verwandeln, in dem die Beseitigung von Beschwerden mit Wellnessbehandlungen gleichgesetzt wird (Johnson & Abrams, 2005).

> „By 2020, physical therapy will be provided by physical therapists who are doctors of physical therapy, recognized by consumers and other health care professionals as the practitioners of choice to whom consumers have direct access for the diagnosis of, interventions for, and prevention of impairments, activity limitations, participation restrictions, and environmental barriers related to movement, function, and health.“ (Van Sant, 2013, S. 139)

Dieser Prolog beschreibt, dass eine flächendeckende Anpassung der akademischen Ausbildung den Doctor of Physical Therapy (DPT) anstrebt, um die Profession mittels professionalisierter Therapeuten zu stärken, die ein qualifiziertes, anpassungsfähiges, reflektiertes und dienstleistungszentriertes Handeln anbieten. Als Ziel kann somit beschrieben werden, dass die Berufsautonomie so weit gestärkt wird, dass ein physiotherapeutischer Direktzugang vollständig gelingen kann. Hierbei werden auch die selbstständige Diagnosestellung, Behandlung und Überweisung an andere Spezialisten realisiert. Explizit wird der Prozess des „lifelong learning" (APTA, 2012, S. 1) genannt, der durch solch eine Standardisierung angestoßen werden soll. Professionalität bedeutet für den US-amerikanischen Physiotherapeutenverband, in Zukunft neben der klinischen Expertise auch Grundlagen für die Pflege, Respekt für Mitmenschen, eine altruistische Grundeinstellung, Kommunikation, Verlässlichkeit und ethische Kenntnisse zu verinnerlichen (APTA, 2019b). Diese Bestrebung nach mehr Berufsautonomie einerseits und erweiterten Aufgabenbereichen andererseits hat eine wachsende Komplexität für ethische Herausforderungen zur Folge (Guccione, 1980; Magistro, 1989; Singleton, 1987).

Die kommenden Veränderungen der Gesellschaft, die gesundheitspolitischen Forderungen nach der Anwendung einer evidenzbasierten Therapie und die Stärkung von interdisziplinärem Handeln zwingen auch die deutsche Physiotherapie zu einer interinstitutionellen und organisationsbezogenen Neuausrichtung (Matzick, 2008; Meyer, 2015; Walkenhorst & Klemme, 2008). Die Physiotherapie als Wunschberuf ist durch Fachkräftemangel, sinkende Schülerzahlen, eine stagnierende Lohnentwicklung und eine Abwanderung in andere Berufe bedroht (Bundesagentur für Arbeit, 2017; IFK, 2021; Ripberger, 2015; Zöller, 2015). Aus diesem Grund ist sowohl die Weiterentwicklung des Berufsbildes als auch die Etablierung einer Physiotherapiewissenschaft unumgänglich, zumal der Weg durch das Bologna-Abkommen und durch die ersten primärqualifizierten Studiengänge erleichtert wurde. Experten sind sich einig, dass ausschließlich Hochschulstudiengänge ein professionelles Handeln im Beruf ermöglichen (Bögemann-Großheim, 2004; Hippel & Schmidt-Lauff, 2012), was als Motivation für die flächendeckende und beschleunigte Akademisierung der Physiotherapie gelten sollte.

Dies stellt eine bedeutende Chance dar, nicht nur das Berufsbild neu zu formulieren und zu erweitern, sondern durch Wissenschafts- und Forschungsergebnisse die Ausbildung wie auch eine Therapiepraxis zu speisen. Da Bildung als essenzielle Ressource für die Zukunft gilt und gerade bei Physiotherapeuten das Erfahrungswissen von übergeordneter Bedeutung ist, welches sich einem naturwissenschaftlichen Wissen gegenüber nicht aufrechterhalten kann, ist eine breitere sowie tiefere wissenschaftliche Orientierung der Therapeuten notwendig (Matzick, 2008; Scheel, 2013). Ebenfalls könnte sich die Physiotherapie der dem Arztberuf untergeordneten Rolle entledigen und unter den Gesichtspunkten der evidence-based practice und des Direct Access selbstständiger arbeiten.

Professionalisierung über eine Verwissenschaftlichung kann nur dann erfolgreich realisiert werden, wenn die Physiotherapie selbst in der Lage ist, sich um ihre eigene Disziplin, wie bspw. den wissenschaftlichen Nachweis von Therapieformen und die Ausgestaltung von Praxismodellen, zu kümmern und weniger durch Bezugswissenschaften zu speisen (Richter, 2016; Scheel, 2013). Ergänzend führt Baeumer (2006) aus, dass der Gegenstandsbereich der Physiotherapie im eigenen Erkenntnisinteresse definiert und formuliert werden müsse, um eine adäquate Methodik zu konstruieren sowie sich gegenüber anderen Berufen im Gesundheitssystem abzugrenzen. Da sich die Physiotherapie durch eine Tätigkeit direkt am Patienten auszeichnet, muss sich auch diese berufliche Identität erheblich ändern. Die Professionalisierung des Berufsbildes soll die Therapeuten dazu befähigen, durch eine auf internationalen Standards beruhende qualifizierte Hochschulausbildung autonome physiotherapeutische Diagnosen und Behandlungsindikationen unter Berücksichtigung des Clinical-Reasoning-Prozesses zu erstellen und die Therapie durch evidenzbasierte Prinzipien interdisziplinär in einer partnerschaftlichen Beziehung zum Patienten zu gestalten (Baeumer, 2006; Kool & Niedermann, 2006).

Die hochschulische Ausbildung soll durch ein wissenschaftlich fundiertes Curriculum vereinheitlicht und auf das lebenslange Lernen ausgerichtet werden. Dies soll jeden Therapeuten dazu befähigen, sich kritisch und selbstständig aktuelles Wissen in praxisorientierter Perspektive anzueignen (Kool & Niedermann, 2006). Auf der Basis einer bislang unzureichenden Ausbildungsstruktur und ungenauen Berufsschwerpunkten wurde im Juli 2019 ein „Eckpunktepapier zum Transformationsprozess von Berufsfachschulen der Physiotherapie 2030“ (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2019a) entwickelt, um die Physiotherapie in Deutschland zukunftsfähig zu gestalten. Das Ziel dieses Papiers ist ein Modellplan, mithilfe dessen die Akademisierung der Physiotherapie von 2020 bis 2030 durch Einrichtung von Bachelor-Studiengängen vollzogen werden soll. Diese Transformation zielt ab auf eine erweiterte Berufsautonomie, eine Sicherung der Fachkräfte, den Trend zu höheren Bildungsabschlüssen, einen optimierten Transfer von Theorie und Praxis, ein eindeutiges berufliches Qualifikationsprofil und vergleichbare Rahmenbedingungen. Es bleibt abzuwarten, wann dieser Entwicklungsplan verwirklicht wird, da bisher noch die benötigten rechtlichen Grundlagen fehlen.

2.1.4 Kompetenzen in der Physiotherapie

Durch eine schnell wachsende Komplexität des gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Systems wird die Vernetzung von Autonomie und Kompetenzen immer wichtiger (Kool & Niedermann, 2006). Aus diesem Grund hat die Internationale Vereinigung der Universitäten (IAU) die nachhaltige Bildungsentwicklung zu einem der wichtigsten Themen ausgerufen (Rieckmann, 2012). Aufgrund der sich ständig weiterentwickelnden Gesellschaft, der damit verbundenen neuen Anforderungen und der Globalisierung wird es immer bedeutender, die Menschen in die Lage zu versetzen, nicht nur

spezifisches Fachwissen zu erwerben und zukünftige Entscheidungen in einem vielschichtigen System verantwortungsvoll zu reflektieren, sondern auch das Wissen zu speichern, zu nutzen und weiterzuentwickeln. Dadurch wird die Bildung von Humankapital vorangetrieben und ein allgemein höheres Qualifikationsniveau erreicht (Matzick, 2008; Rieckmann, 2012).

Da auf das in der Erstausbildung erworbene Wissen nicht im gesamten Arbeitsleben zurückzugreifen ist und die Aktualität regelmäßig nachlässt, ist ein konkreter Qualifizierungsbedarf vor allem in den therapeutischen Berufen maßgebend um den Weiterbildungsinteressen nachzukommen (Weisser, 2002, zit. n. Matzek, 2008, S. 7). Derzeitige Defizite in den Gesundheitsfachberufen sind die fehlende Professionalisierung der Aus- und Weiterbildung, eine weitgehend einseitig ausgerichtete Arbeitstechnik, begrenzte Mitgestaltungsmöglichkeiten angesichts veränderter Anforderungen im Gesundheitssektor, die kaum genutzte „Human-Ressource-Kapazität“ sowie unzureichende berufliche und individuelle Entwicklungsmöglichkeiten. All dies kann zu Demotivation, Unzufriedenheit, Burn-out und Berufsabwanderungen führen (Matzick, 2008). Damit sich Menschen an soziale Entwicklungsverhältnisse anpassen, wurden zwölf Kernkompetenzen formuliert, die für eine Nachhaltigkeit einer Gesellschaft oder einer Berufsgruppe wegweisend sind (Rieckmann, 2011; 2012): Kompetenz zu

- systematischem Denken,
- vorausschauendem Denken,
- kritischem Denken,
- fairem und ökologischem Handeln,
- Zusammenarbeit in (heterogenen) Gruppen,
- Partizipation,
- Empathie,
- interdisziplinärem Arbeiten,
- Kommunikation und Mediennutzung,
- Planung und Realisierung innovativer Projekte,
- Evaluierung sowie
- Frustrationstoleranz.

Münch (1995, zit. n. Matzick, 2008, S. 16) stellt besonders berufsübergreifende Qualifikationen in den Mittelpunkt, die sich durch fachliche, methodische und soziale Kompetenzen auszeichnen. Darüber hinaus kommt es auf die Fähigkeit an, die Fachtheorie auf eine soziale und methodische Weise praktisch einzubeziehen (Arnold & Müller, 1999, zit. n. Matzick, 2008, S. 17), was für den Kontakt mit Menschen in einem gesundheitsorientierten Setting von großer Bedeutung ist (Matzick, 2008).

Die genannten Fertigkeiten sollen auf einem akademischen Niveau verinnerlicht und als grundlegend-physiotherapeutische Voraussetzung angesehen werden.

In Neuseeland, wo die Physiotherapie aufgrund der Akademisierung eine professionelle Handlungsstruktur aufweist, werden diverse Kompetenzen als eine spezifische Bedingung gesehen, um überhaupt praktizieren zu dürfen (The Physiotherapy Board of New Zealand, 2009). Das Ziel besteht darin, die Gesundheit und die Sicherheit der Bürger durch die Tätigkeit kompetenter Gesundheitsexperten zu gewährleisten. Diese Kompetenzen gelten in Neuseeland für alle Physiotherapeuten gleichermaßen und umspannen die gesamte therapeutische Versorgung der Patienten, die zu jeder Zeit im Mittelpunkt der Betreuung stehen. Folgende Kompetenzen sind in der neuseeländischen Grundausbildung zum Physiotherapeuten maßgebend (ebd., S. 5):

- Kenntnisse biomedizinischer, verhaltensorientierter und soziale Grundlagen sowie deren Integration in die physiotherapeutische Praxis,
- Kompetenz zur Bewertung, Analyse und Planung der physiotherapeutischen Intervention,
- Kompetenz zur Anwendung und Evaluation der physiotherapeutischen Maßnahmen,
- kommunikative Kompetenz,
- Kompetenz zur Anwendung pädagogischer Prinzipien in der physiotherapeutischen Praxis,
- Kenntnis physiotherapierelevanter Managementprinzipien,
- Kompetenz zur Anwendung evidenzbasierten Wissens auf die physiotherapeutische Praxis,
- professionelles Auftreten und eine ebensolche Ausstrahlung sowie
- Kompetenz zu autonomem physiotherapeutischem Arbeiten.

Da im Vergleich zu Neuseeland in Deutschland keine entsprechende Berufsautonomie und kein Direktzugang für Patienten zur Physiotherapie besteht, sind die bisherigen Kompetenzen der Ausbildung dahingehend ausgelegt, dass primär den Anweisungen der Ärzte Folge geleistet werden soll und der Patient gemäß deren medizinischer Diagnose behandelt werden darf, um den Arzt also mehr oder weniger nur zu unterstützen. Aus diesem Grund befindet sich dieser Berufszweig in einem Abhängigkeitsverhältnis und bedarf erweiterter Fähigkeiten, um sich zukünftigen Herausforderungen wirksamer stellen zu können. Angesichts dieser ungenügenden Situation für die deutsche Physiotherapie wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Gesundheitsministerium beauftragt, Ideen für eine Novellierung sowie die Erweiterung der Fähigkeiten zusammenzutragen. Diese Erweiterung umfasst Ausbildungsziele, Prüfungsordnung sowie den Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts mit dessen Ausarbeitung für folgende Kompetenzbereiche (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2019b):

- Bewegung als zentrales Einflusssystem der Physiotherapie auf Gesundheit und Teilhabe verstehen und evaluieren,
- physiotherapeutische Prozesse indikationsbezogen und evidenzbasiert eigenverantwortlich organisieren, analysieren, planen, durchführen, steuern, dokumentieren und evaluieren,
- in komplexen Versorgungsbereichen personen- und situationsorientiert handeln,
- Kommunikation, Beratung und Edukation personen- und situationsbezogen gestalten,
- intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen Versorgungskontexten verantwortlich gestalten sowie kooperativ und effektiv zusammenarbeiten,
- das eigene Handeln auf Grundlage aktueller Gesetze, Verordnungen und Leitlinien reflektieren, begründen und an diesen ausrichten sowie
- das eigene Handeln mit aktuellen verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen untermauern, reflektieren, begründen und weiterentwickeln.

Diese Bereiche wurden erstmals von mehreren Berufsverbänden gemeinsam festgehalten und unterstreichen die Zukunftsperspektiven einer Kompetenzentwicklung, scheitern jedoch an der fundamentalen Argumentation, warum diese Kompetenzen von Bedeutung und weshalb gerade sie für die Physiotherapie entscheidend sind. Sie wirken – wie die Berufsordnung auch – als eine Aneinanderreihung von Pflichten und Verhaltensvorgaben, ohne von den Berufsinhabern vollständig verinnerlicht zu sein. Dies kann nur durch eine curriculare Transformation übernommen und habitualisiert werden, um die Physiotherapeuten in ihrer gesamten Form zukunftsorientierter zu befähigen.

2.1.5 Berufsidentität: im Schatten der Ärzte

Das Selbstbewusstsein der Physiotherapie leidet wesentlich an der Tatsache, dass zum einen der Arzt als „Gatekeeper“ im deutschen Gesundheitssystem die zentrale Entscheidungsrolle einnimmt. Zum anderen wurde die Physiotherapie in Deutschland konzipiert, um eine Hilfsfunktion einzunehmen, um die Therapie der Mediziner allenfalls zu ergänzen, was sich in der wirtschaftlichen Abhängigkeit der Physiotherapeuten von der Verordnungspraxis des Arztes widerspiegelt. Dies liegt auch daran, dass das Berufsbild des Physiotherapeuten am Ende des 19. Jahrhunderts frauengeprägt war. Dieses Schicksal teilen die medizinischen Fachangestellten, Hebammen, Ergotherapeutinnen und Pflegerinnen. Während dem Mann die Rolle des Arztes zukam, der die medizinische Diagnose stellte und weitere Geschicke der Behandlung steuerte, musste sich die Frau mit dem Schicksal der „ergebenen Dienerin“ (Hüter-Becker, 2004, S. 33) zufriedengeben. Daraufhin wurde die Ausbildung ausschließlich für Heilgymnastinnen etabliert, um vorzüglich die „höheren Töchter“ (ebd., S. 34) auszubilden,

was zu dieser Zeit nicht der Normalität angehörte, da die Frau für den Haushalt und die Kinder zuständig war. Auch in den Ausbildungsinstituten galt, dass die Fachlehrerinnen nur das unterrichteten, was der ärztliche Ordinarius für sinnvoll und notwendig erachtete. Auch das Verfassen von Fach- oder Lehrbüchern blieb den Physiotherapeutinnen verwehrt, und an Tagungen oder Kongresse war in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch nicht einmal zu denken. Hüter-Becker (ebd., S. 36) vergleicht das Selbstverständnis der Therapeutinnen, die sich als „Helferinnen des Arztes" sahen, mit dem Verhältnis von Vater und Tochter, da die Orthopäden mit Stolz über „ihre Krankengymnastinnen" (ebd., S. 36) sprachen, während die Identität der Physiotherapeutin in den USA bereits seit 1921 durch einen eigenen Therapeutinnenverband (American Women's Physical Therapeutic Association) gefestigt wurde (Johnson & Abrams, 2005). Das Gesundheitssystem blieb patriarchalisch geprägt, auch als die Frauen im Zweiten Weltkrieg wichtige und bis dahin nur von Männern ausgeübte Tätigkeiten übernehmen mussten. Auch danach wurde das Rollenverständnis als Gehilfin des Arztes in den Lehranstalten von Generation zu Generation weitergegeben, da lange Zeit die Schulleiterposition einem Arzt vorbehalten war. Im Jahr 1976 waren Frauen zwar in diese Position aufgestiegen, jedoch blieb ihnen das Stimm- und Wahlrecht bei berufsinternen Anträgen noch einige Jahre verwehrt (Hüter-Becker, 2004). Erst zum Ende des 20. Jahrhunderts konnte die Emanzipation der Frau und dadurch auch der Physiotherapie flächendeckende Fortschritte verzeichnen.

Dies bedeutete, dass Frauen als Verfasserinnen und/oder Herausgeberinnen von Fachliteratur nicht mehr nur Co-Autorinnen waren, sondern diese federführend verfassten und herausgaben. Außerdem war eine ärztliche Schulleitung nicht mehr zwingend notwendig. Ferner wurde die Berufsbezeichnung des Krankengymnasten durch die des Physiotherapeuten ersetzt, und der Weg für eine Akademisierung wurde eröffnet (Hüter-Becker, 2004). Schämann (2006, S. 173 ff.) fasst in ihrer Studie kritische Reflexionen von Physiotherapeuten über ihre eigene Berufsidentität folgendermaßen zusammen:

- „Es gibt kein gemeinsames berufliches Selbstverständnis.
- Ein Teil des physiotherapeutischen Selbstverständnisses basiert darauf, keine Verantwortung zu übernehmen, übernehmen zu wollen oder zu können.
- Physiotherapeut*innen benötigen Richtlinien, die bisher nicht existieren, um sich absichern zu können.
- Physiotherapeut*innen sind unpolitisch und als Berufsgruppe zersplittert.
- Physiotherapeut*innen sprechen keine gemeinsame Sprache und hören sich gegenseitig nicht zu.
- Physiotherapeut*innen unterschiedlicher Fachbereiche haben eine unterschiedliche Persönlichkeit und eine andere Art zu denken.

- Die meisten Berufsangehörigen sind nicht an einer Weiterentwicklung des Berufes interessiert und haben Angst vor Innovationen.
- Physiotherapeut*innen teilen ihr Wissen nur ungern mit Kollegen bzw. lassen sich nicht gern „in die Karten schauen".
- Physiotherapeut*innen sind unreflektiert und zwischen Selbstüberschätzung und Minderwertigkeitsgefühl hin- und hergerissen,
- Physiotherapeut*innen definieren sich über ihre Fortbildungen.
- Physiotherapeut*innen sind nicht an Wissenschaft interessiert.
- Physiotherapeut*innen „laufen herum wie Lehrmeister".
- Physiotherapeut*innen haben Schwierigkeiten im Umgang mit Ärzten.
- Es besteht ein mangelnder Austausch zwischen berufspolitischer Standesvertretung und den Fachhochschulen."

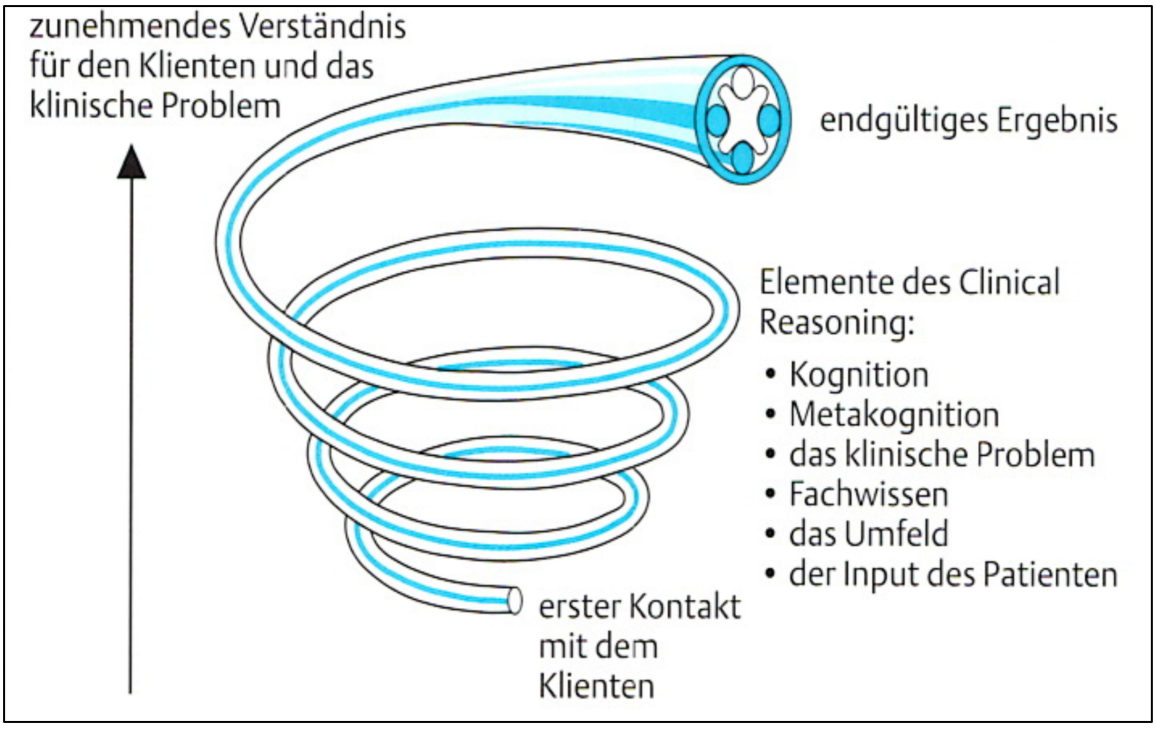
Da die Berufsidentität zu einem nicht unerheblichen Teil das Berufsbild beeinflusst, kann dies als ein Mittel für eine Progression, aber auch als Regression in einer sich ändernden Gesellschaft angesehen werden. Diese Identität kann speziell für das Individuum oder auch für eine gesamte Berufsgruppe gelten. Aus den Ergebnissen von Schämann (2006) kann der Status einer nicht allgemeingültigen sowie konfusen Identität diagnostiziert werden, wobei sich dennoch ein gemeinsames und koalierendes Moment herauskristallisieren lässt. Aus ihren Daten resümiert die Autorin, dass die Gemeinsamkeit in der Handlungspraxis liegt und vor allem die metaphorische Anwendung des „Handanlegens", „Handwerkzeug" sowie die Hand als zentraler „Werkzeugkasten" (Schämann, 2006, S. 247) hervortritt und als Identität expliziert werden kann. Diese sprachliche Auslegung verdeutlicht, dass die Physiotherapie von den eigenen Berufsinhabern als eine „der Medizin angegliederte[] und untergeordnete[] […] Semiprofession" angesehen wird, was durch das sich „Messen-Lassen[] an der Medizin" (ebd., S. 247) eine Identitätskrise in einem angestrebten Selbstfindungsprozess erzeugt. Auch die über die herkömmliche Ausbildung und Berufstätigkeit hervorgerufenen Sozialisationsmuster provozieren bei den Physiotherapeuten in den Bereichen Theorie, Partizipation, Ganzheitlichkeit und Therapie eine unklare Umsetzung sowie biomedizinische Arbeitsausrichtung, die primär strukturbezogen abläuft und eine biopsychosoziale Betrachtung, die auf Alltagsfunktionen und Partizipation abzielt, stark vernachlässigt (ebd.).

2.1.6 Clinical Reasoning

Das clinical reasoning beschreibt die Summe aller Denk- und Entscheidungsprozesse als zentrales Element einer professionellen Physiotherapie, um unabhängig und verantwortungsvoll die

Maßnahmen des Patienten zu planen, durchzuführen und zu reflektieren (Doherty & Purtilo, 2016; Edwards, 2004; Hengeveld, 1998; Jones, 1997). Untersuchungs- und Behandlungsprozesse bilden einen wesentlichen Teil der physiotherapeutischen Berufstätigkeit und setzen spezifisches und strukturiertes Wissen über zahlreiche klinische Krankheitsbilder einschließlich Symptomen und deren Behandlung voraus (Klemme & Siegmann, 2015). Die Bewusstmachung von Denkvorgängen beim klinischen Hinterfragen ermöglicht die Organisation des Wissens, sodass kritisch-analytisches Denken mit dem Entscheidungsfindungsprozess verknüpft wird (Jones, 1998; Schomacher et al., 2006). Es wird als eine entscheidende Fähigkeit in autonom handelnden Gesundheitsfachberufen angesehen und ermöglicht es dem Therapeuten, in einem individuell-spezifischen Kontext die richtige Maßnahme auszuwählen (Schomacher et al., 2006). Higgs und Jones (2008) beschreiben theoretisches und sachspezifisches Wissen sowie kognitive und metakognitive Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung als Kerndimensionen dieses Prozesses, der sich durch die gesamte Behandlung zieht und durch dynamische zyklische Anpassungen und Optimierungen an den Bedarf des Patienten gekennzeichnet ist (Abb. 1), woraus Arbeitshypothesen generiert werden (Klemme & Siegmann, 2015; Wimmers, 2006).

Abbildung 1: Spiralmodell des Clinical-Reasoning-Prozesses (Higgs & Jones, 2000, zit. n. Klemme & Siegmann, 2015, S. 23)



Arbeitshypothesen können entweder durch die hypothetisch-deduktive Methode[2] mittels eines Ausschlussverfahrens von Symptomen und Äußerungen bestätigt respektive verworfen werden. Oder Hypothesen können durch die Mustererkennung interpretiert werden, indem der Physiotherapeut von Symptomen und Störungen auf eine Diagnose schließt (Edwards, 2004; Schomacher et al.,2006). Hierbei sollen alle wichtigen Komponenten, die in einem biopsychosozialen Ansatz zu finden sind, berücksichtigt werden. Erst die gewissenhafte und reflektierte Anwendung dieses Prozesses befähigt den Therapeuten und Patienten dazu, begründete Maßnahmen für das Erreichen der vorher definierten Ziele zu wählen (Klemme & Siegmann, 2015).

Die Hauptfunktion des clinical reasoning besteht darin, den klinischen Patienten umfassend zu verstehen, um ein professionelles Patientenmanagement zu gewährleisten (Higgs & Jones, 2008). Um diesem Ansatz gerecht zu werden, muss der Physiotherapeut unterschiedliche Formen des clinical reasoning beherrschen. Diese lassen sich durch die spezifische Orientierung exakt voneinander abgrenzen, verlaufen stets simultan und erklären die komplexen Denkprozesse der therapeutischen Sequenz (Klemme & Siegmann, 2015).

Dazu gehört das Scientific Reasoning, welches primär den klassischen rationalen Problemlösungsprozess erklärt, da es sich auf die Beschwerden und Schlüsselprobleme des Patienten konzentriert und durch die Strategie des hypothetisch-deduktiven Vorgehens inventarisiert.

Das konditionale Reasoning zeichnet sich durch seine komplexe Form aus, durch die Rekapitulation der Vergangenheit und die daraus zu entwickelnden sinnvollen Behandlungsstrategien und patientenzentrierten Therapieziele (Klemme & Siegmann, 2015). Beide Formen bilden die wichtigsten Fähigkeiten in diesem Prozess der Physiotherapie (Kunze, 2015).

Das pragmatische Reasoning bewertet alle Einflussfaktoren und Begleitumstände, die nicht zum direkten Patienten-Therapeuten-Verhältnis gehören, sowie finanzielle Möglichkeiten, persönliche Ressourcen oder aber auch politische, religiöse oder soziale Rahmenbedingungen (Klemme & Siegmann, 2015).

Bei dem interaktiven Reasoning steht die interpersonelle Aktion zwischen den Beteiligten im Mittelpunkt. Dadurch soll es dem Therapeuten ermöglicht werden, den Patienten bewusst in die Zusammenarbeit einzubinden (shared decision making).

[2] Fähigkeit, Hypothesen zu formulieren, um anschließend ihre Gültigkeit nach logischen und systematischen Gesichtspunkten zu überprüfen.

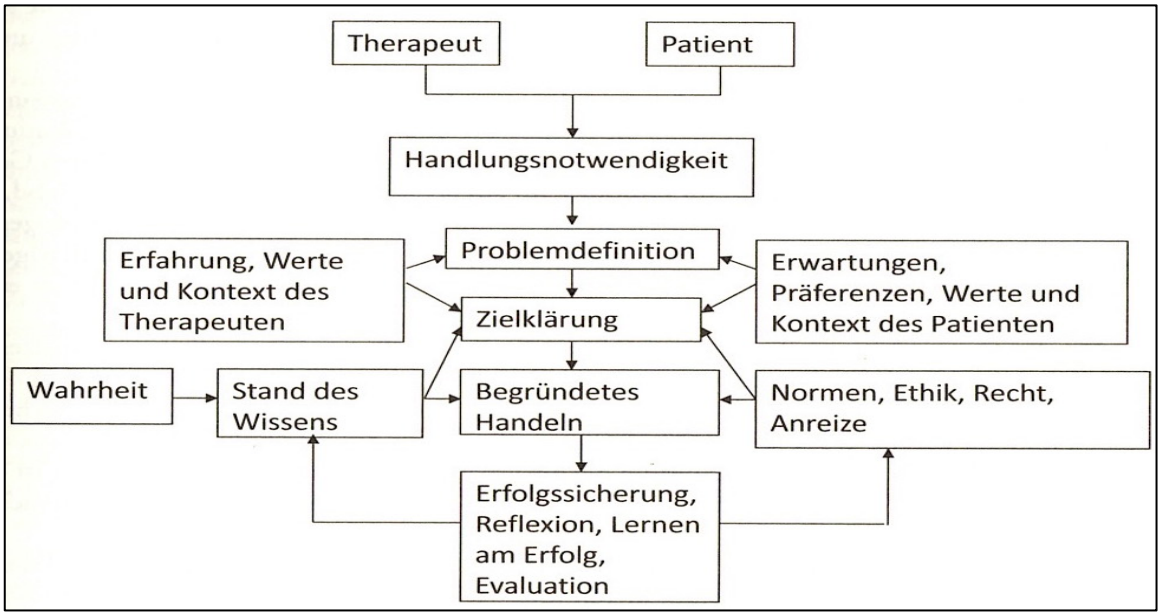
Das narrative Reasoning ist dazu bestimmt, die Bedeutung der Symptome oder Erkrankung für den Patienten und deren Konsequenzen für seine individuellen Lebensumstände zu benennen (Klemme & Siegmann, 2015).

Ethisches Reasoning ist die Art der Argumentation, die Anwendung findet, um ethische Probleme zu erfassen, zu analysieren und zu lösen (Doherty & Purtilo, 2016). Dies setzt unter den bestehenden Umständen voraus, dass der Physiotherapeut in der Lage sein muss, zu reflektieren, was moralisch korrektes Handeln bedeutet (ebd.). Somit beschreibt das ethische Reasoning einen bedeutenden Teil der ethischen und moralischen Kompetenz der Physiotherapie.

2.1.7 Evidence Based Practice

Durch die Notwendigkeit einer Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen ist eine Qualitätssicherung im Rahmen einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung der Patienten maßgeblich (Walkenhorst & Klemme, 2008) und kann im Professionalisierungsprozess der Physiotherapie als Meilenstein angesehen werden (Kool & Niedermann, 2006; Ophey et al., 2007). Unter evidence based practice wird der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der derzeit besten wissenschaftlichen Evidenz für die Entscheidung in der medizinischen Versorgung des individuellen Patienten verstanden (Sackett et al., 1996). Das Konzept der evidenzbasierten Praxis wurde entwickelt, um Kliniker zu unterstützen, entsprechende Evidenzen zu finden und diese mit der persönlichen therapeutischen Expertise und den Patientenerfahrungen zu kombinieren (Jensen et al., 2007). Für Robra (2016) ist es bedeutend, die Wissens-, Erfahrungs- und vor allem die Wertbasis so zu vereinen, dass ein medizinisches Problem folgerichtig bewältigt werden kann (Abb. 2).

Abbildung 2: Handeln im Einzelfall – Stand des Wissens und weitere Determinanten (Robra, 2016, S. 195)



Es konnten Belege dafür gefunden werden, dass besonders gut ausgebildete Therapeuten in der Lage waren, durch die evidenzbasierte Vorgehensweise die Versorgung der Patienten zu verbessern (Mikhail et al., 2005; Ring et al., 2005). Um zu einer evidence based practice zu gelangen, sind fünf Schritte maßgeblich. Der erste umfasst die Konkretisierung und Formulierung einer präzisen und beantwortbaren Fragestellung, die im nachfolgenden Schritt mit der Ermittlung der besten Evidenz einhergeht (McKibbon, 1998). Anschließend kommen mit den weiteren Schritten eine kritische Bewertung, die Ausführung und die Evaluation des Vorgehens zum Tragen (Klemme & Siegmann, 2015). Insgesamt führt dies zu einer zunehmenden Verantwortlichkeit für Physiotherapeuten, da es mit der Verwendung evidenzbasierter Behandlungsmaßnahmen zu einer optimierten Patientenversorgung, wie es bei Rückenschmerzen der Fall ist, kommt (Stevans et al., 2021). Deswegen ist es essenziell, dass die Berufsmitglieder diesen Prozess verstehen und anwenden können. Vor dem Hintergrund einer Vereinheitlichung der unterschiedlichen Gesundheitsexperten wird die Forderung nach einer gemeinsamen Basis der Behandlungsoptionen und effektiverer Kommunikation laut (Miller & Rollnick, 2013). Neben der Diskussion derzeitiger Professionalisierungsabsichten der Physiotherapeuten wächst auch der Anspruch, professionelles und kompetentes Handeln auf wissenschaftliche Grundlagen zu stützen, um sich als Experte im Gesundheitssystem zu etablieren und die eigene Bedeutung mit seinen wissenschaftlichen Ansprüchen zu untermauern (Gabard & Martin, 2011; Kälble, 2006; 2008; Klemme & Siegmann, 2015). In der Zeit der wachsenden Effektivitätsnachweise und der therapeutischen Verlässlichkeit als professionelles Mitglied im Gesundheitssektor ist es eine ethische Verpflichtung gegenüber der eigenen Berufsgruppe und dem hilfesuchenden Menschen, der einen Vertrauensvorschub gegenüber dem Therapeuten leistet, Entscheidungen über Diagnose und Therapietechniken einzubeziehen, die den derzeitigen Konsens der Forschung widerspiegeln und nicht auf Anekdoten oder Meinungen basieren (Dannapfel, Peolsson & Nilsen, 2013; Kool & Niedermann, 2006; Wenzel, 2005). Die meisten klinischen Studien geben Aufschluss über die Effektivität von konservativen Therapiemethoden, Operationstechniken oder klinischen Testverfahren, wobei die Wissenschaftler immer wieder neue Ergebnisse erzielen, um eine genauere Aussagekraft zu erhalten.

Zur Beurteilung quantitativer Studien oder Literaturzusammenfassungen ist es sinnvoll, Gütekriterien wie die PEDro-Bewertung oder das QUADAS-Tool[3] zu verwenden (Whiting et al., 2003), um eine objektive Aussage über die Studienqualität zu erhalten. Pravikoff et al. (2005) konnten herausfinden, dass individuelle Hemmungen bestehen, die evidenzbasierte Medizin in die Praxis einzubeziehen. Dabei zählt der Mangel an Verständnis wissenschaftlicher Studien als Hauptgrund, gefolgt von der fehlenden Organisationsstruktur für die Nutzung der elektronischen Datenbanken, Schwierigkeiten

[3] Skalen zur Qualitätsmessung von quantitativen Studien und Systematic Reviews.

beim Zugriff auf wissenschaftliche Publikationen, der Mangel an Computerkenntnissen, Übersetzungsprobleme, kein Bibliothekszugriff, fehlende Recherchefähigkeiten und ungenügende Kompetenzen, die Literatur zu interpretieren. Da der klinische Entscheidungsprozess auf wissenschaftlicher Grundlage durch psycho-soziale oder persönliche Faktoren nicht immer exakt realisiert werden kann, ist es entscheidend, die Erfahrung des Therapeuten und des Patienten vernünftig in die Therapie einzubeziehen (Appelt et al., 2011). Studien bestimmen niemals allein die Entscheidungen und müssen immer im Kontext von Werten und Präferenzen reflektiert werden, wobei es primär die externe Evidenz als Kriterium zu bestimmen gilt (Burns, Rohrich & Chung, 2011; Djulbegovic & Guyatt, 2017). Kritiker argumentieren, dass die evidence based practice auf die zu strikte Einhaltung der Evidenzhierarchie beruht, die als zu engstirnig und einfach empfunden wird (Worrall, 2002), oder deren Anwendung einem Medizinkochbuch gleicht (Timmermanns & Mauck, 2005), was sich bei einer unreflektierten Verwendung tatsächlich deprofessionalisierend auf eine Berufsgruppe auswirken könnte.

Dank der evidence based practice haben die klinisch geprägten Gesundheitsfachberufe eine differenzierte Beweishierarchie, die systematische Zusammenfassungen für eine optimale Behandlungsstrategie berücksichtigt und lenkt (Djulbegovic & Guyatt, 2017). Auch hat sich der Veröffentlichungsstandard von Studien bedeutend verbessert, und die Qualität der Versorgung konnte optimiert werden (Berenson, Pronovost & Krumholz, 2013; Simera et al., 2010). Aus diesen Gründen braucht das Gesundheitssystem reflektierte, sich ständig weiterentwickelnde Gesundheitsdienstleister (continuing medical education), die flexibel auf jegliche Situationen autonom reagieren können (Sackett & Rosenberg, 1995). Diese Herausforderungen können nur mittels lifelong learning und den an wissenschaftlichen Hochschulen zu erwerbenden Qualifikationen bewältigt werden (Walkenhorst, 2008). Zudem gilt es, die Kompetenz der Kritikfähigkeit zu entwickeln, um grundlegende Fragen hinsichtlich sich selbst und der Wissenschaft zu reflektieren. Wissenschaftlich zu arbeiten bedeutet auch, seine bisherigen Überzeugungen infrage zu stellen (Burnard & Morrison, 1995, zit. n. Schwerdt, 2002, S. 21).

2.1.8 Direct Access in der Physiotherapie

Der Direct Access wird grundlegend von einem „First Contact Practitioner“ im Bereich der Physiotherapie ausgeübt. Dieser erlaubt es dem Physiotherapeuten auch, ohne eine ärztliche Überweisung zu untersuchen, zu behandeln und den weiteren Verlauf des Patientenmanagements zu bestimmen (Zalpour, 2008). Durch die zukünftigen Herausforderungen des demografischen und sozioökonomischen Wandels steigt die Notwendigkeit qualitativer therapeutischer Interventionen, die den Bedarf einer fachgerechten und professionellen Gesundheitsdienstleistung decken können (Ewers et al.,

2012). Die international divergent ausgerichteten Gesundheitssysteme zeigen, dass einige Versorgungsstrukturen Potenzial aufweisen, um den Anforderungen eines Direktzuganges gerecht zu werden (WCPT, 2017b). Die Gesundheitsversorgung des Patienten kann durch die bessere Nutzung konservativer Methoden ressourcenoptimiert realisiert werden (Deyle, 2006). Durch den self-referral wird dieser mit seiner individuellen Entscheidung in den Fokus gerückt, indem ihm freigestellt wird, einen Physiotherapeuten direkt aufzusuchen oder zuvor den Arzt zu konsultieren, um eine therapeutische Verordnung zu erhalten (Holdsworth, Webster & McFayden, 2007; WCPT, 2017b; Zalpour, 2008). Aufgrund der ungenügenden physiotherapeutischen Ausbildungsqualität und der unzureichenden Berufsautonomie nimmt Deutschland im internationalen Vergleich diesbezüglich eine Schlusslichtposition ein (Beyerlein, 2010; Guhse & Steiffert, 2007). Hierzulande ist die Diskussion für eine Autonomie- und Kompetenzerweiterung in vollem Gange und zu einem eigenen Berufspolitikum entbrannt, da der Einführung des Direct Access sowohl in der bisherigen Gesundheitspolitik als auch in der gegenwärtig etablierten Ausbildung keine Bedeutung zukommt (Beyerlein, 2010). Als Argument entgegnen Kritiker die Sorge um die Patientensicherheit, falls die Therapeuten ernsthafte Pathologien übersehen, die nicht in ihrem primären Kompetenzspektrum liegen, die Gefahr einer deutlichen Kostensteigerung für das Gesundheitssystem und die noch mangelhafte interdisziplinäre Ausrichtung gegenüber den Ärzten (Damm & Zalpour, 2008; 118. Deutscher Ärztetag, 2015). Der Deutsche Ärztetag spricht sich ebenso gegen diese Kompetenzerweiterung mit folgenden Worten aus:

> „Die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen mit dem Ziel der Substitution ärztlicher Tätigkeit in den Bereichen Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und Gesamtverantwortung ist sowohl aus Gründen der Patientensicherheit als auch zur Vermeidung einer immer weitergehenden Fragmentierung der Versorgung abzulehnen.“ (118. Deutscher Ärztetag, 2015, S. 205).

Diese Sorgen konnten jedoch durch mehrere wissenschaftliche Studien entkräftet werden. Einige Untersuchungen im englischsprachigen Raum haben ergeben, dass durch den direkten Zugang die Gesundheitskosten reduziert werden konnten, sich die Patientenzufriedenheit gebessert hat, unnötige Wartezeiten vermieden werden und es zu keiner Gefährdung kam (Ojha, Snyder & Davenport, 2014; Patterson & Patterson, 2013). Zudem zeigen die Studienergebnisse von Denninger und Kollegen (2018), dass während der Behandlung von Rücken- und Nackenschmerzen deutlich weniger Kosten verursacht wurden. Eine weitere Untersuchung hat für Schottland hochgerechnet, dass durch die Einführung des Direktzuganges der staatliche Gesundheitsdienst bis zu zwei Millionen Britische Pfund jährlich einsparen könnte (Holdsworth, Webster & McFayden, 2007). Jedoch ist anzumerken, dass die meisten Studien, die einen positiven Effekt des Direct Access nachweisen konnten, in Ländern

erprobt wurden, die eine einschlägige Berufsautonomie sowie Professionalität vorweisen konnten, was auf die deutsche Physiotherapie mit den derzeitigen curricularen Vorgaben nicht zu übertragen ist (Denninger et al., 2018; Konrad, Konrad & Geraedts, 2017; Ojha et al., 2014).

In Deutschland wurde ein Modellvorhaben erprobt und wissenschaftlich begleitet, das den Physiotherapeuten eine selbstständige Intervention, die Festsetzung der Behandlungsfrequenz und die Behandlungsdauer zugesteht (Nast et al., 2018). Aufgezeigt werden konnte, dass die Ergebnisse hinsichtlich der Schmerzintensität, der Lebensqualität, des allgemeinen Gesundheitszustands, der Patientenzufriedenheit und der Behandlungsanzahl auch hierzulande im Vergleich zu einer konventionellen Versorgung identisch sind. Der Deutsche Bundestag kommt zu dem Ergebnis, dass die Auswahl, die Dauer und die Frequenz der physikalischen Therapie bestimmt werden dürfen, sofern die Physiotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung dazu qualifiziert sind (Deutscher Bundestag, 2018). Rohrbach et al. (2013) konstatieren, dass bislang ein unklares Berufsprofil in Deutschland besteht, um genaue Kompetenzen auszuarbeiten und die Anforderungen an die Handlungsautonomie zu erfüllen. Und ein eindeutiger Nachweis der physiotherapeutischen Fähigkeit fehlt. Dies ist ein weiterer Grund, die Akademisierung und eine spezifische Entwicklung des professionellen Handelns der deutschen Physiotherapeuten zu forcieren, damit sie den Patienten unabhängig vom Arzt eine effektive Gesundheitsversorgung anbieten sowie den Anforderungen an eine eigenständige Profession nachkommen können.

2.1.9 Vom biopsychosozialen Modell bis zur Movement Continuum Theory

Von den zahlreichen theoretischen Ausarbeitungen ist das biopsychosoziale Modell das bedeutendste medizinische Konstrukt, welches den Körper und den Geist gleichermaßen einbezieht (Goodman, 1991). Kurz gesagt berücksichtigt das biopsychosoziale Modell, dass biologische Prozesse, psychische Einstellungen und soziale Kontextfaktoren als Einflussgrößen auf Krankheitsprozesse berücksichtigt werden müssen und auf den Genesungsverlauf sowie die Wahrnehmung von Schmerzen und Einschränkungen maßgeblich einwirken. Leider konnte sich dieses Konstrukt bislang kaum durchsetzen, was unter anderem durch die Dominanz der biomedizinischen Wissenschaft und der physiotherapeutischen Behandlungsausrichtung bedingt ist (Egger, 2005; Nicholls, 2018; Schämann, 2006). Jedoch üben immer mehr Wissenschaftler Kritik an dem strukturell-anatomisch-biomechanischen Modell (Zusman, 2013), da pathologische Gewebeveränderungen oftmals keine Relevanz bei funktionellen Einschränkungen im Alltag von Menschen haben (Barreto et al., 2019; Boden et al., 1992; Brinjikji et al., 2015; Frank et al., 2015; Lee et al., 2020; Nakashima et al., 2015). Und auch Scheinoperationen haben die gleichen positiven Effekte erzielt wie reale operative Eingriffe (Lähdeoja et al., 2020; Moseley et al., 2002). Darüber hinaus hat die Stress- und Risikofaktorenforschung

nachgewiesen, dass das „Mensch als Maschine-Gedankenkonstrukt“ nicht ausreicht, um bestimmte Phänomene erklären zu können. Engel (1977), der als Gründer des biopsychosozialen Modells gilt, sah das reduktionistische biomedizinische Modell besonders kritisch.

Kritisch äußern sich Experten gegenüber der biomedizinischen Sichtweise dahingehend, dass …

- strukturelle Veränderungen keinen Aufschluss über die Bedeutung der Symptome geben,
- psychosoziale Faktoren einen deutlich größeren Einfluss auf das Schmerzerleben und somit auf die Funktionseinschränkung haben,
- der Patient eher das Gefühl hat, krank zu sein,
- der Erfolg einiger biomedizinischer therapeutischer Maßnahmen auf den Placeboeffekt zurückzuführen sind,
- nicht der Patient, sondern das Krankheitsbild im Fokus der Therapie steht, was eine Entmenschlichung zur Folge hat und
- die Therapeuten-Patienten-Beziehung einen maßgeblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004; Zusman, 1998).

Das biopsychosoziale Modell hingegen soll wichtige Umweltfaktoren und die persönliche Beschaffenheit des Individuums reflektieren und die beeinträchtigte Funktionsfähigkeit des individuellen Menschen abbilden (Wenzel & Morfeld, 2016). Erst mit dem Einzug der allgemeinen Systemtheorie in die Medizin wurde der Versuch unternommen, ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis auszuformulieren und zu begründen. Dies ist gegenwärtig das kohärenteste, kompakteste und bedeutendste Theoriekonzept, welches den Menschen in Gesundheit und Krankheit erklärbar macht (Egger, 2005). Dieses Modell beschreibt die Person als ein organisiertes dynamisches System, welches auf Ereignisse gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen reagiert, die sich als ein Ganzes gesehen gegenseitig beeinflussen. Im biopsychosozialen Modell wird Gesundheit als mit der ausreichenden Kompetenz des Menschen verbunden, beliebige Störungen auf unterschiedlichen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von Störungen und Auffälligkeiten auf der biopsychosozialen Ebene bedeutet demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese krankheitsauslösenden Aspekte ausreichend und wirksam zu kontrollieren. Krankheit hingegen stellt sich dann ein, wenn die autoregulativen Kompetenzen des Organismus zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf einer beliebigen Ebene des Systems „Mensch“ nicht mehr ausreichend zur Verfügung gestellt werden können und die Regelkreise zur Funktionstüchtigkeit überfordert sind oder gar ganz ausfallen. Durch die

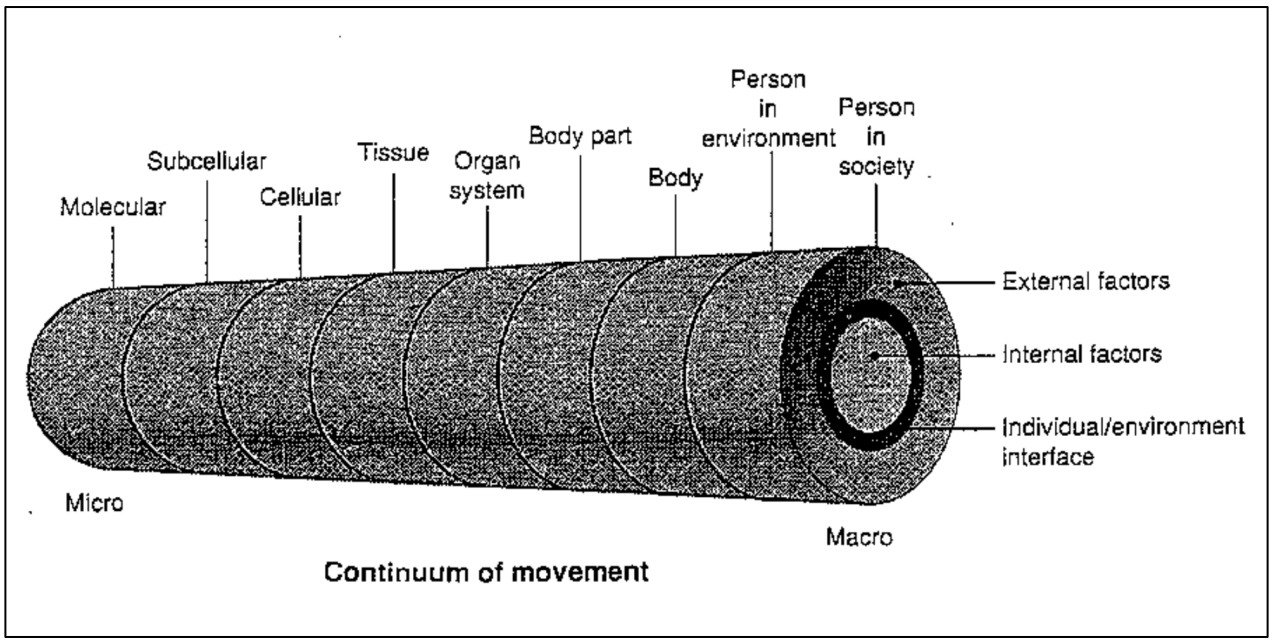
parallele Verschaltung der unterschiedlichen Systemebenen ist es nicht von Bedeutung, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung entsteht, sondern nur, welchen Schaden sie auf dieser Systemebene zu bewirken imstande ist (ebd.): „Krankheit und Gesundheit erscheinen hier nicht als ein Zustand, sondern als ein *dynamisches Geschehen.* So gesehen muss *Gesundheit* in jeder Sekunde des Lebens ‚geschaffen' werden" (Egger, 2005, S. 6).

Da nun das ganze Erleben einer Krankheit oder der Gesundheit als solches nicht greifbar ist, ist es sinnvoll, für eine befundorientierte Detailanalyse mehrdimensional vorzugehen und die beteiligten Wirklichkeitsausschnitte mit ihren Wirkfaktoren zu analysieren und im Anschluss in ein ganzheitliches System zu reintegrieren, damit die biologische, die psychologische und die soziale Dimension der Patientenproblematik verstanden werden können (Borrell-Carrio et al., 2004).

Durch diese Sichtweise sollen mehr Empathie, Kommunikation und eine beziehungszentrierte Patientenversorgung in die praktische Anwendung von Gesundheitsdienstleistern einfließen und durch eine Autonomisierung des Patienten eine Verhaltensänderung auf allen drei Ebenen einen langfristigen Therapieerfolg manifestieren, was auch durch Wissenschaftler in den Bereichen Schmerz, Funktionseinschränkung, Lebensqualität (Coronado et al., 2019), verbessertes psychosoziales Wohlbefinden sowie reduzierte Gesundheitskosten (Sullivan & Adams, 2010) bestätigt wurde. Trotz der erheblichen Vorteile scheint es insbesondere für die Physiotherapie ein enormes Hindernis zu sein, die psychosozialen Faktoren zu berücksichtigen und in die Therapie einfließen zu lassen (Egan et al., 2008; Singla et al., 2014). Denn zusätzlich zu den ungenügenden Standards in den Ausbildungs- und Fortbildungsstrukturen ist die eigene Identität durch die handwerklichen Techniken noch zu stark an dem biomedizinischen Modell verhaftet (Schämann, 2006; Synnott et al., 2015), was Nicholls (2018, S. 7; Übers. d. Verf.) mit dem „Festsitzen der Physiotherapie im letzten Jahrhundert" bezeichnet.

Jahre nach der Begründung des biopsychosozialen Modells von Engel (1977) entwickelten Cott et al. (1995) aus der Not einer unbefriedigenden Wissenschaftlichkeit sowie einer fehlenden Definition der Physiotherapie die Movement Continuum Theory of Physical Therapy (MCT) mit dem Ziel, eine strukturierte Basis für die Berufsgruppe zu schaffen. Die Intention der Forschungsgruppe lag darin, dass eine einzigartige Theorie für die Physiotherapie gefunden werden musste, die alle berufseigenen Aspekte inkludiert, in Lehre und Forschung integriert werden kann sowie die gegenwärtige und zukünftige Praxis für eine unabhängige Profession verkörpern soll (Cott et al., 1995). Exakt benennen die Autoren ein multimodales Bewegungskontinuum, welches von der molekularen Mikroebene bis zur sozialen Teilhabe des Menschen in der Makroebene reicht und die diversen Zwischenebenen wechselwirkend in Beziehung setzt (Abb. 3).

Abbildung 3: Multidimensional Movement Continuum of Physical Therapy (Cott et al., 1995, S. 90)



Zentraler Aspekt ist die Bewegung, die in dieser Theorie in mehrere Prinzipien gegliedert wird, wobei drei sehr allgemein gehalten sind, fünf speziell auf die Physiotherapie anwendbar sind und ein letztes Prinzip die Praxisrelevanz der vorherigen Prinzipien zusammenfasst. Im Folgenden werden diese Prinzipien beschrieben und erläutert sowie im Anschluss diskutiert (Richter &Thierfelder, 2018, S. 34 ff.).

- *„Prinzip I:* Bewegung ist für das menschliche Leben unverzichtbar.
- *Prinzip II:* Bewegung vollzieht sich innerhalb eines Kontinuums von der mikroskopischen Ebene bis zur Ebene des Individuums innerhalb der Gesellschaft.
- *Prinzip III:* Physiologische, psychische, soziale und lebensumfeldbezogene Faktoren beeinflussen die Bewegungsebene.
- *Prinzip IV:* Die Bewegungsebenen befinden sich in Abhängigkeit zueinander.
- *Prinzip V:* Jede Ebene des Kontinuums verfügt über ein maximal erreichbares Bewegungspotenzial (maximum achievable movement potenzial – MAMP), welches von den MAMP anderer Ebenen sowie von physiologischen, sozialen, psychischen und umweltbezogenen Faktoren beeinflusst wird.
- *Prinzip VI:* Unterhalb der oberen Bewegungsgrenze des MAMP verfügt jeder Mensch über eine bevorzugte Bewegungsfähigkeit (preferred movement capability – PMC) und eine aktuell verfügbare Bewegungsfähigkeit (current movement capability – CMC), welche unter normalen Umständen gleich sind.

- *Prinzip VII:* Pathologische und entwicklungsbedingte Faktoren haben das Potenzial, das MAMP zu verändern und/oder eine Differenz zwischen der PMC und der CMC herbeizuführen.
- *Prinzip VIII:* Das Ziel der Physiotherapie ist es, das Potenzial für eine PMC/CMC-Differenz und/oder eine existierende Differenz zu minimieren.
- *Prinzip IX:* Die Praxis der Physiotherapie integriert therapeutische Bewegung, das Einbringen der eigenen Person, Bildung/Schulung und Technologie sowie Anpassungen der Umwelt."

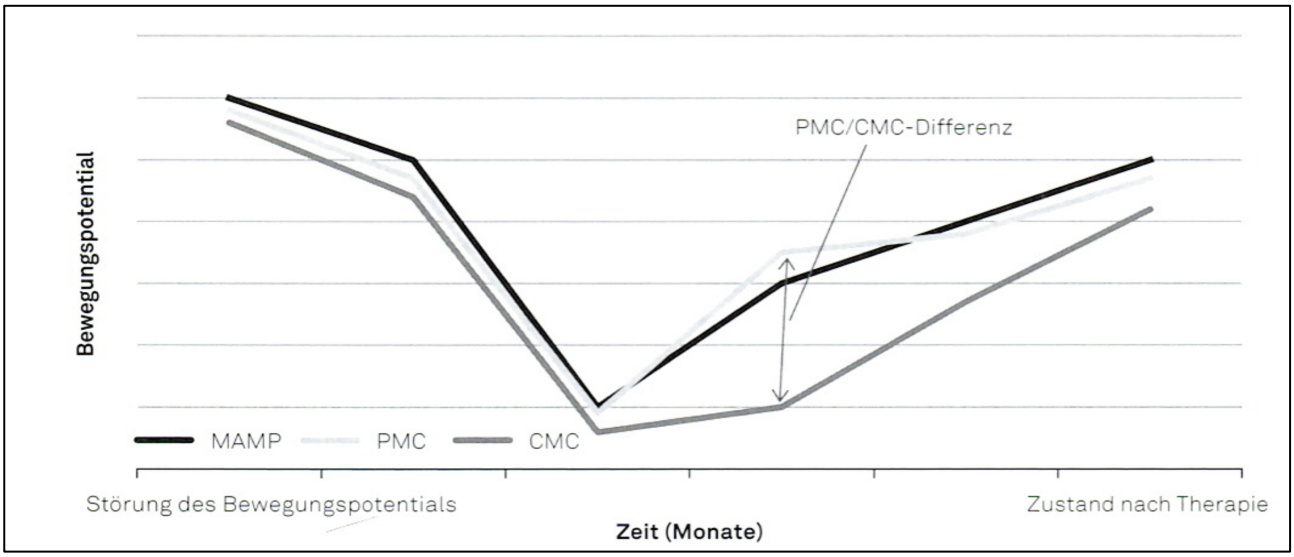
Bewegung ermöglicht eine Interaktion mit der Umwelt und findet innerhalb des Körpers bis zur sozialen Teilhabe statt. Dabei können interne und externe Faktoren deren Qualität und Quantität beeinflussen und wirken sich in einer gegenseitigen Wechselbeziehung aus. Das geschieht bei biochemischen Prozessen wie der Zellregeneration bis zu von der Bewegung beeinflusster Motivation, kognitiven Gegebenheiten, Gefühlen oder Wünschen. Liegt nun eine Bewegungsstörung auf einer dieser Ebenen vor, hat das auch eine Auswirkung auf andere und kann somit eine größere Folgekette anstoßen, die bis zu einer reduzierten Partizipation des Menschen an seiner Umwelt führen kann. Aus dieser Perspektive betrachtet, kann die Physiotherapie in einem besonderen Maße auf pathologische Prozesse eingehen, da sie auf der einen Seite ein Verständnis für physiologische und pathologische Funktionen des menschlichen Körpers hat und andererseits den psychosozialen Kontext durch Bewegung beeinflussen kann und somit die Teilhabe am sozialen Leben wieder ermöglicht.

In diesem Zusammenhang sind drei Begriffe von entscheidender Bedeutung:

- das maximal erreichbare Bewegungspotenzial (MAMP), das aufgrund von Alter, Geschlecht oder jeweiliger Entwicklungsphase variiert,
- die bevorzugte Bewegungsfähigkeit (PMC), die für die alltäglichen Anforderungen wichtig ist und durch persönliche Färbung der Lebenswelt geprägt wird,
- sowie die aktuell verfügbare Bewegungsfähigkeit (CMC), die durch Verletzungen eingeschränkt sein kann.

In Abbildung 4 wird gezeigt, wie MAMP, PMC und CMC während einer Rehabilitation aussehen könnten. Die durch Krankheit, Alter, Schmerzen, Überbelastung oder Verletzung hervorgerufene Veränderungen dieser Konstanten gilt es bei der Befundaufnahme durch das clinical reasoning mittels einer Anamnese der biopsychosozialen Gegebenheiten sowie bewegungsorientierten Funktionsuntersuchung einzugrenzen, zu quantifizieren und über Bewegung und Belastungsanpassung patientenzentriert zu beheben.

Abbildung 4: Beispiel des Bewegungspotenzials bei einer Rehabilitation (Richter & Thierfelder, 2018, S. 39)



Erst wenn es zu derartigen Störungen des maximal erreichbaren Bewegungspotenzials oder einem starken Missverhältnis der bevorzugten und der momentanen Bewegungsfähigkeit kommt oder abzusehen ist, dass die Teilhabe am normalen Leben nicht mehr gewährleistet werden kann, kann Physiotherapie überhaupt erst kurativ oder präventiv aktiv werden (Cott et al., 1995; Richter & Thierfelder, 2018). Daraus ergibt sich, dass erst nach einer Ursachenanalyse und der Ermittlung der individuellen Patientenziele eine effektive Intervention gewählt werden kann, die möglichst alle Ebenen positiv beeinflusst (Thieme, 2007, zit. n. Richter & Thierfelder, 2018, S. 39). Um mögliche Ursachen der Differenz zwischen bevorzugtem Bewegungsverhalten und der aktuellen Bewegungsfähigkeit zu analysieren, ist die Beurteilung der „Eintrittsebene in das Bewegungskontinuum“, des „Umfangs der Beeinträchtigung des Bewegungskontinuums“ sowie der „Beeinflussung des Bewegungskontinuums durch interne und externe Faktoren“ (Richter & Thierfelder, 2018, S. 40) ausschlaggebend.

Die Movement Continuum Theory bietet demzufolge eine physiotherapeutisch umfassende Perspektive für eine Verortung des Bewegungsbegriffes und inkludiert pathophysiologische, psychische sowie soziale Aspekte, die sich in gegenseitiger Wechselseitigkeit befinden. Darüber hinaus fördert sie eine autonome Teilhabe des Patienten am Leben, sodass sie eine multidimensionale Betrachtungsweise bietet. Ferner inkludiert sie präventive wie auch gesundheitsorientierte Maßnahmen und erweitert das Spektrum des therapeutischen Handelns. Aus diesem Grund kann die Movement Continuum Theory ein Merkmal der Physiotherapie für sich darstellen, sodass sie als theoretische Basis einer professionellen Praxis herangezogen werden kann bzw. sollte.

2.2 Professionalisierung als berufssoziologischer Prozess

Die Begriffe der Professionalisierung und der Profession wurden vermehrt in den 1960er-Jahren aus dem angelsächsischen Raum übernommen und in Deutschland als „professionalisierte[] Berufspositionen“ (Daheim, 1967, S. 39) integriert sowie ausformuliert. Unter Professionalisierung wird ein berufssoziologischer Entwicklungsprozess bezeichnet, durch den sich Berufe dem Zustand einer Profession mit professionellen Handlungsstrukturen annähern, was am Ende zu einer beruflichen Selbstgestaltung führen soll (Millerson, 2001; Nittel, 2000; Schämann, 2006).

In neueren Überlegungen kann der Professionalisierungsbegriff als ein immerwährendes Kontinuum der Entwicklung von Berufen aufgrund einer sich permanent ändernden Gesellschaft verstanden werden, der zu einer ausdifferenzierten Umgestaltung sowie eigenen Problembearbeitung des Berufes führt, was mit qualitativ und quantitativ veränderten Bedingungen einhergeht (Helsper, Krüger & Rabe-Kleberg, 2000). Goode (1972) sowie Millerson (2001) betrachten die Expansion der beruflichen Handlungsautonomie, die Entwicklung einer breiteren und tieferen Wissensformation gegenüber Klienten, die Formulierung einer Berufsethik sowie eine ausgesprochene gegenseitige Leistungsbewertung als soziale Kontrolle als wesentliche Merkmale dieses Prozesses. Damit soll die Förderung eines Berufsideals zum Schutz der Klienten und Ausschluss von unqualifizierten Berufsteilnehmern aus der Profession durch eine systematische wissenschaftliche Ausbildung und diverse Mindeststandards gewährleistet werden. Obrecht (2013) verbindet mit diesem Prozess die Entwicklung von handlungswissenschaftlichem Wissen sowie einen in einer akademischen Institution ausgebildeten Professionellen, wobei eben dieses Mitglied der Profession in einer systematischen Weise die betreffenden Stellen in den vorhandenen Organisationen auskleidet sowie biologische, physikalische und soziale Probleme unter einer wissenschaftlich basierten praktischen Anwendung auflöst.

> „Ein Professionalisierungsprozess ist erfolgreich, wenn es einer Profession gelingt, ihre Zuständigkeitsansprüche innerhalb eines großen Teils der in der Bearbeitung einschlägiger praktischer Probleme befassten Institutionen (Organisationen) durchzusetzen“ (Obrecht, 2013, S. 64).

Nittel versucht, mit einer Differenzierung von Profession und Professionalisierung eine Klärung über das jeweilige Handlungssubjekt zu pointieren:

> „Das Subjekt einer Profession ist mit der Summe all jener beruflichen Rollenträgern identisch, die im Besitz einer bestimmten beruflichen Lizenz und des damit korrespondierenden Berufswissen sind und somit von der personalen Seite her die Bedingung für die Möglichkeit des professionellen Handlungssystems sichern. Außerhalb der Profession bzw. der Berufskultur

> stehen die Laien, die Klienten, aber auch die Berufsnovizen. Das Subjekt der Professionalisierung ist im Vergleich dazu viel schwerer zu bestimmen, denn der Träger der diesbezüglichen Prozesse besteht aus einer Vielzahl von Akteuren und Instanzen: Neben den Berufsvertretern selbst und deren Organisationen nehmen vor allem juristische, politische, wissenschaftliche und staatliche Entscheidungsträger sowie mit Definitionsmacht ausgestattete Teile der Öffentlichkeit Einfluss, die an der Konstitution eines bereits existierenden Berufes etwas ändern oder einen neuen Beruf zu formieren versuchen." (Nittel, 2000, S. 50).

Die Professionalisierung kann zum einen als Weg und zum anderen auch als Ziel eines Berufsstandes angesehen werden (Schämann, 2006). Sie wird vor dem Hintergrund einer Diskussion um mehr Einfluss in einem politischen Kontext aufgrund einer bislang limitierten Definitionsmacht mit einem nicht gegebenen professionellen Handlungsspielraum in Gang gesetzt (Nittel, 2000). Nittel (ebd.) weist auf die liquide Qualität dieses Kampfbegriffes hin, der auf eine Spezialisierung und Akademisierung von Berufswissen hinausläuft und eine Steigerung der monetären Vergütung und eine Anhebung des Status sowie Macht zur Folge hat. Das soll dazu führen, dass diese Bestrebungen letztendlich in einer gesellschaftlichen oder staatlichen Autonomie gipfeln. Hartmann (1972) beschreibt zwei wesentliche Dimensionen, die zu einer Verortung von Berufen und Professionen dienen: zum einen die funktionalen Wissensbestände einer Berufsgruppe und zum anderen die soziale Bedeutung in der Gesellschaft, die sich durch Ansehen und Prestige äußert und durch die Bindung an zentrale Werte wie das Lindern von Leiden in ein Berufsethos münden. Somit können der Entwicklungsgrad von einer einigermaßen ausgeprägten zu einer besonders qualifizierten Wissenssystematik und die Ausweitung der sozialen Orientierung zu einer ausgesprochenen Kollektivitätsorientierung ebenfalls als Eigenheiten dieses Prozesses aufgefasst werden.

Der soziale Aspekt definiert sich durch eine verstärkte Ausrichtung auf die Gesellschaft durch ein allgemeines Netzwerk und eine soziale Interdependenz von beruflicher Leistung im gesellschaftlichen Kontext, was zu einer sozialen und ethischen Dienstgesinnung führt. Daheim (1992) erläutert, dass die Expertise und die Kollegenorganisation das Kernstück dieser Entwicklung formulieren, die eine gesellschaftliche Kontrollinstanz überzeugen sollen, der angestrebten Profession ein Leistungsmonopol, Autonomie sowie ein höheres Einkommen zuzuerkennen.

Grundsätzlich kann eine Professionalisierung durch mehrere Faktoren erfolgreich eingeleitet werden. Gute Chancen, sich zu einer Profession zu entwickeln, haben die Bestrebungen, bei denen es zu einer Separation durch Definition und Wissen, einer eigenen Berufsidentität, einer klaren Berufsfunktion gegenüber anderen Berufen, einer standardisierten akademischen Ausbildung, einem bestehenden

Berufsverband, einer wissenschaftlich angewandten Berufspraxis, einem emanzipierten Selbstbewusstsein von aufstrebenden, motivierten Fachkräften, einer verbindlichen Berufsethik sowie einer positiven Außenwirkung in der Gesellschaft kommt (Millerson, 2001; Dewe & Stüwe, 2016; Nittel, 2000; Stichweh, 1996). Nittel (2000) erkennt die hohe Arbeits- oder Dienstleistungsqualität der Leistungserbringer an, die durch den Klienten dementsprechend mit Vertrauen honoriert wird, sowie die Überzeugungsarbeit des angehenden Professionellen, der trotz durchschnittlicher Bezahlung nach einem idealistischen Prinzip agiert.

Dewe und Stüwe (2016) sehen Implikationen für eine Professionalisierung und fassen diesen Begriff für eine Fülle an gesellschaftlichen Entwicklungen und sozialen Phänomenen zusammen. In ihrer Beschreibung sehen sie die Professionalisierung als ein Strukturelement in einem Rationalisierungsprozess, der ein Expertentum erzeugen soll, einen Indikator zwischen der Informationsdistanz zwischen dem Experten und dem Laien, die Bezeichnung für eine besondere Erscheinung einer beruflich gebündelten Tätigkeit, einen Gradmesser für die autonome Etablierung einer wissenschaftlichen Fachdisziplin, soziale Attribute und Merkmale von professionalisiertem Handeln, eine objektive Schaffung von wissenschaftlichen Kompetenzen zur stellvertretenden Bewältigung von Alltagskrisen sowie eine Herausarbeitung von Fachautoritäten und letztendlich eine Konstituierung einer besonderen Form der sozialen Kontrolle an.

Da dieses Kapitel den berufssoziologischen Prozess erklärt, werden die prominentesten Professionstheorien in Kapitel 2.2.2 genauer beschrieben.

2.2.1 Verberuflichung von Arbeit

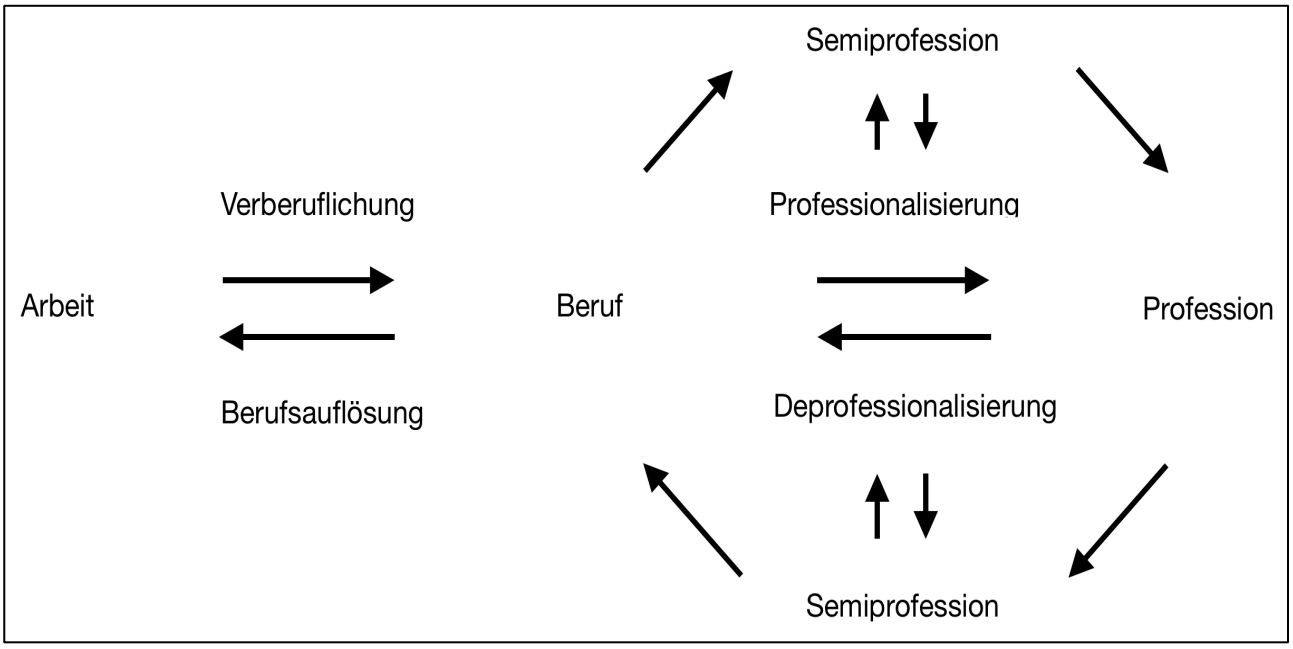
Um weitere Bezugspunkt dieses Entwicklungsprozesses zu beleuchten, müssen ebenfalls die Begriffe Arbeit und Beruf berücksichtigt werden. Arbeit wird als die Tätigkeit bezeichnet, die nicht zwingend eine spezielle Ausbildung erfordert und der Sicherstellung von Grundbedürfnissen dient, wobei diese in verschiedenen Bereichen durchgeführt werden kann (Schämann, 2006). Arbeit wird als eine spezielle Form menschlichen Verhaltens bezeichnet und eine zielorientierte psychische oder physische Tätigkeit eines Menschen hervorbringt, die von ihm zur Erreichung unterschiedlichster Zwecke ausgeübt wird, wobei es nicht nur zu einer Reduzierung seines Leistungspotenzials infolge seines Energieverbrauches kommt, sondern auch zu einer Beeinflussung seiner Persönlichkeit (Schwendenwein, 2000, zit. n. Strassnitzky, 2009, S. 33). Die Arbeit stellt einen abstrakten Verwertungsprozess dar, da mit ihr Herstellungs- und Dienstleistungsprozesse einhergehen und ein Tauschwert entsteht, der je nach Nachfrage variieren kann.

Hingegen lässt sich der Berufsbegriff durch verschiedene Umschreibungen genauer von der Arbeit abgrenzen. Hartmann (1972) versteht darunter eine besondere Art von Arbeit, die sich durch eine begriffliche Sondierung von einer nicht beruflichen Arbeit abhebt, wie z. B. professionelle Berufe von nicht professionellen, wobei es sich beim Beruf um eine Kombination von Spezifizierung und Spezialisierung von Leistungen handelt, die mit unterschiedlichen Attributen von Arbeit kombiniert werden. Unter Berufen werden dauerhafte, standardisierte und spezialisierte Fähigkeiten zusammenfasst, die durch Arbeitsvermögen bereitgestellt werden und sich durch eine geeignete institutionalisierte Zusammensetzung und Abgrenzung von spezialisierten Arbeitsfähigkeiten definiert (Beck, Brater & Daheim, 1980, zit. n. Heidenreich, 1999, S. 35), die mit einem eigenen Berufsbegriff, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, ausgestattet werden und denen eine standardisierte und differenzierte Ausbildung zugrunde liegt (Brater & Beck, 1983). Auch heben Schaub und Zenke (2000) die Bedeutung der subjektiven Zufriedenheit und Produktivität des Berufsinhabers für die gesamte Volkswirtschaft hervor, was eine wachsende Bedeutung von Berufswahl, zeitgemäßer Ausbildung und beruflicher Weiterbildung zur Folge hat, die auf einer persönlichen ethischen und lebensweltlichen Einstellung des Berufsinhabers beruht. Nach Heidenreich (1999) gelten spezielle Tätigkeitsfelder, besondere Qualifikationen, eine systematische Berufsausbildung, ein dementsprechendes Berufsprestige und diverse Aufstiegsleitern als typische Kennzeichen von Berufen.

Des Weiteren können vier Formen von Berufsvorstellungen differenziert werden: die traditionellständische, religiöse, idealistische und funktionale Berufsauffassung (Dewe & Stüwe, 2016). Innerhalb der ersten drei Berufsauffassungen kann ein zugewiesenes oder ethisches Moment der Berufswahl reproduziert werden, während die funktionale Auffassung eher der freiwilligen Übernahme zur Sicherung des Lebensunterhaltes dient.

Nach dieser Verortung lassen sich nun Arbeit, Beruf und deren Weiterentwicklung, die Profession, als fluid-relativistische Punkte bezeichnen, die sich auch innerhalb dieses Rahmens in unterschiedliche Richtungen ausdehnen können (Seltrecht, 2016), weil es sich hierbei um Verbindungen von Einzelsegmenten handelt, die sich unter Berücksichtigung von Ideologien, Techniken und wissenschaftlichen Grundlagen differenzieren (Bucher & Strauss, 1972; Hartmann, 1972; Millerson, 2001). Als Verberuflichung oder Professionalisierung wird die dynamische Dimension zwischen den liquiden Kontinuen bezeichnet, bei der es bei einem konträren Verlauf zu einer Deprofessionalisierung, einer Entberuflichung oder gar Berufsauflösung kommen kann (Abb. 5).

Abbildung 5: Verberuflichung, Professionalisierung und ihre Gegenprozesse (in Anlehnung an Hartmann, 1972, S. 40)



Der Gesamtprozess von der Arbeit bis zur Entwicklung einer Profession ist durch eine zunehmende Systematisierung von Wissen und eine soziale Orientierung gekennzeichnet (Hartmann, 1972). Durch die Verberuflichung einschließlich der damit verbundenen Systematisierung von Wissensbeständen werden die Berufsangehörigen der Berufsgemeinschaft dazu befähigt, gestellte Situationen aus der Berufspraxis bestmöglich zu lösen. In der beruflichen Dimension ist vor allem das Erfahrungswissen im Gegensatz zum wissenschaftlichen Wissen, wie es nicht selten in der physiotherapeutischen Praxis angewendet wird, von entscheidender Bedeutung (Schämann, 2006).
Während die Arbeit noch eine relativ egoistische Auffassung der Tätigkeit darstellt, wird bei einem Beruf das gesellschaftliche Rollenverständnis dahingehend geschärft, dass volkswirtschaftliche Zusammenhänge gemeinschaftlich gelöst werden sollen, sodass er für das Handlungssubjekt eine sinnstiftende Aktivität darstellt.

2.2.2 Ausgestaltung einer Profession

In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden Professionen als besondere akademische Berufe verstanden, die sich durch ein elitäres Berufsverhalten auszeichnen, ein systematisches Wissen erzeugen sowie eine hohe Arbeitsqualität und eine moral-ethische Ausrichtung miteinander verbinden, wobei sie Leistungen anbieten, die mit einem hohen gesellschaftlichen Prestige einhergehen (Dick, 2016; Hartmann, 1972; Rüschemeyer, 1972; Schämann, 2006). Sie zeichnen sich in soziologischer Sicht durch autonome und zentralwertbezogene Dienste an der Gesellschaft (Schaeffer, 1994) sowie durch altruistische Handlungslogiken gegenüber anderen Berufen aus (Dewe, Ferchhoff & Radtke,

1992). Professionen sind eine hervorgehobene Kategorie von Berufen, da sich in ihnen „Handlungsprobleme zur Ausbildung einer spezifischen Strukturlogik beruflicher Praxis kristallisieren, die für das Funktionieren von fortgeschrittenen Gesellschaften von zentraler Bedeutung ist“ (Oevermann, 1996, S. 70).

> „Professionen sind soziale Systeme, die aus Professionellen einer besonderen Art gebildet werden und deren Ziel die Kontrolle der Qualität des professionellen Wissens und Könnens ihrer Mitglieder und die Durchsetzung der mit diesem Wissen und Können verbundenen Zuständigkeitsansprüche innerhalb der Gesellschaft ist“ (Obrecht, 2013, S. 64).

Der Professionelle wirkt sozusagen als moderner Wissensarbeiter und Vertreter unserer Wissensgesellschaft (Mieg, 2016). Die Kennzeichen einer solchen angewandten Wissensarbeit sind die primär immaterielle Aufwertung sowie eine Wertschöpfung von Informationen durch Wissen, die in einer besonderen Dienstleistung mündet (North, Güldenberg & Dick, 2016). Die Professionellen zeichnen sich darin aus, dass sie durch eine formale Ausbildung über besondere Kenntnisse sowie eine spezifische professionelle Methode wie die Beschreibung, Erklärung, Prognose und Bewertung von Zuständen verfügen, die zur Lösung von gesellschaftlichen Problemen beitragen (Obrecht, 2013). Im Folgenden werden die gängigen Professionstheorien dargelegt.

2.2.2.1 Merkmalsorientiertes Konzept

Besondere Indikatoren bilden die Grundlage des merkmalsorientierten Professionskonzeptes, welches die typischen Eigenschaften einer Profession formuliert und Beurteilungskriterien bietet, um einzuschätzen, wie weit die externen Rahmenbedingungen des Berufsstandes von einer professionellen Charakteristik entfernt liegen (Schmidt, 2008) und wie weit sich eine Profession von einer Nicht-Profession abhebt. Millerson (2001) formuliert bei diesem Modell, dass die Profession auf theoretisch-wissenschaftlichem Basiswissen aufbaut, die Fähigkeiten durch eine lange Ausbildung angeeignet wurden, eine Abschlussprüfung bestanden wurde, ein integres Verhalten durch einen Ethikkodex eingefordert wird, die angebotene Dienstleistung einen gesellschaftlichen Mehrwert darstellt und sich die Profession in einem Berufsverband organisiert. Neuere Auslegungen (Dewe & Stüwe, 2016) vergegenwärtigen eine Hierarchisierung und die Herausbildung spezialisierter Sonderwissensbestände durch eine Verwissenschaftlichung von Allgemeinwissen sowie dessen Rationalisierung. Diese Herausbildung von Fachwissen und deren Vermittlung besitzen einen hohen Grad an schwer durchschaubarem Geheimwissen, welches dem Laien kaum erreichbar ist, wobei der Professionelle eine allgemeinverbindliche Argumentation gegenüber der Öffentlichkeit besitzt und sich so seine eigenen Geltungsansprüche sichert. Eine gezielte und universitäre Ausbildung, die nicht nur

Sachautorität, sondern auch einen professionellen Habitus sowie berufsethische Grundlagen für ein Problemlösungshandeln fördert, stellt einen zentralen Wert dieser Betrachtungsweise dar. Dieser Wertbezug soll durch einen Berufskodex, der sich von anderen Berufen abgrenzt, mittels eines Berufsverbandes ordentlich herausgearbeitet werden.

Die mittlerweile als überholt geltende merkmalsorientierte Professionstheorie muss sich der Kritik stellen, dass die Initiatoren der Professionalisierung selbst zur Professionselite werden und sich dadurch zu Stellvertreter reduzieren (Combe & Helsper, 1996), die Theorie deskriptiv und wenig fundiert ist sowie sich überwiegend ahistorisch entwickelt hat (Cloos, 2012).

Nach diesen Ausführungen lässt sich anmerken, dass die deutsche Physiotherapie einige Merkmale wie eine klar abgrenzbare Definition der eigenen Tätigkeit, ein positives Selbstbild, eine stabile Identität, Autonomie, Macht und einen akademischen Wissenskorpus nur rudimentär erfüllt, was eine enorme Herausforderung für einen beruflichen Entwicklungsprozess darstellt (Schämann, 2006; Seltrecht, 2016).

2.2.2.2 Strukturfunktionalistisches Modell

Im Vordergrund des strukturfunktionalistischen Modells steht eine gemeinwohlorientierte Tätigkeit (service orientation), die systematisch entwickeltes Forschungswissen auf praktische Grundprobleme einer gesamten Gesellschaft anwendet, von einer erheblichen Bedeutung des gemeinschaftlichen Wertesystems ausgeht, sodass der Fokus der Kontrolle auf den Professionsinhaber selbst zurückfällt, sowie auf eine besondere Art der Moral hinweist, die sich durch ein Bekenntnis oder Versprechen an die Gesellschaft ausformuliert (Freidson, 1979, zit. n. Nittel, 2000, S. 23). Dabei ist es den Professionsinhabern gelungen, die Bearbeitung eines zentralen und gesellschaftlichen Problems, wie zum Beispiel der Gesundheit der Bevölkerung, in einer monopolistischen Weise selbst zu verwalten (Nittel, 2000). Außerdem äußert sich dieses Phänomen in der rationalen und objektiven Beziehung zum Klienten, bei der die Expertise des Professionsinhabers dem Laien unmöglich zugänglich ist, aber dieser ein starkes Interesse an kompetenter Leistung hat und der professionell Handelnde auf das Vertrauen und die Mitarbeit des Klienten für den beruflichen Erfolg angewiesen ist (Daheim, 1992). Dabei müssen die Problemlösungsstrategien nicht nach einer primär marktwirtschaftlich orientierten Geschäftsbeziehung, sondern einer Solidaritätsbeziehung angesetzt werden. Vor allem bei der ärztlichen Tätigkeit lassen sich handlungsorientierende Wertemuster ordnen, die dann durch „pattern variables“ zu komplexen sozialen Rollen zusammengeführt werden und sich durch Leistungsdenken, Universalismus, affektive Neutralität, funktionale Spezifität und Kollektivorientierung auszeichnen (Parsons, 2012).

Im Gegensatz zu den anderen Ansätzen beschreibt die strukturfunktionalistische Professionstheorie die gesteigerte Funktion durch eine Rationalisierung im Rahmen einer Modernisierung, die in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext gesehen wird, um Personen, die nicht mehr ihren typischen gesellschaftlichen Rollen oder Aufgaben nachgehen können, durch die Hilfe des Professionellen soweit unterstützt werden, diese Funktionen wieder übernehmen zu können, um den Fortbestand der Gesellschaft nicht zu gefährden. „Professionelle Leistung ist in diesem Sinne zugleich ein Dienst am Menschen *und* an der Gesellschaft“ (Pfadenhauer, 2003, S. 38) und zeichnen sich insbesondere durch eine hohe Dienstgesinnung, einer zentralwertbezogenen Tätigkeit sowie einer gemeinsamen Werteorientierung aus. Für diese Tätigkeit wird die Profession mit einem hohen Maß an Freiheit und Prestige ausgestattet, die durch Selbstkontrolle gefestigt wird.

2.2.2.3 Machttheoretisches Modell

Zur Abgrenzung eines Berufes von einer Profession dient die machttheoretische Professionstheorie, der zufolge die Berufsgruppe primär eine Monopolstellung innehat, bei der eine Dienstleistung durch die Selbstkontrolle im Fokus steht, die sich jedoch dem Vorwurf entgegenstellen muss, nicht an der eigentlichen Lösung gesellschaftlicher Probleme, sondern an einer Machtexpansion interessiert zu sein, die durch Expertokratie, eine selbsternannte Definitionsmacht und ein schwer kommunizierbares Spezialwissen verfestigt wird (Illich, 1979, zit. n. Schämann, 2006, S. 49). Larson (1977, zit. n. Daheim, 1992, S. 23) beschreibt dies als gelungen umgesetztes Mittelschichtprojekt einer vermarktbaren Expertise, das durch Kontrolle und Einfluss der Märkte zu mehr Prestige, Autonomie, einem gesteigerten Einkommen sowie Selbstverwirklichung gekommen ist. Diese typischen Eigenschaften einer Profession werden in diesem Zusammenhang als Machtressource angesehen. Diese machttheoretische Funktion wird durch die Exklusivität und Komplexität der Tätigkeit in eine Zuerkennung von Autonomie erkauft und läuft in drei Phasen ab (Daheim, 1992). In der ersten Phase wird ein exklusives Image von den Berufsinhabern um die wesentliche Dienstleistung mit einer entsprechenden Komplexität aufgebaut. Sie wenden sich dann werbestrategisch an die potenziellen Klienten und an die Öffentlichkeit, was in der zweiten Phase mit einer Evaluation der Dienstleistung durch die Adressaten zum Image in ein Verhältnis gesetzt wird und in der letzten Phase mit einem Autonomiezuspruch abgerundet wird.

Wenn dieser Dienstleistung einige Attribute fehlen, so kann nur eine „mimic profession“ (Daheim, 1992, S. 26) erreicht werden, und die Phasen wiederholen sich, wobei die erfolgreiche Umsetzung in einer Stabilisierung der Profession mündet. Hierbei kommt es ebenfalls zu einer starken Entfaltung und Vertiefung von Wissensbeständen und einer sozialen Handlungsorientierung, die jedoch eine Rechtfertigung des Klassenstatus sicherstellt sowie als Interesse am Gemeinwohl erscheint, sich einer

Aufsicht von außen entzieht und den Respekt der Laien über eine Abhängigkeitssituation erkauft (Pfadenhauer, 2016; Rüschemeyer, 1972). Dieser Zugang zeigt sich besonders bei der „Untersuchung mächtiger Berufe prädestiniert“ (Nittel, 2000, S. 59).

2.2.2.4 Interaktionistische Perspektive

Einen entscheidenden Paradigmenwechsel konnte Everett C. Hughes (1963, zit. n. Pfadenhauer, 2003) einleiten, indem er seine eigenen professionssoziologischen Studien kritisch reflektierte und zu einer wegweisenden Fragestellung kam:

> „In my own studies I passed from the false question ‘Is this occupation a profession’ to the more fundamental one ‘what are the circumstances in which people in an occupation attempt to turn it into a profession and themselves into professional people’?“ (Hughes, 1963, zit. n. Pfadenhauer, 2003, S. 47).

Auf dieser Grundlage einer interaktionistischen Perspektive der weiterführenden Chicago School definiert Schütze Professionen wie folgt:

> „Eine Profession ist ein – von der alltäglichen Laienwelt, aber auch von anderen Expertensinnwelten – relativ abgegrenzter Orientierungs- und Handlungsbereich, in welchem sowohl wissenschaftlich als auch praktisch ausgebildete Berufsexperten gesellschaftlich lizenzierte Dienstleistungen für ihnen per gesellschaftlichem Mandat anbefohlene Klienten bzw. Abnehmer vollbringt.“ (Schütze, 1992, S. 135).

Der Autor (ebd.) arbeitet nach seinem Verständnis diverse Aspekte heraus, die ebenfalls das Zusammenspiel zwischen Professionellen und Klienten verdeutlichen. Als Besonderheit nennt er die ethische und wissenschaftlich begründete höhersymbolische Sinnwelt, die durch ein professionelles Handeln überbrückt werden muss, indem der Professionelle mit einem mächtigen Interaktionsverfahren die Probleme des Abnehmers in einer spezifischen Interaktion sowie gemäß angeeignetem Rollenmuster steuert, in die der Berufsnovize einsozialisiert werden muss.

Darüber hinaus kommt es durch eine Berufssozialisation zur „biografischen Identifikation des Professionellen mit der Berufsratio seiner Profession und mit ihren Werten“, wobei es zu einem „oft schmerzhaften Prozeß“ für den Berufsnovizen kommen kann, sodass er durch systematische Hindernisse von seinem Beruf „aufgesaugt“ wird (Schütze, 1996, S. 192). Gegen Einschränkungen und Übergriffe seitens der Organisation wehrt sich der professionell Handelnde anhand seiner biografischen Verinnerlichung und seiner beruflich gesteigerten Identität, was zeitweise sogar eine Anfeindung und eine Abwehrhaltung gegenüber dieser hervorrufen kann.

Als ein weiteres Kriterium wird der Klient erachtet, der als Abnehmer einer spezifischen Interaktion durch den Professionellen seine Problematik in einer konkreten Leidenssituation präsentiert, die gleichzeitig auch seine derzeitige Lebenssituation widerspiegelt. Professionen haben ein großes Potenzial an Störanfälligkeit und Paradoxien, die durch einen vernünftigen Umgang durch persönliche Handlungsreflexionen und ein sozialwissenschaftliches Rollenverständnis aufgelöst werden müssen. Als Beispiel ist das enorme Macht-, Wissens- und Könnensgefälle zu nennen, welches durch ein professionelles, konsensuelles und verständnisvolles Arbeitsverhältnis bearbeitet wird. Für Schütze (1992) sind zentrale Aspekte einer Profession die Freiwilligkeit des Auftrages an den Professionellen, das Wohl des Klienten als primäres Arbeitsziel, die Ausrichtung der professionellen Tätigkeit an Wissen, die Interaktionsgestaltung sowie das Arbeitsbündnis der beteiligten Rollen, die Analyse des expliziten Handlungsverfahrens und die berufsethische, handlungsreflexive Beseitigung von Paradoxien. Dabei erklärt er als besondere Erscheinungsformen die Typenkategorien und Situierung, Prognosen über soziale und biografische Prozesse der Fallentfaltung auf einer schwankenden empirischen Basis, das geduldige Abwarten oder eine sofortige Intervention, die deutliche Wissensasymmetrie zwischen den beteiligten Rollen und die Vertrauensgrundlagen eines Verschweigens dieses Wissens, eine professionelle Ordnung mit einer eventuellen Eingrenzung der Klientenautonomie, eine biografische Ganzheitlichkeit der Fallentfaltung und die Expertenspezialisierung sowie das Risiko, den Klienten abhängig zu machen (ebd.). Helsper (2016) fügt diesen Paradoxien noch eine Begründungs-, Praxis-, Subsumtions-, Ungewissheits-, Symmetrie-, Vertrauens-, Nähe-, Sach-, Pluralisierungs-, Organisations- und Autonomieantinomie hinzu. Je deutlicher sich solche Widerspruchskonstellationen ausprägen, umso bedeutender wird eine reflexive Aufarbeitung solcher Situationen, damit das professionelle Handeln nicht zusätzlich belastet wird.

Beim interaktionistischen Ansatz scheint der Ausgangspunkt des Vertrauensverhältnisses sowie der Interaktion zwischen Klienten und Professionellem auf der Mikroebene für diese Arbeit als besonders hilfreich, da es um situative professionelle und berufsspezifische Dilemmata geht, die herausgearbeitet werden müssen.

2.2.2.5 Systemtheoretischer Ansatz

Der systemtheoretische Ansatz von Rudolf Stichweh (1992; 1994; 1996; 2000; 2005) betrachtet Professionen als ein Übergangsphänomen einer ständischen Gesellschaft des alten Europas, hin zu einer funktionellen Ausdifferenzierung in der modernen Gesellschaft, und hebt dabei ihre besondere Bedeutung heraus. Stichweh sieht eine Profession erst dann als ausgereift an,

> „[…] wenn eine Berufsgruppe in ihrem beruflichen Handeln die Anwendungsprobleme der für ein Funktionssystem konstitutiven Wissensbestände verwaltet und wenn sie dies in entweder monopolistischer oder dominanter – d.h. den Einsatz der anderen in diesem Funktionsbereich tätigen Berufe steuernder oder dirigierender – Weise tut“ (Stichweh, 1992, S. 40).

Professionen bzw. professionelle Handlungssysteme sind dann Berufe eines besonderen Typs, wenn sie durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung einer reflexiven Berufsidee sowie ein sich permanent bewusst kultivierendes Berufsethos, das vertextet und kodifiziert wird, in eine akademisch-curriculare Lehrbarkeit überführt werden sowie deren reflexive Handhabung verbunden wird (Stichweh, 1996; 2005). Professionelle Wissenssysteme mit einem ausdifferenzierten und eigenen Wissenskorpus bilden einen weiteren zentralen Aspekt dieser Professionstheorie, um einerseits ein neues Funktionssystem durch eine Disziplinbildung zu ermöglich und andererseits lebenspraktische Probleme von Klienten durch eine wissenschaftliche Handlungsanwendung deuten, verwaltet und auflösen zu können. Diese Wissenssysteme beanspruchen eine hohe Allgemeinheit und sind so auf viele situative Kontexte professionellen Handelns spezifizierbar, was dem professionellen Praktiker eine hohe Flexibilität abverlangt (Stichweh, 1996). Eine zusätzliche Fähigkeit einer Profession bestehen darin, die von ihr bearbeiteten Funktionsprobleme nicht in einer Diffusität zu verwalten, in der sie lebensweltlich vorliegen, sondern vor dem Kern professioneller Wissensbestände zu redefinieren und sie in einer rekonstruierten Form handlungsmäßig der Lösung zuzuführen (Stichweh, 1992). Das heißt: Professionen führen erfolgreiche Reduktionen in ihren geltenden Funktionssystemen durch. Kommt es zu solch einer internen Differenzierung in einer Profession oder zu einer Subsystembildung, entsteht eine Koordinations- und Organisationsbildung, die eine hohe Interaktion aufweist, da die Probleme in dem geltenden System bearbeitet werden müssen, um den gesamtgesellschaftlichen Bezug nicht aus den Augen zu verlieren (Stichweh, 1996).

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Prozess der Ausdifferenzierung von Funktionssystemen der Differenzierung und Inklusion von Akteuren zu (Stichweh, 1992). Durch die Rollendifferenzierung entstehen spezifische (berufliche) Funktionsrollen mit einem eindeutigen Handlungsschwerpunkt, der sich in dem funktionssystemdefinierenden Handlungsvollzug abzeichnet. Inklusion deckt jenen Umstand ab, der komplementär zu der Rollendifferenzierung abläuft, in der alle Mitglieder einer Gesellschaft, die nicht an der spezifischen Funktionsrolle des Systemprozesses beteiligt sind, daran dennoch in einer komplementär definierten Position partizipieren dürfen. Erst durch deren Inklusion kann dem Komplex einer spezialisierten Funktionsrolle eine universelle Relevanz zugesichert werden. In diesem Zusammenhang bedeutet Professionalisierung ein bestimmtes kommunikatives Verhältnis der Funktionsrollen (Professionelle) zu den komplementär vorgesehenen Rollen, wenn

diese in einen Klientenstatus überführt wurden und sich durch eine funktionale Expertise eine Asymmetrie der Rollenverhältnisse herauskristallisiert.

Nachdem die Professionalisierung als ein auf sich bestimmter Typus von Beziehungen zwischen systemdefinierenden funktionalen spezifizierenden und komplementären Rollen, bei der die Inklusion des Laien gewährleistet ist, verortet wurde, soll nun die Typik der Interaktion beleuchtet werden. Als zentraler Teil des Systemgeschehens bildet sich die hohe Aktionsabhängigkeit der beschriebenen Rollen heraus, die in einer direkten Wechselbeziehung unter Anwesenheit stattfindet oder auch diverse Arbeitsprozesse nachfolgend oder vorbereitend eingebracht werden (Stichweh, 1992; 2000). Hier tritt die „Prominenz der Interaktionsebene“ (Stichweh, 1996, S. 64) des Professionellen mit seiner Tätigkeit hervor, da der Klient durch eine „Ungewissheit“ (Stichweh, 2005, S. 37) in seiner derzeitigen Lebensform keine eigenen routinierten Problemlösungen vorfindet, was eine strukturelle Grundlage einer Asymmetrie begründet und abgemildert werden muss. Solch eine enge Interaktion ist durch Produktion und Konsum gekennzeichnet, die in ein und demselben Akt in einer leiblichen Kopräsenz des Leistungserbringers und des Leistungsnehmers vollzogen werden (Eberle, 1993, zit. n. Pfadenhauer, 2003, S. 143). Diese Ungewissheit sowie Ungleichheit der Rollen kann mit Vertrauen, Symbolen der Verlässlichkeit und einer beziehungsorientierten Kommunikation überbrückt werden (Stichweh, 2005). Ferner ist der Professionelle nicht nur damit beschäftigt, Problemlösungen für Klienten zu entwickeln, sondern zudem auch eine Distanzüberbrückung zu schaffen, was eine bloße Anwendung von technischem Wissen und Handeln nicht leisten kann, sondern er darüber hinaus eine Sinnperspektive thematisiert, um einen bewussteren und langfristigen Umgang mit der Problematik auch in der Zukunft anzuleiten.

Stichweh (1992; 1996) stellt heraus, dass die Hauptaufgaben von Professionen in ihrem eigenen Interaktionssystem in dem Strukturaufbau, dem Strukturerhalt und der Strukturänderung von menschlicher Identität sowie deren kultureller sachthematischer Vermittlung liegen (people processing). Das birgt jedoch immer das Risiko des Scheiterns in sich, da es keine standardisierten Handlungsschemata gibt und Personen einschließlich ihrer Themen unter einem vorhandenen Zeitdruck behandelt werden.

Abschließend kann ergänzt werden, dass sich dieser Ansatz mit seinen Eigenheiten hinsichtlich einer systembezogenen Abgrenzung professionellen Handelns, der hohen Interaktionsdichte zwischen Funktions- und Komplementärrolle sowie einer Hierarchisierung gegenüber Leitprofessionen auszeichnet und sich besonders für eine funktionale Ausdifferenzierung der Physiotherapie eignet.

2.2.2.6 Strukturtheoretischer Ansatz

Oevermann (1996) rekonstruiert in seinem strukturtheoretischen Professionsansatz die Dringlichkeit einer internen Logik professionalisierten Handelns. Er hebt die Bedeutung von Professionen in einem modernisierungstheoretischen Bezug als einen Strukturort einer stellvertretenden Krisenbewältigung hervor und plädiert damit in seiner theoretischen Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns für eine interne Perspektive der Professionen, wodurch er die klassischen Professionstheorien radikalisiert. Damit fokussiert er nicht die externen Merkmale einer Profession, sondern das professionalisierte Handeln im individuellen Arbeitsbündnis und wie sich dieses herleiten lässt. Das Handeln eines Professionellen wird dann als konkret angesehen, wenn aus diversen möglichen Handlungsoptionen eine Auswahl getroffen und diese für ein Problem begründet und angewendet wird, um die autonome Lebensführung des Klienten wiederherzustellen. Der Autor (ebd.) erklärt dies über das Prinzip einer alltäglichen Handlungsroutine, die jedoch in Krisensituationen nicht mehr zur Verfügung steht und ein Arbeitsbündnis mit dem Professionellen begründet. Vor allem bei diesen (Lebens-)Krisen und dem Wegfall von vertrauten Handlungsfolgen und Selbstheilungskräften des Klienten muss der Professionelle eine Interventionsentscheidung treffen, wenn der Klient keine eigene Entscheidung fällen kann.

Gerade, wenn eine Situation noch nicht als vollständig gesichert erscheint, muss diese von dem professionellen Berufsinhaber umgesetzt und eine Begründung verschoben werden. Erst im Laufe der Zeit werden diese Krisenbewältigungsstrategien durch eine nachträgliche Begründung rekonstruiert. Hier stellen sich sowohl die praktische Anwendung einer fachspezifischen Wissensbasis als auch die Subsumierung von Klientenproblemen anhand fundierter und praxisbezogener (Therapie-)Modellen heraus. Des Weiteren müssen Objektivierung und Rekonstruktion auf die spezifische Lebenssituation des Klienten bezogen werden. Der Professionelle muss somit eine ingenieuriale Wissensanwendung unter einem individuellen Fallverstehen und eine interventionspraktische Handlungsbefähigung aufweisen, um lebensweltliche Krisen des zu reautonomisierenden Menschen in einer sich oftmals widersprechende Einheit diffuser (als ganzer Mensch) und spezifischer (Patienten-Therapeuten-Beziehung) Beziehungspraxis auflösen zu können.

Dies beinhaltet für Oevermann (2013) den Wesenskern professionalisierter Praxis und erklärt, dass sich die Kombination von Theorie und Praxis nicht in der Wissenschaft selbst widerspiegelt, sondern in einer stellvertretenden Bewältigung von lebenspraktischen Krisen durch die professionalisierte Anwendung. Das professionelle Handeln drückt sich in einer immerwährenden und systematischen Erneuerung von Bewältigungsstrategien aus und zwingt den Professionellen in die Situation von Entscheidungszwang sowie Begründungspflicht, was beides rational-argumentativ und ethisch-reflexiv

erarbeitet werden muss. Die Begründung einer therapeutischen Handlung ist ein indikationsgebundener Beurteilungs- und Entscheidungsakt, der von Professionellen, Klienten, Angehörigen und Gesellschaft auf ein gemeinsames Ziel gelenkt wird, welches gegenüber allen kommunikativ zu begründen und retrospektiv zu rechtfertigen ist (Gahl, 2005, zit. n. Robra, 2016, S. 196). Für Oevermann bedeutet professionalisierte Praxis ein systematisches Erzeugen neuer Handlungen vor dem Hintergrund einer autonomen Lebenspraxis des Klienten als Strukturort, der daran interessiert ist, die Wahrheit durch die systematische, methodisch abgeleitete Bearbeitung von Geltungsfragen zu erzeugen und eine Legitimationsbeschaffung sowie die Therapiebeschaffung im Bereich der physischen sowie psychosozialen Integrität zu wahren (Helsper, Krüger & Rabe-Kleberg, 2000). Auf die therapeutischen Berufe bezogen meint Profession eine systematische „Einübung in den wissenschaftlichen Diskurs“ (Oevermann, 1996, S. 124) durch eine Akademisierung und deren wissenschaftliche, habituelle sowie reflektierte Anwendung in der Praxis sowie die personalisierte Patientenbeziehung durch das Arbeitsbündnis, was er als doppelte Professionalisierung definiert. Dabei sieht er durch die nichtstandardisierbare Anwendungspraxis gesondert den therapeutischen Komplex als eine professionalisierungsbedürftige Tätigkeit an. Jedoch konstatiert er ebenfalls, dass eine professionelle therapeutische Anwendung eine in sich autonome Praxis ist, die durch fehlende Handlungsspielräume der Gesundheitsfachberufe in ihrer professionellen Realisierung enorm eingeschränkt wird.

2.2.3 Semiprofession und Deprofessionalisierung

Die Semiprofession wird erst im Kontext einer Profession implizit zu einer abgrenzbaren Modalität. Es können zwar diverse Charakteristika eines Professionsbegriffes bestimmt werden, jedoch zeigen diese „Quasiprofessionen“ (Dewe & Stüwe, 2016, S. 84) strukturelle Defizite hinsichtlich der Merkmale und Funktionen, die durch eine unterentwickelte Wissenssystematik, eine inkonsistente Berufsethik sowie einem enormen bürokratischen Aufwand zum Vorschein kommen. Solche Berufsbilder können nur teilweise eine eigene Fachdisziplin mit klaren Zugangsregeln für sich beanspruchen. Sie verfügen über kein Standesgericht, um Sanktionen bei einer Missachtung des Ethikkodex einzufordern, haben eine sehr geringe soziale Immunität, ein mangelhaftes Definitionsmonopol gegenüber anderen ähnlichen Berufsgruppen, eine ungenügend internalisierte Werteloyalität und weisen eine eingeschränkte Struktur professionellen Handelns auf (Dewe & Stüwe, 2016). Etzioni (1969, zit. n. Dewe & Stüwe, 2016, S. 94) versteht unter Semiprofessionen solche Berufe, die unter der merkmalorientierten Sichtweise, bestimmte Attribute nicht vollständig erfüllen und um „sogenannte Voll-Professionen herum angesiedelt“ sind (Schämann, 2006, S. 42).

Daraus resultieren eine diffuse Allzuständigkeit und ein geringes Maß an Berufsautonomie sowie eine Expansion der bürokratischen Verwaltungsstrukturen auf Kosten professioneller

Handlungselemente, die vor allem bei therapeutischen Berufsgruppen auftreten können. Gesundheitsfachberufe wie die Physiotherapie laufen vor allem Gefahr, eine einfühlsame persönliche Beziehung zu dem Patienten aufzubauen, was eine professionelle Therapeuten-Patienten-Beziehung mit einem spezifischen Handlungsmuster durch übergreifende Zuneigung auflöst. Zudem müssen sich semiprofessionelle Berufe mit folgenden Anforderungen auseinandersetzen (Dewe & Stüwe, 2016, S. 88):

- Routinisierung der Aufgaben durch Regeln und standardisierte Verfahren,
- quantitative Rentabilität statt qualitativer Professionalität,
- Fremd- statt Eigenkontrolle,
- Übernahme bürokratischer Funktionen statt Karriere durch Fachkenntnisse,
- Amtsautorität statt fachlicher Autorität,
- Legitimation des Handelns gegenüber den Machtinhabern anstatt der Wissenschaft,
- Befolgung von Zentralisierung und Hierarchisierung der Entscheidungsbefugnisse statt Dezentralisierung und kommunikativer Validierung.

Die Semiprofession zeichnet sich darüber hinaus durch einen hohen Anteil an weiblichen Berufsangehörigen aus, die in der Berufsgruppe der deutschen Physiotherapeuten mit knapp 79 % (KOFA, 2015) zu bestimmen sind und aufgrund einer hohen Fluktuation sowie eines angepassten Sozialverhaltens einer Professionalisierung im Wege stehen (Rabe-Kleberg, 1996; Schämann, 2006). Vor allem die deutsche Physiotherapie zeichnet sich durch eine Skepsis gegenüber der Wissenschaft und eine Affinität zu praktischem Erfahrungswissen aus, was eine Kluft zwischen Theorie und Praxis entstehen lässt und auch für die meisten anderen Pflegeberufe gelten kann (Bollinger & Grewe, 2002; Schämann, 2006; Scheel, 2013). Semiprofessionen zeichnen sich gemäß Oevermann (1996; 2013) durch einen eingeschränkten Entscheidungszwang und/oder eine unzureichende Begründungspflicht aus, was sich im Falle der Therapieberufe verdichtet, da sie entscheidende therapeutische Maßnahmen nicht auf der Grundlage reflexiver Autonomie bestimmen dürfen, sondern lediglich auf die Überweisung des Arztes als Leitprofession angewiesen sind, der außerdem die Legitimation und Begründung einer Intervention bestimmt.

Dies hat auch zur Folge, dass der Patient, der seine Defizite erkannt und selbstbestimmt eine therapeutische Intervention in Anspruch nehmen will, diese nicht ohne ärztliche Verordnung erhält. Dadurch kann festgehalten werden, dass therapeutisches Handeln, das auf die Strukturlogik eines Arbeitsbündnisses durch eine Lebenskrise des Patienten angewiesen ist und keinen formalen wissenschaftlichen Diskurs für dessen Lösung berücksichtigt, auch als eine Semiprofession angesehen werden muss. Aus dieser berufsgruppenspezifischen Diagnose entspringt der Terminus einer

„vermittelnden Profession“ (Stichweh, 1994, S. 320), die durch einen intensiven Klientenbezug jedoch mit dem Status einer subordinierten Hilfseigenschaft gegenüber einer Leitprofession ausgestattet ist. Dieses subprofessionelle Hilfspersonal tritt mit seinen Handlungen zwischen Klient und Professionellen und exekutiert die von der Profession auferlegten Anweisungen, wobei es genau diese Interaktion ist, die ihrerseits den Anspruch auf einen professionellen Status einfordert.

Ein weiterer Begriff der berufssoziologischen Professionalisierungsperspektive ist die von Hartmann (1972) beschriebene Deprofessionalisierung. Dieser „Gegenprozess“ (Hartmann, 1972, S. 42) meint einen Verlauf, der dem Status einer Profession zuwiderläuft, sodass dieser sich zu einer Semiprofession oder einem Beruf zurückentwickelt. Eine Ursache kann sein, dass es innerhalb der berufsspezifischen Wissensdimension zu einer Etablierung unwissenschaftlicher oder pseudowissenschaftlicher Ideen auf Kosten der Wissensstruktur kommt. „Allgemein gesagt, ist jeder Abstrich an Wissenschaftlichkeit mit Deprofessionalisierung in diesem Sinne gleichzusetzen“ (Hartmann, 1972, S. 43). Insbesondere in der Physiotherapie scheint diese Situation gegeben zu sein, da es ein sehr breites Angebot von intransparenten Fortbildungen gibt, die kaum auf wissenschaftlichen Grundlagen fußen und eine eher krankheitsorientierte Perspektive verfolgen, die weniger effektiv erscheint und damit eine ohnehin geringe Trennschärfe zwischen der physiotherapeutischen Tätigkeit und der Handlungspraxis ähnlicher Berufsgruppen weiter festschreiben (Johnson & Abrams, 2005). Jedoch kommt es hierbei zu einem erweiterten Behandlungsspektrum des Physiotherapeuten außerhalb der schulmedizinischen Verordnungsmaßnahmen, die vom Patienten privat zu zahlen sind, was ebenfalls Deprofessionalisierungstendenzen erkennen lässt, da es zu einer beruflichen Ausrichtung auf ein reines Wirtschaftsbewusstsein kommt (Hartmann, 1972). Dies konnte auch im US-amerikanischen Gesundheitssystem so erklärt werden, als die Medizin extrem profitabel wurde und die Interessen der Patienten hinter die wirtschaftlichen Eigeninteressen zurückfielen, wodurch die Glaubwürdigkeit der Professionellen unterminiert wurde (Johnson & Abrams, 2005).

Ein besonderer physiotherapeutischer Bezugspunkt einer Deprofessionalisierung kann mit der Interpretation von Oevermann (1996; 2013) herangezogen werden, wenn sich auf die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der lebenspraktischen Autonomie des Patienten und das damit einhergehende Arbeitsbündnis konzentriert wird. In erster Instanz ersucht der Patient aufgrund seiner nicht selbst lösbaren Krise die Hilfe eines Therapeuten. Wenn nun die Therapie überwiegend durch eine unreflexive Routine und nicht durch eine „Nicht-Standardisierbarkeit professionalisierter Interventionspraxis“ (Oevermann, 2013, S. 123) aufgelöst wird, kann dies zu einem latenten Autonomieverlust des Patienten führen. Dabei besteht die Gefahr, dass die angewendeten Maßnahmen bedeutungslos werden.

> „In dem Maße nämlich, indem die durch standardisiertes Wissen ermöglichte Hilfe der stellvertretenden Krisenbewältigung gewissermaßen technisch erfolgreich ist, korrumpiert sie zugleich das eigentliche Ziel ihrer Hilfe. Sie macht nämlich darin den Klienten als hilfsbedürftigen abhängig und zerstört in dem Maße dessen Autonomie, um deren Wiederherstellung es doch gerade gehen muß." (Oevermann, 2005, S. 25).

Im Grunde sollte der Professionelle so handeln, dass er sich selbst im Laufe der Zeit überflüssig macht (Dick, 2016) und den Patienten in ein selbstständiges Selbstwertgefühl begleitet. Die Autonomie zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen wird durch das Konzept des Empowerments gebündelt und soll durch eine individuelle Stärkung persönlicher Ressourcen die soziale Teilhabe fördern (Lehmann & Dick, 2016), sodass in dieser Interaktion der Professionelle als Ko-Produzent und der Patient als primärer Erzeuger einer proaktiven Lebensgestaltung angesehen werden dürfen. Stichweh (1992, S. 44) sieht Parallelen bei dieser Vermittlung von Eigenverantwortlichkeit des Klienten im systemtheoretischen Ansatz und konstatiert:

> „Dort, wo diese Vermittlungsleistung sich nicht vollzieht und sie auch gar nicht beabsichtigt ist, die vom Professionellen angebotenen Problemlösungen vielmehr die Form von Technologien haben, die als Problemlösung funktionieren, ohne vom Benutzer in irgendeiner Weise ‚verstanden' werden zu müssen, dort entfällt auch der Bezug auf Strukturänderung, Strukturaufbau und Identitätserhaltung der Person."

2.2.4 Professionalität und professionelles Handeln

Während ein großer Teil der tradierten Professionsdebatte darauf abzielt, die makrostrukturellen Berufsbedingungen zu klären, bezieht sich die Professionalität auf die Organisationsstruktur sowie Kompetenzebene des Berufsinhabers, der sich gegenüber der gesamtberuflichen Modalität auf einer anwendungspraktischeren Ebene befindet und die Berufskultur durch eine berufsfeldtypische Wahrnehmung, eine eigene Kommunikationsform und eine spezielle persönliche Authentizität prägt (Terhart, 1997, zit. n. Schämann, 2006, S. 50; Thiersch, 2013). Es wird somit das Individuum mit seiner professionellen Berufsbefähigung in den Blickpunkt gerückt, die vor allem auf instrumenteller und sozialer Expertise basiert, sowie durch ein technologisch anwendbares Wissen, welches reproduziert oder evaluiert werden kann und durch sozial-moralische Kompetenz vervollständigt wird (Arnold, 1983, zit. n. Schämann, 2006, S. 50). Nittel (2000, S. 15) spricht von einer „gekonnten Beruflichkeit als Indikator für qualitativ hochwertige Arbeit", die sich durch besondere Kompetenzen von laienhafter, alltäglicher Berufslogik abgrenzt und sich durch einen internalisiert-professionellen Habitus und eine wissenschaftlich-reflexive Handlungsstruktur auszeichnet (Dewe & Feistel, 2010).

Dabei wird eine erhebliche Reflexivität im Sinne des „knowing that“ bezeichnet, welches jederzeit mit dem „knowing how“ kombiniert und unter dem Aspekt von Umgang, Erzeugung, Präsentation und Verwendung des Wissens als Voraussetzung und Ressource in einem gesundheitsbezogenen evidenzbasierten Handeln gesehen werden kann (Dewe, 2006). Diese Aussage bekräftigt auch Schämann (2006), wenn sie festhält, dass dieser individuelle Anspruch durch eine forschende Tätigkeit, eine wissenschaftlich-praktische Anwendung, eine berufsbezogene Selbstreflexion einschließlich eines entsprechenden Selbstbewusstseins, eine Geschlossenheit der gesamten Physiotherapie sowie Transparenz und Präsenz nach außen vertreten wird. Nittel (2000) hingegen sieht die Erarbeitung der Professionalität als Handlungslogik als Folge einer erfolgreichen Professionalisierung, die sich ab einer bestimmten Stufe dieses Prozesses stillschweigend einstellt und eine Interdependenz begründet. Er definiert Professionalität als einen spezifischen Modus im Vollzug eines Berufshandelnden, „der Rückschlüsse sowohl auf die Qualität der personenbezogenen Dienstleistung als auch auf die Kompetenz des beruflichen Rollenträgers erlaubt“ (ebd., S. 71). Hinzu kommen noch die Einhaltung diverser Berufsstandards, die laufende Weiterbildung und der Rückgriff auf die klinische Forschung, um den flexiblen Qualifikationsanforderungen nachzukommen.

Diesen Modalitäten liegen die Attribute Wissen und Können sowie deren reflexive Relationierung in Zeit und Situation zugrunde (Dewe & Feistel, 2010; Nittel, 2000).

Daheim (1992) untergliedert Professionswissen in wissenschaftliches Wissen mit der Aufgabe, ein explizites Forschungswissen in die professionelle Praxis zu implementieren, Berufswissen, welches zur Aufgabe hat, praktische Erfahrungen objektiv zu beurteilen sowie anzuwenden und Alltagswissen, das zu einer positiven Interaktion mit dem Klienten während der Berufsausübung führt. Die von Dewe´s (2009) geforderte Relationierung der unterschiedlich gelagerten Wissensformen lässt sich durch eine wissenschaftliche Ausbildung und deren berufsförmig-tätigen Vollzug durch eine Routinisierung und Habitualisierung verknüpfen. Dies darf also nicht nur als additive Bestandteile angesehen werden, sondern verdeutlicht reflexiv das professionelle Handeln mit deren eigenlogischen Entscheidungen sowie Begründungen (Dewe et al., 1992). Eine bloße Anwendung von Wissen ist undenkbar ohne die situative fall- und kontextbezogene Verwendung, was eine starre Regelbefolgung kategorisch ausschließt und stattdessen die „Transformation des Wissens im Handeln“ (Dewe et al., 2001, S. 30) akzentuiert.

Professionalität ist:

> „auf eine Kurzformel gebracht, die Fähigkeit nutzen zu können, breit gelagerte, wissenschaftlich vertiefte und damit vielfältig abstrahierte Kenntnisse in konkreten Situationen angemessen

> anwenden zu können. Oder umgekehrt betrachtet: in eben diesen Situationen zu erkennen, welche Bestandteile aus dem Wissensfundus relevant sein können. Es geht also darum, im einzelnen Fall das allgemeine Problem zu entdecken. Es wollen immer wieder Relationen hergestellt sein zwischen gelernten Generalisierungen und eintretenden Situationen, zwischen einem umfangreichen Interpretationsrepertoire und dem unmittelbar Erfahrenen.“ (Tietgens, 1988, zit. n. Nittel, 2000, S. 71 f.)

Während diese Definition dem Wissensbezug gilt, wird mit der folgenden Erläuterung das beruflich gekonnte Handeln zu akzentuieren versucht:

> „Professionalität ist gewissermaßen der ideologisch überhöhte Beruf, die Philosophie, die in der Arbeit steckt ... Professionalität ist auch immer ein Begriff, der suggeriert, das jeweilige Handeln sei sowohl effektiv (ich tue das Richtige!) als auch effizient (ich tue es richtig)“ (Nuissl, 1997, zit. n. Nittel, 2000, S. 71).

Professionalität bezeichnet darüber hinaus die subjektive Kompetenz, eine Handlungsungewissheit zu ertragen, diese permanent „neu zu reflektieren und trotz aller Unwägbarkeiten die Begründungsverpflichtung und Verantwortung zu übernehmen“ (Combe & Helsper, 1996, S. 41).

Dewe und Stüwe (2016) differenzieren Professionalität in ein altruistisches, wissenschaftsrationalistisches und lebensweltbezogenen Organisationsmusters. Bei einer altruistischen Logik steht die Integrität der Berufssubjekte im Mittelpunkt und wird durch Selbstbeherrschung, Kontrolle und Entwicklung des Gewissens und das verantwortungsbewusste Verhalten sowie eine persönlich-vertraute Klientenorientierung, die auf einer professionellen Ethik fußt, realisiert. Außerdem werden die Aspekte von „Weisheit, Kunstlehre, Ganzheitsschau, Empathie, Erfahrung, Motivation, Authentizität, Spontaneität“ (ebd., S. 34) und persönlichem Vertrauen gebündelt, wobei eine systematisch-wissenschaftliche Analyse von Problemen vernachlässigt wird. Daneben steht der wissenschaftsrationelle Handlungstyp, der primär seine Logik an Rationalität, Vernunft, Verwissenschaftlichung, Forschung und eine methodisch-systematische Wissensbasis knüpft, wohingegen sich der lebensweltorientierte Korpus um die fallangemessene Relationierung von wissenschaftlich-praktischen Erkenntnissen am Klienten, der in einer Krisensituation ist, bemüht und eine Synthese eines altruistischen sowie wissenschaftlichen Typus für sich beansprucht.

Professionalität wird von Dewe et al. (2001, S. 16) als „Strukturort der Relationierung von Theorie und Praxis im Kontext dialogischer Prozesse“ beschrieben, was die spezifische reflektierte Qualität einer Handlungspraxis hervorhebt, „die eine Erhöhung von Handlungsoptionen, Chancenvervielfältigung und die Steigerung von Partizipations- und Zugangsmöglichkeiten auf Seiten der Klienten zum

Ziel hat“. Diese reflexive Praxis findet in analytischen und prozesssteuernden Kapazitäten des professionellen Akteurs ihre Anwendung, bei der einer situativen und hermeneutischen Fallbearbeitung eine hohe faktische Bedeutung zukommt. Sie reduzieren das professionelle Erscheinungsbild nicht nur auf die differenzierte Bestimmung eines Kontinuums von Amateuren bis Profis, sondern relationieren auch das Verhältnis von Wissen und Können, Theorie und Praxis, Wissenschaft und Ethik in einer Weise, die sie für die Entwicklung eines wissenschaftsbezogenen pädagogisch-therapeutischen Berufsverständnisses in der Arbeit mit Menschen erst fruchtbar macht.

In Bezug auf eine prinzipielle Handlungsorientierung wird Professionalität neben den Attributen des Wissens und des individuell-praktischen Könnens einschließlich deren Reflexion auch als Form einer höherstufigen und universellen Solidarität beschrieben (Brunkhorst, 1992; 1996). Eine ähnliche altruistische Bereichslogik tangiert Fritz Schütze (1992; 1996) in seinem interaktionistischen Modell, wenn er angesichts diverser Handlungsprobleme der Berufspraxis und der darin liegenden Paradoxien zentrale Werte wie Gerechtigkeit, Gesundheit, Sinngebung, Wahrheit, individuelles Wohlergehen und Autonomie einer individuellen Lebensbewältigung herausarbeitet.

Bezogen auf eine Perspektive der Solidarität und berufsethische Vorstellungen des Professionellen scheint Professionalität auch immer eine Sichtweise des persönlichen Habitus zu sein (Becker-Lenz & Müller-Hermann, 2013). Bereits bei Aristoteles begann diese Konzeptualisierung des Habitus als eine spezifische ethische Haltung und die darauf gründende Bestimmung von Handlungen. Das Subjekt verinnerlicht objektive Strukturen seiner sozialen Außenwelt, wodurch sich ein spezifischer Habitus entwickelt und eine Lebenspraxis erzeugt wird. Nach Oevermann (2001, zit. n. Becker-Lenz & Müller-Hermann, 2013, S. 208) wird der Begriff der Habitusformation als ein tief liegender, außerhalb der bewussten Kontrolle verorteter Automatismus verstanden, der Handlungsprogramme und Verhalten wie bei einer Charakterformation des Individuums gestaltet sowie sich nach diversen Krisen und ihrer Bewältigung konstituiert. Diese Übernahme eines professionellen Habitus schafft für den Habitualisierten Souveränität, mit Sicherheit und Selbstbewusstsein offen in die Zukunft hinein das Richtige zu tun, und dies erscheint mindestens genauso wichtig wie die Aneignung von Fachwissen. Die Verinnerlichung dieses Habitus formuliert Oevermann (2000, zit. n. Becker-Lenz & Müller-Hermann, 2013, S. 209) folgendermaßen:

> „Man eignet sich den professionalisierten Habitus nicht durch ein Buchwissen über die Professionalisierungstheorie an, vielmehr muss man schon in der Ausbildung in einem kollegialen Noviziat exemplarisch in die Kunstlehre professionalisierter Praxis eingeführt werden durch erprobenden Vollzug. (…) Dieser exemplarische Ausbildungsteil ist m. E. viel wichtiger als

> eine dem pädagogischen Trichtermodell eher entsprechende Indoktrination von Theorie und subsumtionslogischem Fachwissen."

Es kann jedoch angenommen werden, dass Professionalität keinen festen Zustand darstellt, sondern eine situative berufliche Leistung formuliert, in der die Perspektive sehr störanfällig durch Fallibilität ausfällt und durch bereitgestellte Kompetenzen gelöst werden muss (Nittel, 2000). Hinzu kommt, dass eine professionelle Identität von außen schwer erzeugt werden kann, sondern autonome Entscheidungen des Berufsinhabers voraussetzt und durch elementare Lebensprozesse begleitet werden (Dick, 2016; Nittel & Seltrecht, 2008, zit. n. Seltrecht, 2016, S. 506 f).

Während also die Professionalität als eine Organisationsform einer beruflichen Tätigkeit gilt, bei der die Zuständigkeit auf den Professionellen zurückfällt und eine Relationierung sowie Kontrastierung von Wissenssystemen mit deren praktischen Anwendung klärt, kennzeichnet das professionelle Handeln den individuellen Aspekt dieser Tätigkeit, die sich mit einer speziellen Hingabe an die Sache, einer enormen Wertschätzung von Qualität und der praktischen Anwendung der professionellen Kompetenz definiert (Dick, 2016; Mieg, 2016). Nach dem allgemeinen Verständnis ist eine professionelle Handlung eine geplante sowie selbstbewusste Tätigkeit auf ein definiertes Ziel hin, die durch ein professionelles Verfahren eine Problembearbeitung erreicht (Obrecht, 2013). Als essenziell für ein professionelles Handeln gelten eine gemeinwohlorientierte Praxis und eine daraus resultierende Notwendigkeit, lebenspraktische Krisen des Patienten, welche er nicht mehr durch eine selbstständige Tätigkeit zu lösen in der Lage ist und die Hilfe eines Professionellen erfordert, aufzulösen (Pfadenhauer, 2016; Schmidt, 2008). Somit erteilt der Klient dem Professionellen das Mandat (Auftrag) für die Bearbeitung seiner bestehenden Lebenskrise, der der Professionelle mit seiner Lizenz (Erlaubnis) und dem daraus resultierenden höhersymbolischen Wissen und Können entgegentritt (Nittel, 2000).

Für Oevermann gründet das Handeln eines Professionellen auf der Strukturlogik der „eigenständigen Bearbeitung von Geltungsfragen" (Oevermann, 1996, S. 85), sodass professionalisiertes Handeln als „Ort der Vermittlung von Theorie und Praxis unter den Bedingungen der verwissenschaftlichten Rationalität" und der „systematischen Erneuerung durch Krisenbewältigung" (Oevermann, 1996, S. 80 und 82) verortet werden kann. Des Weiteren sollen unter „der regulativen Idee der Wahrheit" (Oevermann, 1996, S. 88) professionelle Ansprüche methodisch explizit überprüft werden. „Hier liegt die eigentliche strukturelle Wurzel für die Verbindlichkeit eines professionsethischen Ideals, dessen Unerreichbarkeit zugleich realisiert werden muß" (Oevermann, 1996, S. 87). Darüber hinaus unterscheidet Oevermann (1996) drei funktionale Foci der Logik des professionalisierten Handelns, die er als Herstellung und Aufrechterhaltung einer kollektiven Praxis von Recht und Gerechtigkeit,

Gewährleistung der somato-psycho-sozialen Integrität des Einzelnen unter der Betrachtungsweise der Menschenwürde sowie der eigenlogischen Überprüfung von Geltungsfragen, Werten, Normalitätsentwürfen und Theorien zur Gewährleistung der regulativen Idee von Wahrheit beschreibt.

Ein immanenter Bestandteil liegt in der Professionellen-Klienten-Beziehung, die sich durch ein spezifisches Arbeitsbündnis auszeichnet und durch das enorme Machtgefälle einer besonderen Form der Verantwortung unterliegt (Jonas, 1979; Oevermann, 1996). Diesem Arbeitsbündnis entspringen Strukturmerkmale von widersprüchlichen Mustern, die sich für die Rollen in Autonomie und Abhängigkeit, diffusen und spezifischen Beziehungen, Symmetrie sowie Asymmetrie, Nähe und Distanz, Erklären und Fallverstehen sowie einem Entscheidungsdruck bei einer gleichzeitigen Begründungspflicht zeigen und speziell in der physiotherapeutischen Interaktion souverän durch kognitive, pädagogische, affektiv-psychosoziale sowie psychomotorische Schlüsselkompetenzen durch deren Anwendung überbrückt werden müssen (Kostrzewa, 2002).

Für Dewe und Otto (2001, zit. n. Strassnitzky, 2009, S. 49) definiert sich professionelles Handeln als „ein personenbezogenes, kommunikativem Handeln verpflichtendes stellvertretendes Agieren auf der Basis und unter Anwendung eines relativ abstrakten, Laien nicht zugänglichen Sonderwissensbestandes sowie einer praktisch erworbenen hermeneutischen Fähigkeit der Rekonstruktion von Problemen defizitären Handlungssinns“. Dieser Maßstab liegt im Rahmen einer kognitiv-rational begründeten Krisenbewältigung beim Adressaten, indem die Autonomie reflexiv aufseiten des Hilfsbedürftigen respektiert, wiederhergestellt und praktisch gefördert wird, ohne Bevormundung, Unterordnung oder Zwang zu unterliegen (Dewe & Stüwe, 2016). Ziel solcher Interventionen ist es, eine optimierte Wahrnehmung der Probleme bei dem Klienten und eine Verhaltensänderung zu evozieren. Dieses Handeln ist typischerweise auf komplexe, elementare sowie ganzheitliche Problemfälle bezogen und lässt sich durch seine Kontextabhängigkeit, Spezifität und situative Dichte nicht standardisieren.

Defizite solcher Handlungsstrukturen entstehen laut Becker-Lenz und Müller-Hermann meist durch eine ungenaue „Auftragsklärung“, „Diagnostik“, „Methodenwahl“ sowie eine diffuse „Gestaltung der Arbeitsbeziehung“ (2013, S. 213 ff), die es mit einem „Berufsethos“, einer „Fähigkeit zur Gestaltung eines Arbeitsbündnisses“ und der „Fähigkeit des Fallverstehens unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse“ (ebd., S. 218 ff) zu überbrücken gilt.

In interaktionistischer Perspektive kann ein professionelles Handeln dann konstatiert werden, wenn der Klient und der Professionelle aus unterschiedlichen Lebensbereichen mit divergierenden Perspektiven stammen, welche überbrückt werden müssen, um eine Fallklärung zu ermöglichen (Pfadenhauer, 2003). Durch die Überbrückung dieser individuellen Sinnwelten durch eine sukzessive

Interaktion kristallisiert sich der jeweilige Fall heraus, den es durch dessen Rekonstruktion folglich professionell zu bearbeiten gilt. Auf Grundlage dieser Problemdefinition wird die Richtung der Intervention ebenso ausgewählt und festgelegt wie die für diese Hilfe bereitzustellen Ressourcen.

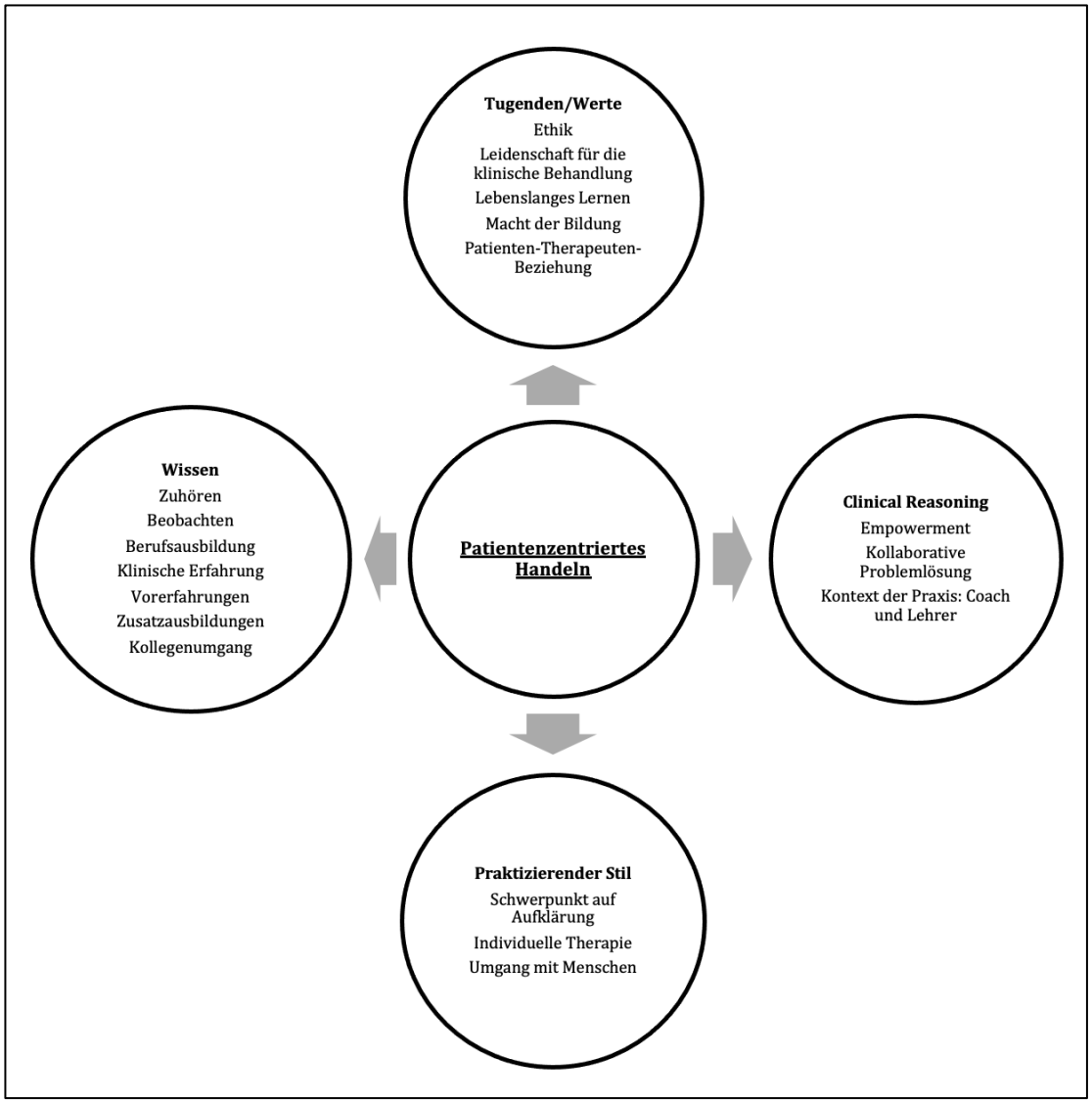
2.2.5 Der Weg zum Experten

Durch die Effizienzsteigerung des clinical reasoning und evidence-based practice hat auch der Stellenwert von professionellen Praktiken in der klinischen Arbeit des Physiotherapeuten zugenommen, da die Prämisse nicht nur darin liegt, die beste Evidenz zu nutzen, sondern auch darin, unter Berücksichtigung aller Umstände das jeweils beste individuelle Therapiemanagement für den Patienten zu entwickeln und anzuwenden (Jensen et al., 2007). Professionelle Physiotherapeuten haben eine Verpflichtung, ihr theoretisches Wissen und praktisches Handeln permanent zu aktualisieren. Der Leitfaden für Professionalität der APTA (2010) sieht vor, dass der handelnde Therapeut eine lebenslange berufliche Verantwortung für die Erweiterung der eigenen Handlungskompetenz durch kontinuierliche Selbstreflexion, Ausbildung und Erweiterung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten hat, um seine Fertigkeiten für eine Patientenversorgung stets auf dem neuesten Stand zu halten. Diese Kompetenzen verweisen auf „komplexe und zugleich bedeutende Anforderungen“ (Heiner, 2018, S. 51), denen zuverlässig und sicher nachgekommen werden soll. Um komplexe Anforderungen im Umgang mit Menschen bestmöglich durch ein problemlösendes Handeln zu erfüllen, erfordert es zudem drei besonders bedeutende Kompetenzmuster, die Heiner (ebd.) als Analyse- und Planungskompetenz, Interaktions- und Kommunikationskompetenz sowie Reflexions- und Evaluationskompetenz ausformuliert.

Der mit diesen Fertigkeiten ausgestattete Physiotherapeut zeichnet sich zudem dadurch aus, dass er in der Lage ist, die richtigen Dinge zur richtigen Zeit anzuwenden und auf einem hohen professionellen klinischen Erfahrungsschatz seine Handlung unter Berücksichtigung der vollen Verantwortung ausführen kann (Jensen et al., 2007). Er hebt sich von Laien und Anfängern sogar in der eigenen Berufsgruppe durch besondere Fähigkeiten, wie bspw. dem „Wissen, dass“, Wissen, wie“, und „Können“ ab (Bromme, 2004, S. 23). Darüber hinaus ist er ein Spitzenkönner sowie einer von 10 % in seiner Domäne, der in einem mindestens zehnjährigen Zeitraum seiner intensiven Beschäftigung nachgeht und darin komplexe Anforderungen bewältigt (Bromme & Jucks, 2016; Gruber & Degner, 2016). Dieser Könner zeigt sich nicht nur als ein statisches Element mit einem hohen Maß an Wissen und einer sehr guten Problemlösungsstrategie, sondern unterliegt einem dynamischen, fortschreitenden Prozess, welcher die Bedeutung des lebenslangen Lernens in den Vordergrund hebt (Jensen et al., 2007).

Er fügt organisiertes und selbst generiertes neues Wissen in Problemanalysen ein, löst die Probleme mit angemessenen Handlungen effizienter als andere Kollegen, kann sich bei solchen Aufgaben besser reflektieren und lernt aus den bewältigten Situationen, wobei er durch Integration der Teilfaktoren das gesamte Problem besser erfassen kann. Epstein und Hundert (2002) beschreiben den Experten als einen Praktiker, der seine Kompetenz auf klinischen Fähigkeiten, wissenschaftlichem Know-how und moralischer Bildung gründet. Das beinhaltet diverse kognitive, psychosoziale, kommunikative und lebensnahe Problemlösungsstrategien. Dieser mentale, problemorientierte und konzeptuelle Prozess spiegelt sich am deutlichsten im clinical reasoning wider (Jensen et al. 2007). Resnik und Jensen (2003) arbeiten in ihrer Untersuchung spezifische Merkmale heraus, die einem Experten der Physiotherapie zugeschrieben werden, und formulieren im Anschluss eine „theory of expert practice“ (Abb. 6).

Abbildung 6: Theory of expert practice (in Anlehnung an Resnik & Jensen, 2003, S. 1098)



Aus dem Grund einer probaten Expertenkategorisierung haben die Autoren Dreyfus und Dreyfus ein Entwicklungsmodell konzeptualisiert (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Benner (1982) hat diese Überlegungen einige Jahre später übernommen und auf Pflegeberufe angewendet. Diese Entwicklungsebenen hängen von der konkreten Praxistauglichkeit sowie der Veränderung der Wahrnehmung und des Verständnisses des Subjektes ab (Dreyfus & Dreyfus, 1980).

Der „Novize" zeichnet sich primär durch einen Mangel an Erfahrung darüber aus, in welchen Situationen er entsprechende Handlungen ausführen soll. Das Handlungsproblem für ihn besteht darin, keine differenzierte Entscheidungsfähigkeit zu besitzen, sodass er nicht flexibel auf bestimmte Kontextsituationen reagieren kann und daher ausschließlich Anweisungen befolgt (Benner, 1995; Dreyfus & Dreyfus, 2004). Er befolgt die vorgegebenen Standards meist unreflektiert.

Die Aufgaben für den „Advanced beginner" sehen vergleichsweise marginal aus und kopieren durch ansteigende Erfahrung die Experten. Sie sind dennoch in der Lage, formulierte Leitlinien in Handlungen zu überführen (Benner, 1995). Der Gesundheitsdienstleister erlernt die Unterschiede der differenzierten Behandlungskonzepte und die anwendungstheoretischen Grundlagen praktisch am Patienten.

Der „Competent" braucht circa zwei bis drei Jahre, um sich als solcher auszuzeichnen. Es beginnt damit, das Vermögen, eigene Handlungen vor dem Hintergrund von langfristigen und reflektierten Planungsstrategien bewusst zu analysieren und zu beheben, wobei fehlende Flexibilität den Ablauf kennzeichnet. Benner (1995) gibt zu verstehen, dass viele Gesundheitsfachkräfte langfristig auf diesem Level verharren können, da routinierte Abläufe den praktischen Alltag bestimmen und das individuelle Entwicklungspotenzial verlangsamen.

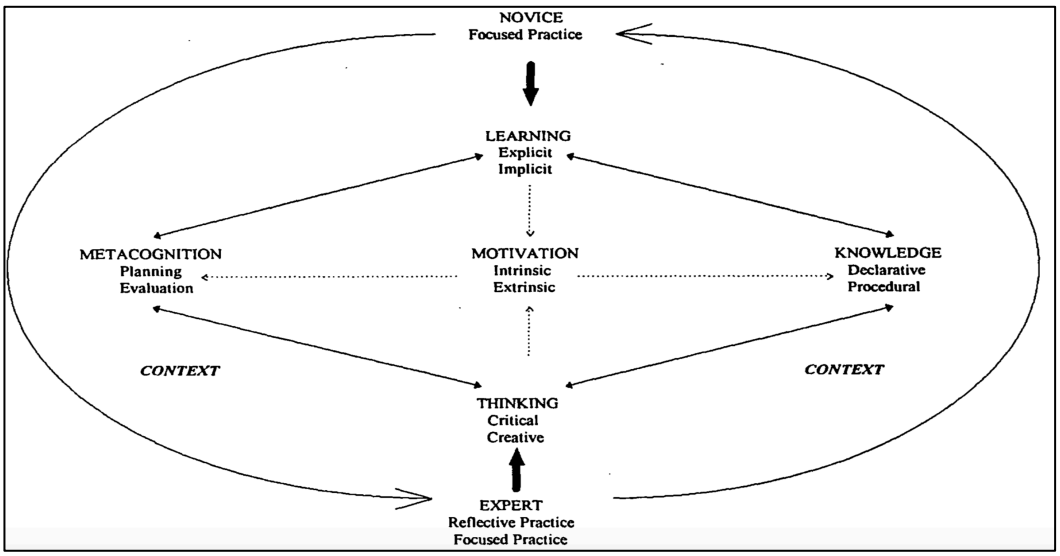
Die folgende Phase beschreibt den „Proficient". Auf diesem Niveau ist es dem Therapeuten möglich, Handlungssituationen als Ganzes zu erkennen und seine praktischen Tätigkeiten von Maximen abzuleiten. Der Therapeut kann auf einen profunden Erfahrungsschatz zurückgreifen und diverse außerplanmäßige Probleme durch Rückgriff auf modifizierte Ansätze aus mehreren Kompetenzbereichen umfassend lösen.

Der „Expert" hat die Verknüpfung von systematischem und wissenschaftlichem Wissen mit einem bedeutenden Erfahrungswissen für die praktische Anwendung weitgehend perfektioniert (Benner, 1995; Slade et al., 2019). Das intuitive, heuristische und implizite Wissen auf solch einem hohen Niveau ermöglicht die rasche und präzise Bewältigung komplexer Situationen (Bromme, 2004). Der

Experte hat gelernt, die zugrunde liegende Situation in der gleichen Perspektive zu betrachten, jedoch individuelle taktische Entscheidungen zu treffen (Dreyfus & Dreyfus, 2004).

Wissenschaftler im Bereich der Physiotherapie gehen davon aus, dass der Unterschied der Kompetenzebenen darin liegt, dass sich das Handeln auf einer überordneten kognitiven Ebene abspielt (Jensen et al., 2007). Diese Metakognition sorgt für das Erkennen, Definieren, Darstellen, Formulieren, Zuordnen und Evaluieren von Strategien, die für eine Planung, Überwachung und Bewertung von Aktionen zu einer problemorientierten Lösung beitragen (Bromme, 2004; Jensen et al., 2007). Das reflektierte Verstehen der Problematik steht für Experten im Vordergrund, wobei dem Novizen das verschiedenartige Überprüfen von Handlungen zugesprochen wird. Diese Entwicklung verläuft implizit sowohl als auch explizit in einem Regelkreis und wird durch Kontextfaktoren, Selbstreflexion sowie Wissen unterstützt (Abb. 7).

Abbildung 7: Modell der Expertenentwicklung (Sternberg, 1998, S. 16)



Vor allem in der Hochschulbildung scheint dieses Prinzip der Selbsteinschätzung und des Feedbacks von grundlegender Bedeutung zu sein (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006). Beste Chancen für solch eine individuelle Professionalisierung sehen die Experten in einem Studium mit der Aneignung des lebenslangen Lernens, da die Berufsinhaber auf die Wandelbarkeit des Gesundheitssystems und die adäquate Reaktion darauf vorbereitet werden. Jensen et al. (2007) konkretisieren das Modell des beständigen Lernens im Berufsalltag, indem sie eine geeignete Strategie definieren und diese auf diverse Bereiche anwenden. Der Physiotherapeut soll in erster Instanz eine handlungsorientierte Fragestellung für sich oder im Team diskutieren und diese reflektieren, bevor es darum geht, die disziplinleitende Literatur auf erweiterte Fragen und schon bestehende Antworten aufzugreifen. Im nächsten Schritt ist es für die Praktikabilität entscheidend, Kollegen oder Experten auf dem jeweiligen Gebiet

zu befragen, um neben den theoretischen Inhalten auch Einblick in die Praxisrelevanz zu bekommen. Des Weiteren wird empfohlen, diese neu erworbenen Fähigkeiten auditiv oder visuell zu dokumentieren, sich ein Feedback einzuholen sowie diese Handlungen zu optimieren, welche im nächsten Schritt durch das „thinking out loud“ (Jensen et al., 2007, S. 303) den Arbeitskollegen beigebracht werden sollen, um die eigenen Wissensbestände zu festigen. Diese Schritte sollen im Bereich des Wissens, des clinical reasoning, der Bewegungsdimension und der Tugendhaftigkeit ihre Anwendung finden. Swisher und Page (2005, S. 203) beschreiben einen ähnlichen Ansatz, wenn ihr „Process of Reflection and Planning“ einer Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken-Analyse unterzogen wird. Eingebettet ist dieser Ansatz in ein „Goal-driven Portfolio“ (Swisher & Page, 2005, S. 202), das einen persönlichen Entwicklungsplan beschreibt und sich durch eine reflektierte Hinwendung zu Fehlerquellen auszeichnet, ohne diese zu tabuisieren. Hierbei sind ein Leitbild, eine Selbsteinschätzung, Beispiele, die das Selbstbild unterstützen, eine konkrete Zielerklärung und ein Plan für den Aufbau von Stärken sowie die Beseitigung von Schwachstellen die Grundlagen der Entwicklung.

2.2.6 Akademisierung als Initiator einer Professionalisierung

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass ein professionelles Handeln sowie eine geeignete Professionalität weitgehend durch eine akademische Ausbildung erreicht werden können. Zudem bietet die Verwissenschaftlichung einer Berufsausbildung ein enormes Potenzial für eine Professionsentwicklung und die Ausgestaltung einer eigenen Fachdisziplin (Goode, 1972; Hartmann, 1972; Millerson, 2001; Nittel, 2000; Nittel & Seltrecht, 2016; Richter, 2016; Seltrecht, 2016; Stichweh, 1994).

Hartmann reflektiert die nichtakademischen beruflichen Ausbildungsstrukturen hinsichtlich einer Wissenssystematik, wobei er einen „lag“ (1972, S. 44) zwischen der Ausbildung von Systematik und der systematischen Ausbildung erkennt und auf die Distanz zwischen dem in der Lehre vermittelten Wissen und dem fortschreitenden Tempo neuer Wissensbestände hinweist. Dabei wird in der Ausbildung charakteristischerweise altes Wissen an die zukünftigen Berufsinhaber weitergegeben, wozu er sich kritisch äußert:

> „In diesen Bereichen kann also eine völlig neue Generation von Erkenntnissen entstanden sein, ehe der alte Wissensstoff zum Ausbildungsstoff geworden ist. In einer solchen Situation muß man den Indikator systematischen Wissens anderswo suchen als in der Ausbildung, die hier geradezu konträr zum aktuellen Wissen liegen kann. Ausbildung von dieser ‚unterentwickelten‘ Art bedeutet nicht, daß der Adept an das Wissen herangeführt wird, das seinem Beruf oder seiner Profession nach letztem Stand greifbar ist, sondern daß er in veraltetem Wissen unterwiesen wird. Gemessen an der objektiven Stufe der Systematisierung in seinem

> Tätigkeitsbereich führt die Ausbildung nicht zu einer entsprechenden fortgeschrittenen Befähigung, sondern zur Beherrschung obsoleter, überflüssig gewordener Fertigkeiten. Im Ergebnis kommt es zu einer angelernten Unfähigkeit, einer *trained incapacity* (Veblen), einer *déformation professionelle* (Warnotte), zumindest im Umgang mit den neuen Mitteln zur Lösung alter Probleme.“ (Hartmann, 1972, S. 45).

Dabei schlägt er den Rückgriff auf wissenschaftliche Erkenntnisse vor, was eine fortlaufende Wissenssystematisierung impliziert, wobei diese Ausprägung in der Arbeit sehr gering, in einem gelernten Beruf merklich darüber und in der Profession ausgesprochen hoch ausfällt:

> „Je höher der effektive Anteil der Forschung, um so legitimer die Wahl dieses Indikators; denn Forschung produziert hier nicht nur größere Mengen systematischen Wissens, sondern führt auch zu einer schnelleren Substitution des veralteten durch aktuelles Wissen und mindert damit die Repräsentativität der Ausbildung, gesehen von eben diesem neuen Wissen.“ (Hartmann, 1972, S. 45).

Durch die beschleunigte Verfallszeit beruflichen Wissens und die Transformation zu einer wissenschaftsbasierten Dienstleistungsgesellschaft mit neuen Tätigkeiten und Aufgabenfeldern für die Gesundheitsfachberufe und die sich daraus resultierenden Qualifikationsanforderungen werden die tradierten Qualifikationsprofile in starke Bedrängnis gebracht (Kälble, 2006). Durch eine Akademisierung sollen die Integration von Schlüsselkompetenzen wie der sozialen, gesundheitswissenschaftlichen, sozialpolitischen, wissenschaftlichen und managementbezogenen Kompetenz sowie ein Verständnis von clinical reasoning und die Fähigkeit zur Anwendung des theoretischen Wissens in der Praxis mit einem größtmöglichen Maß an Qualität gefördert werden (Schämann, 2006). Experten sehen die Akademisierung der Physiotherapie als notwendige Voraussetzung für eine Professionalisierung, da es zu einer adäquaten Anwendung von wissenschaftlichem Wissen in der Praxis kommt, was eine Kompetenzentwicklung fördert, damit wissenschaftliche Erkenntnisse reflektiert und angewendet werden können (Baeumer, 2006; Friedrichs & Schaub, 2011; Richter, 2016). Zudem wird erwähnt, dass es auf diese Weise einer Festigung und Ausgestaltung einer physiotherapeutischen Berufsidentität einschließlich einer Abgrenzung von anderen Berufsgruppen dient und ein internationaler Ausbildungsstandard erreicht werden kann (Baeumer, 2006; Schämann, 2006; Scheel, 2013).

Im Wesentlichen wird der Akademisierungsprozess als eine Institutionalisierung von außerhochschulischen Berufen an Hochschulen oder Universitäten bezeichnet, die zu einer Etablierung von Forschung sowie wissenschaftlichen Karriereleitern führen und somit professionelle Bedarfe aufgreift und den erworbenen Wissensschatz direkt in die Entwicklung des Berufsstandes einbezieht (Kool &

Niedermann, 2006; Richter, 2016). Sozusagen bilden die Akademisierung und Forschung die Basis einer Profession (Gieseke, 1997; Willimczik, Bollert & Geuter, 2008). Die Existenz einer wissenschaftlichen Disziplin gelingt als ein in sich geschlossenes Wissenssystem. Über die Transformation und Implementierung zu angrenzenden Bezugswissenschaften kann eine eigene Disziplinbildung erfolgen, die im Nachgang einen eigenen Wissenskorpus erzeugt und sich durch einen Denkstil, Forschungslinien, ein Denkkollektiv sowie eine Forschungsidentität prägt, ohne eine Wechselbeziehung mit benachbarten Disziplinen einzugehen oder ein sich darauf beziehendes Praxisfeld zu tangieren. Stichweh (2005) formuliert eine solche Diversifikation von einem eigenen Wissenssystem analog zu einer funktionellen Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, die für eine Weiterentwicklung für die Physiotherapie als maßgeblich erscheint. Etabliert werden kann das Feld einer Physiotherapiewissenschaft durch eine Grundlagenforschung zu theoretischen Modellen und Konzepten und die anschließende empirische Überprüfung in einer patientenorientierten Forschung mit deren Wirksamkeitsbestimmung sowie deren professionelle praktischen Anwendung am Patienten (Friedrichs & Schaub, 2011). Um im Anschluss diese Forschungsergebnisse besser in die Praxis implementieren zu können, ist es von Vorteil, wenn diese auf eine interessierte Berufsgruppe stoßen, die sich mit dem professionellen Tätigkeitsfeld identifizieren und dadurch die Entwicklung eines Professionsbewusstseins erfolgen kann (Gieseke, 1997).

Für Oevermann (2005) steht die Wissenschaft im Fokus, wenn Krisen entstehen, die es zu lösen gilt, wobei sie das künstlich in Zweifel zieht, was die Praxis nicht erfragt. Dadurch simuliert die Wissenschaft jene systematischen Krisen, die ohne Not erzeugt werden, und kann dadurch paradoxal routiniertes sowie bewährtes Wissen erzeugen. Anhand dieser Logik wird der Praxis das naturwüchsige und folgenreiche Scheitern vorweggenommen, sodass ein durch Trial-and-Error-Vorgehen bedingtes unnötiges Leid und auch Mehrkosten vermieden werden können.

Die Sonderstellung dieses Problems bekommt eine erweiterte Tragweite, wenn die Untersuchungsergebnisse von Schämann einbezogen werden, die aufzeigen, dass viele Physiotherapeuten die wissenschaftliche Theorie nur als bloßes Beiwerk betrachten, diese nur als Ausdruck von Idealismus angesehen wird, welcher die Praxisdistanz durch „falsche Bilder“ vergrößert (2006, S. 162). Des Weiteren gaben die Studierenden der gleichen Studie an, dass es im Beruf der Physiotherapie zu einer Desillusionierung, einem Anspruchsdenken, einem indoktrinierten Konstrukt aus dem Ausland und dadurch zu einer zusätzlichen Berufsspaltung durch den Theorieimport kommt.

Anhand des Differenzmodells erklärt Richter (2016) den Schulterschluss für eine professionelle Theorie-Praxis-Beziehung, indem er die akademische Ausbildung vorerst auf ein wissenschaftstheoretisches Grundverständnis bezieht und somit die Studierenden in die Lage versetzt, „sowohl Theorie als

auch Praxis als zwei differierende gesellschaftliche Subsysteme zu begreifen“ (Richter, 2016, S. 36) sowie über eine Interpretation und Reinterpretation diese wechselseitig erschließen lässt, was zu einer Aufhebung des Konfliktes und einer wissenschaftlich basierten Praxis führt.

Eine weitere Bedeutung einer verwissenschaftlichten Handlungspraxis kommt dem Subjekt des Reflexionstypus der *reflection in action* und der *reflection on action* zu, um komplexe Unsicherheiten der praktischen Berufsausübung durch einen bewussten Handlungsvollzug zu überbrücken (Schön, 1983). Der sich daraus entwickelnde Typus des wissenschaftlich reflektierten Praktikers beschreibt die besondere Fähigkeit, dass die Subjekte zu „Forschern im Handlungsvollzug ihrer eigenen Praxis werden und Praxistheorien generieren, die permanent weiterentwickelt werden, ohne zu Theoriewissen zu erstarren, das für praktisches Handeln bedeutungslos ist“ (Friedrichs & Schaub, 2011, S. 4), was zu der Fähigkeit führt, neuen und unwegsamen Praxissituationen mit neuen Behandlungsmöglichkeiten zu begegnen und mittels einer Prozessspirale mit Forschungscharakter und Reflexionsgabe das eigene Handeln kritisch zu evaluieren.

Des Weiteren stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, den Studierenden bei der Entwicklung dieses individuellen professionellen Strukturverständnisses zu unterstützen. Das Studium ist…

> „[…] von der Idee her der Ort, an dem biographisch geprägte Motive und lebensgeschichtlich erworbene Handlungspläne einer abstrahierenden Reflexion unterzogen und in ein professionelles Selbst überführt werden. Hier kann systematisches Wissen um Strukturen, zentrale Fragestellungen und Orientierungsmarken im Bereich Erwachsenenbildung erworben werden. Das Spannungsverhältnis zwischen Persönlichkeit und professioneller Rolle ist ein der Erwachsenenbildung immanentes und muss professionell reflektiert und bearbeitet werden.“ (Hartig, 2009, zit. n. Justen, 2015, S. 94).

Diese biografisch geprägten Motive und Professionsvorstellungen des Subjektes können als Ressourcen für eine Auseinandersetzung mit einem akademischen Professionalisierungsprozess verstanden werden, insbesondere dann, wenn es an didaktisch bewährten Stellen in das explizite Lerngebiet einbezogen werden (Justen, 2015). Das biografieorientierte Lernen gründet auf dem Verständnis, die Lernprozesse als Intakes zu verstehen, die mit dem Erfahrungswissen des Lernenden symbiotisch synchronisiert werden. Das aufgenommene wissenschaftliche Wissen muss erst in die eigene Erfahrung übersetzt und kodiert werden, bevor es autoritative Effekte bewirken kann, was durch die Rückkopplungsprozesse der eigenen Biografie reflektiert und integriert wird (Alheit, 2002, zit. n. Justen, 2015, S. 97).

Es wird somit das Subjekt zu seiner Umwelt in Beziehung gesetzt und strukturiert zu einem Selbst- und Eigenverständnis geführt, wodurch eine Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung zu erwarten ist (Justen, 2015): „Eine Verbindung von Subjekt und Struktur eröffnet vielfältige und vor allem individuell passende Zugänge für kreative und persönlich bedeutsame Lernprozesse, die dann häufig intrinsisch motiviert sind“ (ebd., S. 100). Der Studierende lernt im Laufe dieses akademischen Lernprozesses, sich als gesellschaftliches Subjekt zu begreifen, sodass er durch eine reflektierte Verknüpfung des Professions- und Alltagswissens das Theorie-Praxis-Problem mindern kann. Busse und Ehlert (2013) heben vor allem die Vorteile eines berufsbegleitenden Studiums hervor, da diese biografische und berufsbiografische Vorerfahrungen, die einen berufsspezifischen Habitus auskleiden, einbeziehen und als Kitt von Theorie und Praxis in einer individuellen Weise fungieren. Vor allem in der Physiotherapie können hierdurch wichtige Brücken geschlagen werden, die für eine professionell-berufliche Persönlichkeitsentwicklung essenziell sind (Mostrom, 2005).

Um jedoch im gesamten Berufsleben professionell handeln zu können, reicht die quantitative und qualitative Ausbildungsmöglichkeit für Physiotherapeuten oft nicht aus. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, die Berufsinhaber auf das lebenslange Lernen vorzubereiten:

> „Lebenslanges Lernen ist nicht nur *Pflicht*, um in unserer dynamischen Welt die berufliche Mobilität zu erhöhen, sich neue Karrieremöglichkeiten zu erschließen oder den Arbeitsplatz zu sichern. Es ist auch *Kür* und *Bedürfnis* für jeden, der nach Mündigkeit, Selbstverantwortung und Kompetenz strebt und die Gesellschaft, in der wir leben, aktiv und verantwortungsbewusst zum Besseren mitgestalten will.“ (Tiberius, 2014, S. 5).

Diese Form der hochschulischen Sozialisation befähigt die Studierenden, sich in dem Berufsalltag konsequent zu reflektieren und erkannte eigene Schwachstellen durch immerwährendes Lernen abzubauen sowie sich durch eigene Vorkenntnisse neue, geeignete Lernstrategien anzueignen und weiterzuentwickeln, um Professionalität über das gesamte Berufsleben aufrechtzuerhalten (Saßnick-Lotsch & Rebel, 2014). Des Weiteren werden spezifische methodische Fertigkeiten erlernt, die es den Studierenden ermöglichen, neue Erkenntnisse durch wissenschaftliche und kritische Reflexion anzueignen sowie in den Berufsalltag einzubeziehen.

2.2.7 Ethik als Fundament einer Professionalisierung

Bereits die Tatsache, dass sich das Berufsbild des Physiotherapeuten mit kranken, hilfsbedürftigen, zuweilen ängstlichen und hoffnungsvollen Menschen auseinandersetzt, die in einem Beziehungskontext der Vulnerabilität stehen (Monteverde, 2009) und durch eine therapeutische Intervention zu einer besseren Lebenssituation geführt werden sollen, verdeutlicht die ethische Perspektive für eine

berufliche Professionalisierung und die Intensivierungsbestrebungen einer geeigneten Professionalität. Das Eingreifen in individuelle Lebensumstände, sich damit nicht erwartungsgemäß zu identifizieren und dennoch eine therapierelevante Wirkung zu erzielen, setzt ethisches Reflexionsvermögen voraus, das für ein professionelles Handeln notwendig ist und eine zentrale Kategorie einer Profession darstellt (Gieseke, 1997).

Hinzu kommen noch Reflexionen über „Berühren/Berührt-Werden, Bewegen/Bewegt-Werden, Nähe und Distanz, Körper und Leib, Empfinden, Erleben und Wahrnehmen, Fremd- und Selbstbestimmung, Empathie, Interaktion“ (Scheel, 2013, S. 23).

Eine Berufsethik findet sich in dieser Funktion wieder und fragt, was der Handelnde nicht tun darf, tun soll oder tun muss, um einer bestimmten Berufsgruppe Identität zu verleihen (Hack, 2004; Schmid Noerr, 2012). Diese Tätigkeiten werden bindend formuliert und drücken eine spezifische Gesinnung der jeweiligen Berufsgruppe aus, die bei der Physiotherapie in den Bereichen der Gesundheit sowie der Integration des Patienten im Alltag liegt und sich nicht nur auf eine Aneinanderreihung von Tätigkeitsmustern beschränkt (Schewior-Popp, 1994).

So werden in dem Kodex der American Physical Therapy Association Werte wie Rechenschaftspflicht, Altruismus, Mitgefühl und Fürsorge, Exzellenz, Integrität sowie Professionsverpflichtung und gesellschaftliche Verantwortung festgehalten, um sich zum einen für das Wohl der Patienten einzusetzen und zum anderen die Profession vor Zuwiderhandlungen zu schützen (APTA, 2009).

Weitere Aspekte des berufsethischen Verhaltens sind Verlässlichkeit, professionelles Auftreten, intrinsische Motivation des Therapeuten, clinical reasoning, Empathie und die Kooperationsfähigkeit (Kasar, 2000, zit. n. Hack, 2004, S. 10). Dies ist notwendig, da der Physiotherapeut bei der Behandlung von Patienten körperliche und psychische Grenzen überschreitet, die das Individuum im sozialen Miteinander normalerweise schützen würden (Schmid Noerr, 2012). Diese fachlichen Übergriffe sind zwar grundsätzlich vom Patienten gewollt, können aber im konkreten Ablauf in ihrer Reichweite nicht exakt kontrolliert werden, was eine interne Kontrolle des professionell Handelnden voraussetzt und es auch erfordert, eine Verletzung der Intimität über das fachlich notwendige Maß hinaus zu vermeiden und das Wohlergehen des Patienten als oberstes Kriterium des eigenen Handelns zu sehen.

Die Professionsethik[4] von sozialen Berufen kann als eine Verantwortungsethik gedeutet werden, die in einer dreistelligen Beziehung mündet, bei der es zu bestimmen gilt, wer, wofür und wem gegenüber sich seiner beruflichen Tätigkeit zu verantworten hat (Schmid Noerr, 2012). Somit muss sich der

[4] Die Professionsethik beschreibt die ethisch-moralische Begründung einer Profession (Kaminsky, 2018).

reflektierte Therapeut gegenüber dem Patienten, dem Gesundheitssystem und der eigenen Profession rechtfertigen, wenn er dieses Tripelmandat für die systematische, evidente und nachhaltige Lösung gesundheitsbezogener Probleme zugeschrieben bekommt.

Während sich die Physiotherapie derzeit in einem Professionalisierungsdiskurs befindet, deren Ausgang noch nicht absehbar ist, sollten weitere Anstrengungen unternommen werden, dieses Berufsbild zum Schutz der Patienten und deren Gesundheit in eine Profession zu überführen. Aus diesem Grund sollen einerseits ethische Prinzipien, die für eine Profession wichtig erscheinen, und andererseits berufsbezogene Ethikkodizes in Form eines Kataloges durch nationale und internationale Berufsverbände weiterentwickelt werden. Ein weiterer Aspekt eines beruflichen Aushandlungsprozesses liegt in der theoretischen Reflexion ethischer Fragestellungen sowie moralischen Dilemmasituationen, die mit einer physiotherapeutischen Praxis einhergehen und als wissenschaftliche Disziplin in Betracht gezogen werden sollen (ebd.). Dieses neu erarbeitete Themenfeld ethischer Fragestellungen bezieht sich nicht nur auf die Anwendung des beruflichen Handelns gegenüber dem Patienten, sondern auf das gesamte Umfeld der eigenen Arbeitseinrichtung, andere Gesundheitsdienstleister und Institutionen, die den Auftrag der physiotherapeutischen Dienstleistung legitimieren.

Des Weiteren wird mit einer Professionsethik nicht nur eine berufsspezifische Handlung diskutiert, sondern subjektiv gehandhabte ethische Deutungsmuster beschrieben, welche nicht explizit ausformuliert sind. Hierbei handelt es sich um ein „implizites Muster des Wahrnehmens, Empfindens und Handelns“ (Schmid Noerr, 2012, S. 95 f) als Teil der beruflichen Identität, die nicht mehr strikt von der persönlichen getrennt werden kann. Diese Handlungsmuster einer beruflichen Ethik kommen dann zum Einsatz, wenn eigene berufliche und persönliche Unsicherheiten im Handeln bestehen und es zu einer Rückversicherung der Legitimation oder einer Begründungspflicht durch einen festgehaltenen Ethikkodex kommt.

Gerade in Gesundheitsfachberufen, die unmittelbar mit Entscheidungen konfrontiert sind und sich auf das Wohlergehen anderer Menschen beziehen, ist ein reflektiertes Verständnis von ethischen Anforderungen bedeutend. Dies setzt das Erlernen von ethischem Wissen und moralischem Handeln als eine Kernkompetenz explizit voraus und vervollständigt sich durch eine Berufsethik, deren Vollzug von einer hohen beruflichen Handlungskompetenz zeugt und ein Merkmal eines professionellen Selbstverständnisses darstellt (Aboujaoude, Weiss-Roberts & Reicherter, 2015; Triezenberg & Davis, 2000).

2.3 Einführung in die Ethik

Aufgrund einer bislang geringen ethischen Ausrichtung muss die deutsche Physiotherapie überwiegend auf diverse Ergebnisse aus dem internationalen Raum sowie auf Theorieimporte aus ihren Bezugswissenschaften, wie z. B. der Philosophie als „Mutter aller Wissenschaften", zurückgreifen (Wilimczik, Bollert & Geuters, 2009, S. 27), was bis zum jetzigen Zeitpunkt als ein positiver Berufsentwicklungsprozess angesehen werden darf (Richter & Thierfelder, 2018). In diesem Kapitel wird die Ethik als philosophische Disziplin auf der Grundlage einer menschlichen Praxis abgebildet, was Aufschluss darüber geben soll, wie im Alltag oder Beruf richtig gehandelt werden sollte. Aristoteles (384–322 v. Chr.) war der erste Philosoph, der die Ethik als selbstständige philosophische Disziplin behandelte und in seinem Hauptwerk, der Nikomachischen Ethik, eine ausgiebige Theorie des „richtigen" Handelns sowie eine Glücks- und Tugendlehre beschrieben hat. Darin erhebt er den persönlichen Anspruch an seine Schüler, die ethischen Verhaltensweisen zu verinnerlichen und zu lernen, das „Gute immer besser zu tun und sich dadurch immer mehr als ein guter Mensch zu erweisen" (Pieper, 2007, S. 25).

Er unterscheidet zwischen „Ethos", was als Gewohnheit, Grundhaltung oder Sitte umschrieben werden kann, und der eigentlichen „Ethik", welche das gute Handeln unter Berücksichtigung dessen, was allgemein als Sitte angesehen wird, reflektiert (Pieper, 2007, S. 25). Diese Normen folgen einem Kodex, wobei sich das ethische Handeln nicht fraglos an diesen Wertmaßstäben orientiert, sondern durch Einsicht das erforderliche tugendhafte Handeln hervorbringt:

> „Die Ethik ist eine Theorie der Praxis um der Moralität dieser Praxis willen. Ausgehend vom Begriff der Moral, entwickelt sie den Sinn eines Handelns, das nicht Folge eines unmittelbaren, beliebigen, willkürlichen, unverbindlichen, subjektiv-privaten Wollens ist, sondern Folge eines aus kritischer Distanz sich selbst frei bestimmenden und im Hinblick auf andere Freiheit einschränkenden Willens" (Pieper, 2007, S. 114).

Die Ethik erfasst die Struktur einer Handlung und urteilt somit über die moralische Qualität anhand von grundsätzlichen Prinzipien, die unter dem Zuspruch der intrinsischen Moralität der Menschen im praktischen Alltag in Erscheinung tritt. Ethische Prinzipien beschreiben Grundsätze und können bei den medizinischen Berufen als solche herausgearbeitet werden, die die Autonomie der Patienten fördern, sich der Fürsorge verschreiben, nicht schaden, sondern das Wohlergehen mehren sowie die Gerechtigkeit achten (Beauchamp & Childress, 2008).

Die Ethik kann insofern keine direkten Handlungsweisen und Lösungsvorschläge, welche sich auf singuläre Fälle beziehen, bieten, sondern die Einsicht vermitteln, wie gehandelt werden muss, damit

eine Handlung als moralisch angesehen werden kann (Arn & Weidmann-Hügle, 2009; Pieper, 2007). Aus diesem Grund kann sie nicht den jeweiligen tatsächlichen Handlungsvollzug ursächlich herbeiführen, da dieser vom Handelnden autonom erkannt werden muss (Pieper, 2007). Die Ethik fungiert eher als eine Art Kompass, der nicht direkt den richtigen Weg vorschreibt, sondern nur die allgemeine Richtung vorgibt, wie dieser gefunden werden kann. Da die Ethik keinen Zwang für eine richtige Handlung ausüben kann, muss der Bezugspunkt einer moralischen Handlung in der Willensfreiheit liegen, der von dem handelnden Subjekt aus Tugendhaftigkeit eingeschlagen werden soll. Dies ist die große Schwierigkeit, die das Handlungssubjekt aus der Freiheit gewonnen hat. Sie kann als Freiheit zum Guten oder zum Bösen genutzt werden. Jedoch wird in den platonischen Dialogen (Gorgias, Menon und Protagoras) erklärt, dass derjenige, welcher weiß, was das Gute an sich ausmacht und es durch Einsicht erkannt hat, nicht mehr unmoralisch handeln kann, weil er somit gegen seine Natur handeln würde, was nicht mit einem tugendhaften und tüchtigen Leben zu vereinbaren wäre (Platon, 1987; 1989; 1994).

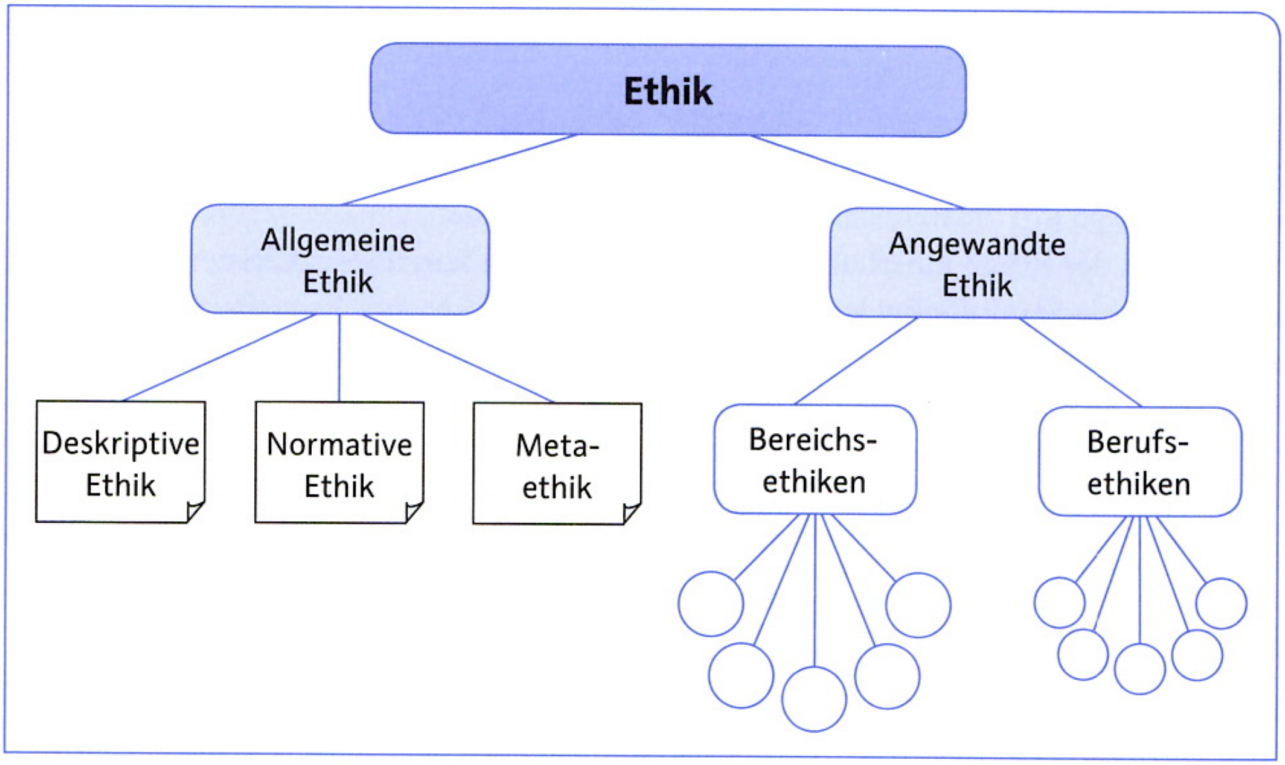
Die Ethik wird also als eine philosophische Disziplin definiert, die sich als Wissenschaft vom moralischen Handeln versteht und diese systematisch reflektiert (Arn & Weidmann-Hügle, 2009; Irrgang & Heidel, 2015; Meinberg, 1995; Pieper, 2007). Die Ziele der Ethik lassen sich durch die Aufklärung der menschlichen Praxis hinsichtlich ihrer moralischen Qualität, die Einübung ethischer Argumentationsweisen und Begründungen sowie die Hinführung zu der Einsicht, dass moralische Handlungen nicht einer beliebigen und willkürlichen Subjektivität unterworfen sind, beschreiben (Pieper, 2007). Dieses besondere Moment der Einsicht setzt jedoch den „guten Willen“ (Kant, 2008, S. 15) voraus, der nicht nur theoretisch und argumentativ das erkannte Gute zu thematisieren versucht, sondern sich auch praktisch an diese Prinzipien hält und in jeder einzelnen Handlung realisiert werden muss (Epiktet, 2009).

Fehlt es an Aufgeschlossenheit und Offenheit, können Vorurteile, fehlende Verbindlichkeit und eine ungenügende Überzeugung von ethischen Normen sensible Fragestellungen problematisieren (Pieper, 2007). „Wie niemand durch Theologie religiös wird, so wird auch niemand durch Ethik moralisch“ (Pieper 2007, S. 13). Im Alltag ist eine ethische Strukturierung für die größtmögliche Freiheit aller sinnvoll, da ein regelloses Leben als nicht menschlich gilt. Da moderne Gesellschaften durch Pluralität gekennzeichnet sind, ist ein Konsens über moralisches Urteilen und Handeln nicht mehr selbstverständlich. Hier ist eine gewaltfreie Verständigung bei Konflikten auf der Basis von Vernunft wegweisend, um Machtmissbrauch, List, Gewalt und Tücke zu verhindern (Lind, 2015). Von jedem einzelnen Mitglied der Gesellschaft oder einer Berufsgruppe wird daher ein bestimmtes Maß an

moralischer Kompetenz und Verantwortungsbewusstsein erwartet, damit er bzw. sie auf der Basis normativer Ethiktheorien sowie eines kritischen und freiheitlichen Humanismus agieren kann.

Die philosophische Ethik kann in die allgemeine und in die angewandte Ethik oder die Bereichsethik unterteilt werden (Abb. 8). In der Bereichsethik werden allgemeine ethische Prinzipien genutzt, die in den jeweiligen Bereichen wie Politik, Gesundheit, Medien und Umwelt zur Geltung kommen (Pieper, 2007). Die angewandte Ethik richtet sich nach der fundamentalen philosophischen Ethik und beschreibt spezifische Falltypen. Sie beschäftigt sich also mit den typischen ethischen Fragen der einzelnen Teildisziplinen. Höffe (2008) beschreibt, dass eine zunehmende Differenzierung der menschlichen Lebenspraxis auch mit einer wachsenden Spezialisierung von ethischen Diskussionen und der Herausbildung einer Bereichsethik verbunden ist. Der Ansatz der allgemeinen Ethik unterscheidet Metaethik sowie deskriptive und normative Ethik.

Abbildung 8: Einteilung der Ethik (Lay, 2012, S. 46)



Die Metaethik kann als die Wissenschaftstheorie der Ethik bezeichnet werden (Hiemetzberger, 2013; Pieper, 2007). Sie beschäftigt sich im allgemeinen Sinn mit Reflexion, die sich nicht unmittelbar auf den Gegenstand der Ethik bezieht, sondern auf die Struktur der ethischen Reflexion sowie auf die Art und Weise, wie die Ethik ihre Gegenstände behandelt (Pieper, 2007). Im weiteren Sinne geht es um „eine Form des *Nachdenkens über Ethik*“ (Düwell, 2008, S. 35) und beschreibt, wie ein Werteurteil entsteht, und nicht, was den Inhalt der Moralvorstellung ausmacht.

Bei der deskriptiven Ethik handelt es sich um eine Ebene, auf der moralische Überzeugungen und Systeme erklärt und rekonstruiert werden, ohne eine spezifische Wertung einer Handlung vorzunehmen oder diese zu rechtfertigen sowie bestehende Normensysteme einer bestimmten Gruppe zu beurteilen (Gabard & Martin, 2011; Hiemetzberger, 2013; Schmid Noerr, 2012). Auf dieser Grundlage wird das menschliche Miteinander in Beziehung zu anderen Fakten und Erscheinungen geklärt und der enthaltene Moralkodex zu ermitteln versucht (Hiemetzberger, 2013). Sie beschäftigt sich mit der Frage „Welche Moralvorstellung hat dieser oder jener Mensch?“ (ebd., S. 27).

Die normative Ethik stellt auf der Basis der philosophischen Ethik die explizite Bewertung des menschlichen Handelns dar, indem sie mittels verschiedener Merkmale moralisches Handeln untersucht, reflektiert und anwendet (Düwell, 2008; Gabard & Martin, 2011). Dabei werden Werturteile in eine systematische Kontiguität überführt, die durch ein höchstes Moralprinzip oder vielerlei Prinzipien konstituiert wird, wobei deren Voraussetzung eine universelle Gültigkeit erklärt (Höffe, 2008). Im Fall der normativen Ethik geht es um die Begründung von moralischen Geltungsansprüchen in Bezug auf den Ausdruck eines höchsten Gutes und dessen Verwirklichung sowie eine Verbindlichkeit, die für jeden gelten soll. Ziel ist es, moralische Werte zu verstehen, gezielt in den Alltag zu integrieren und das Handeln nach Prinzipien zu rechtfertigen (Hiemetzberger, 2013). Im Rahmen der normativen Ethik zählen Schmidt (2011) und Kuhrau-Neumärker (2005) die deontologische Ethik mit einer Verpflichtung für das Gute, die Tugendethik, mit der das sittliche Handeln als tugendhaft beschrieben wird, und die konsequentialistische Ethikkonzeption mit dem für die Gesundheitsdienstleister so wichtigen Utilitarismus (Doherty & Purtilo, 2016), der den größtmöglichen Nutzen einer Handlung in den Vordergrund stellt, zu den bedeutenden Theorietypen. Nach neueren Diskursen in sozialen Berufen kann noch die Verantwortungsethik hinzugefügt werden, da sie den Impuls des Helfens und den Komplex einer Begründungspflicht professionalisierten Handelns erweitert und einen wesentlichen Kern der „subjektiven Autonomie einer Profession“ ausmacht (Bohler, 2013, S. 245). Triezenberg und Davis (2000) schlussfolgern, dass ein Ethikunterricht diese Theorien inkludieren soll, um eine allgemeine ethisch-moralische Sichtweisen der Physiotherapeuten zu fördern. Im Folgenden werden diese Ethikmodelle umrissen und deren unterschiedliche Argumentationsweisen aufgezeigt, die sittliches Handeln rechtfertigen.

2.3.1 Pflichtenethik

Nach Pieper (2007) ist die Pflichtenethik eine deontologisch argumentierende Ethik, die wesentlich von Immanuel Kant geprägt wurde und die innere Haltung an bestimmte Pflichten als das unabdingbare Wesen der Moral sieht, die der Mensch durch das richtige Handeln zu erfüllen hat. Kant (2008) hebt besonders die Gesinnung und das Motiv der moralischen Tat und nicht deren Folgen in den

Vordergrund. Der wohl wirkmächtigste Philosoph der deutschen Aufklärung setzt als Grundlage jeder moralischen Handlung die Einsicht in das Gute und die Verpflichtung diesem gegenüber voraus. Da der Mensch kein reines Vernunftwesen ist und sein Verhalten von Trieben und Leidenschaften abhängt, fließen diese in Prinzipien der Handlungen ein. Diese Prinzipien werden als Maxime umschrieben, gelten als universell und sollen auf das ganze Leben angewendet werden. Kant nennt die Vernunft als das einzige Mittel, um das den Menschen eigene Selbstinteresse zu überwinden und sich der Moral zu verpflichten. Nur das vernunftbegabte Individuum besitzt die Freiheit, sich selbst an moralischen Gesetzen zu orientieren und sich durch die damit gewonnene Autonomie daran zu halten, was bei Kant den Grund jeglicher Würde ausmacht. Nach Kant motiviert nur der gute Wille zum guten Handeln.

> „Der gute Wille ist nicht durch das, was er bewirkt oder ausrichtet, nicht durch seine Tauglichkeit zur Erreichung irgend eines vorgesetzten Zweckes, sondern allein durch das Wollen, d. i. an sich, gut und, für sich selbst betrachtet, ohne Vergleich weit höher zu schätzen als alles, was durch ihn zugunsten irgend einer Neigung, ja wenn man will, der Summe aller Neigungen nur immer zustande gebracht werden könnte. Wenn gleich durch eine besondere Ungunst des Schicksals, oder durch kärgliche Ausstattung einer stiefmütterlichen Natur es diesem Willen gänzlich an Vermögen fehlte, seine Absicht durchzusetzen; wenn bei seiner größten Bestrebung dennoch nichts von ihm ausgerichtet würde, und nur der gute Wille ... übrig bliebe: so würde er wie ein Juwel doch für sich selbst glänzen, als etwas, das seinen vollen Wert in sich selbst hat.“ (Kant, 2008, S. 16 f).

Die Charakteristik eines jeden Menschen ist nicht von Grund auf gut, sondern wird vom Willen zum rechten Handeln gesteuert und hängt davon ab, was das Individuum daraus macht. Hier setzt Kant die Willensfreiheit als absolutes Merkmal voraus, um den vernunftbegabten Menschen in die Pflicht zu nehmen, sich stets für das Richtige zu entscheiden, um sich für ein glückliches Leben selbst würdig zu empfehlen (Baum, 1996; Kant, 2008).

Denn Pflicht bedeutet nach Kant „die Notwendigkeit einer Handlung aus Achtung fürs Gesetz“ (Kant, 2008, S. 25). In seiner Grundlegung zur Metaphysik der Sitten unterteilt Kant die Handlung einmal als „pflichtgemäß“ und aus „Pflicht“ (Kant, 2008, S. 21). Pflichtgemäß bedeutet für ihn, dass eine Handlung zwar moralkonform erscheint, jedoch das Motiv als selbstsüchtig oder phlegmatisch eingestuft werden kann, was die Abwesenheit von Moral widerspiegelt. Pflichten sind im Gegensatz dazu Handlungen, die frei von jeglicher selbstsüchtigen Motivation entstehen und allein aus Achtung vor dem moralischen Gesetz, die sich der freie Wille selbst durch eine kritische und vernünftige

Reflexion auferlegt hat, intendiert werden. Im besten Fall können Pflichten und Neigungen zusammenfallen.

Kant (zit. n. Dessauer, 1959, S. 27) stellt die zentrale Frage seiner Ethik mit den Worten: „Was soll ich tun?“ und setzt sich das Ziel, dieses oberste Moralprinzip für alle Menschen und in allen Situationen anzuwenden. Dieses praktische Gesetz wird von ihm als allgemeingültig angesehen und drückt sich in seiner Verallgemeinerungsformel als kategorischer Imperativ aus. Er dient als Verfahren, um Handlungsgrundsätze auf ihre Verallgemeinerbarkeit hin zu prüfen: „handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde“ (Kant, 2008, S. 53). Nach dieser Formel gilt eine Tathandlung nur dann als moralisch gut, wenn sie als ein allgemeingültiges Gesetz formuliert werden kann, dem alle vernünftigen Menschen vorbehaltlos zustimmen können.

Einen weiteren Prüfstein für moralisches Verhalten sieht Kant in der Selbstzweckformulierung eines jeden Menschen. Das bedeutet, dass das Subjekt nicht als eine Sache oder ein Mittel zum Zweck missbraucht werden darf, sondern als endgültiges Ziel jeglicher Handlung angesehen werden muss: „Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst“ (Kant, 2008, S. 65). Der vernünftige Mensch existiert als Endzweck an sich und hat keinen eintauschbaren Wert, sondern ist durch seine Würde daran gebunden und setzt dessen absolute Achtung als oberste Pflicht voraus. Als Resümee kann die Pflichtenethik nach Kant in die moralische Qualität der Tat nach dem Motiv der Handlung eingeteilt werden und setzt allein den guten Willen als unabdingbar voraus, während der kategorische Imperativ sich durch die selbst auferlegte Pflicht durch den guten Willen ausdrückt und sich durch die Willensfreiheit legitimiert. Jedoch kann die Ethik nach Kant nicht in allen Lebenssituationen als moralisches Reflexionskonstrukt angewandt werden.

Der schottische Philosoph Ross (1877–1971) fügte dieser Ethik neue pluralistische Gedanken hinzu, die er als „Prima-facie-Pflichten“ (Ross, 1930, zit. n. Gabard & Martin, 2011, S. 168) ausformulierte. Nicht jedes Dilemma kann ausnahmslos durch den kategorischen Imperativ gelöst werden. Oftmals haben die Pflichten auch eine andere Bedeutung in unterschiedlichen Lebensumständen, vor allem dann, wenn sie mit anderen Pflichten kollidieren (ebd.). So könnte nach Kant behauptet werden, dass Lügen unter allen Umständen verboten sei – sogar, wenn dadurch Menschenleben gerettet werden könnten. Um eine Pflicht höher als eine andere zu bestimmen, muss die konkrete Handlungssituation genau reflektiert und alle gegensätzlichen Meinungen ausformuliert werden, ehe es zur Erfüllung dieser Pflicht in der jeweiligen Situation kommen kann. Ross (ebd.) konkretisiert:

a) Pflichten, die sich aus den eigenen Handlungen ergeben, entweder die Erfüllung von Verpflichtungen oder in der Verursachung von Schaden für andere (Treuepflichten, Wiedergutmachungspflicht),

b) Pflichten, die sich aus den Handlungen anderer Menschen ergeben (Dankbarkeitspflicht),

c) Pflichten zur Gerechtigkeit und Fairness (Justizpflicht),

d) Pflichten der Wohltätigkeit und zur Hilfe gegenüber anderen Menschen (Pflichterfüllung),

e) Pflichten, sich selbst zu vervollkommnen (Selbstverbesserungspflicht) und

f) die Pflichten, anderen Menschen nicht zu schaden oder sie zu verletzen.

2.3.2 Utilitarismus

Der Utilitarismus beschreibt eine konsequentialistische sowie empirisch-rationale Vorgehensweise und bezieht sich nicht wie bei der deontologischen Ethik auf Pflichten und Handlungsmotive, sondern erklärt die Folgen von Handlungen (Baum, 1996; Hiemetzberger, 2011; Höffe, 2008; Schmidt, 2011), was sich durch eine teleologische Argumentationsweise auch als „Nützlichkeitsmoral“ (Höffe, 2008, S. 324) ausformuliert. In einer sehr vereinfachten Definition kann der Utilitarismus damit beschrieben werden, dass er das größtmögliche Glück für die meisten Menschen fördert oder das Leid auf ein so weit wie mögliches Maß minimiert, was durch eine Art Nutzenkalkül hinsichtlich Intensität, Dauer, Gewissheit, Nähe, Folgenträchtigkeit sowie Reinheit abgewogen werden kann (Baum, 1996; Gabard & Martin, 2011; Pieper, 2007; Schmid Noerr, 2012). Es gilt sozusagen das „Nutzenprinzip als Moralprinzip“ (Pieper, 2007, S. 284), welches die nützlichste Folge für alle Betroffenen bemisst.

Nach Höffe (2008) werden diesem Hauptprinzip vier weitere Prinzipien untergeordnet, die einmal die Folgen der Handlung analysieren, den Maßstab der Folgen über den Nutzen aller bewerten, die Erfüllung der menschlichen Bedürfnisse und Interessen bemessen sowie das Glück aller von der Handlung eingeschlossenen Menschen berücksichtigen. Eine genauere Erklärung bringt Mill (1806–1873), der als Vertreter des Utilitarismus gilt und der diese Ethik entscheidend geprägt hat.

> „Die Auffassung, für die die Nützlichkeit oder das Prinzip des größten Glücks die Grundlage der Moral ist, besagt, dass Handlungen insoweit und in dem Maß moralisch richtig sind, als sie die Tendenz haben, Glück zu befördern, und insoweit moralisch falsch, als sie die Tendenz haben, das Gegenteil von Glück zu bewirken. Unter ‚Glück‘ ist dabei Lust und das Freisein von Unlust, unter ‚Unglück‘ Unlust und das Fehlen von Lust verstanden“ (Mill, 2010, S. 23 f).

Mill versteht darunter nicht nur das größte Glück für das handelnde Subjekt, sondern das größte Glück insgesamt, welches unparteilich für die ganze Menschheit gilt und durch einen edlen Charakter hervorgerufen wird, der wiederum einen unermesslichen Mehrwert für die Welt bringt. In dieser Theorie ist es bedeutend, alle Fakten zu untersuchen und im Anschluss das beste Urteil über die Auswirkungen mit den größten positiven Konsequenzen zu maximieren (Gabard & Martin, 2011). Der Utilitarismus legitimiert zum Beispiel das Lügen, wenn dadurch ein größeres Übel verhindert oder ein Gut gefördert werden kann. Aufgelöst wird diese Simplizität, wenn die Konsequenzen einzelner Handlungen oder ganzer Regeln differenziert werden müssen, zudem, was jeder einzelne Mensch als Maßstab für „gute" Konsequenzen bezeichnet sowie der moralischen Haltung von Menschen, die in einem bestimmten Verhältnis zueinander oder zu sich selbst stehen (Höffe, 2008; Gabard & Martin, 2011).

Der Handlungsutilitarismus bezieht sich konkret auf das Ergebnis. Er urteilt in diesem Fall nach einer guten oder schlechten Handlung und äußert sich sozusagen nach der zu Beginn aufgeführten Definition des Utilitarismus. Die Handlung wird dann für gut erklärt, wenn sie positive oder zumindest die quantitativ gleichen Effekte hervorbringt oder maximiert, während zeitgleich kein Schaden verursacht oder dadurch ein negatives Verhältnis reduziert wird. Als großen Kritikpunkt kann dem Handlungsutilitaristen ein opportunistisches Verhalten unterstellt werden, indem er eine unlautere Nutzenmaximierung für sich oder eine Gruppe beansprucht und gleichzeitig einen geringen Schaden für andere Personen verursacht. Aus diesem Grund bezieht sich der heutige Utilitarismus nicht mehr auf die einzelnen Handlungen, die als immer gültig angesehen werden, sondern tritt durch seine erweitert ausgelegte Verpflichtung als Regelutilitarismus hervor (Gabard & Martin, 2011; Höffe, 2008; Pieper, 2007). Dieser reformierte Utilitarismus argumentiert, dass das Individuum bestimmten Regeln folgen soll, die, wenn sie von einer Gesellschaft übernommen würden, das Gesamtwohl maximieren (Gabard & Martin, 2011). Im Regelutilitarismus wird eine über die Handlung hinausgehende übergeordnete Regel konzipiert, die zum Beispiel das Lügen und Stehlen für eine Nutzenmaximierung oder einen „guten Zweck" als falsch bewertet. Denn wenn Lügen und Stehlen als gesellschaftliche Regel als nützlich angesehen würden, könnten Menschen einander nicht mehr vertrauen und keine tiefgründige Beziehung zu anderen aufbauen, was gesamtgesellschaftlich in einem Chaos münden und für jeden nachteilig wäre und was sich kein vernünftiges Wesen wünschen könnte. Der Regelutilitarist blickt daher nicht auf die explizite Situation, sondern reflektiert, welchen Nutzen eine allgemeine Regel hätte, die in dieser Handlung versteckt wäre, und welche Folgen sie hätte, wenn sich alle Menschen in allen Situationen daran halten würden. Es wird somit nicht nach der Konsequenz einer speziellen Handlung gefragt, sondern die Handlung folgt einer Regel, die höchstwahrscheinlich den größten Nutzen für alle hervorbringt.

Eine weitere moderne Auslegung des Utilitarismus geht auf den australischen Philosophen Peter Singer zurück und bezeichnet den Präferenzutilitarismus. Bei dieser Art einer Auseinandersetzung mit moralischen Entscheidungen geht es vordergründig um Interessenabwägungen des Individuums, die als Maßstab einer Handlung und deren Folgen zu beurteilen sind (Singer, 2013). Der Präferenzutilitarismus nach Singer hebt den Unterschied zwischen Menschen und Personen hervor und spricht Präferenzen nur Personen zu, die über Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Sinn für Zukunft, Sinn für Vergangenheit, Autonomie und Selbstreflexionsfähigkeit verfügen. Dazu definiert Singer die Spezies Mensch, die zwar identische genetische Eigenschaften besitzt, jedoch durch ein Fehlen von Bewusstsein, Rationalität oder Vernunft nicht als Person angesehen werden kann, der eine spezielle Rolle in der Gesellschaft zukommt. Der nicht unumstrittene Philosoph vertritt zum Beispiel die Position, dass es als verwerflich anzusehen sei, ein Lebewesen zu töten, welches über Zukunftspräferenzen verfügt, was bei Schwerstbehinderten oder stark beeinträchtigte Föten nicht der Fall sei, da ihnen die genannten Eigenschaften fehlen und den Eltern und eventuell deren Kindern viel Leid erspart würde (Hiemetzberger, 2013).

Bevor ein Nutzenkalkül vorgenommen werden darf, muss noch darauf verwiesen werden, was überhaupt als nützlich angesehen oder welches Gut für die einzelnen Handlungen maximiert werden soll. Dieser Nutzen muss addiert oder subtrahiert werden und frei von Pflichten oder anderen moralischen Erwägungen sein (Gabard & Martin, 2011). Der Utilitarismus erklärt das Vergnügen oder das Glück als oberstes Prinzip, das im „Fortdauern einer im höchsten Grade lustvollen Erregung“ (Mill, 2010, S. 41) besteht, und folgt damit einer ausgesprochen hedonistischen Maxime. Dabei kalkuliert er, dass auch qualitative Faktoren in das Nützlichkeitsprinzip einbezogen und diese unabhängig von ihrem Ausmaß sogar als wünschenswerter und wertvoller bewertet werden dürfen (Mill, 2010). Den intelligiblen Qualitäten schreibt er so viel Gewicht zu, dass sie allein durch sinnliche Erfahrungen niemals aufgewogen werden können, und er erklärt, dass kein intelligenter Mensch ein Narr sein wolle, auch wenn er um einiges glücklicher wäre.

> „Es ist besser, ein unzufriedener Mensch zu sein als ein zufriedenes Schwein; besser ein unzufriedener Sokrates als ein zufriedener Narr. Und wenn der Narr oder das Schwein anderer Ansicht sind, dann deshalb, weil sie nur die eine Seite der Angelegenheit kennen. Die andere Partei hingegen kennt beide Seiten.“ (Mill, 2010, S. 33).

Somit gilt für Mill der Endzweck von menschlichen Handlungen durch die Norm der Moral, die mit der Gesamtheit der Handlungsregeln und Handlungsvorschriften bemessen werden kann, „durch deren Befolgung ein Leben der angegebenen Art für die gesamte Menschheit im größtmöglichen

Umfang erreichbar; und nicht nur für sie, sondern, soweit es die Umstände erlauben, für die gesamte fühlende Natur“ (Mill, 2010, S. 39), als wünschenswert.

2.3.3 Tugendethik

Die Tugendethik lässt sich als eine eudämonistische Ethik erklären, die nach Aristoteles (1962; 2009) und Cicero (2010) das *summum bonum*, also das höchste Gut als Endziel eines jeden Strebens ansieht. Im Gegensatz zu den bisher vorgestellten moralphilosophischen Vorstellungen, die die Handlungen in den Mittelpunkt des zu bewertenden Gegenstandes rücken, versucht die Tugendethik zu klären, was es ausmacht, ein guter oder schlechter Mensch zu sein, und stellt die damit verbundene Ausbildung moralischer Kompetenzen des Subjekts mit deren sozialen Gemeinschaft in Beziehung (Gabard & Martin, 2011; Hiemetzberger, 2013; Höffe, 2008). Vor allem in der Gesundheitsfürsorge ist diese Strebensethik von Bedeutung, weil sie darauf abzielt, den Mensch auf sittliches Handeln vorzubereiten, da sie den Therapeuten durch eine innere Überzeugung zum guten Handeln führt und eine moralische Weisheit ausdrückt (Gabard & Martin, 2011, Hiemetzberger, 2013).

Auch hier werden wieder multiple Tugenden zur Lösung von Dilemmata für jede differenzierte Situation abgewogen und bieten eine direkte Implikation für die darauffolgenden Handlungsweisen. Höffe (2008) beschreibt die vorzüglichen emotionalen und kognitiven Eigenschaften einer Person für das sittlich Gute als finales Ziel und verweist auf deren Anwendung nicht durch Zufall, Gewohnheit oder Zwang, sondern aus Notwendigkeit eines gelingenden Lebens eine besondere Charakterstärke zu bilden, die sich nicht nur in einzelnen heldenhaften Taten, sondern in der gesamten Lebensführung zeigt. Durch diese praktizierte Weisheit kann eine moralische Person durch die Führung seiner Vernunft triebgesteuerte Begierden wie das übertriebene Verlangen nach Nahrung, Sexualität, Macht und Geld mäßigen und sich durch Weisheit und Mut zu einem besseren Menschen entwickeln. Kurzum soll sich das Subjekt durch eine Idealvorstellung zu einer menschlich vortrefflichen Persönlichkeit entwickeln (Höffe, 2008). Tugendhaftigkeit heißt, korrekterweise und aus eigener Verantwortung für sich und seine Mitmenschen ein Leben anzustreben, das Selbstverwirklichung und eine hohe Form der Freude in Aussicht stellt (ebd.): „Tugend ist das Wissen um das Gute. Dieses Wissen ist damit verbunden, das Gute in der eigenen Lebensführung und in dem gesellschaftlichen Kontext, in dem ich lebe, umzusetzen“ (Heckmann, 2016, S. 29).

Aristoteles unterscheidet zwischen ethischen und rationalen Tugenden (Pieper, 2007). Erstere sind praktische Tugenden, die durch Gewöhnung entwickelt werden und die sittliche Handlung gestalten, wobei sie in einem Handlungskontext als Tapferkeit, Großzügigkeit, Besonnenheit, Wahrhaftigkeit und Gerechtigkeit bestimmt werden und jede dieser Eigenschaften die goldene Mitte zwischen zwei

Extremen widerspiegeln soll (Gabard & Martin, 2011; Pieper, 2007). Der richtige Mittelweg dieser Tugenden wird immer aus zwei Lastern bestimmt, die einen Mangel und einen Überschuss erklären. Zum Beispiel wird der Mut als ein Mittelweg von Tollkühnheit und Feigheit genannt, und bei der Großzügigkeit bezeichnen Verschwendung und Geiz die negativen Extreme. Die rationale Tugend beschreibt die Verständigkeit und Klugheit, um in den richtigen Situationen mit Augenmaß und Urteilskraft die richtige Wahl zu treffen (Pieper, 2007). Weitere Tugenden sind die Gerechtigkeit, die eine besondere Haltung vor der Menschenwürde manifestiert, die sich ausdrücklich gegen das Unrechttun ausdrückt, während die Tapferkeit hervorgehoben wird, bei der jemand für seine Überzeugungen steht und diese auch einfordert (Höffe, 2008). Die Besonnenheit soll laut Aristoteles die menschlichen Triebkräfte in Einklang mit der Vernunft bringen, um eine harmonische Erfüllung durch nichtsinnliche Freuden zu ermöglichen und den Fokus somit auf das höchste Gut zu lenken.

Leider bietet auch diese Lehre keine ausreichende Anleitung darüber, was Tugenden genau bewirken sollen, und lassen zeitgenössische Tugendethiker mit der Aussage zurück, dass die Moral eine praktische Regel ist, die keinem Absolutismus unterworfen ist (Gabard & Martin, 2011). Des Weiteren stellt sich die Frage, was die Menschen dazu antreibt, tugendhaft zu handeln, und welche Ziele das Streben nach dem Sittlichen für das Subjekt bedeutet. Hierbei zeigt sich jedoch, dass jedes menschliche Handeln nach dem Guten strebt, welches durch die höchsten Menschengüter wie ethische Tugend, theoretisches Wissen und Lust erreicht werden kann (Aristoteles, 1962; 2009; Boethius, 2010). Sokrates meint, dass das Ziel in der Erkenntnis der Tugenden liege, und fragt: „... was ist das Wesen der Gerechtigkeit und das Wesen der Tapferkeit ...?“ (Aristoteles, 1962, S. 11). Er erklärt, dass, wer durch dieses Wissen die Gerechtigkeit in ihrer Form erkennt, dadurch auch gerecht werde. Platon (2010) beschreibt, dass das Gute keinen Mangel aufweist und absolut als höchstes Gut bezeichnet werden kann, indem er wie im Sonnengleichnis das zu Erkennende durch die Strahlen der Sonne mit dem höchsten Gut als Quelle von Wissen und Wahrheit vergleicht, welches sich erst durch die Vernunft des Erkennenden veranschaulichen lässt.

Aristoteles (1962) philosophiert über das höchste Gut und behauptet, es sei Ursache und Wirkung zugleich, da es „das Eine ist“, dass Wert „an sich“ hat, und verwendet dieses Gut nicht so wie Platon als Absolutes, sondern bettet es in einen individuellen Kontext: „Da es viele Handlungen, Künste und Wissenschaften gibt, ergeben sich auch viele Ziele“ (Aristoteles, 2009, S. 7). Aristoteles (ebd.) bezeichnet dieses vollendete und sich selbst genügende Gut als Glückseligkeit, nach dem alle Menschen streben und was das endgültige Ziel allen Handelns darstellt. Diese Seligkeit als menschliches Gut ist die „Tugend gemäße Tätigkeit der Seele“ (Aristoteles, 2009, S. 19), und sie wird durch die praktische Anwendung, wodurch der gut Handelnde glückselig sein wird, vollendet. Die von den

Philosophen der Antike benannten Tugenden wie Weisheit, Mut, Mäßigkeit und Gerechtigkeit werden in der Moderne bekräftigt und auch auf die Tätigkeit der Gesundheitsdienstleister übertragen sowie um Ehrlichkeit, Integrität, praktische Weisheit, Treue, Tapferkeit, Barmherzigkeit und Altruismus erweitert. Sie können unabhängig, uneins oder in verschiedenen Kontexten konträr zueinander stehen und sollen die Grundlage eines therapeutisch-professionellen Habitus bilden (Doherty & Purtilo, 2016; McIntyre, 1984, zit. n. Gabard & Martin, 2011, S. 172; Pellegrino & Thomasma, 1993, zit. n. Gabard & Martin, 2011, S. 172).

Gabard und Martin (2011) sehen viele Vorteile in der Wiederaufnahme dieser tradierten Ethik. Es wurden neue Fachbereiche wie die Moralpsychologie gegründet. Darüber hinaus fördert es die wechselseitigen persönlichen Beziehungen der Menschen und die Beziehung zur Gemeinschaft, die außerhalb dieser Gruppe steht und eine unparteiische Ethik jenseits von Pflicht und Nutzen als weiteres Instrument erhält, um moralische Entscheidungen treffen zu können sowie in Zeiten von persönlichen Rückschlägen die Ideale und das Streben nach Glück als einen neu zu entwickelnden Lebenssinn aufgezeigt bekommen. Pointiert beschreibt die Tugendethik die Grundhaltungen und den hohen moralischen Charakter, durch die ein gutes Handeln ermöglicht wird, wobei die Tugenden immer in einem zeitlichen und kulturellen Kontext stehen und das größtmögliche Glück erzeugen sollen (Hiemetzberger, 2013).

2.3.4 Verantwortungsethik

Professionelle unterliegen mit ihren hochkomplexen Interventionen am Menschen einem besonderen Handlungs- und Entscheidungsdruck sowie einem deutlichen Wissens- sowie Machtgefälle, was mit einer enormen Verantwortung verknüpft ist (Helsper, 2016), diese Asymmetrie nicht zu missbrauchen. Auch Stichweh (1994) weist auf eine ethische Verantwortung hin, wenn er die wissenschaftliche Ausbildung mit der Systematisierung von Handlungserfahrungen hervorhebt, die vor allem in einem therapeutischen Setting besteht. Der Begriff der Verantwortung lässt sich in einer ethischen Perspektive als ein mehrstufiges Phänomen begreifen (Höffe, 2008). Die Primärverantwortung wird direkt durch eine Person übernommen und unterteilt sich in eine spezifische Aufgabenverantwortung, die sich durch Rollen, Funktionen und Ämter auszeichnet, sowie eine Handlungsverantwortung, die eine Zuständigkeit für die Folgen des eigenen Tuns und Lassens beinhaltet. Bei dem Moment der Sekundärverantwortung kann die Person zur Rechenschaft gezogen werden, wenn es zu einem Verdacht auf eine oder einem Vorwurf einer Verletzung von Zuständigkeiten gekommen ist. Die dritte Ebene wird als Tertiärverantwortung bezeichnet und nimmt das Subjekt in Haftung, wenn es tatsächlich zu einer Verletzung von Zuständigkeiten gekommen ist.

Rechenschafts-, Aufgaben- und Handlungsverantwortung stehen in einer Beziehung, in der Personen für Aufgaben zuständig sind, die sie vor einer Instanz entlang bestimmter Kriterien verantworten. Durch die Formulierungen „Wer?“, „Wofür?“ und „Wem gegenüber?“ trägt die Verantwortung systematisch zur Aufklärung der Frage nach den moralischen Akteuren und deren moralischen Rechten und Pflichten bei, die damit in Verbindung stehen (Neuhäuser, 2011). Die erste Frage lässt sich dahingehend beantworten, dass in bestimmten Situationen nur Akteure verantwortungsfähig sein können, die über Willensfreiheit verfügen, handlungsfähig sind und einen moralischen Standpunkt einzunehmen in der Lage sind, wobei die Verantwortung freiwillig übernommen, automatisch zufallen oder zugewiesen werden kann. Wofür jemand verantwortlich ist, lässt sich einmal durch die Konsequenz der eigenen Handlung erklären, was als eine haftende Verantwortung definiert wird, oder durch die sorgende Verantwortung, die dann zum Tragen kommt, wenn die Konsequenzen von Handlungen anderer Personen abgemildert werden sollen. Die Frage, für wen Verantwortung übernommen wird, kann auf zweierlei Weise beantwortet werden: entweder für eine Person oder Gruppe oder für bestimmte Wertmaßstäbe.

In Form der Verantwortungsethik im Speziellen bedeutet dies, dass es nach eigenen moralischen Maßstäben zu einer Verantwortungsübernahme für Mitmenschen, Umwelt und sich selber kommt und der naturwüchsige Egoismus des Menschen überwunden wird (Höffe, 2008). Geprägt wurde dieser Begriff durch Max Weber (1992) in seiner Schrift „Politik als Beruf“. Er bedeutet, dass der Mensch für das Ergebnis sowie die Mittel seiner Handlungen einstehen soll und „für die (voraussehbaren) Folgen seines Handelns aufzukommen hat“ (Weber, 1992, S. 70 f). In dieser Ethik wird explizit mit menschlicher Verfehlung gerechnet, indem die „durchschnittlichen Defekte der Menschen“ (Weber, 1992, S. 71) vorausgesetzt, sowie keine Güte und Vollkommenheit erwartet werden dürfen. Der Verantwortungsethiker „fühlt sich nicht in der Lage, die Folgen eigenen Tuns, soweit er sie voraussehen konnte, auf andere abzuwälzen“ (Weber, 1992, S. 71). Er fühlt sich aus freien Stücken für seine Tathandlungen verantwortlich.

Jonas (1979) beschreibt das Thema mit der hervorgehobenen Pflicht, die das Phänomen der Verantwortung für die Zukunft der Menschen und Umwelt mit sich bringt. Durch Wissen und Macht eröffnen sich neue Möglichkeiten, Dinge in entfernter Zukunft vorauszusehen und mit Bewusstsein in Entscheidungen einzubeziehen. Während sich bisherige Ethiktheorien konsequent auf die „sittliche Qualität des augenblicklichen Aktes selber“ (Jonas, 1979, S. 8) konzentrieren, nimmt die Verantwortungsethik den Standpunkt der Voraussicht ein und ordnet die Handlungen in ihrer Fernwirkung und deren oftmals gegebene Unumkehrbarkeit moralisch, wodurch sich die Komplexität des zeitlichen und räumlichen Horizontes eröffnet. Das Prinzip der Verantwortung soll durch die Ehrfurcht den

Menschen in seiner Handlungsfreiheit befähigen, die Unversehrtheit von Personen und Umwelt durch unbedachte Machtübergriffe zu bewahren.

Dem in den vorherigen Kapiteln angesprochene Ungleichgewicht von Wissen und Macht in der Physiotherapeut-Patient-Beziehung folgt eine unausweichliche Pflicht des Therapeuten, seine moralischen Handlungen ethisch zu reflektieren und die langfristigen Konsequenzen seines Tuns in Bezug auf den Patienten, die Berufsgruppe, die Gesellschaft und sich selbst zu berücksichtigen:

> „Die Kluft zwischen Kraft des Vorherwissens und Macht des Tuns erzeugt ein neues ethisches Problem. Anerkennung der Ungewissheit wird dann die Kehrseite der Pflicht des Wissens und damit ein Teil der Ethik, welche die immer nötiger werdende Selbstbeaufsichtigung unserer übermäßigen Macht unterrichten muß.“ (Jonas, 1979, S. 28).

Jonas (ebd.) merkt an, dass der kategorische Imperativ nach Kant nicht genügend den zeitlichen Horizont erfasst sowie nur auf den Augenblick und eine Person schließt, während sich sein neuer Imperativ mehr an öffentliche Institutionen richtet und die Wirkung menschlicher Aktivitäten in der Zukunft einschließt. Aus dem Grund einer unabgeschlossenen Dimension einer berechenbaren Zukunft der Verantwortung formuliert er: „Schließe in deine gegenwärtige Wahl die zukünftige Integrität des Menschen als Mit-Gegenstand deines Wollens ein“ (Jonas, 1979, S. 36). Durch diesen Imperativ inkludiert Jonas eine vorausdenkende Vorstellung auf zukünftige Ergebnisse als einleitende Pflicht in diese Zukunftsethik. Des Weiteren formuliert er aus Gründen der Wahrscheinlichkeitsverhältnisse von glücklichen und unglücklichen Ausgängen und teilweise irreversiblen Ausgängen, „daß der *Unheilsprophezeiung mehr Gehör zu geben ist als der Heilsprophezeiung“* (Jonas, 1979, S. 70).

Apel (1990) erweitert und spezifiziert die vorangegangenen Gedanken in seiner Ethik mit der Wahrung der menschlichen Integrität und dem Ziel einer Optimierung der sozialen und kulturellen Lebensbedingungen der Gesellschaft. Mit dem Begriff der primordialen Mitverantwortung zielt er auf einen reflexiven Verantwortungstypus von nicht spezifizierten Personen, die vorerst keine Verantwortlichkeit tragen, jedoch bei moralischen Problemen in eine Rollenverantwortlichkeit schlüpfen.

2.3.5 Berufsethik und Berufskodizes

Die Berufsethik markiert jenen Teilbereich normativer Leitvorstellungen, der sich mit den Pflichten befasst, die mit den speziellen Aufgaben, Rechten und Tätigkeiten eines Berufes verbunden sind (Höffe, 2008). Zusätzlich bedeutet es, dass die beruflich handelnde Person sittlich lebt und sich diese Einstellung positiv auf die Gesellschaft und die Berufsgruppe auswirkt (Höffe, 2008).

Durch Luther (1483–1546) und Calvin (1509–1564) gewann der weltliche Beruf an Bedeutung, da der gottberufene Platz als Gottesdienst gedeutet und als eine äußere Bekundung einer inneren Wahl durch Gott angesehen wurde, die das ewige Heil versprach (Höffe, 2008). Erst durch die Aufklärung konnten eine Entmystifizierung und eine Säkularisierung stattfinden sowie die Beruflichkeit als eine Möglichkeit angesehen werden, die der persönlichen Selbstentfaltung diente und die Idee einer Berufsethik beinhaltete (Baum, 1996). Nach dieser Epoche entwickelte sich ein Existenzkampf innerhalb der leistungsorientierten Gesellschaft, was zur Folge hatte, dass die Ethik zunehmend vom Arbeitsmarkt verdrängt wurde und die klassische Berufung einem erbarmungslosen, kapitalorientierten Konkurrenzkampf wich. Dennoch lebt die Idee des beruflichen Ethos vor allem in den helfenden Berufen weiter.

Diese Ethik findet man in einer übersichtlichen Form von Leitsätzen in einem Berufskodex wieder und verpflichtet so die Berufsangehörigen, sich daran zu halten. Durch die moralische Entwicklung formt sich das jeweilige Werteverständnis und spiegelt sich in der sittlichen Anwendung wider. Diese wertegeleiteten Handlungen lassen sich grundsätzlich einer heteronomen und einer autonomen Position zuordnen (Baum, 1996; Piaget, 1973). Die heteronome Einstellung begreift das, was als moralisch gut oder schlecht verstanden wird, entbehrt jedoch einer vertieften und eigenständigen ethischen Reflexion. Diese fehlende unabhängige Urteilsfähigkeit an den bestehenden Moralvorstellungen wird durch den Kulturkreis, Institutionen, Vorgesetzte oder durch die explizite Form eines ethischen Berufskodex ausformuliert. Sind die erklärten Leitgedanken in einem Kodex allgemein gehalten, fordert dies ein intensiveres Nachdenken der handelnden Person, um in einem Dilemma die bestmögliche Entscheidung treffen zu können. Je fallspezifischer und detailreicher solch ein Kodex ist, desto größer ist die Gefahr, dass er zu einem unreflektierten Gehorsam führt (Baum, 1996). Die autonome Vorstellung von moralischem Handeln ist im Gegensatz dazu erst dann gegeben, wenn sich das Subjekt in seinem Urteil von einer selbstständigen kritischen und vernünftigen Reflexion leiten lässt.

> „Gerade in Berufen, die es unweigerlich mit Entscheidungen zu tun haben, die das Wohl und das Wehe anderer Menschen unmittelbar betreffen, ist die Stufe eines unreflektierten Vorverständnisses von dem, was als ethisch richtig gelten soll, zu überwinden. Der Erwerb ethischen Wissens, d. h. kritisch reflektierter Moral ist eine implizite Forderung von Professionalität.“ (Baum, 1996, S. 24).

Mit einer Berufsethik soll eine optimale Kooperation aller beteiligten Personen geregelt werden, die in einem wechselseitigen Verhältnis aneinander gebunden sind und auf fallspezifische sowie ethische Fragen eine Antwort geben können (Hack, 2004; Lob-Hüdepohl, 2007, zit. n. Scheel, 2013, S. 21).

Diese ethische Perspektive, die in einen solchen Kodex integriert wurde, muss auch von den Studierenden und Berufsinhabern internalisiert und verwirklicht werden, um professionelle Standards zu erreichen und in der Gesellschaft den geforderten Bedeutungsanspruch zu erhalten. Die gelebte Ethik gilt als wesentlicher Baustein eines Qualitätsmanagements in einer medizinischen Einrichtung (Küng, 2004, zit. n. Strassnitzky, 2009, S. 28). Berufskodizes gelten als „Rückgrat" (Gabard & Martin, 2011, S. 8; Übers. d. Verf.) einer Profession und bieten eine Hilfestellung, wie sich die Berufsinhaber verhalten sollen, um problematische Situationen im Berufsalltag zu meistern. Vor allem im Rahmen gezielter Bildungsmaßnahmen wird solchen Kodizes eine wesentliche Bedeutung beigemessen. Des Weiteren manifestiert sich mit einem ethischen Berufsleitfaden ein allgemeiner Konsens, der es in diesem Fall den Physiotherapeuten ermöglicht, kooperativ und fair zu konkurrieren, was eine Kompromissbereitschaft bedeutet, um Eigeninteresse und Wettbewerbsfähigkeit unter den Berufskollegen auszubalancieren. Als dritter Aspekt kann eine externe Argumentation für ein berufliches Handeln hinzugezogen werden, um die eigene Arbeit vor den Auftraggebern zu rechtfertigen. Eine weitere Bedeutung kommt dem allgemeinen Wertekonsens aller Berufsinhaber zu. Ein Kodex vertritt die offizielle Stellungnahme einer ganzen Berufsgruppe, die trotz ihrer unterschiedlichen moralischen Entitäten der Berufsangehörigen sich dem Wohl der Allgemeinheit verpflichtet und diesem praktisch nachgeht. In diesem Zusammenhang fördert ein ethischer Verhaltenskodex das Vertrauen der Gesellschaft in die Berufsgruppe und zeugt von einer Art verbindlichen Gesellschaftsvertrages zwischen den Berufsinhabern und der Öffentlichkeit, der in ein offenes Verständnis von Berufsqualität und Berufsstandards mündet, was als Professionalisierungschance gedeutet werden darf (Tiefel, 2016). Die folgende Aussage betont die Bedeutung eines ethischen Standards vor allem für Professionen:

> „Die handlungsleitenden ethischen Standards sollen helfen, die unvermeidlichen beruflichen Pflichtenkonflikte (Pflichten gegenüber dem Klienten, dem Berufsstand, dem Anstellungsträger, der Gesellschaft bzw. der Öffentlichkeit) zu benennen oder moralisch relevante Konfliktfälle in Situationen der Entscheidungsunsicherheit zu identifizieren. Ein Ethikkodex macht solche Konfliktfälle und Pflichtenkonflikte öffentlich, das Handeln im Rahmen der Profession durchsichtig und durch das Bekenntnis der professionell Handelnden zu allgemein akzeptierten ethischen Standards im Letzten für Außenstehende berechenbar" (Wildfeuer, 2009, zit. n. Motzke, 2014, S. 63).

Der folgende physiotherapeutische Verhaltenskodex der WCPT beinhaltet acht Prinzipien, um die Anwendung zu skizzieren, die Umsetzung in der Berufspraxis zu fördern, eine praktische Rückversicherung zu bieten, ihn zu verbreiten und zu befördern sowie bei schweren Vergehen auch notfalls auf Sanktionen zurückzugreifen (Scherfer et al., 2017, S. 16 ff):

- *Ethisches Prinzip Nr. 1*: Physiotherapeut*innen respektieren die Rechte und die Würde aller Individuen. Jede*r, der/die physiotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen möchte, hat ungeachtet von Alter, Geschlecht, Nationalität, Religion, ethnischer Herkunft, Glaube, Hautfarbe, sexueller Orientierung, Behinderung, Gesundheitszustand oder politischer Orientierung das Recht, physiotherapeutische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Dabei sollen Physiotherapeut*innen sicherstellen, dass Patient*innen das Recht auf hohe Qualität physiotherapeutischer Leistungen haben. Zudem unterliegt der/die Physiotherapeut*in der Schweigepflicht.
- *Ethisches Prinzip Nr. 2*: Physiotherapeut*innen achten die Gesetze und Bestimmungen, welche die Berufsausübung der Physiotherapie in dem jeweiligen Land regelt. Physiotherapeut*innen kennen alle wichtigen Gesetze und Regulierungen, die ihrer Ausübung zugrunde liegen.
- *Ethisches Prinzip Nr. 3:* Physiotherapeut*innen übernehmen die Verantwortung für die Formulierung der jeweiligen Therapieziele und deren therapeutische Realisierung. Physiotherapeut*innen sind professionelle Dienstleister, die autonom und unabhängig praktizieren. Der Clinical-Reasoning-Prozess muss gewissenhaft durchgeführt werden, und bei einer unklaren Diagnose ist der/die Patient*in zu informieren und darin zu unterstützen, andere Professionelle hinzuzuziehen.
- *Ethisches Prinzip Nr. 4:* Physiotherapeut*innen bieten ihre Dienstleistungen auf einer ehrlichen, verantwortungsvollen und professionellen Grundlage an. Sie verpflichten sich zu einer ständigen professionellen Handlungsweise und einer kontinuierlichen Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten. Dazu sollen alle wichtigen therapiezentrierten Informationen nachvollziehbar dokumentiert werden. Diese ethischen Prinzipien haben gegenüber anderen Geschäftsmethoden Priorität und können bei einem Konflikt die Unterstützung des nationalen Physiotherapieverbandes einfordern.
- *Ethisches Prinzip Nr. 5:* Physiotherapeut*innen zeichnen sich durch eine qualitativ hochwertige Dienstleistung aus. Sie sollen sich bewusst den neuesten und anerkanntesten professionellen Praxisstandards verpflichten und kontinuierlich an der Weiterentwicklung von Basiswissen teilhaben sowie die Integration der bestverfügbaren Evidenz der therapeutischen Berufspraxis fördern. Sie sollen sich auch an der Forschung beteiligen und eine hochwertige Edukation unterstützen. Arbeitgeber*innen sollen sicherstellen, dass die Angestellten angemessen für die auszuführende Tätigkeit qualifiziert sind.
- *Ethisches Prinzip Nr. 6:* Physiotherapeut*innen haben das Recht auf eine faire, gerechte und ihrer Ausbildung entsprechende Vergütung. Sie sollen zudem an den vorherrschenden Marktbedingungen mitwirken und sicherstellen, dass der Gebührenwert auch ihrer Leistung entspricht und der Einfluss nicht für den persönlichen Gewinn genutzt werden soll.

- *Ethisches Prinzip Nr. 7:* Physiotherapeut*innen stellen den Patienten sowie Institutionen und Gesellschaft präzise und sorgfältige Informationen über ihre Arbeit bereit. Es sollen öffentliche Bildungs- und Aufklärungsprogramme zum Zweck der gesellschaftlichen Wahrnehmung initiiert werden, um die Individuen zu befähigen, eine Entscheidung über die Inanspruchnahme dieser professionellen Dienstleistung zu treffen.
- *Ethisches Prinzip Nr. 8:* Physiotherapeut*innen unterstützen die Planung und Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen, um die Gesundheitsbedarfe der Gesellschaft zu decken, und verpflichten sich dazu, die allgemeine Gesundheitsversorgung zu optimieren.

Trotz der allgemeinen Auslegung des Kodex sind Themengebiete wie Patientenwohl und Patientenrechte, professionsbezogene Fragestellungen sowie ökonomische und geschäftsbedingte Erkenntnisse vorhanden, die als ethische Schwerpunkte beschrieben werden (Triezenberg, 1996). Scheel (2013) erklärt, dass dieser nicht direkt reale Handlungen am Patienten widerspiegelt, kaum Hilfestellung in der Praxis bietet und eher wie eine Berufsordnung anmutet. Durch die zu geringe Berufsautonomie und professionelle Ausrichtung fällt es schwer, Prinzipien wie die Planung und Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen zu forcieren, da die curricularen Vorgaben darauf bislang nicht ausgerichtet sind. Auch werden die „beste“ Evidenz und die „beste“ Behandlungsqualität eingefordert, was die bisherige Berufsfachschulausbildung nur rudimentär erfüllen kann. Trotz dieser berechtigten Kritik ist es den Berufsinhabern möglich, dass sie mit dem „gesunden Menschenverstand“ (Baum, 1996, S. 23) den Berufskodex deuten und interpretieren können, ohne ein vertieftes moralphilosophisches Wissen aufzuweisen. Einen großen Schritt in Richtung eines eigenen nationalen physiotherapeutischen Ethikkodex konnte Jurgons (2010) leisten, indem sie mittels des Delphi-Verfahrens Leitpunkte herausarbeitete, den Weg für eine Weiterentwicklung ebnete und für diesen Bereich Enthusiasmus einforderte.

Eine konkrete Ausformulierung eines nationalen Verhaltenskodex gelang Scheel (2013), als ihr der Versuch glückte, das Menschenbild des „Homo movens“ zu erstellen, dessen Gesamtschau Körper und Leib, Natur und Kultur, Gesundheit und Krankheit sowie Ästhetik und Ethik berücksichtigt und sich von der Bewegungsarmut abgrenzt. Erst hierdurch konnte es gelingen, die Komplementärrolle des Patienten bewusst zu reflektieren und diese abzugrenzen, was als ein wesentlicher Teil der Rollendifferenzierung und Inklusion in einem Funktionssystem gesehen wird (Stichweh, 1992). Auf dieser anthropologischen Grundlage führte sie eine „physiotherapeutische Ethik der Co-Existenz“ (Scheel, 2013, S. 210) zusammen, die keinesfalls eine endgültige Ausformulierung für sich beansprucht, sondern als erster Entwurf für weitere Diskussionen gelten soll. Der wissenschaftsorientierte und regelgeleitete Kern dieser Ethik beschreibt vier Grundpfeiler, die als Prinzipien der *Freiheit*,

Verantwortung, *Mündigkeit* und *Mäßigung* ausformuliert werden. Das Prinzip der Freiheit erklärt die Selbstbestimmtheit der Physiotherapeuten und äußert sich in der moralischen Fähigkeit, Entscheidungen und Handlungen mit einem Maß an Selbstverständnis zu formulieren, das sie auch dem Gegenüber zugestehen. Das Prinzip der Verantwortung äußert sich in der Rechenschaft gegenüber sich selbst, gegenüber dem Anderen sowie der Mit- und Umwelt. Die Mündigkeit konkretisiert, dass die Physiotherapeuten ihre Handlung auf das Ziel der Selbstständigkeit der Patienten ausrichten und als Partner diesen Genesungsprozess begleiten und fördern. Das Prinzip der Mäßigung veranschaulicht die Mitte und das Maß der Bewegungsfähigkeit des Patienten, die eine Über- und Unterforderung der therapeutischen Intervention vermeiden soll. Diesen Prinzipien kommt eine Schlüsselrolle in dieser Bereichsethik zu; sie sollen ein professionelles physiotherapeutisches Handeln regeln. Die Verdichtung der genannten ethischen Ausführungen von Scheel (2013, S. 215 f.) spiegelt sich in einem Ethikkodex wider:

- „Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wählen, wenn Handlungsoptionen bestehen, die Maßnahme aus, die den Patientinnen und Patienten am wenigsten schadet, auch unter emotionalen Gesichtspunkten.
- Falls Schaden unvermeidbar ist, wählen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten die Maßnahme aus, die den kurzfristigsten Schaden verursacht.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gehen sowohl achtsam mit sich selbst als auch mit ihren Patientinnen und Patienten um.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten geben ihren Patientinnen und Patienten alle Informationen, die für die Genesung oder die Verbesserung ihres Gesundheitszustands notwendig erscheinen.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten beziehen ihre Patientinnen und Patienten so weit wie möglich in Entscheidungen ein.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten fördern die Selbstbestimmung und die Selbstbestimmtheit sowie die Eigenverantwortlichkeit ihrer Patientinnen und Patienten.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten berücksichtigen möglichst auch die Interessen der Angehörigen.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten schützen ihren Bewegungs- und Lebensraum und fördern den verantwortlichen Umgang mit der Um- und Mitwelt ihrer Patientinnen und Patienten.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten fordern die Bewegungsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten, ohne zu über- oder unterfordern.

- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wählen, die Maßnahme für ihre Patientinnen und Patienten aus, die am erfolgversprechendsten ist.
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unterstützen eine gesunde Lebensführung ihrer Patientinnen und Patienten und sind darum bemüht, sich selbst gesundheitsbewusst zu verhalten."

Scheel (2013, S. 211) begründet, dass sie mit ihrer „Co-Existenz" zugleich mehrere Moralen zulässt, um einer Eindimensionalität zugunsten einer pluralistischen Auffassung entgegenzuwirken. Eine gezielte moralische Entwicklung der Physiotherapeuten scheint aus dem Grund der berufspolitischen Autonomiebestrebungen als zusätzlich zwingend erforderlich.

2.3.6 Moralische Dilemmata und Lösungsstrategien

Bereits ab dem Jahr 1935 konnte sich in den Vereinigten Staaten eine ethische Identität der Physiotherapeuten entwickeln, was ab 1950 zu einer vertieften Auseinandersetzung mit den Patientenbedürfnissen führte (Purtilo, 2000, zit. n. Swisher, 2002, S. 695). Dort begann anhand der Professionalisierung, in dem auch die Frage der therapeutischen Verantwortung und der Berufsethik aufkamen, eine konsequente Integration von moralischen Konfliktsituationen in das Grundstudium (Clawson, 1994; Guccione, 1980; Magistro, 1989; Triezenberg, 1996).

Viele Experten unterscheiden nicht explizit zwischen ethischen und moralischen Dilemmata und erklären beide als Situationen, in denen mehrere Prinzipien oder unterschiedliche Werte in einen Konflikt geraten, sich gegenüberstehen und jeweils nur ein Prinzip erfüllt werden kann (Doherty & Purtilo, 2016; Gabard & Martin, 2011; Heidbrink, 2008; Höffe, 2008; Lind, 2009). Erschwerend kann eine moralische Handlungsblockade, welche durch das Phänomen des „moral disstress" (Doherty & Purtilo, 2016, S. 62) beschrieben wird, das Subjekt in seiner moralischen Sensitivität hemmen (Nejadsarvari et al., 2015). Dies bedeutet, dass nicht beeinflussbare Umstände von außen eine subjektbezogene Unsicherheit entstehen lassen, ein richtiges moralisches Urteil zu treffen. Hingegen werden ethische Probleme oder Fragestellungen in der Literatur als solche Situationen bewertet, die eine ethische Erwägung in irgendeinem Grad hervorrufen und die bei akzeptierten Normen in Richtig und Falsch eingeteilt werden können sowie professionelle Verhaltensweisen in Bezug auf Fähigkeiten, Fürsorge und Mitgefühl ausdrücken (Nordstrom, 2008).

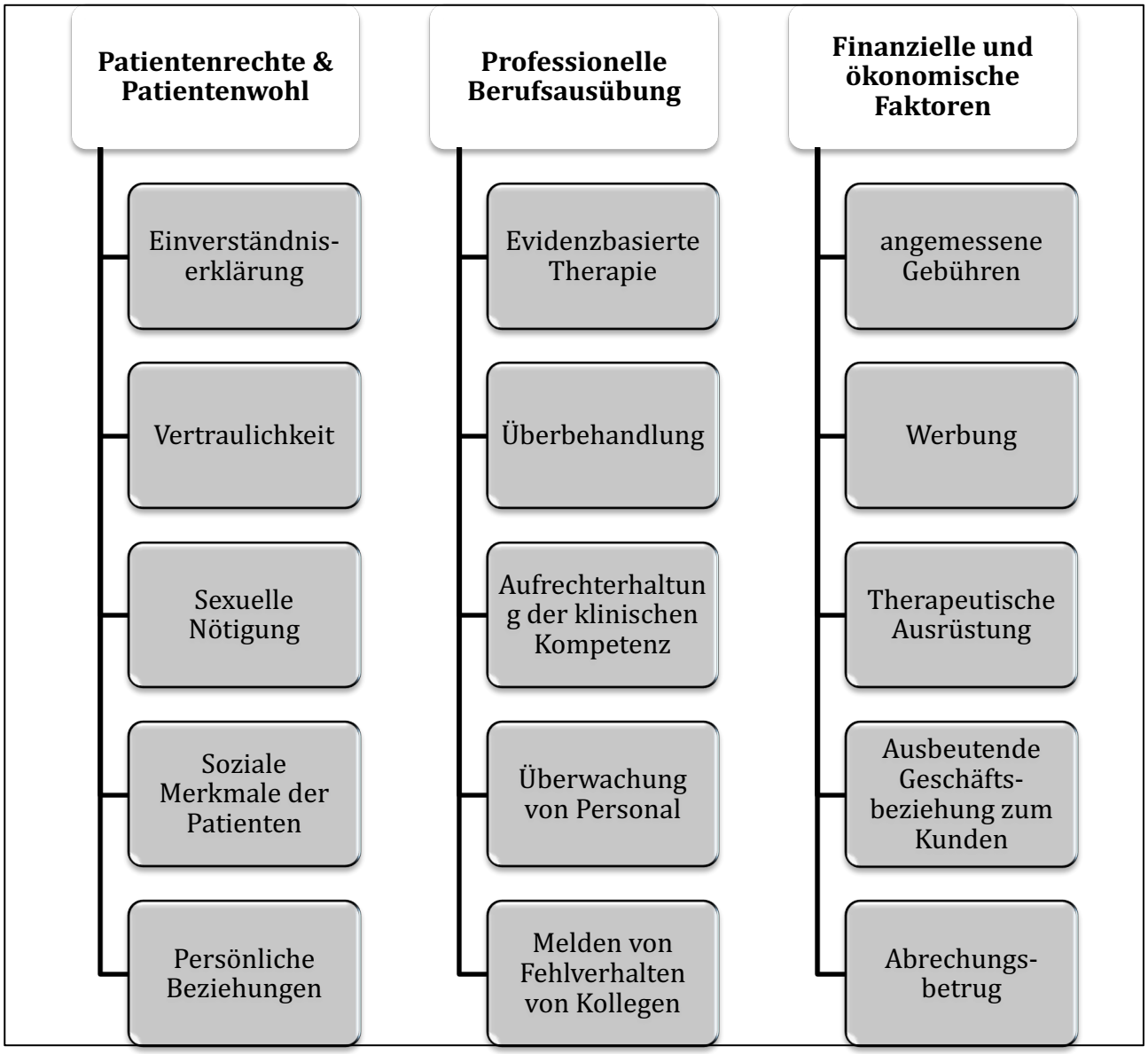
Guccione (1980) erkannte das Problem der fehlenden Integration von ethischen Problemstellungen in den Vereinigten Staaten und fasste typische Dilemmata zusammen, um die Handlungsexpertise von Physiotherapeuten bereits während des Studiums zu stärken. In seiner Untersuchung konnte er mit einer Befragung von 187 Physiotherapeuten gleich mehrere ethische Probleme inventarisieren. Dabei wurden Konflikte dokumentiert, die Entscheidungen über die Therapieauswahl forderten,

wenn die zeitlichen und finanziellen Ressourcen limitiert waren, ob eine Therapie als gerechtfertigt angesehen wurde, was bei einer geringen Patientenadhärenz getan werden soll und wie eine Weiterbehandlung bei unheilbaren Krankheiten gerechtfertigt wird oder wenn eine Symptomverbesserung vermutlich nicht mehr eintreten wird.

Als weiterer Punkt konnte die moralische Verpflichtung der Therapeuten gegenüber den Patienten verdichtet werden. Hierbei kamen oft Fragen auf, was zu tun sei, wenn die Ziele des Patienten mit denen der Familie kollidieren oder wie eine Aufklärung über die Therapiegrenzen überzeugend vermittelt werden kann, eine Verantwortungsübernahme für die eigene Weiterentwicklung sowie die Implementation von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, um die Versorgungsqualität zu gewährleisten, und wie mit Symptomverschlechterungen umgegangen werden soll. Die nächste wichtige Kategorie betrifft die wirtschaftlichen Interessen des Therapeuten. Hier wird auf eine Entscheidung aufmerksam gemacht, private Leistungen intensiver zu umwerben und wirtschaftliche Therapieformen zu fokussieren, um den Umsatz zu stärken. Als ein weiteres Problem konnte die Beziehung zu anderen Gesundheitsfachberufen identifiziert werden, wie mit fragwürdigen Therapieverfahren von Therapeuten, Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern umzugehen ist und ob diese zu melden sind oder der Patient darüber informiert werden sollte. Mit dieser Studie wurde das allgemeine Interesse einer ethischen Auseinandersetzung in der Ausbildung, der Wissenschaft und in der Praxis gefördert und Ideen für eine Weiterentwicklung eines Ethikkodex der American Physical Therapy Association intendiert (Guccione, 1980).

Durch diesen Prozess konnten neue Tätigkeitsfelder eröffnet werden und die Expansion der Berufsautonomie fortschreiten, was im Gegenzug weitere ethische Fragen aufwarf (Triezenberg, 1996). Aus diesem Grund führte Triezenberg (ebd.) ebenfalls eine Studie durch, um weiterhin ein professionelles Handeln sicherzustellen und eine Diskussion von moralischen Dilemmata fortzuführen. Dabei wurden drei Hauptkategorien identifiziert, die jeweils in Unterpunkte gegliedert werden konnten (Abb. 9). Darin werden die Patientenrechte bzw. das Patientenwohl, eine professionelle Berufsausübung sowie finanzielle Faktoren als wichtige Bezugspunkte abgegrenzt. Auch zukünftige Fragestellungen konnten identifiziert werden, um ein professionelles Verhalten der Physiotherapeuten auch in den nächsten zehn Jahren sicherzustellen. Hierbei handelt es sich um zukünftige Gesundheitsrisiken und deren spezifische Handlungsmodalitäten, unterschiedliche Beschäftigungsmöglichkeiten, Sanktionierung von therapeutischem Fehlverhalten bei der Anwendung von unwissenschaftlichen Behandlungstechniken und sexuellen Übergriffen sowie eine transparente Werbung gegenüber Patienten und Gesundheitsdienstleistern.

Abbildung 9: Kategorien von moralischen Dilemmata mit deren Unterpunkten (modifiziert nach Triezenberg, 1996)



Barnitt (1998) sammelte in Großbritannien durch Befragung von 179 Physiotherapeuten weitere ethische Themengebiete, die im praktischen Handlungsvollzug vorkommen. Dabei kristallisierten sich eine ungerechte Verteilung von Therapiemaßnahmen, der Umgang mit unprofessionellen und inkompetenten Mitarbeitern und die nicht wahrheitsgemäße Wiedergabe von therapiebezogenen Sachverhalten als Schwerpunkte heraus.

Eine weitere Untersuchung wurde mittels eines Experteninterviews mit acht Physiotherapeuten und acht Ergotherapeuten durchgeführt, die eine mindestens fünfjährige praktische Erfahrung aufwiesen (Barnitt & Partridge, 1997). Es wurden moralische Dilemmata erfragt, mit denen sich die Therapeuten in den letzten sechs Monaten konfrontiert sahen. Als Antwort wurden die Therapieverweigerung

des Patienten aufgrund einer Infragestellung der Professionalität, Meinungsverschiedenheiten zwischen den Patienten und den Physiotherapeuten sowie die Anwendung von Behandlungsmethoden, die eher schaden, angegeben.

Ein Instrumentarium für die Auflösung von ethischen Fragestellungen oder Dilemmasituationen (ethical decision making) bietet das *active engagement model* (Delany et al., 2010), welches aus den Komponenten des „aktiven Zuhörens", „reflektierten Denkens" und der „kritischen Schlussfolgerung" besteht (Delany et al., 2010, S. 1071, Übers. d. Verf.). Das aktive Zuhören fordert den Physiotherapeuten auf, eine Beziehung mit dem Patienten aufzunehmen und dessen Situation, Überzeugungen, Normen und Werte, Ziele und Ressourcen zu erkennen. Es geht hierbei um das Gewahrsein von ethisch wichtigen Situationen, die durch Zwischenfragen herausgefiltert werden. Im Schritt des reflektierten Denkens geht es um die klinische und ethische Identität des Physiotherapeuten selbst, welches die zuvor eingeholten Informationen mit den eigenen kulturellen, politischen, sozialen und ideologischen Präferenzen abgleicht und in seinen Gedanken in einen Kontext fügt. Diese angewandte Reflexivität bedeutet eine gesteigerte Aufmerksamkeit für die emotionalen Reaktionen und Handlungen eines Patienten in bestimmten Situationen. Die kritische Schlussfolgerung wird auch als Schlüsseldimension des clinical reasoning angesehen, das in vier Merkmale unterteilt wird, und zwar in das kritische Reflektieren und Interpretieren klinisch relevanter Situationen, das Verstehen von Kontexten mit den bestehenden Werten und Normen, den verbindlichen und konstruktiven Dialog zwischen den Partnern und das reflexive Verständnis von vergangenen Erfahrungen, gegenwärtigen Situationen und die sich daraus ergebenden zukünftigen Handlungen (Christensen et al., 2008, zit. n. Delany, 2010, S. 1073). Wenn eine ethische Auseinandersetzung bevorsteht, kann in diesem Fall ein kritischer Abgleich mit dem bestehenden Ethikkodex oder den physiotherapeutischen Prinzipien wie Freiheit, Verantwortung, Mündigkeit und Mäßigung abgeglichen sowie normative Theorien für jegliche ethische Fälle genutzt werden (Scheel, 2013; Sim, 2004).

Ein weiteres Werkzeug für die ethische Abwägung von Dilemmata und kritischen Fragen kann mit dem *Realm-Individual-Process-Situation* (RIPS)-Modell durchgeführt werden (Swisher et al., 2005), das eine ethische Entscheidungsfindung in vier Zwischenschritte unterteilt. Zu Beginn stehen die Untersuchung der kritischen Situation durch das Sammeln von Fakten, die fallspezifische Analyse der wichtigen Zusammenhänge und die Einteilung der Zuständigkeitsbereiche (Tab. 4). Dazu gehören individuelle, organisatorische und gesellschaftliche Bereiche (Glaser, 1994, zit. n. Swisher et al., 2005, S. 4).

Tabelle 4: Komponenten des RIPS-Modells (Swisher et al., 2005, S. 4, Übers. d. Verf.)

Zuständigkeitsbereich	Individueller Prozess	Situation
Individuum Organisation Gesellschaft	Moralische Sensitivität Moralisches Urteil Moralische Motivation Moralische Umsetzung	Fragestellung Dilemma Moral Disstress Versuchungen Passives Verhalten

Des Weiteren kann dem ersten Schritt des Erkennens solcher Situationen noch ein individuelles Moment der moralischen Kompetenz zugeschrieben werden, die sich in moralischer Sensibilität, Urteilsvermögen, Motivation und Umsetzung niederschlägt und je nach Situation Anwendung findet (Rest, 1994). Im nächsten Zwischenschritt werden die gesammelten Informationen der spezifischen Situation reflektiert und wieder mit den gesetzlichen Gegebenheiten, dem geltenden Ethikkodex und mit persönlichen Normen abgeglichen, mögliche Handlungsergebnisse durchgespielt sowie eine Einteilung in Richtig und Falsch vorgenommen. Hier entstehen Fragen wie: Welche relevanten Faktoren habe ich zusammengetragen? Welche Personen sind involviert? Welche Konsequenzen haben meine Handlungen? An welchen Ethikkodex soll ich mich halten? Ist meine Handlung gesetzeskonform? Wie fühle ich mich bei den möglichen Ergebnissen? Wie würde ich reagieren, wenn meine Handlung auf dem Titelblatt einer Zeitung stehen würde? Wie würde ich handeln, wenn es um meine Eltern gehen würde? (Kidder, 1995, zit. n. Swisher et al., 2005, S. 5). Im Anschluss folgt die Entscheidung, das richtige Handeln aus den richtigen Gründen abzuleiten. Hierbei kommt dem Ethikkodex eine wesentliche Bedeutung zu, indem er reflektiert und nach ihm gehandelt wird. Wenn diese Vorgehensweise nur begrenzt Aufschluss über die Situation geben kann, rücken die normativen Ethiktheorien mit ihren Stärken und Schwächen in den Fokus, auf die es sich zu berufen gilt. Der letzte entscheidende Punkt erklärt das selbstbewusste Handeln mit den anschließenden Prozessen der Evaluation und persönlichen Reflexion (Swisher et al., 2005).

Das im deutschsprachigen Raum wohl bekannteste Modell für die Gewinnung eines ethischen Urteils bei einem bestehenden Dilemma ist das Vorgehen nach Heinz E. Tödt (1988). Gerade in der Erwachsenenbildung scheint dies ein sinnstiftender Ausgangspunkt zu sein, um auf der Basis persönlicher Zugänge eine alltagstheoretische Entscheidung für eine praktische Umsetzung zu konkretisieren (Bergold, 2007). Dabei schlägt Tödt (ebd.) folgende sechs Sachmomente vor:

- Schritt 1: Wahrnehmung und Bestimmung eines Problems als eine ethische Entscheidung oder Herausforderung.

- Schritt 2: Es geht um die Erfassung der individuellen Kontexte einer Problematik für die Situationsanalyse.
- Schritt 3: Durch die Identifikation der unterschiedlichen Verhaltensoptionen können diese objektiv beurteilt werden.
- Schritt 4: Es werden Normen, Güter und Perspektiven geprüft und eine Abwägung der ethisch-moralischen Überzeugungen vorgenommen.
- Schritt 5: Hier kommt es zu einer Verknüpfung von ethisch-kommunikativen Verbindlichkeiten, damit möglichst viele Menschen die getroffene Entscheidung mittragen oder mindestens akzeptieren.
- Schritt 6: Bei der Urteilsfindung wird aus den vorherigen Schritten ein Fazit gezogen, in das kognitive Einsicht und ein endgültiger Entschluss einfließen. Der Urteilende soll sich zu einem Handeln verpflichten, das seiner Identität und Integrität entspricht und er persönlich vertreten kann.

2.3.7 Bisherige Überlegungen zum Ethikunterricht

Da in Deutschland in Bezug auf einen Ethikunterricht im Rahmen der physiotherapeutischen Ausbildung kein einheitliches Curriculum besteht, liegt die Verantwortung der thematischen Ausgestaltung bei den einzelnen Ausbildungsinstitutionen. In Nordrhein-Westfalen besteht eine empfehlende Ausbildungsrichtlinie, die „Ethische Herausforderungen für Angehörige des Physiotherapieberufes“ (MAGS NRW, 2005, S. 109) in den Lehrplan integriert hat und Inhalte sowie Ziele erläutert. Diese Inhalte schneiden die physiotherapeutischen Werte und Normen sowie die Begriffe der Ethik und Moral an. Des Weiteren werden den Auszubildenden die Entwicklung und die Bedeutung eines Ethikkodex sowie eine erhöhte Sensibilität für ethische Fragestellungen und Handlungen in Grenzsituationen nähergebracht. Die Zielsetzung, die durch den zehnstündigen Unterricht vermittelt werden soll, lautet:

> „Nach einer auf wesentliche Kernaussagen konzentrierten Einführung in ethische Grundrichtungen und Prinzipien sollen sich die Lernenden mit der Frage auseinandersetzen, ob es einer spezifischen Berufsethik bedarf und wenn ja, durch welche Werte und Normen sie geprägt sein sollte. Anhand selbst ausgewählter ‚ethischer Grenzsituationen‘ sollen sie dann Gelegenheit erhalten, über diese Dilemmata zu diskutieren und dabei ihren eigenen Standpunkt zu überdenken“ (MAGS NRW, 2005, S. 109).

Ein ähnlicher Sachverhalt spiegelt sich auch in den bisherigen Bachelor- und Masterstudiengängen wider (Jurgons, 2008). Die Entwicklung moralischer Handlungskompetenz fordert mehr als eine sichere Akkumulation von theoretischen Kenntnissen, weil auch situativ zu erkennen ist, ob und wann

Maßnahmen indiziert sind. Dabei kann die Dauer der Berufszugehörigkeit nicht als Indiz dafür angesehen werden (Rubin, 2000, zit. n. Schwerdt, 2002, S. 21). Sondern es bedarf einer besonderen Reflexionsfähigkeit, um die eigene *„professionelle Haltung“* in der beruflichen Praxis selbstkritisch zu hinterfragen (Käppeli, 1991; Rubin, 2000, zit. n. Schwerdt, 2002, S. 21). Diese Selbstreflexion gilt es in dem Prozess der Professionalisierung für sich zu beanspruchen, um eine kontinuierliche und autonome Persönlichkeitsentwicklung einzuleiten, moralische Dilemmata zu klären sowie kontextuelle Problemlösungsstrategien zu entwickeln und strategisch anzuwenden, ohne eine doktrinäre Ausrichtung einzuschlagen. Aus diesem Grund wird ein spezifischer Unterricht, der auf einen verantwortungsvollen Umgang mit ethischen Fragestellungen vorbereitet, als eine zentrale Aufgabe des physiotherapeutischen Grundstudiums angesehen (Triezenberg & Davis, 2000; WCPT, 2011a). Als primäre und in das Curriculum aufzunehmende Ziele zählen die Unterstützung moralischer Entwicklung und eines ebensolchen Verhaltens der Physiotherapeuten, eine Integration in ein professionelles Handeln der Berufsgruppe und die Motivation des Studierenden, sich an der berufsethischen Auseinandersetzung zu beteiligen (Triezenberg & Davis, 2000).

Um zu entscheiden, welche moralische Handlung in der jeweiligen Situation als die richtige verifiziert werden kann, welche Prinzipien ihr zugrunde liegen und welche Rolle der Physiotherapeut in diesem Prozess ausübt, bedarf es eines Grundverständnisses normativer Ethiktheorien, um in Problemsituationen Argumentationsweisen zu entwickeln und so speziell auf die Patienten einzugehen (Triezenberg, 1997). Ein besonderer Fokus liegt darauf, dass sich im Studium mit praktischen und relevanten Beispielen auseinandergesetzt wird, da viele Unterrichtsformate von vornherein scheitern und die Studierenden oft die Bedeutung ihrer Anwendung im Alltag nicht begreifen oder diese als zu abstrakt abtun (Triezenberg & Davis, 2000). Diesbezüglich haben Hudon et al. (2016) Dilemma-Diskussionen, Gruppenarbeiten, Präsentationen und Videoaufnahmen mit Feedback erarbeitet. Durch eine solche Intervention soll das Bewusstsein der Physiotherapeuten gestärkt werden, was es wiederum ermöglicht, sich selbst und der persönlichen Entwicklung gegenüber Achtsamkeit walten zu lassen sowie eigene Werte und Normen bewusst in Entscheidungen einzubeziehen (Triezenberg & Davis, 2000).

Durch Fragen wie „Wie bin ich zu dem geworden, was ich jetzt bin?“, „Wie sollte ich sein?“, „Wie sollte ich leben?“, „Was hat am meisten Bedeutung für mich“ und „Wie sieht für mich der ideale Physiotherapeut aus?“ sollen Eigenschaften kultiviert werden, die das eigene Wertefundament hinterfragen, neu konstituieren und das Selbstbewusstsein durch metakognitive Prozesse stärken (Nash, 1987, zit. n. Triezenberg & Davis, 2000, S. 54).

Durch eine spezielle Vermittlung von berufseigenen Prinzipien, Werten und Verhaltensweisen, die durch einen Ethikkodex ergänzt werden, wird eine individuelle Professionalisierung eingeleitet, um ein Berufsethos und ein erweitertes therapeutisches Rollenverständnis herauszubilden. Hinzu kommt, dass sich durch ethische Kompetenzen ein berufsspezifischer Diskurs entwickelt, der zu einer Neuausrichtung der bestehenden Prinzipien, Kodizes und individuellen Problemlösung von Konfliktsituationen beisteuert, was für eine funktionelle Ausdifferenzierung der Physiotherapie einen unschätzbaren Wert darstellt.

Hudon et al. (2016) konnten in ihrer Untersuchung einen Konsens über die Themen eines Ethikunterrichtes für Physiotherapeuten finden. Es konnten grundlegende Wissensinhalte wie das Erkennen von berufsbezogenen ethischen Kontroversen mit deren Problemlösung, moralphilosophische Theorien und die Analyse des geltenden Ethikkodex herausgebildet werden. Hinzu kommen Konfliktsituationen, die aus einem direkten Patientenkontakt entstehen, die professionelles Handeln mit hilfsbedürftigen Menschen skizzieren und determinieren, wie mit Disparitäten im Gesundheitssystem umgegangen werden soll, um möglichst moralisch zu handeln.

In den Vereinigten Staaten konnten schon Ende des vorherigen Jahrhunderts Grundsteine für einen wissenschaftlich fundierten Ethikunterricht ausgestaltet werden, der grundlegende Inhalte, Kategorien und Methoden vereint, die in Tabelle 5 zusammengestellt sind (Triezenberg, 1997). Die moralischen Fähigkeiten, die durch einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht ausgebildet werden, sollen in den folgenden Kapiteln genauer beleuchtet werden, damit unter Berücksichtigung der bisherigen Ausführungen einschließlich der festgestellten Dilemmata des Experteninterviews ein Beispiel für eine curriculare Skizze erarbeitet werden kann.

Tabelle 5: Themen, Kategorien, Methoden und Voraussetzungen für einen physiotherapeutischen Ethikunterricht (modifiziert nach Triezenberg, 1997, S. 18f.)

Kategorien	Themen	Methoden	Voraussetzungen
Moralische Entwicklung und ethische Entscheidungen	Lösen ethischer Fragestellungen Ethische Entscheidungsprozesse Achtung persönlicher Normen	Diskussionen Patientenbeispiele Vorlesungen	Grundlagenwissen Engagement Flexibilität Grundverständnis für das bestehende Problem
Professionelle Verantwortung gegenüber Patienten und Gesellschaft	Ethikkodex Spezifische ethische Fragestellungen Patientenrechte	Selbstreflexion Rollenspiele Beobachtungen	Wortgewandtheit Integrität
Ethische Theorien und Prinzipien	Moralphilosophische Theorien Ethische Prinzipien	Interviews	Physiotherapeutische Kompetenz Enthusiasmus

2.4 Einführung in die Moralpsychologie

Der Begriff der Moral wird vom lateinischen Nomen „mos“, auch als Sitte übersetzt, abgeleitet. Er stellt den konstitutiven, normativen Grundrahmen des menschlichen Daseins dar und drückt sich durch das Verhalten gegenüber Mitmenschen, der Natur und zu sich selbst aus (Höffe, 2008). Des Weiteren erklärt die Moral eine Nutzenanwendung sowie eine Sittenlehre, die auf traditionellen Normen und dem sittlichen Verhalten des Subjektes basiert (Heidbrink, 2008), Handlungsregeln und Wertmaßstäbe formuliert, die sich der Willkür des Einzelnen entziehen, sich in persönlichen Verhaltensweisen äußert sowie institutionelle, wirtschaftliche, soziale, politische und kulturelle Ordnungen auszeichnet, aber auch Unterscheidungen in Kulturkreisen zwischen „fremd“ und „dazugehörig“ begründet (Höffe, 2008, S. 211). Demnach bildet die Moral ein System von Regeln und zeigt sich in ihrer Achtung durch das Individuum (Piaget, 1973).

Die Moral als Einhaltung von sozialen Erwartungen und Normkonformität muss jedoch kritisch betrachtet werden, da dem Individuum jegliche Möglichkeit entzogen wird, zwischen unterschiedlichen Prinzipien autonom zu wählen, was in unterschiedlichen Gesellschaften zu Spannungen führen kann, da in anderen Ländern divergente Normen bestehen (Rest, 1994). Im Gegensatz dazu definiert sich die Moral in einer gesinnungsethischen Perspektive als die „Übereinstimmung des individuellen Verhaltens mit eigenen moralischen Idealen und Prinzipien“ (Lind, 2009, S. 34). Lind (2015) fügt hinzu, dass die Moral unter psychologischen Gesichtspunkten als eine kognitive Fähigkeit aufgefasst werden kann und zudem eine Kluft zwischen der moralischen Gesinnung und dem Handeln aufbricht, was auf eine eigene Definition der Moralkompetenz hindeutet: die „Fähigkeit, Probleme und Konflikte auf der Grundlage universeller Moralprinzipien durch Denken und Diskussion zu lösen, statt durch Gewalt, Betrug und Macht“ (Lind, 2015, S. 39).

Des Weiteren bildet die Moral eine Konsistenz in Bezug auf die individuellen Ideale, was sich in der Fähigkeit äußert, in den jeweiligen Situationen angemessen und differenziert zu urteilen und zu handeln (Lind, 2009). Je komplexer sich ein Wandel in einem Funktionssystem äußert, desto bedeutender ist es, durch Bildung diese Kompetenzen zu entwickeln, um flexible Lösungsstrategien zu etablieren.

Das Ziel moralischer Überlegungen ist es, das Subjekt zu lehren, das Laster von der Tugend zu trennen und es dazu zu bringen, das eine zu meiden und das andere zu verfolgen, wobei die Attribute der Geselligkeit, Güte, Dankbarkeit, Ehrlichkeit, Großzügigkeit, Gutmütigkeit und Wohltätigkeit hervorzuheben sind (Hume, 2003). Weiter gegriffen soll in der Tradition Kants das Subjekt in moralischen Konfliktsituationen ein autonomes Moralsystem integrieren, sich der Unmündigkeit entziehen und den Mut entwickeln, sich seines eigenen Verstandes zu bedienen (Kant, 1999).

Heidbrink (2008) klärt die Moral als die Kernfrage nach dem Richtig oder Falsch bzw. Gut und Böse, welche nicht nur den Philosophen vorbehalten ist, sondern jede einzelne Person im Alltag betrifft. Während sich die Philosophie primär mit dem „Sollen“ der menschlichen Handlung beschäftigt (Marckmann, Bormuth & Wiesing, 2020), setzt sich die Moralpsychologie mit dem moralischen „Sein“ auseinander und begründet, wie und warum Menschen so handeln, wie sie handeln (Heidbrink, 2008). Im Rahmen vorliegender Arbeit wird ebenfalls eine moralpsychologische Perspektive eingenommen, um die individuelle Kompetenz des Handlungssubjektes herauszuheben und durch spezifische Maßnahmen zu bilden sowie der Tradition dieses Themenkomplexes in der Physiotherapie zu folgen (Triezenberg & Davis, 2000; Swisher, 2010; Swisher et al., 2012). Heidbrink (2008) unterscheidet drei verschiedene Perspektiven der Moral: die kognitive, situative und emotionale. Die *kognitive* Perspektive sucht die Ursache des richtigen oder falschen Handelns im Handlungssubjekt, was sich durch das individuelle Verhalten und Bewusstseinsprozesse äußert. Zudem sucht diese

Perspektive den Unterschied im moralischen Denken zwischen den einzelnen Personen und zeigt auf, wie sich diese entwickeln. Dieser Standpunkt der Moralpsychologie soll in den nächsten Kapiteln durch die Darstellung der Moralentwicklung und der unterschiedlichen Stufenmodelle verdeutlicht werden.

Die *situative* Perspektive erklärt sich aus der Gegebenheit, dass nicht jede Handlung vom Subjekt allein gesteuert werden kann, sondern durch besondere Umstände oder Situationen beeinflusst wird. Eines der bekanntesten Beispiele für eine solche Perspektive zeigt das Milgram-Experiment, bei dem 65 % der Teilnehmer, die als „Lehrer" ausgelost wurden, einem Scheinprobanden schmerzhafte oder lebensbedrohliche Stromschläge von bis zu 450 Volt ausgeliefert hätten, da dieser Vorgang explizit von einer Autoritätsperson gefordert wurde (Milgram, 1982, zit. n. Heidbrink, 2008, S. 123). Das Fazit dieses Experimentes wurde eindrucksvoll von Milgram zusammengefasst: „Die Sozialpsychologie unseres Jahrhunderts enthüllt uns nämlich eine wichtige Lehre: Es ist oft nicht so sehr die Wesensart eines Menschen, die seine Handlungsweise bestimmt, wie die Eigenart der Situation, in der er sich befindet" (Milgram, 1982, zit. n. Heidbrink, 2008, S. 124). Milgram deutet diese Situation der individuellen Verantwortungsabgabe und Instrumentalisierung der Handlungsperson zugunsten eines Autoritätssystems als „Agens-Zustand". Dieses Ergebnis von Milgram lässt das von Piaget (1973) entwickelte Konstrukt der Heteronomie und Autonomie von moralischen Entscheidungen besonders fragil aussehen (Heidbrink, 2008).

Die Perspektive des *emotionalen* moralischen Urteils hat an Bedeutung gewonnen, seitdem diverse Untersuchungen bestätigt haben, dass soziales oder antisoziales Verhalten im Frontallappen des Gehirns durch die Menge der grauen Substanz und deren Aktivität mitbestimmt wurde und viele moralische Urteile bereits getroffen werden, bevor diese bewusst reflektiert wurden (Heidbrink, 2008). Hume (zit. n. Heidbrink, 2008) vertritt die Annahme, dass die Menschen nicht nur aufgrund analytischer Überlegungen handeln, sondern dass erst aus der Empfindung ein entsprechendes Handlungsmotiv entsteht, bei dem das stärkste Gefühl in der jeweiligen Situation entscheidet. Dieses Spannungsverhältnis zwischen der kognitiven und der emotionalen Perspektive lässt die Vermutung zu, dass eine Diskrepanz zwischen dem moralischen Urteil und der Handlung entsteht, die dadurch aufgelöst werden kann, dass sich bei einem auftretenden Handlungsfehler die Einsicht automatisch an das Gefühl und das Urteil anpasst (Döring, 2002, zit. n. Heidbrink, 2008, S. 146). Gefühle beschreibt Hastedt (2005, zit. n. Heidbrink, S. 147) als vielfältige Formen des leiblich-seelischen Involviertseins, dass Besonderheiten qualitativ erfahrbar macht und eine hierarchische Bewertung ermöglicht. Auch Hoffman (2000) betont, dass moralische Gefühle mit Prinzipien in Verbindung treten können und dabei ein Gerechtigkeitsgefühl entsteht. Er beschreibt diese von Empathie gestützten moralischen

Prinzipien auf der negativen Seite als Scham, Schuld, Empörung, Ärger oder Verachtung sowie auf der positiven Seite als Empathie oder Mitgefühl, aber auch Stolz, Zufriedenheit und Bewunderung. Durch eine spezifische emotionale Reaktion wie das Gefühl der Betroffenheit, Scham oder Schuld in einer moralischen Situation zeigt sich, dass eine moralische Norm als verbindlich angesehen wird und durch Verantwortungsübernahme im Alltag gestärkt werden kann (Schwartz, 1977; Keller & Reuss, 1984, zit. n. Keller, 2005, S. 156). Außerdem konnte bei Kindern ab sechs Jahren gezeigt werden, dass sie einem Übeltäter, der sich über moralische Regeln hinwegsetzt, ein Schamgefühl zugeschrieben haben, was darauf schließen lässt, dass unter einem moralischen Gesichtspunkt ein Vorverständnis von emotionaler Moral früher beginnt, als es die Befunde durch die Kognitionsforschung zeigen (Heidbrink, 2008).

Als einen weiteren Aspekt der emotionalen Perspektive der Moral werden in diesem Zusammenhang die Spiegelneuronen genannt, die anscheinend wichtig bei der Entwicklung von Empathie und sozialen Interaktionen sind (Oberman et al., 2007). Eine Untersuchung konnte darüber hinaus eine Verbindung zwischen einer unzureichenden Funktion des Spiegelneuronen-Systems und autistischen Symptomen erkennen (Oberman & Ramachandran, 2007). Ebenfalls konnte von den deutschen Wissenschaftlern Schulze et al. (2013) belegt werden, dass Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen signifikant weniger graue Substanz in den Hirnarealen aufwiesen, die besonders für Empathie verantwortlich sind.

Bevor in den folgenden Kapiteln die kognitive Perspektive der Moral mit deren Entwicklungsstadien genauer beleuchtet wird, lässt sich die emotionale Perspektive dahingehend resümieren, dass ein angeborener Moralsinn streng genommen nicht nachgewiesen werden konnte, diese Perspektive jedoch erlernt wird, was durch bewusste Reflexion, Konditionierung oder durch das Lernen am Modell erfolgen kann (Heidbrink, 2008; Keller, 2005). Als bestätigt gilt die Tatsache, dass die Evolution den Menschen besser mit einer kooperativen Fähigkeit ausgestattet hat als Menschenaffen. Daraus kann eine moralische Präferenz formuliert werden, die für ein gemeinschaftliches und kooperatives Verhalten ursächlich gilt (Heidbrink, 2008). Heidbrink resümiert, dass auch egoistisches und selbstdienliches Verhalten im Menschen angelegt sei und er deshalb nicht als „gut“ oder „schlecht“ geboren wird, sondern die Möglichkeit besitzt, sich durch Vernunft zwischen beiden Optionen zu entscheiden.

2.4.1 Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit

Im Folgenden wird sich auf die kognitive Perspektive konzentriert und erläutert, welche Ursachen unterschiedliches Denken und Verhalten auf die Moralkompetenz haben. Der von Piaget begründete entwicklungs- bzw. kognitionspsychologische Ansatz löste die dominante Überlegung der

moralischen Sozialisation ab (Rest, 1994; Schillinger, 2006). Er nahm sich das Erkennen von Informationen und deren Verarbeitung zum Ziel und bildet die Grundlage dieser Entwicklungstheorie. Hierbei wird Kognition als Prozess bezeichnet, durch den sensorische Reize aufgenommen, reduziert, verarbeitet, gespeichert, rekapituliert und anschließend genutzt werden (Neisser, 1974, zit. n. Heidbrink, 2008, S. 46).

Begriffe wie Empfindung, Wahrnehmung, Vorstellung, Behalten, Erinnerung, Problemlösung und Denken werden dem Aspekt der Kognition zugeordnet. Aus diesem Prozess heraus versucht das Subjekt kontinuierlich, die Welt zu verstehen und zu ordnen, um sie danach zu handhaben und sich in ihr zurechtzufinden sowie einen „Aufbau der Wirklichkeit“ zu vollziehen (Oser & Althof 2001, S. 42). Piaget (1973) systematisiert die Entwicklung der moralischen Fähigkeit und erstellt im Anschluss eine Klassifizierung der Moral, die er primär in Heteronomie und Autonomie unterteilt. Die kindliche Moral stellt eine egozentrische, subjektive und heteronome Form dar, die sich als eine unilaterale Machtbeziehung zwischen Eltern und Kind manifestiert. Demzufolge handelt es sich um Regeln, die eine absolute Geltung widerspiegeln und befolgt werden müssen. Diese Verbindlichkeit begründet sich durch die elterliche Autorität und wird durch eine Kombination aus Liebe und Furcht des Kindes gegenüber den Eltern gedeutet.

Die Moral des Erwachsenen ist demgegenüber eine autonome Form, die auf Reziprozität und Gleichheit beruht. Bei dieser moralischen Autonomie greift das Subjekt auf den Respekt vor geltenden Regeln, die in einer gemeinschaftlichen Übereinkunft und Erfahrung getroffen wurden, zurück und sieht diese als allgemein verhandelbar an. Dabei wird die Fähigkeit vertieft, eine wechselseitige Perspektivübernahme einzuleiten und eine kollektive Handlung ohne Zwang auszuführen (Keller, 2005). Ein weiterer Vertreter der kognitiven Moralentwicklung war der US-amerikanische Psychologe und Erziehungswissenschaftler Lawrence Kohlberg, der anhand von Dilemma-Situationen genauere und erweiterte Stufen des moralischen Urteils postuliert hat, um, wie Piaget, die menschlichen Denkprozesse und deren rationale Wirklichkeit im Handeln zu systematisieren (Kohlberg, 2014). Seiner Auffassung zufolge wird eine Handlung erst dadurch zu einer moralischen, wenn moralisch begründet und dieser Begründung gefolgt wird. In der moralischen Entwicklung durchläuft der Mensch verschiedenen Stadien in einer bestimmten Reihenfolge. Die Stufen können nicht übersprungen werden und sind meistens durch Irreversibilität gekennzeichnet (Keller, 2001; Kohlberg, 2014; Oser & Althof, 2001; Rest, 1994), wobei es jedoch in seltenen Fällen sowie unter bestimmten Umständen zu einer Stagnation oder gar Umkehrung dieses Prozesses kommen kann (Lind, 2000; Schillinger, 2006). Kohlberg sieht die „Moralentwicklung als eine Entwicklung moralischer Vernunft“ (Keller, 2005, S. 151), wobei die Annahme zugrunde liegt, dass es zu einer Veränderung des Denkens über

Gerechtigkeit kommt. In den Arbeiten von Kohlberg konnten anhand der unterschiedlich differenzierten und reflektierten Begründung der Antworten der Probanden Rückschlüsse gezogen werden, dass moralisches Verhalten direkt mit dem kognitiven Entwicklungsstand zusammenhängt (Kohlberg, 2014; Schillinger, 2006).

Kohlberg und Hersh (1977) unterscheiden sechs Stufen des moralischen Urteils, die drei Hauptebenen zugeteilt werden, und bezeichnen diese als präkonventionelle, konventionelle und postkonventionelle Ebene (Tab. 6).

Tabelle 6: Zusammenfassende Beschreibung der Stufen des moralischen Urteils (Oser & Althof, 2001, S. 54)

Präkonventionelle Ebene	1. Stufe	urteilt nach Gesichtspunkten von Lohn und Strafe und unter dem Aspekt physischer Konsequenzen.
	2. Stufe	urteilt nach dem Schema ›Jedem das Seine‹, ›Wie du mir, so ich dir‹. Es ist eine Austauschansicht, in der Verdienste eine Rolle für Gerechtigkeit spielen.
Konventionelle Ebene	3. Stufe	urteilt nach dem Prinzip der Goldenen Regel: »Was du nicht willst, daß man dir tu, das füg' auch keinem andern zu!« Rücksicht auf die Gruppe und die Gruppenmehrheit.
	4. Stufe	urteilt nach für alle in gleicher Weise gültigen gesellschaftlichen Rechten und Pflichten. Gesetze werden wichtig, weil sie garantieren, daß jeder vor dem Gesetz gleich ist.
Postkonventionelle Ebene	5./6. Stufe	Stufe des Sozialvertrags, des sozialen Nutzens und der individuellen Rechte (»Gerechtigkeit bedeutet, daß Menschen ihre fundamentalen Rechte wahrnehmen können«); Stufe der universalen ethischen Prinzipien; der Gesellschaft vorgeordnete Perspektive bzw. Perspektive eines ›moralischen Standpunkts‹, von dem sich gesellschaftliche Ordnungen herleiten.

Präkonventionelles moralisches Denken ist hauptsächlich bei Kindern bis zum neunten Lebensjahr sowie einigen jugendlichen und erwachsenen Straftätern zu beobachten, während sich die konventionelle Ebene bei den meisten Jugendlichen und Erwachsenen widerspiegelt, die den Erwartungen der jeweiligen Gesellschaftskonventionen entspricht (Kohlberg, 2014). Nur ein geringer Teil der

Erwachsenen dringt in das Stadium der postkonventionellen Ebene vor, die dadurch gekennzeichnet ist, dass das Subjekt die gesellschaftlichen Regeln akzeptiert und unterstützt sowie sein eigenes Verhalten aus allgemeinen moralischen Prinzipien formuliert und anwendet.

Kohlberg versucht, die Bedeutung dieser unterschiedlichen Niveaus zu plausibilisieren, indem er diese Typen anhand der Beziehung zwischen dem Selbst und den gesellschaftlichen Erwartungen beschreibt. Auf der präkonventionellen Ebene liegt ein Selbstbild vor, in dem die sozialen Normen und Erwartungen äußerlich bleiben und sich keine gesellschaftliche Identifikation einprägt, was eine konventionelle Person verinnerlicht, da sich ihr Selbst mit den Regeln anderer und der Autorität identifiziert hat. Die auf postkonventionellem Niveau handelnde Person hat ihr Selbst von den bestehenden Regeln und Normen unabhängig gemacht und agiert auf der Grundlage selbstgewählter Werte und Prinzipien. Jede einzelne Stufe verkörpert einen qualitativ komplexeren Grad an Differenzierung des Denkens, der mit jeder neuen Stufe das moralische Verstehen und Entscheiden von kognitiven Operationen reversibel gestaltet und äquilibriert, was bei diesem Entwicklungsprozess zu einer umfassenden Perspektive der Umwelt und Gesellschaft führt und sich als eine moralische Beurteilung im Sinne einer sozialen Verpflichtung auszeichnet (Oser & Althof, 2001). Stufe 1 des moralischen Urteilens orientiert sich an Gehorsam und Strafe und lehnt sich daran an, dass „gutes“ oder „schlechtes“ Handeln mit einer direkten Bestrafung oder Belohnung von einer Autorität sanktioniert wird (Heidbrink, 2008; Kohlberg, 2014; Oser & Althof, 2001). Heidbrink (2008) zieht hier Parallelen zur Theorie des instrumentellen Lernens, da die wesentlichen Verhaltensweisen durch Belohnung häufiger auftreten und die Auftretenswahrscheinlichkeit durch Bestrafung sinkt. Auf dieser Stufe kommt es zu einer „objektiven Verantwortlichkeit“ (Heidbrink, 2008, S. 75), mit der eine heteronome Moral gekennzeichnet ist, da es nicht auf das gute oder schlechte Motiv einer Handlung ankommt, sondern nur auf deren tatsächlicher Konsequenz beruht, was auf eine situationsgebundene Handlungsweise schließen lässt. Kinder auf Stufe 2 haben gelernt, dass die Erwachsenen nicht mehr als einziger Ursprung für Moral gelten und Verhalten auf einer Wechselbeziehung beruht (Kohlberg, 2014; Oser & Althof, 2001; Rest, 1994). Schillinger (2006) beschreibt diese Stufe auch als eine hedonistische Maxime. „Man möchte die eigenen Interessen und Bedürfnisse befriedigen und lebt dabei in einer Welt, in der man auch die Interessen anderer berücksichtigen muss“ (Heidbrink, 2008, S. 76). Dieses Zweckdenken löst den reinen Egoismus auf und gewährt dem Individuum die Einsicht, dass es in bestimmten Situationen zu keiner Übereinstimmung kommt, jedoch die Motive des anderen anerkannt und bis zu einem gewissen Grad akzeptiert werden.

Während die beiden ersten Stufen der präkonventionellen Ebene zuzuordnen sind, läutet das konventionelle Urteilen Stufe 3 ein. Die moralische Vorstellung umschließt die Erwartungen und Kriterien

derjenigen, die in einem sozialen Verhältnis stehen (Oser & Althof, 2001). Tatsächlich scheinen die Eigenschaften Freundlichkeit, Höflichkeit und Loyalität vorhanden zu sein und finden dementsprechend auch ihre Anwendung. Nur bleibt diese Form der Tugendhaftigkeit vorerst wichtigen Bezugspersonen wie der Familie, Freunden und Bekannten vorbehalten (Heidbrink, 2008; Kohlberg, 2014; Rest, 1994). In dieser Situation ist das Subjekt in einer „heilen Welt“ (Heidbrink, 2008, S. 77) und keinen antagonistischen Gruppenkonflikten ausgesetzt, da das Individuum auf konforme Wertvorstellungen und Rollenerwartungen trifft und die Normen der Gruppe aufnimmt. Somit gilt das als moralischer Maßstab, was andere für richtig halten (Oser & Althof, 2001). Das entscheidende Charakteristikum von Stufe 4 besteht in einer gesellschaftlichen Perspektive, wodurch der reine Gedanke einer bestimmten Gruppenzugehörigkeit allmählich abnimmt. Das Subjekt stellt fest, dass die Gesellschaft aus einzelnen Individuen und Organisationen mit vielfältigen Entitäten besteht, die ihren eigenen Standpunkt vertreten und durch die soziale Ordnung gesichert werden, wobei deren Aufrechterhaltung durch eine moralische Handlungsweise ausbuchstabiert wird. Diese gesellschaftlichen Einzelsegmente gelten als Bausteine der Gesamtgesellschaft und werden mit deren besonderen Normen, Rollen und Regeln erkannt. Stufe 4 zeigt sich aus juristischer Sicht als Rechtspositivismus, bei dem die ordnungsgemäß verabschiedeten Gesetze absolute Gültigkeit besitzen und nur eine Orientierung an geltendem Recht erfolgt, während diese Regeln der Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung dienen (Heidbrink, 2008; Kohlberg; 2014; Rest, 1994; Schillinger, 2006). Es kommt zu einer Verantwortlichkeit gegenüber der Sozialität und einer Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft, die bei einer negativen Besetzung dieser Moral zu Rücksichtslosigkeit führen kann, da die Humanität gegenüber dem Einzelnen den Gesetzen untergeordnet wird (Oser & Althof, 2001). Während die präkonventionelle Moral nur auf konkrete zwischenmenschliche Beziehungen rekurriert und die konventionelle Sichtweise eine Gruppenperspektive einnimmt, fügt die Ebene der Postkonventionalität die Interessen der Individuen in einer Sozialität zusammen. Stufe 5 beschreibt, dass jedes soziale System zum Zweck aller seiner Mitglieder besteht und dies vom Subjekt verinnerlicht wird. Heidbrink (2008) erklärt eine legalistische und sozialvertragsorientierte Sichtweise, die in einem Übergangsstadium von Stufe 4 zu Stufe 5 utilitaristische Züge aufweisen kann (Schillinger, 2006). Auf dieser Stufe wiegt der Grundsatz, der eine Achtung vor dem Menschen und seiner Freiheit vorsieht, schwerer als die Angst vor einer Sanktion bei einer Übertretung von Gesetzen und Konventionen, wobei hier grundlegend keine Gesetzesmissachtung zu erwarten ist (Kohlberg, 2014; Oser & Althof, 2001).

Die Forschung zeigt, dass diese Entwicklung erst im Erwachsenenalter einsetzt und nur eine Minderheit dieses Urteilen übernehmen kann, weil die Entwicklung dieser Fähigkeit eine lange und gezielte Förderung voraussetzt (Oser & Althof, 2001; Schillinger, 2006). Stufe 6 gilt als am häufigsten

diskutiert und kritisiert, da Kohlberg keine eindeutigen und auf die Praxis bezogenen Kriterien für eine Definition angegeben hat und in neueren Ausführungen seines moralischen Urteilstests diese Stufe nicht mehr vorkommt (Heidbrink, 2008; Rest, 1994). Auf dieser Stufe kommen selbstgewählte ethische Prinzipien zum Vorschein, die ein vernünftiger Mensch unter allgemeinen moralischen Prinzipien als gültig erachtet (Heidbrink, 2008; Kohlberg, 2014; Oser & Althof, 2001; Schillinger, 2006). Auf dieser Ebene gelten die normativen Ethikformen wie die Pflichtenethik als Gradmesser für ein moralisches Handeln (Heidbrink, 2008; Kohlberg & Hersh, 1977)).

Die Entwicklung des moralischen Urteils beruht auf einer Interaktion von Umweltfaktoren und strukturierenden Prozessen des Individuums, die nicht nur das Ergebnis der allgemeinen Denkfähigkeit darstellt, sondern auch die kognitive Verarbeitung von Erfahrung, Gelegenheiten zur Rollenübernahme in der Gesellschaft und eine reflektierte Reorganisation aus wahrgenommenen Widersprüchen sowie Konfliktsituationen voraussetzt (Keller, 2005; Oser & Althof, 2001). Der Literatur ist zu entnehmen, dass stabile emotionale Zuwendung und soziale Anerkennung, offene Konfrontation mit sozialen Konflikten, Teilnahme an Kommunikationsprozessen, eine Einbindung in kooperative Entscheidungsprozesse und Verantwortung für die eigene Gestaltung des Lebens diese Prozesse maßgeblich beeinflussen (Lempert, 1986, zit. n. Oser & Althof, 2001, S. 72 f.). Bevor die spezifischen Fördermöglichkeiten erläutert werden, soll zunächst differenziert auf die Moral eingegangen werden.

2.4.2 Vier-Komponenten-Modell

Aus der Idee der Moralentwicklung nach Kohlberg erklärt Rest (1994), dass es mehr als nur die moralische Urteilsfähigkeit zu berücksichtigen gilt, die Rest nur als einzelne Komponente der Moral angesehen hat. Für Kohlberg war die „moralische Urteilsfähigkeit die Anlage, moralische Entscheidungen und Urteile zu fällen (die auf intrinsischen Prinzipien beruhen) und im Einvernehmen mit diesen Urteilen zu agieren“ (Kohlberg, 1964, S. 425; Übers. d. Verf.), wobei auch er überzeugt war, dass mehr Komponenten zu einer moralischen Handlung führen (Rest, 1994).

Auf dieser Grundlage erarbeitet Rest (1994) das Vier-Komponenten-Modell der Moral, welche das moralische Verhalten erklären soll. Anders als in früheren Annahmen, welche die moralischen Fähigkeiten in die von Kohlberg benannten Stufen gliedern, fragt sich Rest, was psychisch ablaufen muss, um ein moralisches Verhalten zu konstituieren. Diese vier Komponenten sind moralische Sensitivität, moralische Urteilsfähigkeit, moralische Motivation und ein moralischer Charakter. Durch die Sensitivität kann das Individuum eine moralische Situation überhaupt erst erkennen und interpretieren, welche Konsequenzen eine vorausgegangene Entscheidung für andere Menschen bedeutet, was die Achtsamkeit sowie die imaginäre Entwicklung aller möglichen Szenarien, aber auch die

deren Folgeketten inkludiert. Dazu gehören die Fähigkeiten der Rollenübernahme und der Empathie (Hoffman, 2000). Triezenberg und Davis (2000) empfehlen für die Entwicklung dieser Fertigkeit bei Physiotherapeuten die Analyse der Therapeuten-Patienten-Beziehung, die Reflexion der eigenen Werte und Normen einschließlich individueller Unterschiede und die Achtsamkeit gegenüber ethischen Fragestellungen im physiotherapeutischen Alltag. Die moralische Urteilsfähigkeit ermöglicht die Beurteilung, welche Handlung oder welcher potenzieller Ausgang eher als moralisch zu rechtfertigen ist, und steht im Fokus der Untersuchungen von Kohlberg (Kohlberg & Hersh, 1977; Kohlberg, 2014; Lind, 2015; Rest, 1994). Hierbei konnte erkannt werden, dass die größten Effekte durch einen professionellen Ethikunterricht über normative Theorien und deren praktische Anwendung zu verzeichnen waren (Triezenberg & Davis, 2000). Die moralische Motivation verlangt dem Menschen ab, wie das Engagement für das moralisch richtige Verhalten und deren Werte einzuschätzen gilt, und übernimmt die Verantwortung für moralische Folgen (Lind, 2015). Mängel bei dieser Komponente können auftreten, wenn Personen nicht ausreichend motiviert sind, moralische Werte höher einzustufen als andere Werte. Die Komponente des moralischen Charakters involviert die persönliche Stärke, den Mut, die Überzeugung und die Ausdauer bei der Bewältigung einer moralischen Aufgabe (Rest, 1994; Lind, 2015). Ein Mensch kann zwar moralische Sensitivität besitzen und gute Urteile fällen, aber die bestimmungsgemäße Ausführung unter widrigen Umständen oder gar Ablenkung ist entscheidend. Alle vier genannten Komponenten sind Determinanten und bieten daher eine logische Analyse dessen, was moralisches Handeln voraussetzt und impliziert (Rest, 1994; Triezenberg & Davis, 2000).

2.4.3 Zwei-Aspekte-Modell

Lind (2015) beschreibt in seinem Modell, dass es nicht nur eine Moral gibt, sondern zwei verschiedene Aspekte dieser, die sich einmal als richtige Gesinnung, moralisches Wollen, Orientierung, Einstellung und Absicht zu erkennen geben, ähnlich einer sokratischen Tugend, sowie als moralische Fähigkeit, die sich in der praktischen Anwendung findet (Abb. 10).

Abbildung 10:Das Zwei-Aspekte-Modell des moralischen Verhaltens (Lind, 2009, S. 39)

Beide Aspekte erzeugen moralisches Verhalten. Ähnlich wie Sokrates in Platons Dialog Menon (1994) sieht auch Lind (2015) die Tatsache, dass moralisches Handeln im Wesentlichen vom Wollen und Können abhängt. Die Grundgedanken zu dieser Theorie stammen von Piaget (Piaget, 1976, zit. n. Lind, 2009, S. 39), der feststellt: „Affektive und kognitive Mechanismen [des menschlichen Verhaltens] sind untrennbar, jedoch unterscheidbar; erstere hängen von Energie ab und letztere von Struktur."

Im Gegensatz zu dem Aspekte-Modell nach Rest und anderen Ansätzen der Moralforschung zweifelt Lind (2009; 2015) daran, dass die unterschiedlichen Komponenten des moralischen Verhaltens voneinander getrennt werden können und sieht die Schwierigkeit dieser Betrachtungsweise darin, dass jedes Messverfahren für nur eine Komponente bestehen müsste, um moralische Fähigkeiten differenziert beurteilen sowie lehren zu können. Auch Kohlberg (1958, zit. n. Lind, 2002, S. 41) impliziert dem Zwei-Aspekte-Modell, „dass ein moralischer Akt oder eine moralische Einstellung weder anhand rein ‚kognitiver' noch anhand rein ‚motivationaler' Kriterien definiert werden kann". In Tabelle 7 werden beide Modelle gegenübergestellt und die Unterschiede verdeutlicht, um aufzuzeigen, dass Aspekte wie Komponenten „voneinander unterscheidbar, aber nicht wie diese trennbar" (Lind, 2002, S. 42 f) sind sowie inhaltliche und strukturelle Eigenschaften des Verhaltens erklären.

Tabelle 7: Gegenüberstellung von Aspekte- und Komponenten-Modell (Lind, 2002, S. 41)

	Aspekte-Modell	Komponenten-Modell
Affekt-Kognition-Beziehung	Unterscheidbare, aber untrennbare Eigenschaften eines Verhaltensmusters (Parallelität)	Getrennte Komponenten, repräsentiert durch verschiedene Verhaltensklassen
Affekt	Inhalt des Verhaltens, Moralische Motive (Stufen), andere Gewohnheiten	"Affektives" Verhalten, Handlungsstrukturen, moralische Kompetenz
Kognition	Struktur des Verhaltens: Integriertheit und Differenziertheit des Urteils	"Kognitives" Verhalten, Wahrnehmungsstrukturen, moralisches Urteil
Verhalten	Interaktion mit moralischen Situationen	Normenkonformes Verhalten, moralische Performanz

Des Weiteren definiert moralisches Verhalten eine Interaktion moralischer Situationen, die durch moralische Inhalte und Strukturen gekennzeichnet sind, während das Komponenten-Modell nach Rest (1994) die moralische Performanz als eine Übereinstimmung des Verhaltens mit äußeren Normen beschreibt.

Das methodologische Problem wird damit begründet, dass die Aspekte der Affekte und Kognition keine unterscheidbare Einheit darstellen und eine empirische Analyse als obsolet betrachtet würde (Rest, 1984, zit. n. Lind, 2002, S. 43). Hierbei wird jedoch übersehen, dass eine Parallelität eine einzelne Identität ausschließt und eine Nicht-Trennbarkeit der Aspekte bedeutet, was sich durch eine Begriffsverwechslung von „unterscheiden“ und „trennen“ nur noch verstärkt (Lind, 2002, S. 43). Eine affektive Entwicklung sowie Kognition sind keine getrennten Bereiche, verlaufen stets parallel und repräsentieren die unterschiedlichen Kontexte einer Veränderung. Grundlegend für den Ansatz des Aspekte-Modells ist die methodologische Nicht-Separierbarkeit des Gefühlslebens und der Erkenntnisse, eine zusammenhängende Parallelität, die eine enge Korrelation zwischen Affekt und Kognition bei moralischen Handlungen aufweist und sich so eine Entwicklungsparallelität aufzeigen lässt, die sich darin äußert, dass eine affektive Bindung an moralische Ideale vor dem kognitiven Aspekt zu beobachten ist. Dass die Kombination beider Bereiche synergetisch verläuft, unterstreichen auch andere Wissenschaftler (so z. B. Heidbrink, 2008; Sautermeister, 2017).

2.4.4 Bisherige Untersuchungen in der Physiotherapie

Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die sich mit dem Thema der moralischen Urteilsfähigkeit von Physiotherapeuten auseinandergesetzt haben. Da hierzu keinerlei deutschsprachige Literatur ermittelt werden konnte, wird sich auf den angloamerikanischen Raum konzentriert.

Sisola (2000) hat eine Untersuchung durchgeführt, um den Zusammenhang von klinischer Performance und moralischem Urteil von 58 Physiotherapeuten zu bestimmen. Um das moralische Urteilen zu definieren, wurde der DIT (Defining Issues Test) genutzt, der mit einer „Clinical Competence Scale“ korreliert wurde. Dieser von Rest (1994) entwickelte moralische Urteilstest ist ein 72-Item Multiple-Choice-Instrument, der die Argumentation von sechs moralischen Dilemmata bewertet. Der daraus resultierende P-Wert (Principled Score) bewertet das moralische Urteil von 0 bis 95 und lässt damit valide Rückschlüsse auf diese moralische Fähigkeit zu, indem er die Punkte der präkonventionellen, konventionellen und postkonventionellen Ebene zuteilt. Dieser Test wurde einige Zeit später auch erweitert und verbessert (Rest et al., 1999). Die Ergebnisse von Sisola (2000) deuten darauf hin, dass es einen direkten Zusammenhang von professioneller physiotherapeutischer Performance und der Qualität des moralischen Urteils gibt, was auch von Latif (2000) bestätigt werden konnte. Dies

bestärkt die Überlegung, dass moralische Dilemmata und das spezifische Training der moralischen Kompetenz als ein wesentlicher Teil in die Ausbildung des Physiotherapeuten integriert werden müssen, um komplexe therapeutische Probleme lösungsorientiert zu bearbeiten und eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf einem professionell hohen Niveau zu gewährleisten (Sisola, 2000).

In einer Längsschnittstudie ging Dieruf (2004) der Fragestellung nach, ob die Studierenden der University of New Mexico im Vergleich zu anderen Fachrichtungen eine vergleichbare moralische Urteilskraft aufweisen und ob Unterschiede zwischen Beginn und Ende des Studiums zu verzeichnen sind. Untersucht wurden 94 Physiotherapeuten und Ergotherapeuten mit dem DIT. In der Gegenüberstellung mit Studierenden von professionellen Berufsbildern (Pflegepersonal, Zahnmedizin) erzielten die Therapeuten gleichwertige Ergebnisse, wobei es im Laufe des Studiums keine signifikante Steigerung der moralischen Urteilsfähigkeit gab. Dieses Ergebnis kam unerwartet, da Bildung als ein ausschlaggebender Faktor für moralisches Urteilen und Handeln gesehen wird (Rest, 1988). Dies könnte dadurch begründet sein, dass das Alter der Studierenden im Durchschnitt 30,6 Jahre betrug, die Hälfte der Probanden schon vorher einen Bachelorstudiengang absolviert hatte oder die Zahl der Probanden zu gering war. Des Weiteren wird angenommen, dass die Lehrveranstaltungen nicht speziell auf die moralische Entwicklung ausgelegt waren, was kritisch reflektiert werden muss. Dieruf (ebd.) resümiert, dass bislang zu viel Zeit in Unterrichtsprogramme investiert wird, die zwar technische Fähigkeiten der Physiotherapeuten fördern, jedoch nicht oder nur ungenügend kognitive Aspekte im Bereich der ethischen Reflexion und der Moralkompetenz integrieren.

In einer Studie von Geddes et al. (2009) wurde in einem Zeitraum von sechs Jahren die moralische Urteilsfähigkeit von 548 Physiotherapie- und Ergotherapie-Studierenden analysiert. Wie in der zuvor angeführten Untersuchung wurde vor und nach dem Studium, welches durch einen Ethikunterricht gekennzeichnet war, der DIT durchgeführt. Zu Beginn ihrer Ausbildung ergaben die DIT-Werte keine Unterschiede zwischen den Ergotherapeuten und den Physiotherapeuten, wobei beide über dem Durchschnitt vergleichbarer Studiengänge lagen. Ein Vergleich der Werte des moralischen Urteils vor und nach dem Studium ergab eine signifikante Verbesserung dieser Fähigkeit. Die Ergebnisse decken sich mit anderen Untersuchungen (Auvinen et al., 2004; Duckett et al., 1997; Krawczyk, 1997), was bedeutet, dass ein Ethikunterricht, der auch die moralischen Fähigkeiten steigert, für alle Gesundheitsfachberufe in das Curriculum implementiert werden sollte.

Die von Swisher (2010) durchgeführte Untersuchung über die moralische Urteilsfähigkeit von bereits examinierten Physiotherapeuten in den USA versuchte unter anderem herauszufinden, welche Faktoren einen besonderen Einfluss auf die moralische Fähigkeit haben und wie gut die Therapeuten im Vergleich zu anderen Professionen abschnitten. Ausgewertet wurden die Daten von 537 Probanden,

die mit dem Defining Issues Test untersucht wurden. Nach dieser Analyse war der durchschnittliche P-Wert der Physiotherapeuten geringer als der von Pflegekräften und Studierenden der Human- und Zahnmedizin. Faktoren für einen höheren P-Wert waren dieser Studie zufolge das Geschlecht, wobei Frauen besser abschnitten als Männer, ein hohes Maß an ethischer Expertise und Mitarbeiter von akademischen Einrichtungen. Auch bei der Studie ist zu berücksichtigen, dass nicht jede Lehrveranstaltung die moralische Urteilsfähigkeit beeinflusst und die Zugangsvoraussetzungen bzw. die biografische Vorerfahrung sowie eine konservative politische Einstellung ebenfalls einen negativen Einfluss darauf haben können (Emler et al., 1983). Swisher (2010) zeigt sich besorgt über die Lehrmethoden für die Moralentwicklung der eigenen Profession und plädiert dafür, dass die Faktoren, die für einen positiven Verlauf sorgen, genauer erforscht werden, um das moralische Urteil der Therapeuten zu schulen und eine effizientere Integration in die Praxis zu gewährleisten.

Swisher et al. (2012) haben untersucht, ob und wie ein Ethik- und Moralkompetenzunterricht die moralische Urteilsfähigkeit in einem Zeitraum von sechs Wochen verändert. Untersucht wurden 37 Studierende vor und nach der Intervention mit dem DIT. Die Vorlesungen bestanden aus Aspekten des transformativen Lernens, Selbstreflexionen, der Beziehung zwischen ethischen Theorien und klinischen Aspekten sowie praxisnahen Dilemma-Diskussionen. Das Ergebnis konnte zeigen, dass sich die P-Werte signifikant verbessert haben, was dafür spricht, dass solch eine intensive thematische Bearbeitung die moralische Fähigkeit der Studierenden positiv verändert.

In Tabelle 8 werden in Anlehnung an Rest (1994) die P-Werte von unterschiedlichen Personengruppen veranschaulicht sowie mit den beschriebenen Untersuchungen unterfüttert, um einen Überblick über das moralische Urteil zu erhalten.

Tabelle 8: Unterschiedliche Gruppen und deren P-Werte (in Anlehnung an Rest, 1994, S. 14)

Gruppe	P-Score
Junior high school students	21.9
Prison inmates	23.5
Senior high school students	31.8
Adults in general	40.0
Physical Therapists (Swisher, 2010)	41.9
College Students in general	42.3
Graduate students in business	42.8
Occupational Therapists (Dieruf, 2004)	45.6
Physical Therapists (Dieruf, 2004)	45.9
Staff nurses	46.3
Dental Students	47.6
Physical Therapists (Geddes et al., 2009)	48.8
Medical students	50.2
Law students	52.2
Occupational Therapists (Geddes et al., 2009)	53.2
Moral philosophy graduate students	65.2

2.4.5 Bildung der Moralkompetenz

Erziehungswissenschaftliche und psychologische Untersuchungen bestätigen, dass neben der persönlichen Reifung und Sozialisation des Menschen die Bildung den wichtigsten Faktor für die Entwicklung und Ausprägung der moralischen Fähigkeiten darstellt (Lind, 2002). Jedoch konnte eine lange Zeit nicht genau angegeben werden, welche Lernelemente für diesen Effekt verantwortlich sind. Sprinthall et al. (1993) konnten konkretisieren, dass Rollenübernahme, erweiterte Verantwortung und Gelegenheiten zu einer angeleiteten Reflexion die moralisch-kognitive Entwicklung fördern. Schillinger (2006) konnte diese Annahme mit einer Untersuchung von 1149 Studierenden bestätigen. Dies zeigt, dass nicht nur die Fachinhalte, sondern vor allem die zeitlichen Freiräume für Reflexionen, das Angebot einer Verantwortungsübernahme sowie eine anschließende Diskussion für eine moralische Entwicklung wichtig sind (Lind, 2015).

Die Bildungstheorie von Lind (2002; 2009; 2015) erklärt, dass die moralische Einsicht mehr erfordert als das Verständnis von und die Anpassung an soziale Werte und Normen. Sie hebt die Bedeutung

kognitiver Kompetenzen hervor, welche die Fähigkeit zur Anwendung moralischer Prinzipien in einer bestimmten Situation sowie eine dementsprechende Lösung der gegebenen Konflikte mit unterschiedlichen Positionen definieren (Lind, 2002; Schillinger, 2006). Jedoch kann dieser Bildungstheorie entgegnet werden, dass Moralentwicklung auch außerhalb von Bildungseinrichtungen ablaufen kann. So konnte gezeigt werden, dass nach dem Studium und dem Wegfall von Bildungsmaßnahmen die Moralkompetenz dennoch zugenommen hat (Rest & Thoma, 1985), was vermutlich auf den Fördereffekt eines intensiven Selbststudiums mit einer angemessenen Selbstbildung sowie auf die Gelegenheit zur intensiven Reflexion und Diskussion moralischer Angelegenheiten zurückzuführen ist (Comunian & Gielen, 2006). „Die Anwendung einer Fähigkeit hat immer auch einen Trainingseffekt" (Lind, 2015, S. 88). Umgekehrt kann ein im Alltag auftretender Mangel an Gelegenheiten, im Alltag moralisch zu agieren, langfristig eine Stagnation der Moralkompetenz provozieren (Schillinger, 2006).

Viele Methoden der Moralerziehung bauen darauf auf, eine positive Veränderung des Verhaltens zu erzielen, um die Einhaltung sozialer Normen zu gewährleisten, was eine autonome Entscheidung infrage Frage stellt. Blatt und Kohlberg (1975) entwickelten aus diesem unbefriedigenden Zustand die Dilemma-Diskussion, deren Wirksamkeit durch umfangreiche Untersuchungen belegt wurde (Bebeau & Thoma, 1994; Lind, 2002; Schlaefli, Rest & Thoma, 1985; Trevino, 1992). Der Kern dieser Diskussionen besteht in kurzen Geschichten, bei der zwei widerstreitende Prinzipien aufeinandertreffen und der Handelnde unabhängig davon, wie er sich entscheiden mag, immer einen Wert verletzen wird (Lind, 2009). Dies soll die Schüler dazu befähigen, übergeordnete Argumente und Perspektiven zu finden, um eine moralische Lösung eines Dilemmas zu ermöglichen und sich einem Diskurs zu stellen, um gemeinsam in einer gerechten Gemeinschaft eine Option zu wählen. Dabei wird kritisch angemerkt (Lind, 2015), dass die Konstruktion von Dilemmata mit zwei sich widersprechenden Normen eine zeitaufwendige Sache sei, wenn es nicht nur zu einer Konformität mit Konventionen kommen soll, eine Prozessreflexion nötig ist und dass Argumente einer höheren Stufe zu einer moralisierenden Bewertung durch die Studierenden kommen könnte.

Trotz dieser Anmerkungen entwickelte Lind (2009; 2015) diese Methode weiter und nannte sein Konzept die „Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion" (KMDD), die durch die Prinzipien der Unterstützung und Herausforderung den Lernenden nähergebracht werden soll. Durch die Unterstützung sollen die Probleme und Aufgabenstellungen gut erklärt, Theorien veranschaulicht und Experimente vorgeführt werden, wobei durch die Herausforderung eine schwierige Entscheidung verstanden und beurteilt werden soll sowie dem Kontrahenten seine Argumente und Gefühle verständlich gemacht werden sollen. Das Ziel dieser Strategie ist es, die Moralkompetenz zu fördern und die

Subjekte darin zu unterstützen, die Differenz zwischen den eigenen moralischen Prinzipien und dem alltäglichen Verhalten zu minimieren. Sie soll dazu befähigen, Konflikte auf der Grundlage von universellen moralischen Prinzipien durch Reflexion und Diskussion anstatt durch Betrug, Gewalt und Macht zu lösen (Lind, 2015). Konkret sollen die Adepten dazu angeleitet werden, die eigenen Prinzipien zu erkennen und in Worte zu fassen, Fakten einer gegebenen Situation genauer zu beachten, eigene Werte und Normen nach ihrer Wichtigkeit und Angemessenheit zu unterscheiden, bei einem Konflikt mit gleichrangigen Prinzipien ein übergeordnetes Prinzip herauszufiltern, den eigenen Standpunkt demokratisch zu vertreten, eine Gelegenheit zum Denken und Diskutieren zu schaffen, während sie emotional unter Druck stehen, sowie die Meinungen anderer nicht nur zu tolerieren, sondern auch zu schätzen und diese in die eigene Entscheidung einfließen zu lassen (Lind, 2015; 2017).

Die Weiterentwicklung der Dilemma-Diskussion nach Lind fußt auf fünf lernpsychologischen Erkenntnissen. Wesentlich ist die maximale Aufmerksamkeit der Schüler einschließlich der damit verbundenen Lernbereitschaft. Ein wichtiges Mittel stellen die abwechselnden Phasen der Unterstützung und Herausforderung der Schüler dar, also die Selbststeuerung der Diskussion, die es erlaubt, dass jeder sich der Diskussion anschließen sowie abwechselnd seinen Standpunkt vertreten kann, geeignete Dilemmageschichten und die Grundregel, dass über Sachverhalte diskutiert wird und nicht über Personen (Lind, 2015). Beachtet werden muss außerdem, dass die Teilnehmer sich entwickeln sollen, weshalb die Aufgabenstellung nicht zu schwer und nicht zu leicht ausgestaltet werden darf, um den Schüler bedarfsgerecht adressieren zu können. Lind konzentriert sich im zweiten Teil seiner Didaktik auf die Phasen der Unterstützung und Herausforderung, in denen er durch die Abwechslung eine Synchronisation der Lernvorgänge erzielen, sich langsam an das optimale Lernvermögen herantasten und das Aufmerksamkeitsniveau der Schüler möglichst hochhalten möchte. Lind hält es für besonders günstig, mit unterstützenden Phasen zu beginnen und dann im Wechsel die Studierenden mit Herausforderungen zu konfrontieren. Die dritte Leitidee bildet die Selbststeuerung einer Dilemma-Diskussion durch die Teilnehmer selbst. Nur durch Praktizieren kann Autonomie auch erlernt werden. Aus diesem Grund sieht Lind (2015) es als wesentlich an, die Diskussion nicht durch einen Lehrer, sondern durch die Teilnehmer selbst lenken zu lassen. Im vierten Punkt beschreibt der Autor die Auslösung der Diskussion durch ein relevantes Dilemma (Lind, 2009; 2015). Bedeutend ist, welche kognitiven Prozesse eine solche Fragestellung aufwirft und welchen Bezug diese zur Lebenswelt haben. Hier soll versucht werden, Gefühle und Emotionen nicht direkt zu involvieren, sondern sich damit zu beschäftigen und dennoch eine bestimmte Distanz zu halten. Als letzter Aspekt wird die Notwendigkeit von Sachorientierung statt Personenorientierung beschrieben. Damit ist gemeint, dass ein

möglichst günstiger Lernprozess stattfinden kann, wenn die Diskussion auf das Dilemma und dessen moralischen Kern gelenkt wird, anstatt den Widerstreit zu personalisieren.

Ein wichtiger ethischer Vorgang im Leben ist, das Interesse an der Sache von der Person loszulösen und einen demokratischen Diskurs zu fördern. In einer solchen Unterrichtseinheit darf zwar alles gesagt werden, jedoch dürfen keine wertenden Aussagen über reale Personen getätigt werden, damit diese Methode nicht in ein persönliches Wortgefecht ausartet. Das heißt aber nicht, dass den Teilnehmern kein emotionales Engagement abverlangt werden darf, da die Methode der KMDD auch auf einer moralischen Emotion aufbaut. Die Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion versucht, den Teilnehmern eine größere Chance der Reflexion der eigenen moralischen Gefühle zu geben und diese in eigene Worte zu fassen, während der Lehrer aus diesem Prozess herausgenommen wird.

Berücksichtigt werden sollen mehrere Phasen der KMDD (Lind, 2017). Zunächst wird das Dilemma vom Lehrer beschrieben, bevor es zu einer stillen Beschäftigung mit der Fragestellung kommt. Im Anschluss folgen gemeinsame Gespräche der gesamten Klasse sowie die Reflexion des Ausgangs des Dilemmas. Daraufhin werden die Schüler in zwei „Lager“ aufgeteilt, die jeweils für oder gegen ein Argument stimmen sollen, wobei dies im Anschluss diskutiert wird. In der siebten Phase werden die besten Argumente zusammengefasst, bevor eine Abschlussdiskussion mit einer letzten Reflexion erfolgt. Lind (2002) kommt zu dem Ergebnis, dass die optimale Dauer der Intervention bei drei bis zehn Schulstunden liegen, wobei eine nachhaltige KMDD-Sitzung bis zu 90 Minuten dauern sollte, die in einem Zeitraum von drei bis zwölf Wochen durchgeführt werden (Lind, 2015; Schlaefli, Rest & Thoma, 1985).

> „Die auf Kohlberg gründende Dilemma-Diskussions-Methode zur Förderung der moralisch-kognitiven Entwicklung hat einen deutlichen und nachhaltigen Effekt bei Schülern, und zwar weitgehend unabhängig von methodischen Variationen, von Dauer und Intensität der Intervention und von den forschungstechnischen Methoden des Effektnachweises“ (Lind, 2002, S. 204).

Als eine weitere Maßnahme zur Entwicklung der moralischen und demokratischen Diskursfähigkeit hat sich die Just-Community-Methode herauskristallisiert (Oser, Althof & Higgins-D’Alessandro, 2008), mittels derer den Schülern und Studierenden die Beziehung zwischen abstrakten moralischen Prinzipien und einem konkreten Lebenskontext vermittelt werden soll. Die „Gerechte Gemeinschaft“ (Lind, 2002, S. 162) stützt sich auf die moralische Atmosphäre der Ausbildungsinstitution, die sich durch Gerechtigkeit, Gemeinschaftssinn und Achtung sowie durch ein Wechselspiel mit einem praktischen Übungsfeld der demokratischen Organisation selbst auszeichnet. Ziel dieser Idee ist es, den Sinn für Gerechtigkeit und Verantwortung sowie ein eigenes moralisches und politisches Urteil zu

fördern, während die Anwendung im direkten schulischen Zusammenleben ausgeübt wird (Roth, 1971, zit. n. Lind, 2015, S 111). Die Stärkung der moralischen Befähigung beruht auf einer individuellen Autonomie bei der Mitgestaltung des Schullebens wie der gemeinschaftlichen Förderung der Werte und Normen der Gruppe. Des Weiteren wird auch die Entwicklung der Moral und des Verantwortungsbewusstseins durch die Mitgestaltung der Entscheidungen der Schulgemeinschaft genannt, wobei eine moralische Atmosphäre konstituiert werden soll (Lind, 2015; Power & Higgins-D'Alessandro, 2008). In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass eine demokratische Atmosphäre bei den Lernenden eine effektivere moralische Einstellung ermöglicht als die bloße Vermittlung von Fakten und patriotischen Ritualen (Ehman, 1980).

Die Just-Community-Methode fußt auf einer interaktionistischen Anthropologie, die davon ausgeht, dass die individuelle Entwicklung des Subjektes als Produkt der positiven Bewältigung von Lebenssituationen darstellt (Lind, 2015). Durch diese Methode soll es den Studierenden ermöglicht werden, latent ungelöste Probleme in seiner Situation zu erkennen und in einen bewussten Diskurs mit Mitstudierenden und Lehrkräften zu treten, um gemeinsam eine Lösungsstrategie sowie daraus resultierend neue Normen, Regeln und Richtlinien zu entwickeln und somit die Solidarität zu befördern (Oser, Althof & Higgins-D'Alessandro, 2008). Lind (2002) erklärt, dass die Just-Community-Methode einen deutlichen Gewinn der Moralentwicklung nachweisen konnte, jedoch im Verhältnis die moralische Urteilsfähigkeit keine entsprechende Entwicklung verzeichnen konnte wie nach der Dilemma-Diskussion. Ein ähnlicher Effekt konnte auch bei Teilnehmer an Hochschulen verzeichnet werden (Loxley & Whiteley, 1986). Mit dem Sierra-Projekt sollten die Studierenden durch neue Ideen und Inspirationen die Qualität ihres eigenen Denkens, ihren Charakter und die Fähigkeiten des „Ich" entwickeln (ebd.). Als weitere Folge bezeichnen Experten die ethische Sensibilität und den Respekt für die Gerechtigkeit zwischen den Menschen als einen enormen Gewinn für die Gesellschaft von Mitmenschen, die sich durch moralische und psychische Reife auszeichnen sowie sich die Fähigkeit über Wissen, Werte und Moral reflektieren zu können, angeeignet haben (King & Mayhew, 2002; Whiteley, 1986).

3 Methodologische Einordnung

3.1 Qualitative Sozialforschung als Forschungszugang

Bei der vorliegenden Studie, die sich mit der Deutung subjektiver Einstellungen sowie beruflicher Erfahrungen von examinierten Physiotherapeuten aus unterschiedlichen Ausbildungssegmenten wie Berufsfachschulausbildung sowie Bachelor- und Masterstudium befasst, bietet sich insbesondere die qualitative Sozialforschung zur Untersuchung sozialer Zusammenhänge, Disparitäten und der Identifikation von diversen Lebensweisen an (Flick, 2007), „die dabei die Sichtweisen der beteiligten Subjekte, die subjektiven und sozialen Konstruktionen … ihrer Welt berücksichtig[t]“ (Flick, Kardoff & Steinke, 2017, S. 17). Der Begriff der qualitativen Sozialforschung umfasst heterogene Methoden, die in mancherlei Hinsicht Gemeinsamkeiten aufweisen und jeweils spezifische Ausschnitte der sozialen Realität erfassen, da sie den Menschen nicht nur als Untersuchungsobjekt, sondern auch als ein erkennendes Subjekt ansieht (Lamnek & Krell, 2016) und den Anspruch erhebt, Lebenswelten „von innen heraus“ (Flick et al., 2017, S. 14), also aus der Perspektive der handelnden Menschen zu erklären. Dadurch trägt sie maßgeblich zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten, Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale bei. Die qualitative Sozialforschung nutzt das „Fremde oder von der Norm Abweichende“ sowie das Unerwartete als Quelle der Erkenntnis und dient als „Spiegel, der in seiner Reflexion das Unbekannte im Bekannten und Bekanntes im Unbekannten als Differenz wahrnehmbar macht“ (Flick et al., 2017, S. 14) und somit die Exploration von Erkenntnissen ermöglicht. Durch die unterschiedlichen Ansätze wie den Symbolischen Interaktionismus, die Ethnomethodologie, die Phänomenologie, die Psychoanalyse, den Strukturalismus sowie den Konstruktivismus kann der Fokus auf die Alltagserfahrungen und das subjektiv Erlebte gelegt und gedeutet werden (ebd.).

Dabei zeigt sich die soziale Wirklichkeit des Handlungssubjekt als Ergebnis aller sozialen Interaktionen, die an diesem Prozess beteiligt sind und werden durch die eigene Bedeutung interpretiert. Einen bedeutenden Aspekt der qualitativen Sozialforschung stellt die Kommunikation dar, mit der sowohl die Realität interaktiv hergestellt und subjektiv bedeutsam wird als auch über kollektive sowie individuelle Interpretationsleistungen eine Vermittlung erfolgt, wodurch eine Handlungswirksamkeit erreicht wird. Zum einen kann durch die Lenkung der Kommunikation sowohl vom Interviewer eine abrufbare Information extrahiert als auch der Interviewte zu einer Erkenntnis- und Bewusstseinsveränderung geführt werden, die in dem laufenden Forschungsprozess genutzt werden kann (Lamnek & Krell, 2016).

Durch dieses offene Verfahren kann ein Zugang zu den alltäglichen Erfahrungen des Individuums erzielt werden, indem sie durch Reflexion und Rekonstruktion zugänglich gemacht werden, weil es sich mit den Menschen direkt auseinandersetzt, was andere Forschungsmethoden, die vorzugsweise mit Zahlen und stark quantitativen Methoden arbeiten, nicht leisten (Flick et al., 2017). Da sich dieser Forschungszugang durch eine mehrdimensionale und ganzheitliche Perspektive auszeichnet, gilt sie als subjektbezogen sowie einmalig und erhebt weder den Anspruch auf universelle Gesetzmäßigkeiten noch auf Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität oder eine allgemeingültige Standardisierung (Lamnek & Krell, 2016). Die qualitative Forschung zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie auf keine einzelne Methode reduziert werden kann, sondern ein methodisches Spektrum unterschiedlicher Ansätze bietet, das eine Gegenstandsangemessenheit hinsichtlich Alltagsgeschehen oder Alltagswissen verfolgt (Flick et al., 2017). Des Weiteren kann diese Forschungsperspektive durch ein Erhebungs-, Analyse- und Interpretationsverfahren charakterisiert werden, das sich an eine stringente Kontextualität hält und durch die Reflexivität des Wissenschaftlers ausdifferenziert, die als wesentlicher Teil solch einer Untersuchung angesehen wird, wobei durch das Prinzip der Offenheit die komplexen Zusammenhänge erkennbar gemacht werden sollen.

Eine große Divergenz zeigt sich in der Definition von diversen Gütekriterien, die aus einer postmodernen Perspektive fast unmöglich scheint, da eine sozial konstruierte Welt nur schwer zu verallgemeinern ist (Steinke, 2017). Aus diesem Grund wird besonderes Augenmerk auf die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gelegt, die sich insbesondere durch eine akribische Dokumentation des Forschungsprozesses mit den einzelnen Schritten wie dem Vorverständnis des Untersuchenden, den Erhebungskontext, der Transkription, der Dokumentation der Daten, den Informationsquellen, den Auswertungsmethoden und der Zielgruppe auszeichnet.

In der qualitativen Sozialforschung bieten teilstandardisierte Interviews vor allem in der Vorbereitung zu standardisierten Erhebungsverfahren und zur Entwicklung von Erhebungsinstrumenten einen Vorteil gegenüber anderen Verfahren. So bieten sich qualitative Interviews an, um Expertenwissen über die jeweiligen Forschungsfelder und subjektive Perspektiven der Befragten zu analysieren (Hopf, 2017). Das methodische Vorgehen dieser Untersuchung basiert auf der Methode des leitfadengestützten Experteninterviews, die im Folgenden erläutert wird, was eine Begründung für die Wahl dieses Zugangs verdeutlicht.

3.2 Das Experteninterview

Ein in der empirischen Sozialforschung häufig angewendetes Verfahren ist das Experteninterview. Es dient dazu, Informationen von Experten, die Gegenstand des Forschungsinteresses sind, in

Bereichen wie der Organisations-, Bildungs-, Politik-, Eliten-, Implementations- und vor allem Professionsforschung zu extrahieren (Bogner, Littig & Menz, 2014; Lamnek & Krell, 2016; Meuser & Nagel, 1991; 2009; 2016). Deswegen wird gerade dieser Forschungszugang für die vorliegende Arbeit für sinnvoll erachtet. Vor allem zu explorativen, systematisierenden und theoriegenerierenden Erhebungszwecken wird dieses leitfadenorientierte Forschungsinstrumentarium eingesetzt, um einem ausgewählten Personenkreis forschungspragmatisch ein Expertenwissen abzuringen und dadurch möglicherweise eine reflexive Umgestaltung moderner Industriegesellschaften einzuleiten (Bogner & Menz, 2005; Bogner et al., 2014). Die explorative Eigenschaft des Experteninterviews wird vor allem in einem unübersichtlichen Feld genutzt, um eine Neuorientierung oder eine Schärfung des Problembewusstseins zu generieren und das zu untersuchende Gebiet zu thematisieren, zu strukturieren oder weiterführende Hypothesen zu erarbeiten. Bogner und Menz (2005) weisen darauf hin, dass explorative Experteninterviews möglichst offen geführt und aus Gründen demonstrativer Kompetenz zentrale Dimensionen des Ablaufes in einem Leitfaden strukturiert werden sollten. Bei der Exploration liegt der inhaltliche Schwerpunkt im Bereich einer thematischen Sondierung, sodass auf Vollständigkeit und Standardisierung verzichtet wird, was den Unterschied zu einem narrativen oder episodischen Interview verdeutlicht. Das systematisierende Experteninterview definiert sich dadurch, dass sich das Wissen des Experten auf die berufspraktische Teilhabe bezieht, damit reflexiv verfügbares Handlungs-, Deutungs- und Erfahrungswissen ermittelt werden kann. Der Interviewte klärt über objektive Tatbestände auf und erläutert seine Sicht der Dinge. Und der Interviewer ermöglicht durch einen relativ strukturierten, jedoch offenen Leitfaden eine systematische Informationsgewinnung über einen bestimmten Themenausschnitt. Die theoriegenerierende Methode zielt ihrerseits wesentlich auf die Erschließung und analytische Rekonstruktion der „subjektiven Dimension“ (Bogner & Menz, 2005, S. 38) und sieht den Experten nicht nur als Forschungskatalysator, sondern als „Generator“ sachdienlicher Informationen. Die Handlungsorientierung und die Entscheidungsmaximen der Experten stellen damit den Ausgangspunkt für Theoriebildung dar.

Zu klären ist außerdem der Begriff des Experten. Bogner und Menz (2005) beziehen sich auf multiple Zugänge, welche zur Bestimmung eines Experten dienen, und erklären neben dem voluntaristischen, konstruktivistischen und wissenssoziologischen Expertenbegriff einen eigenen modernisierungstheoretischen Entwurf. Der voluntaristische Begriff des Experten hebt hervor, dass jeder Mensch mit besonderen Informationen und Fähigkeiten für die Bewältigung diverser Alltagssituationen ausgestattet ist und somit im weiteren Sinn einen spezifischen Wissensvorsprung bezüglich persönlicher Arrangements in sich trägt. Um den Begriff nicht inflationär zu benutzen, ist es bedeutend, dass eine Wissensasymmetrie zwischen Experten und Laien bestehen muss, da prinzipiell jeder Mensch

zugleich als Experte seiner eigenen Bedeutungsgehalte zu verstehen ist. Die Charakteristik des konstruktivistischen Modells erklärt den Mechanismus der Zuschreibung der Expertenrolle und lässt sich in den methodisch-relationalen und das sozial-repräsentationalen Ansatz differenzieren. Ersteres wird dadurch konstruiert, dass jeder Experte zu einem gewissen Punkt auch im Fokus eines Forschungsinteresses liegt und ihm relevantes Wissen über einen spezifischen Sachverhalt zugesprochen sowie die Funktion des „Experte-Sein" (Bogner & Menz, 2005, S. 40) über eine Rollenzuschreibung seitens der Akteure zugewiesen wird. Hier lassen sich auch Experten innerhalb einer Organisation auf niederen Hierarchieebenen mit einem objektiven Faktenwissen erfolgreich akquirieren, was in der methodisch-rationalen Definition daran erinnert, dass das Expertentum keine personale Fähigkeit oder Eigenschaft darstellt, die nur in gehobenen Berufsebenen anzutreffen sind. Im sozial-repräsentationalen Ansatz wird jeder als Experte angesehen, der gesellschaftlich zum Experten ernannt wird, was bedeutet, dass die Definitionsmacht von der sozialen Realität ausgeht. Aus dieser Sicht lässt sich der Experte als Angehöriger einer Funktionselite und als ein Exponent eines angesehenen Fachmenschentums ausmalen. Die wissenssoziologische Sichtweise des Experten entsteht in der spezifischen Struktur seines Wissens und handelt dabei als Wissenschaftler mit einem eindeutigen, kommunikativen sowie reflexiven Wissen, durch das er sich vom gut informierten Bürger und dem „einfachen Mann von der Straße" abhebt (Schütz, 1972, zit. n. Bogner & Menz, 2005, S. 41 f). Nach Bogner und Lenz (2005, S. 46) kann der Expertenbegriff in ihrer eigenen Auffassung wie folgt definiert werden:

> „Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen. Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierungen, Relevanzen usw. weisen zudem – und das ist entscheidend – die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, d. h., der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. Indem das Wissen des Experten praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsfeld in relevanter Weise mit."

Nach der Beschreibung der verschiedenen Gestalten von Experten in ihrer spezifischen Rolle als Untersuchungsgegenstand ist im Folgenden die Stellung des Sonderwissens zu klären. Drei zentrale Dimensionen können analysiert werden, die die herkömmliche Differenzierung von Alltags- und

Expertenwissen erweitern und unterschiedliche methodische und theoretische Wirkungsfelder in dem Interview erzeugen (Bogner & Menz, 2005; Bogner et al., 2014). Das technische Wissen charakterisiert sich durch bürokratische Kompetenzen, fachspezifische Anwendungsroutinen und über die „Herstellbarkeit und Verfügung über Operationen und Regelabläufe“ (Bogner & Menz, 2005, S. 43). Dieser Wissensbereich bildet sich durch seine Systematik am deutlichsten heraus, wenn es um den spezifischen Wissensvorsprung von Alltags- und Expertenwissen geht und dies den Rahmen der „sachdienlichen Informationen“ (Bogner et al., 2014, S. 17) nicht überschreitet. Demgegenüber grenzt sich das Prozesswissen durch eine genaue Information und Einsichtnahme von Handlungsabläufen, organisationale Konstellationen, Interaktionsroutinen sowie vergangene und aktuelle Ereignisse ab, in die der Experte mit seinen Fähigkeiten involviert ist oder zumindest Nähe zum Handlungsfeld aufweist. Als dritte Dimension des Expertenwissens lässt sich das Deutungswissen nennen, welches bevorzugt auf das theoriegenerierende und das explorative Experteninterview zielt und sich vor allem durch Regeln, subjektive Relevanzen, Interpretationen und Sichtweisen des Experten auszeichnet und das Feld der Ideologien, inkonsistenten Sinnentwürfe und Erklärungsmuster betritt. Dieses Wissen existiert nicht als eine interpretationsunabhängige Entität, sondern erschließt sich erst durch die Datenerhebung, die Auswertungsprinzipien sowie die Abstraktions- und Systematisierungsleistung des Untersuchenden. Die Interpretation unterscheidet nicht zwischen Richtig und Falsch, sondern differenziert verschiedene Deutungsmuster (Bogner et al., 2014).

Meuser und Nagel (1991; 2009) erschließen ihrerseits das Sonderwissen des Experten durch das Betriebs- und das Kontextwissen. Bei dem Betriebswissen richtet sich der Fokus auf das Betriebsinteresse, bei dem die Experten als „Entwickler und Implementeure“ (Meuser & Nagel, 2009, S. 471) angesehen werden, da sie an entscheidender Stelle Verantwortung tragen, um Maßnahmen zur Entwicklung, zur Verabschiedung und Optimierung im Berufsalltag anstreben. Steht das Kontextwissen im Mittelpunkt, interessieren die Lebensbedingungen, Handlungsweisen und Entwicklungen einer bestimmten Population, auf die das Expertenhandeln ausgerichtet ist, oder derjenigen, die über ihre Tätigkeit ein spezialisiertes Sonderwissen erworben haben.

Um das Expertenwissen in dieser Untersuchung zu extrahieren, bietet sich das Leitfadeninterview mit einer teilstrukturierten Vorbereitung von offenen Fragen als Grundlage an, um den enthaltenen sozialen Prozess zu rekonstruieren (Gläser & Laudel, 2010). Besonders sinnvoll wird diese Form erachtet (Gläser & Laudel, 2010, S. 111),

- „wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Untersuchung und nicht durch die Antwort des Interviewpartners bestimmt werden, und
- wenn im Interview auch einzelne, genaue bestimmbare Informationen erhoben werden müssen."

Zugespitzt formuliert bietet sich das Experteninterview dann als Datengenerierung an, wenn

> „die exklusiven Wissensbestände von Experten im Kontext ihrer (letzt-)verantwortlichen Zuständigkeit für den Entwurf, die Implementierung und die Kontrolle von Problemlösungen Gegenstand des Forschungsinteresses sind. In diesem weiten Sinne zielt das Erkenntnisinteresse des Experteninterviews auf die Rekonstruktion von (explizitem) Expertenwissen ab" (Pfadenhauer, 2005, S. 117).

Nach den Erfahrungen von Meuser und Nagel (2009) ist es für den positiven Ausgang des Experteninterviews entscheidend, den Leitfaden flexibel und unbürokratisch anzuwenden sowie ein thematisches Tableau zu wählen, um nicht nur die eigenen Relevanzstrukturen hervorzuheben, sondern auch die des Befragten. Dabei sollen die Offenheit der Kommunikation und das Prozesshafte von Wissenschaft schrittweise durch Reflexion von bereits erhobenen Daten rekonstruiert und neue Einflussfaktoren aufgedeckt werden, die für weitere Erhebungen genutzt werden können, was als „offene Geschlossenheit" bezeichnet wird (Liebold & Trinzcek, 2002, zit. n. Schämann, 2006, S. 69). Wird nun den bisherigen Informationen über die Methode der Extraktion dieses Sonderwissens gefolgt, stellt sich heraus, dass die Form des in dieser Untersuchung genutzten Experteninterviews mit dem Ziel der Strukturierung sowie der Exploration von Expertenwissen zugrunde liegen.

3.3 Sampling der Experten

Aus den genannten Hintergründen des Experten und Expertenwissens, der stetig voranschreitenden Modernisierung und der unterschiedlichen Arbeitsplatzbedingungen kristallisiert sich die Entscheidung heraus, Physiotherapeuten aus unterschiedlichen Ausbildungsstrukturen zu befragen, um ein möglichst umfassendes Bild des Professionalisierungsprozesses zu erhalten und zu einer Exploration und Strukturierung neuer Erkenntnisse sowie damit einer ausdifferenzierten Berufsfunktion mit deren professionellen Handlungsstrukturen beizutragen. Trotz der heterogenen Expertengruppe, die sich durch unterschiedliche berufsspezifische Tätigkeitsfelder und Ausbildungen auszeichnet, teilen alle das Attribut der Berufsangehörigkeit der Physiotherapie. Einschlusskriterien für die Teilnahme an dieser Untersuchung werden daran gekoppelt, dass alle Probanden eine Berufsfachschulausbildung für Physiotherapie absolviert und mindestens fünf Jahre als Physiotherapeuten gearbeitet haben sowie

in den spezifischen akademischen Befragungsgruppen einen konsekutiven Bachelor- bzw. Masterabschluss im Bereich der Physiotherapie vorweisen können.

Die Sprache der Interviews lehnt sich an den lebensweltlichen Sprachfundus der Berufsinhaber an, sodass der Interviewer über einen dementsprechenden Wissenshintergrund in dem zu untersuchenden Sachverhalt aufweist. Trinczek ist der Auffassung, dass die Experten „ihrer Lust am handlungsentlastenden intellektuellen Austausch, am Argumentieren und Diskutieren nachkommen […] können" (Liebold & Trinczek, 2002, zit. n. Schämann, 2006, S. 70), um in einer diskursiven Weise mit dem Untersuchenden neue Erkenntnisse zu explorieren, was bei beiden Akteuren eine gewisse Sozialkompetenz voraussetzt. Ein weiterer Grundanspruch an die semistrukturierte Methode liegt darin, dem Befragten kein „externes Relevanzsystem zu oktroyieren" (Pfadenhauer, 2005, S. 117), sondern es ihm zu ermöglichen, eine persönliche Sichtweise zu erzeugen und auszuformulieren. Dies stellt vor allem beim impliziten Wissen eine Herausforderung dar, da dies nicht immer klar und deutlich kommuniziert wird und eine hohe Diffusität aufweist. Da die vorliegende Studie vor einem berufspraktischen Hintergrund durchgeführt wurde, liegen die erforderlichen Vorkenntnisse der berufskulturellen Strukturen vor (Pfadenhauer, 2005), sodass es zu einer Kommunikation zwischen Experten kommen kann. Der daraus gewonnene Vorteil lässt erkennen, dass das Feld nicht erst mühevoll exploriert werden muss und dadurch Fehler beim Zugang vermieden werden (Seitter, 1999, zit. n. Schämann, 2006, S. 70). Jedoch kann dieser Zugang die Problematik beinhalten, dass die Sichtweise nicht mehr unvoreingenommen ist und sich nur auf die Ergebnisse konzentriert. Da qualitative Untersuchungen das Ziel haben, von einem Allgemeinen auf ein Gemeinsames zu schließen, muss jedoch der Anspruch auf Repräsentativität zurückhaltend formuliert werden.

Ein weiteres Feld eröffnet sich durch die Frage, wie das Sample für diese Untersuchung zusammengesetzt wurde. Der erste Schritt eines solchen Auswahlverfahrens der Probanden besteht darin, durch eine Literaturrecherche zu ermitteln, wer in diesem Feld als ein relevanter Experte angesehen werden kann, wobei es für die Reputation der Studie einen bedeutenden Vorteil bietet, alle relevanten Akteure einzubinden (Bogner et al., 2014). Bei der Zusammenstellung der Interviewpartner lassen sich unterschiedliche Verfahren anwenden, die entweder auf dem Schneeballprinzip beruhen oder ein theoretisches und selektives Sample darstellen (ebd.). Beim Schneeballverfahren setzt sich die Stichprobe durch die Empfehlung der Befragten zusammen, die „bei der Einschätzung der Wichtigkeit von bestimmten Personen hilfreich sein" (Bogner et al., 2014, S. 35) können und somit das ursprüngliche Sample erweitern.

Die von Glaser und Strauss (1998, zit. n. Bogner et al., 2014, S. 36) entwickelte Methode der theoretischen Zusammensetzung der Probanden determiniert, dass Datenerhebung, Kodierung und Analyse

parallel ablaufen und darüber entschieden wird, welche Daten als Nächstes erhoben werden sollen, um eine „theoretische Sättigung“ (Bogner et al., S. 37) der zentralen Kategorien zu erwirken und keine weiteren kontrastierenden Daten sowie Kategorien zu entwickeln, ohne dass diese sich wiederholen. Vor allem bei einem theoriegenerierenden Experteninterview gewinnt dieser Zugang an Bedeutung.

Die ökonomischere Variante scheint jedoch das Vorgehen des selektiven Samplings zu sein, da im Vorfeld des Forschungsvorhabens festgelegt wird, welche Merkmale und wie viele Probanden ausgewählt werden sollen, um ein möglichst breites Spektrum des Untersuchungsfeldes zu gewährleisten (Schämann, 2006). Diese Studie beruft sich primär auf die selektive Eingliederung der Probanden, da Triezenberg (2005), Laliberte und Kollegen (2017) sowie Barnitt und Partridge (1997) ebenfalls mit einem teilstrukturierten Interview, den hier dargelegten Inklusionskriterien und dem Forschungsthema zur ethisch-moralischen Rolle der Physiotherapeuten mit deren Eigenlogiken zu aussagekräftigen Ergebnissen gekommen sind. Dazu respektiert sie die theoretische Methode der Datensättigung, bei der es zu keinen zusätzlichen aussagekräftigen Kategorien kommt. In der vorliegenden Untersuchung werden 15 praktizierende Physiotherapeuten mit einer Berufserfahrung von mindestens fünf Jahren akquiriert, die in drei Gruppen eingeteilt werden. Je fünf Physiotherapeuten mit einer Berufsfachschulausbildung, einem konsekutiven Bachelor- und Masterabschluss werden befragt, um möglichst alle praktischen Tätigkeitsbereiche des Berufsbildes abzudecken sowie unterschiedliche Betrachtungsweisen für zukünftige Berufsentwicklungen nutzbar zu machen.

3.4 Interaktionsmuster und Konstruktion des Interviewleitfadens

Da die komplexe soziale Interaktionsstruktur in einem Experteninterview die Interviewpartner oftmals intuitiv in eine agierende oder reagierende Position zwingt, kann ein methodisch regelgeleitetes Verfahren nicht vollständig und zu jeder Zeit befolgt werden, was eine Reflexion dieser Thematik rechtfertigt (Bogner et al., 2014). Gläser und Laudel (2010) sehen vor allem die natürliche Gesprächssituation im Vordergrund, die konträr zu einer sturen Abarbeitung des Leitfadens steht und in erster Linie davon abhängig ist, wer an dem Interview partizipiert. Des Weiteren können die erhobenen Daten stark von der Wahrnehmung und Rollenzuschreibung des Interviewers variieren, der entweder in Gestalt eines „Co-Experten“, „Laien“, „potenziellen Kritikers“, „Komplizen“, „Evaluators“ oder als „Autorität“ auftreten kann (Bogner et al., 2014, S. 52 ff). Da der Verfasser denselben Beruf ausübt wie die befragten Experten, werden vor allem die Zuschreibungen der fachlichen Kompetenzen des Co-Experten berücksichtigt. Die Wahrnehmung des Co-Experten wird in der Literatur zum Experteninterview für eine Gesprächsführung bevorzugt, da der Interviewer als ein Partner und Kollege

angesehen wird, der in einer gleichberechtigten Interaktion mit dem Befragten steht und mit dem es zu einem Wissen- und Informationsaustausch auf Augenhöhe kommt.

Durch einen weitgehend horizontalen Kommunikationsstil sorgen viele Fragen und Gegenfragen dafür, dass eine inhaltliche Diskussion entsteht, die zu einem hohen fachlichen Niveau der Interviewsituation beitragen soll und sich somit vor allem für explorative und systematisierende Experteninterviews eignet. Zudem kann durch die Art und Weise, wie die Fragen formuliert werden, auf Inhalt und Verlauf ein enormer Einfluss genommen und ein spezifischer Sprachanreiz gesetzt werden, der unterschiedliche Wissensformen in den Fokus stellt. Gerade der Auftakt benötigt eine besondere Strategie, da dieser Interviewteil die weitere Konstellation in der Wahrnehmung und Rollenzuschreibung der Interviewpartner manifestiert. Dies gilt vor allem für den Co-Experten.

Der entwickelte Leitfaden gliedert sich in die Themenblöcke der theoretischen Ausarbeitung im theorieleitenden Teil, Berufsbild der deutschen Physiotherapie, Professionalisierung sowie Ethik und moralische Fertigkeiten der Physiotherapeuten, um den Blick nach innen auf die eigene Berufsformation zu richten, dadurch neue Erkenntnisse für eine weitere Ausrichtung der Professionalisierungsdebatte zu erhalten und eine berufsorganisatorische Auseinandersetzung zu evozieren.

3.5 Akquise und Erhebungsphase

Die Rekrutierung der befragten Physiotherapeuten erfolgte entweder durch eine Ausschreibung über die Kommunikationskanäle der „Social Media“, eine Kontaktaufnahme während diverser berufsrelevanter „Stammtische“ und netzwerkdienlicher Veranstaltungen sowie durch eine Weiterempfehlung der bereits befragten Studienteilnehmer. Die Experteninterviews wurden in Praxen, Privathaushalten oder über das Internet mittels einer Videokonferenz durchgeführt, sodass eine gelöste Atmosphäre gewährleistet werden konnte. Um möglichst regionalen Gemeinsamkeiten vorzubeugen, wurden Physiotherapeuten aus unterschiedlichen Bundesländern für diese Untersuchung akquiriert.

Die Themengebiete waren anhand des Leitfadeninterviews verankert, jedoch je nach Gesprächsfluss und Intensität wurden einige Schwerpunkte vertieft angesprochen, um individuelle Erfahrungswerte der Probanden zu ermitteln. Vor der offiziellen Durchführung der Experteninterviews wurden drei Pretests durchgeführt, um Verständnisschwierigkeiten aufzudecken und die Fragestellungen zu überarbeiten, was vor allem im Themenblock der moralischen Fähigkeiten der Fall war.

Nachdem allen Interviewpartnern Anonymität zugesichert und eine Einverständniserklärung mit der wissenschaftlichen Auswertung eingeholt worden war, konnten die Gespräche, die zwischen 45 und 80 Minuten dauerten, mittels Tonbandaufnahmefunktion eines Smartphones aufgezeichnet werden,

um Genauigkeit, wörtliche Zitate, Unmittelbarkeit und eine bessere Dokumentation mit einer einfacheren und kritisch reflektierten Auswertung zu gewährleisten (Kuckartz, 2018). Zudem wurde ein Ethikvotum der Deutschen Sporthochschule Köln eingeholt.

3.6 Soziodemografische Daten der Probanden

Das Alter der gesamten Studienteilnehmer beträgt 28 bis 47 Jahre, das durchschnittliche Lebensalter gerundet bei 37 Jahre. Bei den Physiotherapeuten mit einer Berufsfachschulausbildung sowie einem Masterabschluss liegt der Altersdurchschnitt bei zirka 37 Jahren, bei den Absolventen eines Bachelorstudiums bei 36,5 Jahren (Tab.9). Der Großteil der Teilnehmer lag in der Altersgruppe zwischen 32 und 39, die überwiegend ein Studium absolviert haben, während die nichtakademisierten Therapeuten den älteren Jahrgängen angehören. Die Berufserfahrung beträgt im Durchschnitt 13 Jahre und die Spannweite 5 bis 24 Jahre. Die berufsfachschulisch ausgebildeten Physiotherapeuten hatten demnach die längste praktische Routine.

Tabelle 9: Soziodemografische Daten der Probanden

Gruppen	Alter	Berufserfahrung	Geschlecht	Schulabschluss	Fortbildungen
Berufsfachschule					
B1	43	20	W	Abitur	MT, MLD, ZNS
B2	38	15	M	Mittlere Reife	MT, KGG, MLD
B3	41	15	M	Mittlere Reife	MT, KGG, MLD
B4	32	8	W	Mittlere Reife	MLD, KGG
B5	32	13	M	Mittlere Reife	MT, KGG, MLD, ZNS
Bachelorstudium					
B6	30	7	M	Abitur	MT, MLD, PS, MI
B7	36	8	M	Berufsoberschule	MT, MLD, ZNS
B8	46	24	W	Abitur	MT, KGG, ZNS
B9	28	5	M	Fachabitur	MT, MLD, PS, MI
B10	43	15	M	Fachabitur	MT, MLD
Masterstudium					
B11	31	10	M	Fachabitur	----------
B12	47	20	M	Abitur	----------
B13	37	10	M	Abitur	MT, KGG, MLD
B14	31	10	M	Mittlere Reife	----------
B15	38	14	M	Abitur	MT, KGG

Die schulische Grundsozialisation der Therapeuten kann in fünf Fällen mit dem mittleren Bildungsweg, den das Gros der Gruppe mit der Berufsfachschulausbildung auszeichnete, zweimal dem

Fachabitur, einmal der Berufsoberschule und sechsmal dem Abitur beschrieben werden, wobei sich abzeichnet, dass in einem Fall auch die berufliche Qualifizierung für ein weiterführendes Studium durchgesetzt hat. Die Verteilung der Geschlechter zeigt sich bei dieser Untersuchung in einer hoch ausgeprägten Repräsentanz von männlichen Teilnehmern, die in der Gruppe der Therapeuten mit Masterabschluss ohne Ausnahme vertreten waren, während insgesamt nur drei weibliche Probanden befragt werden konnten, was jedoch vor dem Hintergrund der freiwilligen Teilnahme an diesen Interviews eher auf einem Zufall beruht, da sich die Akquise der beiden akademisch ausgebildeten Gruppen als schwieriger darstellte. Bei den zertifizierten und nichtzertifizierten Fortbildungen zeichnet sich ab, dass 11 der 15 Teilnehmer ein erweitertes Behandlungsspektrum in der Manuellen Therapie (MT) bedienen, während die Zertifizierungen für das gerätegestützte Training (KGG) und der manuellen Lymphdrainage (MLD) dahinter liegen. Die additive Zusatzfortbildung für Patienten mit zentralen Bewegungsstörungen (ZNS) sowie die Qualifikation in dem Bereich der Schmerzmodulation (PS) und Motivational Interviewing (MI) deckten das periphere Fortbildungsspektrum ab. Andere Fortbildungen, die keine Abrechnungsposition beinhalten oder zu selten angeboten werden, wurden nicht aufgelistet.

3.7 Transkriptionsregeln und Auswertung

Um die Forschungsfragen zu beantworten und die lebensweltlichen Phänomene der Physiotherapeuten durch die Interviews überhaupt deuten zu können, müssen die Aufzeichnungen genau verschriftlicht werden, um den Anforderungen an eine wissenschaftliche Transkription gerecht zu werden (Fuß & Karbach, 2014). Es soll somit die dramaturgische Gesprächsentwicklung sichtbar und für andere Wissenschaftler nachvollziehbar gemacht werden. In dem Prozess der Transkription soll vor allem auf die genaue Erfassung von gesprochenen Einzelphänomenen geachtet werden, die unter Berücksichtigung von „Einfachheit, leichte[r] Verwendbarkeit der erstellten Transkripte“ sowie der „schnellen Erlernbarkeit“ (Dittmar, 2009, S. 53) erfolgt. Dittmar (2009, S. 59) merkt die „tendenzielle Unteilbarkeit“ dieses Forschungsprozesses an, in dem die Daten beschafft und kodiert sowie die Ergebnisse interpretieren werden sollen: „Die Erklärung kom[]plexer Kommunikationsprozesse gewinnt in dem Maße an verstehender Tiefe, wie die die Daten auswertenden ForscherInnen mit den Datenbeschaffern und -kodierern identisch sind.“

Bekannte Transkriptionsverfahren sind bspw. diejenigen von Ralf Bohnsack (2014) und Udo Kuckartz (2018), wobei das Verfahren von Kuckartz hier angewandt wird. Mit diesen Regeln wird bei der Transkription ein objektiver Standard festgelegt und einem ungewollten Informationsverlust vorgebeugt. Diese Informationsinhalte können Variationen im Sprachklang, in der Lautstärke, der

Verhaltensebene oder der nonverbalen Kommunikation beinhalten, jedoch bekommen sie in vorliegender Untersuchung keine große Relevanz zugesprochen.

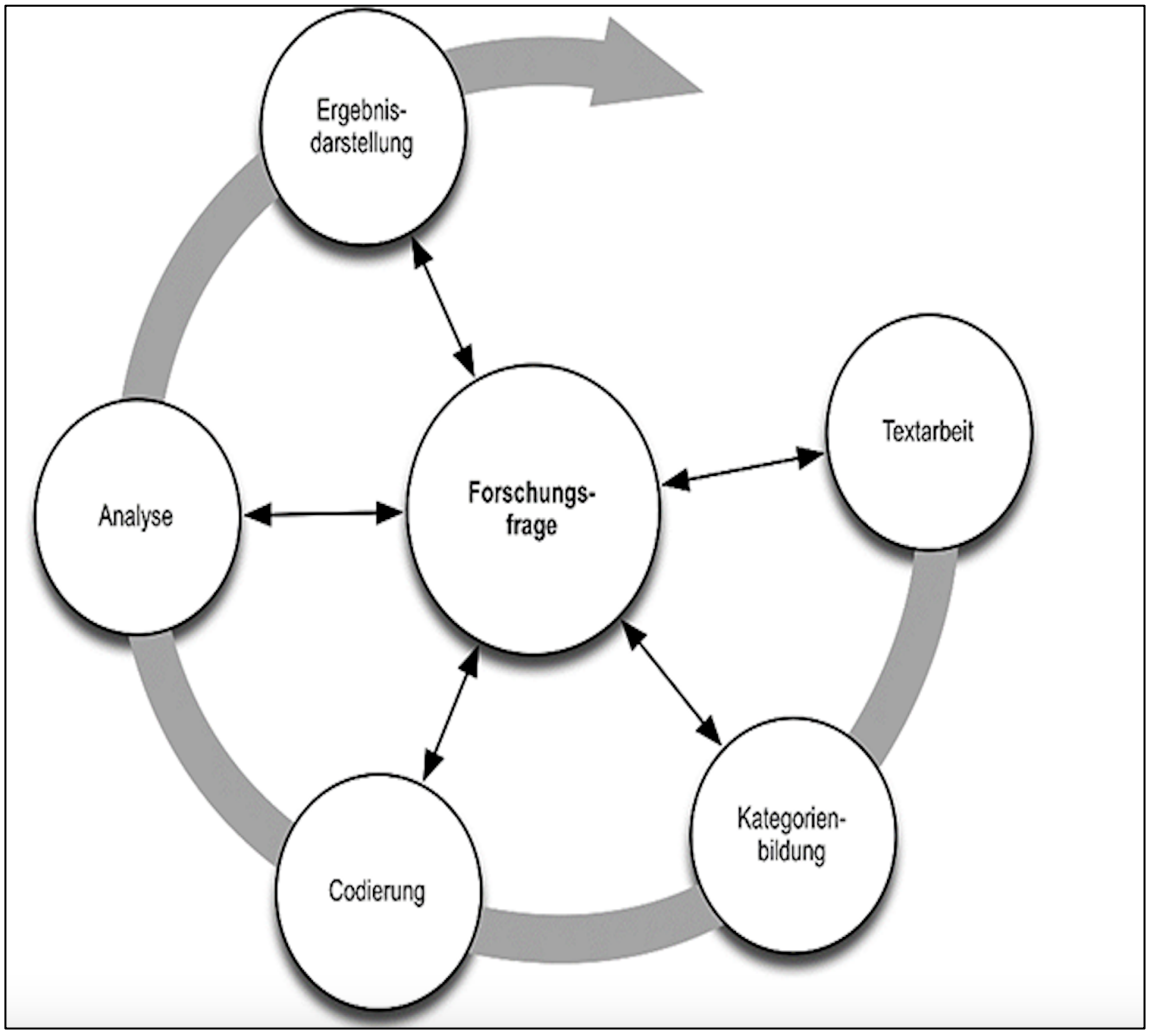
Alle 15 durchgeführten Interviews wurden nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2015, zit. n. Kuckartz, 2018, S. 167) unter ergänzten Bedingungen von Kuckartz verschriftlicht und sprachlich leicht geglättet, um die Originalität der Antworten beizubehalten. Die Datenanalyse erfolgte mit der computergestützten Auswertungssoftware MAXQDA 2018.2.4 (Kuckartz, 2018; Rädiker & Kuckartz, 2019), die speziell für die qualitative Sozialforschung entwickelt wurde. Durch dieses Computerprogramm können Kategorien der verschiedenen Themenblöcke definiert, Memos verwaltet, ein Kategoriensystem entwickelt, Wortindizes hervorgehoben sowie mithilfe von Kodes oder Subkodes den unterschiedlichen Schwerpunkten der Überschriften zugewiesen werden. Anhand derselben Themen können die vorhandenen Aussagen der Experten abgeglichen und analytisch auf Gemeinsamkeiten oder Unterschieden der Inhalte untersucht und anschließend zugeordnet werden. Durch die Kategorienbildung sollen komplexe Zusammenhänge sowie deren Prägnanz eruiert und in einen gesamtberuflichen Kontext gestellt werden, um die Eigenlogik der befragten Physiotherapeuten auf die berufssoziologische Entwicklung zu extrapolieren.

3.8 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertmethode

Die qualitative Inhaltsanalyse als häufig genutzte Auswertungsmethode beinhaltet die Bearbeitung von kommunikativem Material, das in einer wissenschaftlichen Studie gewonnen wurde, und steht für eine qualitative und interpretative Sinngebung der Ergebnisse, wobei dieses spezielle Verfahren streng regel- und theoriegeleitet ist (Mayring, 2015; Mayring & Fenzl, 2019). Durch diese Systematik des Textverstehens ist eine intersubjektive und überprüfbare Durcharbeitung auch von großen Textmengen möglich, durch die auch auf kommunikative Aspekte rückschließen lässt. Der Aufgabenbereich dieser Analysetechnik verdeutlicht sich vor allem in der vorliegenden Pilotstudie, da es bislang keine vergleichbare Untersuchung in diesem Umfang in Deutschland gab, die den Gegenstandsbereich der Professionalisierung und des dazugehörigen ethischen Verständnisses mit deren Entwicklungschancen offen zu erkunden sowie das bisherige berufliche Selbstverständnis mit der derzeitigen Berufssituation abzugleichen und dieses Themenfeld zu vertiefen versucht.

Wie sich aus dem Namen herleiten lässt, stellen die qualitativen bzw. klassifikatorischen Begriffe die Grundlage dieser Form von Inhaltsanalyse dar, mittels derer die extrahierten Gegenstände in voneinander unterscheidbare Kategorien eingeordnet werden, was eine Zuordnung und Konkretisierung der Textarbeit anhand der Forschungsfrage ermöglicht (Abb. 11).

Abbildung 11: Generelles Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 45).



Der pragmatische Sinn liegt darin, die Aussagen auf diese merkmaltypischen Kategorien inhaltlich zu reduzieren, wobei ein Informationsverlust in Kauf genommen werden muss, um eine sinnvolle Wechselbeziehung mit der Forschungsfrage zu resümieren (Früh, 2004, zit. n. Kuckartz, 2018, S. 32). Das Kontinuum der Kategorienbildung stellt die Bandbreite von einer vollständig deduktiven (konzeptgesteuert) bis zu einer komplett induktiven (datengesteuert) Konstruktion dar, die jedoch in den meisten Untersuchungen – wie auch in dieser – als eine Mischform auftritt. Die Hauptkategorien, die deduktiv, also a priori an das Material herangetragen werden, strukturieren die Inhaltsanalyse in Themen und werden aus den Themenschwerpunkten und dem Interviewleitfaden herausgearbeitet.
Die Subkategorien, die eine verfeinerte und tiefere Analyse gewährleisten, werden anhand des erhobenen Materials induktiv, das heißt direkt an den empirischen Daten verallgemeinernd konstruiert und grenzen sich scharf voneinander ab (Kuckartz, 2018; Mayring, 2015). Kuckartz (2018) benennt unterschiedliche Kategorien: Fakten-, thematische, evaluative, analytische, natürliche und formale Kategorien.

Im vorliegenden Fall rücken vor allem die Themenkategorien in den Forschungsfokus, da die Themeninhalte einschließlich der vorgebrachten Argumente und die Zusammenhänge interessieren, um die Funktion von Gradmessern und Zeigern darzustellen, wohin sich die Berufskultur der Physiotherapeuten zu entwickeln vermag, sowie den Tenor der Interviews zu strukturieren. „Kategorienbildung am Material ist ein aktiver Konstruktionsprozess, der theoretische Sensibilität und Kreativität erfordert. Hierfür gelten nicht die Maßstäbe der Übereinstimmung von Kodierenden und der Anspruch von Intrakoder- und Interkoder-Übereinstimmung." (Kuckartz, 2018, S. 73).

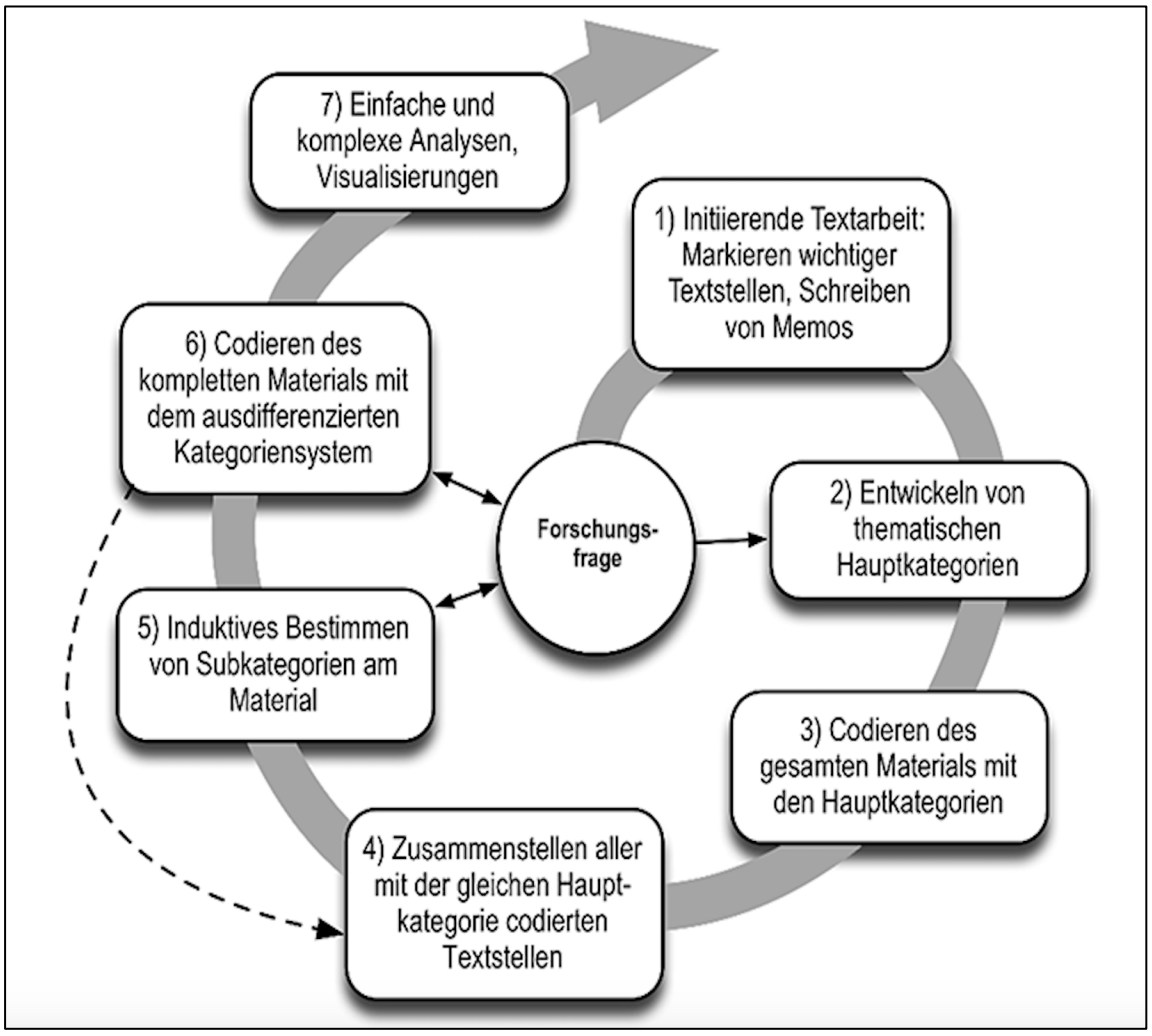
Für die datengesteuerte Kategorienbildung gibt es verschiedene Vorgehensweisen (Kuckartz, 2018; Mayring, 2015), wobei in dieser Abhandlung der Ansatz „der Kategorienbildung über Paraphrasierung und Zusammenfassung" (Kuckartz, 2018, S. 74) angewendet wird. Bei dieser Variante kommt es zu einer Bündelung und fokussierten Zusammenfassung einzelner Aussagen durch Paraphrasierungen, aus denen sich einzelne Kategorien herauskristallisieren, die generalisiert werden können. Bei dieser Methode kann sehr nahe am Text gearbeitet und das Abstraktionsniveau schrittweise erhöht werden. Dabei befolgt dieses Vorgehen diverse Regeln, die Kuckartz (2018, S. 74) in Anlehnung an Mayring (2015) gebündelt zusammenträgt. Hierzu zählen die Streichung von nicht inhaltstragenden Textteilen, die einheitliche Festlegung des Abstraktionsniveaus, die zusammenfassende Paraphrasierung von inhaltstragenden Aussagen, das Transferieren auf eine einheitliche Sprachebene, sich möglichst nahe am Originaltext zu bewegen, um eigene Interpretationen zu vermeiden, und die Generalisierung der Paraphrasen in einem mehrstufigen Prozess, bei der bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen und ähnliche gebündelt werden.

Nach der Darstellung der Kategorienbildung wird im folgenden Schritt die „inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse" (Kuckartz, 2018, S. 97) vorgestellt, die als analytische Basis dieser wissenschaftlichen Arbeit gilt, da sie mit der genutzten Auswertsoftware (MAXQDA) eine größtmögliche Kompatibilität gewährleistet sowie das Material inhaltlich analysiert, reduziert und flexibel zusammenfasst.

> „Kern der inhaltlich-strukturierenden Vorgehensweise ist es, am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben – beispielsweise im Hinblick darauf, was zu bestimmten Themen im Rahmen einer Interviewstudie ausgesagt wird. Die Aspekte bilden zugleich die Struktur des Kategoriensystems; die verschiedenen Themen werden als Kategorien des Kategoriensystems expliziert." (Schreier, 2014, S. 5).

Für den Analyseprozess am Material hat Kuckartz (2018) eine Guideline entwickelt, um die Flexibilität dieser verschiedenen Wege beizubehalten, jedoch Stringenz zu gewährleisten (Abb. 12).

Abbildung 12: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 100).



Phase 1 hat das Ziel, vorüberlegte Kategorien in Einklang mit der Forschungsfrage zu bringen sowie zu bestimmen, was mit dieser Kategorienbildung erreicht werden soll und wie diese in dem Gesamtkontext hilfreich sein kann. Dazu kommt es zu einer initiierenden Textarbeit, in der mit Markierungen und Memos die entscheidenden Textpassagen für eine erste Fallzusammenfassung gekennzeichnet werden.

In *Phase 2* werden die Hauptkategorien und deren Abstraktionsniveau festgelegt, was in der vorliegenden Untersuchung mit den thematischen Schwerpunkten festgehalten wird. Grundsätzlich ist auch eine Vermischung unterschiedlicher Kategorien möglich, wenn dies durch die Forschungsfrage, die kommunikativen Inhalten und die abstrakte Nähe zum Text gewährleistet wird. Damit soll nicht nur eine genauere Strukturierung des Materials am zu beschreibenden Themenkomplex erzeugt werden,

sondern es sollen auch relevante Textpassagen festgehalten werden. Bei diesem Schritt werden die Hauptkategorien „mehr oder weniger direkt aus der Forschungsfrage abgeleitet“ (Kuckartz, 2018, S. 101).

In *Phase 3* wird anhand der Vertrautheit der Daten die Art einer Kodiereinheit festgelegt, was bedeutet, dass die Textsegmente und deren Umfang für eine Analyse bestimmt werden, um möglichst die Sinneinheiten sowie deren komplexe Aussagen verständlich zu reproduzieren. Hierbei wird der Text Zeile für Zeile durchforscht, und besondere Textabschnitte werden den Kategorien zugewiesen, wobei nicht relevante Inhalte unkodiert bleiben. Bei diesem Vorgang wird ein hermeneutisches Fallverstehen des Untersuchers gefordert, da in diesem Fall die Textabschnitte eine Gesamteinschätzung des Materials implizieren und bereits zu diesem Zeitpunkt eine Kategorienzuordnung stattfinden soll.

Phase 4 und *Phase 5* beziehen sich auf das „Zusammenstellen aller mit der gleichen Kategorie kodierten Textstellen“ (Kuckartz, 2018, S. 106) und die induktive Bestimmung von Subkategorien am Datenmaterial, indem es nun zu einer reflektierten Ausdifferenzierung der festgelegten Kategorien aus dem vorherigen Kodierprozess kommt. Diese Kategorien werden systematisiert, organisiert und in ein System zusammengesetzt, indem ähnliche Sinninhalte zusammengefasst, neue Subkategorien definiert und vorhandene Kategorien in Hauptkategorien überführt werden, wobei das Kriterium der Überschaubarkeit einen hohen Stellenwert einnimmt.

In *Phase 6* folgt der zweite Kodierprozess des kompletten Materials mit der Aushandlung sowie der endgültigen Festlegung des gesamten Kategoriensystems, da nun der Zeitpunkt erreicht sein sollte, an dem es kaum noch zu klar abtrennbaren Kategorien kommt und das Material erschöpft ist. Der Einbezug von fallbezogenen thematischen Zusammenfassungen in einer analytisch komprimierten tabellarischen Übersicht wird in den Sozialwissenschaften häufig genutzt und hat auch in der Methodenliteratur seinen festen Platz gefunden (Kuckartz, 2018). Durch die systematische Kodierung der Daten ist ein thematisches Koordinatennetz entstanden, welches sich als Themenmatrix mit den unterschiedlichen fallbezogenen Themen und Unterthemen in den Worten des Untersuchenden darstellt. Die Themen werden im Hinblick auf die Forschungsfrage betrachtet und reduziert.

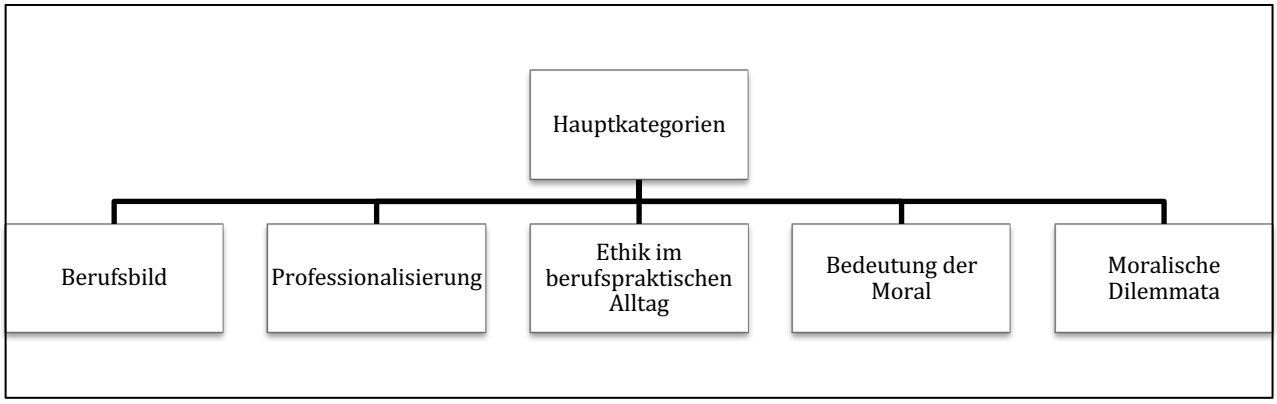
Bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse stehen die Kategorien im Mittelpunkt, die zum Schluss, also in *Phase 7* in einer Analyse ergebnisorientiert visualisiert sowie präsentiert werden sollen. Dabei soll die Auswertung entlang der Hauptkategorien erfolgen, um „inhaltliche Ergebnisse in qualitativer Weise zu präsentieren“ (Kuckartz, 2018, S. 118), bevor etwaige Zusammenhänge zwischen den Subkategorien, innerhalb einer Hauptkategorie oder zwischen den Hauptkategorien beleuchtet werden.

4 Ergebnisse

4.1 Themenblöcke und Kategorien

Um die Ergebnisse zu strukturieren und die Nachvollziehbarkeit der Kategorien einschließlich ihrer Inhalte zu gewährleisten, werden die unterschiedlichen Themenschwerpunkte mit den differierenden therapeutischen Ausbildungszweigen systematisch eingeordnet. Es wurden Hauptkategorien deduktiv bestimmt, die sich an den theoretischen Hintergrund sowie des Fragenkataloges orientieren, um die Themenfelder des *Berufsbildes*, dessen *Professionalisierung*, die Vergegenwärtigung einer *Ethik im berufspraktischen Alltag*, die *Bedeutung der Moral* der Physiotherapeuten sowie die einzelnen *Dilemmasituationen* zu erkunden (Abb. 13).

Abbildung 13: Einteilung der Hauptkategorien anhand der Themeninhalte



Die folgenden Abgrenzungen der Hauptkategorien sollen eine induktive Kategorienbildung erleichtern und Transparenz herstellen, um die Vorgehensweise zusammenhängend nachzuvollziehen. Für den Themenblock *Berufsbild* wurde der folgende Kodierhinweis definierend formuliert: *Elemente zur Verortung einer Berufsfunktion und beruflichen Handelns sowie Hinweise auf eine berufstypische Identität.* Das bedeutet, dass Handlungsschwerpunkte und Eigenschaften sinnzusammenhängend erarbeitet sowie inkludiert werden, um die derzeitige Struktur des beruflichen Handelns zu analysieren und eine modernisierte Berufsfunktion für die Physiotherapie zu erarbeiten, mit der eine sachthematische Spezialisierung ausdifferenziert werden kann.

Nachdem die erste Hauptkategorie abgesteckt wurde, sollen die Ergebnisse mit den Themeninhalten der *Professionalisierung* weitergeführt und nachfolgend eingegliedert werden. Die Kategorien dieser Obergruppe werden durch die Darstellung eingeordnet: *Die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie beeinflussende Chancen und Risiken.* In dieser Zusammenfassung schneiden sich die Bereiche aus den Inhalten der berufsgruppenspezifischen Kontexte und den Professionalisierungsaussichten der Physiotherapeuten. Dabei sollen Möglichkeiten herausgearbeitet sowie verknüpft werden,

die einen berufssoziologischen Entwicklungsprozess positiv wie auch negativ beeinflussen, um einen impliziten Abgleich mit den bekannten Professionstheorien vornehmen zu können, bevor sie in der Diskussion explizit ihre Anwendung finden.

Die Kategorie der *Ethik im berufspraktischen Alltag* erschließt sich durch die Reflexion ethischer Sujets, die persönlichen Vorerfahrungen der Physiotherapeuten einschließlich ihrer Gefühle und Erwartungen, welche sie mit diesem Begriff in Verbindung bringen. Hierbei wird der Bezugsrahmen für das Formulieren der Kategorien wie folgt erstellt: *Bewusstsein, Kenntnisse und Anwendungen der Ethik im Beruf.* Dieser Bereich ergibt neue Erkenntnisse für eine Berufsethik, zeigt Möglichkeiten der Professionalisierung und erweitert den Horizont für eine Strukturierung von Schwerpunkten des nachfolgenden Ethikunterrichtes.

Eine weitere Hauptkategorie umschließt die *Bedeutung der Moral* der Physiotherapeuten. In das Analyseverfahren werden Textstellen aufgenommen, die eine Bedeutung für die Aufmerksamkeit in einem Gesundheitsfachberuf herausheben sowie zur Kultivierung dieser Kompetenz für die Entwicklungschancen der Physiotherapeuten beitragen, die auch in einen geordneten Unterricht einfließen. Die Kodierhinweise beziehen sich auf: *Bewusstsein, Kenntnisse und Anwendungen moralischer Handlungsmuster im Kontext der professionellen Ausgestaltung der Physiotherapie.*

Die letzte Hauptkategorie bildet das Spektrum aus den diversen *moralischen Dilemmata*, denen sich die befragten Physiotherapeuten im Beruf besonders häufig stellen müssen. Hierbei stellt die Auffassung von schwierigen ethischen Situationen von Therapeuten im beruflichen Handeln die Grundlage, die im direkten Patientenkontakt oder auch therapieübergreifend entstehen können. Daher erscheint die Abgrenzung dieser Begrifflichkeit relativ weitläufig: *Moralische Dilemmata, die bei den befragten Physiotherapeuten Unbehagen auslösen und eine moralische Entscheidung abverlangen*

Die anknüpfende ergebnisorientierte Darstellung aller Kategorien erfolgt in einer übersichtlichen Form. Vor allem einschlägige Inhalte der drei unterschiedlichen Ausbildungsformen hinsichtlich ihrer Übereinstimmung oder Gegensätzlichkeit einschließlich ihrer Bedeutung für die Kultivierung eines klaren Berufsprofils und ihr Bezug zu den Forschungsfragen sollen näher beleuchtet sowie mit Zitaten aus den Interviews hervorgehoben werden, um eine kontrastierende Perspektive der subjektiven Meinungen und Ansichten zu erhalten. Dadurch können berufliche Eigenlogiken analysiert werden, die Rückschlüsse auf die Kultivierung eines berufssoziologischen Entwicklungsprozesses bieten.

4.2 Hauptkategorie: Berufsbild

Um eine moralische Handlungsweise der Physiotherapeuten einzufordern, ist es zunächst notwendig, berufstypische Eigenlogiken zu benennen und abzustecken, um dem Ziel einer systemrelevanten Neuausrichtung der Berufsidee mit einem kongruenten Verständnis für ethisch relevante Situationen nachzukommen. Das Interaktionssystem der Physiotherapeuten soll in dieser Hauptkategorie dargelegt und die unterschiedlichen Ansichten der Ausbildungsniveaus sollen gegenübergestellt werden, um anschließend die Chance einer professionellen Fachidentität aufzugreifen. Eine Reflexion der derzeitigen berufstypischen sowie idealtypischen Handlungsstruktur ferner der berufseigenen Funktion mit einem anschließenden Einblick in die kollektiv-therapeutische Identität soll als Grundlage für den weiteren Verlauf dieser Untersuchung dienen und eine Professionsdynamik initiieren, um weitere Bestrebungen für eine klare Ausgestaltung der Physiotherapie zu erwirken. Daher werden Bezeichnung, Inhalt und eine beispielhafte Anwendung dieser Hauptkategorie beschrieben (Tab. 10).

Tabelle 10: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Berufsbild

Kategorie	*Berufsbild*
Inhaltliche Beschreibung	Elemente zur Verortung einer Berufsfunktion und beruflichen Handelns sowie Hinweise auf eine berufstypische Identität.
Anwendung der Kategorie	Hierbei sollen alle Textstellen kodiert werden, die für eine Auskleidung des Berufsbildes und die Zentralisierung von Handlungsschwerpunkten wesentlich sind.
Beispiele der Anwendung	B4: „Okay, also grundsätzlich kommen ja Menschen mit entweder, ja von mir aus Bewegungseinschränkungen oder Funktionseinschränkungen zur Physiotherapie, würde ich mal so grob sagen. Und der Physiotherapeut unterstützt die, in welcher Form auch immer dabei, diese Probleme zu beheben oder zu verbessern (okay), so vielleicht irgendwie." B13: „Also klar, das biomechanische Modell oder auch das biomedizinische Krankheitsmodell ist natürlich bekannt. Jeder spricht aber auch vom biopsychosozialen Krankheitsmodell, das ist natürlich klar wobei wir versuchen, möglichst alle Faktoren eben wie vorhin schon beschrieben abzubilden […]"

4.2.1 Berufsfunktion der Physiotherapie

Ziel dieses Kapitels ist es, das berufstypische Setting sowie die Handlungsschwerpunkte zusammenzutragen, um eine möglichst genaue Eingrenzung eines therapeutischen Funktionssystems zu erzeugen und diese für eine professionelle Berufsausübung zu verdichten. Erst durch eine genauere Verortung der berufstypischen Strukturmerkmale mit der dazugehörigen Anwendung kann es der Physiotherapie gelingen, professionelles Handeln zu konstituieren und sich selbstreferentiell legitimieren. Dadurch soll ein Verständnis der Berufsausübung geschaffen werden, was zu einer effektiveren Reautonomisierung der Patienten, einer Kostenökonomisierung der Solidargemeinschaft und einer Optimierung der bisherigen Berufsstruktur für Physiotherapeuten führen soll. In die Kategorie der Berufsfunktionen sollen alle Textstellen aufgenommen werden, die den Kern der physiotherapeutischen Tätigkeit eingrenzen sowie das Setting in diesem individuellen Interaktionsmuster und eine Abgrenzbarkeit zu benachbarten Gesundheitsfachberufen aufzeigen (Tab. 11).

Tabelle 11: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsfunktion der Physiotherapie

Name der Kategorie:	*Berufsfunktion*
Inhaltliche Beschreibung	Aussagen, die durch den typischen Funktionsbereich oder eine fallverstehende Anwendung dieser zu einer abgrenzbaren Berufssystematik beitragen.
Anwendung der Kategorie	Hierbei werden alle Textstellen kodiert, die das Tätigkeitsfeld der Physiotherapeuten mit dem spezifisch-therapeutischen Setting beschreibt sowie eine Abgrenzbarkeit zu benachbarten Gesundheitsfachberufen aufzeigt.
Beispiele der Anwendung	B7: „Ja doch schon. Da schau ich schon drauf, dass ich so die Aktivitätsebene, Partizipationsebene, Strukturebene und so weiter, dass ich da alles verbinde aber auch. Ich schau natürlich schon auch immer, wenn ich merke, dass die Struktur oder dass die Problematik nicht mehr besser wird, oder immer wieder aufkommt oder auf der psychosozialen Schiene das dann auch betrachte.“ B6: „Ich denke, die Physiotherapie ist […] eine Profession, die […] Humanphysiologie benutzt um die Lebensqualität der Menschen längerfristig zu steigern und aufrechtzuerhalten.“

In Tabelle 12 werden die generierten Subkategorien der unterschiedlichen Bildungsniveaus aufgelistet und markante Positionen nachfolgend diskutiert, um berufliche Grenzziehungen möglichst genau sowie mehrdimensional aufzuzeigen.

Tabelle 12: Subkategorien der Kategorie Berufsfunktion

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Setting und Strukturmerkmale • Menschen mit Funktionseinschränkung • Spezifische Ziele • Hands-on & Hands-off • Heilungsunterstützung • Steigerung der Aktivität für die soziale Teilhabe • Empowerment	**Setting und Strukturmerkmale** • Menschen mit Funktionseinschränkung • Arbeitsbündnis mit Patienten • Hands-on & Hands-off • Bewegungsaufklärung • Bewegungsmotivator • Konzeptentwickler für Bewegung • Prävention • Coachen und managen • Pädagogische und psychologische Interventionen • Psychosoziale Risikofaktoren erkennen • Kommunikation • Gesunder Lebensstil • Biopsychosoziale Gesundheit • Langfristiger Therapieerfolg • Steigerung der Lebensqualität und Partizipation • Empowerment	**Setting und Strukturmerkmale** • Menschen mit Funktionseinschränkungen • Individuelle Ziele • Hands-on & Hands-off • Bewegung fördern • Verhaltens- und Risikoanalysen • Coachen und managen • Pädagogische und psychologische Interventionen ➢ Stärkung der Selbstwirksamkeit beim Patienten ➢ Verhaltensänderung beim Patienten erwirken • Erhaltung und Wiederherstellung der Teilhabe im Leben • Empowerment
----------	**Abgrenzbarkeit durch evidence based practice** • Effizienz • Zielführende Interventionen	**Abgrenzbarkeit durch evidence based practice** • Wissenschaftliches Wissen • Tatsächlich wirksame Interventionen • Clinical Reasoning
Praxismodelle • Strukturell-anatomisch-biomechanisches- Modell • Biopsychosoziales Modell ➢ Umsetzungsschwierigkeiten • Diffus	**Praxismodelle** • Biopsychosoziales Modell • Mature-Organism Modell	**Praxismodelle** • Biopsychosoziales Modell
Liquide Funktionsgrenzen • Interdisziplinäres Vorgehen	**Liquide Funktionsgrenzen** • Interdisziplinäres Vorgehen	**Liquide Funktionsgrenzen** • Interdisziplinäres Vorgehen • Erweiterte Berufsrollen
Erosion der Funktionsgrenzen • Alleinstellungsmerkmal fehlt • Unwissenschaftliche Praxis	**Erosion der Funktionsgrenzen** • Alleinstellungsmerkmal fehlt	**Erosion der Funktionsgrenzen** • Arbeiten in Funktionsbereichen anderer Berufe (Medizin/Pflege/Wellness) • Unreflektierter Fach-Chauvinismus macht Funktionsgrenzen unflexibel • Unklare Funktionsgrenzen da zu geringe Professionalität

In Bezug auf die Berufsfunktionen konnten „*Setting und Strukturmerkmale“* herausgearbeitet werden, welches von allen befragten Physiotherapeuten für eine Verortung der Berufslogik als besonders tragend angesehen wurde. Im klassischen Sinne der Physiotherapie steht der „*Mensch mit einer Funktionseinschränkung“* im Fokus, die er trotz Mobilisierung eigener Bewältigungsstrategien nicht zurückerlangen kann. Erst durch den Verlust der autonomen Lebenspraxis kann der Patient an dem Funktionskreis – Physiotherapie – partizipieren und die Grundlage für ein funktionierendes „*Arbeitsbündnis mit dem Patienten“* sichergestellt werden.

> *„Ja, in knappste Worte gefasst, echten Patienten wieder die Funktion wiederbringen, die sie haben möchten, brauchen.“* (B5, 14).

Die besondere Betonung liegt auf „echte Patienten“, die eine wirksame Intervention überhaupt erst begründen. Erst hierdurch kann die Zusammenarbeit der Funktions- und Komplementärrolle für *„spezifische und individuelle Ziele“* in Kooperation beider Teilnehmer erschlossen sowie realistisch und effizient nachverfolgt werden.

> *„Ja genau, also wirklich ein echtes Ziel auch mit definieren können. Wer wirklich sagt, ich muss diesen Schmerz loswerden, weil ich das und das und das brauche und nicht einfach nur: ich will schmerzfrei sein …“* (B5, 35–36).

Dadurch kann auch eine Therapiemaßnahme beschlossen sowie systematisiert werden, die aus *„Hands-on & Hands-off*“-Maßnahmen besteht. Eine Aussage, die überwiegend von Physiotherapeuten mit Bachelor- und Masterabschluss getätigt wurde, war eine bewegungszentrierte Interventionspraxis, die sich vor allem in der *„Bewegungsmotivation“, „Bewegungsförderung“* sowie der *„Bewegungsaufklärung“* der Patienten widerspiegelt. Auffallend war dazu die Kategorie der *„Konzeptentwickler für Bewegung“*, welche über die Individualbetreuung des einzelnen Patienten hinausgeht und sozusagen einen Ansatzpunkt für ganze Bevölkerungsgruppen oder Organisationen anbietet. Dies ist als besonders wichtig anzusehen, da hierbei eine einzelne Therapeuten-Patienten-Körper-Beziehung transzendiert werden kann und somit die klassischen therapeutisch-handwerklichen Hands-on-Maßnahmen, die als eine spezifische Tätigkeit der Physiotherapeuten angesehen werden, durch eine holistische Therapiemaßnahme, wie sie das biopsychosoziale Behandlungsmodell bietet, synthetisiert.

> *„Und zwar, was die Physiotherapie angeht, wäre das Bewegung. Und mit dem Mittel der Bewegung. Und diese zielen eben auf Verbesserung von Bewegungsfähigkeit und aufheben oder verbessern von körperlichen Einschränkungen.“ (B12, 11-13).*

> *„Ich denke, die Physiotherapie hat einen Platz, sie sind aktuell eher in der Individualbetreuung sozusagen. Ich sehe die Physiotherapie zukünftig für mich eher als Teil des Gesundheitsamtes*

oder Teil der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Okay) Weil die Physiotherapie kann was andere Berufsgruppen nicht so gut können, wo sie vielleicht wieder ein Alleinstellungsmerkmal hat und die Umgebung mit einbeziehen in die in Bewegung oder einen in das Leben von Menschen, in das Bewegliche (Ja). So und wenn ich mir dann überlegt was, was die Zukunft braucht, dann kann ich mir vorstellen, die Physiotherapie als Konzeptentwickler dafür, wie halte ich eine Gesellschaft in Bewegung. (Okay) In Zusammenarbeit mit Architekten, mit Städtebauern, mit Statikern und so weiter. Das heißt, ich, ich nehme die Physiotherapie als Profession und sagen: Hey, da wird jetzt ein Stadtgebiet gebaut, wie muss ich das gestalten, dass die Leute […] bei Bewegung Spaß haben?" (B6, 31–39).

Durch den zentralen Einsatz von Bewegung in der direkten Patienteninteraktion oder von Patientengruppen können daraus *„Verhaltens- und Risikoanalysen"*, die auf biopsychosozialen Ansätzen beruhen, in die *„Prävention"* integriert und somit Lebenskrisen durch eine drohende Funktionseinschränkung abgewendet werden, noch bevor sie entstehen. Gerade diese Punkte sind bedeutend, da sie kreativ in eine fiktive Zukunft eingreifen und dadurch die Lebensqualität von gesunden wie auch vulnerablen Personen maßgeblich steuern. *„Kommunikation"* hat hierbei einen enormen Stellenwert, um ein vernünftiges Arbeitsbündnis zu schließen und durch *„pädagogische und psychologische Interventionen"* den Patienten therapeutisch zu *„coachen und managen"*, was ausschließlich von den akademischen Physiotherapeuten als ein überaus bedeutendes Instrumentarium angesehen wird sowie eine deutlich physische und extern initiierte Therapieanwendung für eine Heilung verdünnt.

„Physiotherapie ist für mich im Grunde eigentlich lediglich ein Coaching, bezogen auf sämtliche Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustände. Wenn man das jetzt aus der Gesundheitsperspektive betrachtet, dann eben das Coaching im präventiven Bereich und wenn man das aus der Krankheitssicht betrachtet, dann eben im rehabilitativen Bereich. An sich würde ich Physiotherapie jetzt nicht auf irgendwelche Behandlungstechniken oder auf irgendwelche Behandlungskonzepte reduzieren, weil das auch nicht mein Rollenverständnis von Physiotherapie ist oder von Physiotherapeuten ist. Denn ich denke, dass der Coachingaspekt, den wir haben, egal wie schwer betroffen jemand ist oder wie schwer krank jemand ist, ein wesentlich wichtigerer Aspekt ist, als dem irgendeine Übung zu zeigen." (B13, 10–16).

Durch diese Maßnahmen, die in Bewegung kumulieren, sollen die *„Stärkung der Selbstwirksamkeit beim Patienten"* aktiv angeregt und ein *„langfristiger Therapieerfolg"* durch eine *„Verhaltensänderung beim Patienten"* interaktiv erschlossen werden, um dem Ziel der *„Steigerung der Aktivität für die soziale Teilhabe"*, eine *„biopsychosozialen Gesundheit"* und der *„Partizipation und*

Lebensqualität“ im Alltag näherzukommen und mit der erlernten Fähigkeit des *„Empowerment“* eventuellen zukünftigen Rückschlägen autonom begegnen zu können.

> *„Der Patient oder die Patientin haben oft halt die Idee, die Vorstellung, die legen sich hin und werden dann vom Therapeuten repariert und er macht was und dann geht es ihnen besser und den Patienten zu vermitteln, dass sie das ja selber in der, in der Hand haben und selber den Schlüssel eigentlich umdrehen können und einfach was tun können und eigentlich ja mitnehmen sollen, wie sie sich selber helfen können. Das ist eigentlich eine ganz zentrale Sache […].“* (B12, 147–150).

Eine weitere spezifische Eingrenzung geht von der Subkategorie *„Abgrenzbarkeit durch evidence based practice“* aus. Ähnlich wie bei der Gliederung von Funktions- und Komplementärrolle kann mit der wissenschaftlich angewendeten Praxis des Physiotherapeuten der Funktionseinschränkung des Patienten begegnet werden, die erst in diesem Setting effektiv wird.

> *„Meine Sicht ist, dass sich die Physiotherapie gut abgrenzen kann von anderen Berufen (Ja), weil wir haben, denke ich, […] einfach ganz, ganz klare Aufgaben. Und das ist was wir EBM nennen, also evidence based medicine. Halt, dass wir nach bestem Wissen und Gewissen nach unserem besten, nach aktueller Forschung und auch nach Grundwissen, was da ja auch mit hineingehört, eine Entscheidung treffen, die primär, als primäres Ziel, als primäres Outcome eine Verbesserung der physischen Kondition herbeiführen.“* (B15, 53–57).

Hier erklären die ausschließlich akademisierten Physiotherapeuten die Situation, sich durch eine wissenschaftlich angewendete Interventionspraxis von anderen Anwendungsfeldern wie der Osteopathie oder Heilpraktik abzugrenzen.

Zu den Unterpunkten zählen eine Übersicht über das derzeitige *„wissenschaftliche Wissen“*, der *„Effizienz“* von *„tatsächlichen wirksamen Interventionen“* sowie deren adäquate Anwendung durch die individualisierte Befunderhebung und das *„Clinical Reasoning“*.

> *„Also, wenn ich mir was wünschen dürfte, wäre es natürlich, dass die Physiotherapie sich auf die tatsächlich wirksamen Interventionen fokussiert und dazu eben auch grundsätzlich plausible und überprüfte Annahmen einsetzt und von plausiblen Annahmen und Tatsachen ausgeht. Und ich denke, das ist der Unterschied zur Osteopathie. […] Das heißt, ich denke die Physiotherapie kann sich da abgrenzen darüber, dass sie tatsächlich mit echtem Wissen arbeitet, sich selber auch überprüft und hinterfragt.“* (B12, 55–62).

Ein markantes Merkmal von beruflicher Identität ist die Perspektive, in der therapierelevante Phänomene und Prozesse erkannt, interpretiert und geklärt werden sollen. Dabei hat die Kategorie *„Praxismodelle“* eine entscheidende Brückenfunktion inne, bei der sich wichtige Unterschiede der Ausbildungsniveaus erkennen lassen. Das Kontinuum der angewendeten Behandlungsmodelle reicht von dem biomedizinischen *„strukturell-anatomisch-biomechanischen Modell“* über das *„Mature-Organism-Model“* bis zum *„biopsychosozialen Modell“*, das eine starke ausbildungsspezifische Heterogenität aufzeigt. Zu erkennen ist, dass die strukturell-anatomisch-biomechanische Betrachtungsweise für die Identität eines klassischen Handwerksberufes maßgeblich ist und sich ausschließlich in der Berufsfachschulausbildung niederschlägt.

„Ja klar, biomechanisch würde ich schon sagen. Ist sicherlich ein Ansatz für die manuelle Therapie als Haupttherapieform, die wir jetzt so anwenden […], insofern ist das sicherlich ein Modell das ich täglich anwende […].“ (B3, 102–103).

Des Weiteren konnte eine Kategorie identifiziert werden, bei der sich die befragten Physiotherapeuten auf der einen Seite nicht sicher waren, was genau unter einem *„Praxismodell“* verstanden wird, oder ein Modell für sich nutzen, welches nicht den prominenten Therapiemodellen zugeordnet werden kann. Diese Alternativen wurden in dem Begriff *„diffus“* zusammengefasst.

Eine durable Meinung konnte in der Gruppe der Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss gefunden werden. Dabei konnte ausschließlich das *„biopsychosoziale Modell“* als eine Subkategorie verortet werden, was auf ein einheitliches, auf das Wesentliche konzentriertes physiotherapeutisches Bewusstsein für Praxismodelle hinweist und eine stringente Identität bildet. Bei dieser Ansicht geht es den Therapeuten darum, welche Funktionseinschränkungen der Patient hat, unabhängig von einer biomedizinischen Disposition. Hier steht der Patient mit seiner individuellen Problematik im Alltag im Zentrum der Betrachtungsweise, was vor allem mit einer bewegungs- und funktionsbasierten Interventionspraxis einhergeht.

> *„Also ich denke schon, dass ich am häufigsten zur Beurteilung von Gesundheit und Krankheit und auch zur Behandlung das biopsychosoziale Modell nutze, weil das rein biomedizinische oder auch rein biochemische Eigenschaften alleine nicht ausreichen um Gesundheit und Krankheit gut zu evaluieren und auch gut zu behandeln.“* (B15, 91–93).

In einer drastischeren Weise stellt ein Physiotherapeut seine Meinung für eine persönliche Abgrenzung von biopsychosozialem und biomechanischem Modell vor:

> *„Persönlich grenze ich mich innerhalb ganz stark von vielen Eckpunkten zu anderen Modellen ab. Was mich nicht interessiert, ist Biomechanik, interessiert mich 0,0. Ich will, dass mein Klient sein Aktivitäts- oder Partizipationsziel erreichen kann, wie auch immer. […] Es muss für ihn so effizient wie möglich sein und was dann die Körperposition dazu sagt, ist mir völlig wurscht."* (B13, 131–137).

Die bisherigen Positionen bilden den konzentrierten Kern der physiotherapeutischen Berufslogik und werden an den äußeren Funktionsgrenzen elastischer. An diesen berufsdefinierenden Grenzen zeigt die Physiotherapie einen großen Vorteil, die sie vor allem für eine Weiterentwicklung nutzen kann. Durch die ausbildungsübergreifend beschriebenen *„liquiden Funktionsgrenzen"*, können erweiterte Tätigkeiten der Physiotherapeuten verortet werden. Diese bilden sich insbesondere in einem *„interdisziplinären Vorgehen"* ab, welches den Patienten in den Fokus einer fachübergreifenden Versorgungskette sieht. Diese *„erweiterte Berufsrolle"* ermöglicht es, erweiterte Gesundheitsmodelle in den Blick zu nehmen, um eine größere Verantwortung und ein über die einzelnen Gesundheitsfachberufe hinausgehendes effizienteres Patientenmanagement zu schaffen. Darin zeigt sich eine einheitliche Struktur der Physiotherapeuten. Die Therapeuten mit einem Masterabschluss können die erweiterten Berufsrollen jedoch reflektierter konkretisieren und definieren diese Rollen gleichzeitig neu.

> *„Also so unter dem Begriff, wie es auch die WCPT versteht, ist der Kern der praktische Physiotherapeut, aber wir haben ein Verständnis für physiotherapy practice. Das heißt es gibt einen weichen Übergang zu anderen Rollen, die aber streng mit der Physiotherapie assoziiert sind. Also wenn ich in der Forschung arbeite und zu Rehabilitationsmaßnahmen eine Interventionsstudie mache, dann ist das physiotherapeutisch assoziiert. Oder ich mache die Leitung einer Physiotherapieabteilung oder ich bin Praxisinhaber. Dann ist das mit Physiotherapie assoziiert, da gibt es weiche Übergänge im Bereich APP, advanced physiotherapy practice halt und der Kern ist aber der praktisch arbeitende Physiotherapeut."* (B15, 28–33).

Die letzte Kategorie der Funktionsgrenzen wurde erstellt, indem die Antworten zusammengetragen wurden, die zu einer *„Erosion der Funktionsgrenzen"* führen und damit auch einen eindeutigen Zuständigkeitsbereich gegenüber anderen Berufsgruppen unterminieren. Dabei stellt sich heraus, dass noch kein allgemeingültiges *„Alleinstellungsmerkmal"* für die Physiotherapie existiert, um ein klares Grenzgebiet zu skizzieren, das von einer *„geringen Professionalität"*, einer *„unwissenschaftlichen Praxis"*, einem überzogenen *„unreflektierten Fach-Chauvinismus"* und einem *„Arbeiten in Funktionsbereichen anderer Berufe"* wie der Pflege, dem Wellnesssektor oder der Medizin ungünstig flankiert wird. Die folgenden Zitate sollen das verdeutlichen:

„… ich sag mal, 90 % der Physiotherapie zeigt, in Deutschland grenzen wir uns von allem was sonstige Scharlatanerie ist, nicht wirklich stark ab. Ob jetzt Osteopathie, Atlas, CST, keine Ahnung, was auch immer, grenzen wir uns nicht wirklich stark ab, weil wir genau denselben, ich habe Erfahrung-gemacht-dönekens-humbug machen …“ (B5, 99–102).

„Also meiner Ansicht nach tendiert die Physiotherapie sogar zu einer Art von Erziehung in Richtung eines Fach-Chauvinismus der eigentlich vollkommen unbegründet auf dieser Art von Herangehensweise sich befindet. Und die Reflexion zu dem Ganzen, also die, die Überprüfbarkeit des eigenen Handelns fehlt eigentlich komplett, […] in der deutschsprachig ansässigen Physiotherapie […]“ (B11, 53–56).

Die bisher vorgehobenen Zitate zeigen deutlich, welcher Blick auf das eigene Berufsbild geworfen wird. Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen heben eine klare Nuancierung der Handlungsschwerpunkte und einer Abgrenzbarkeit der divergierenden Ausbildungsschwerpunkte hervor, welches sich im Bereich der Praxismodelle, des nicht körperlich-strukturbezogenen Handlungsspektrums und der reflektierten Exklusion von unwissenschaftlichen Therapiemethoden abzeichnet. Da nun die beruflichen Grenzziehungen klarer herausgearbeitet wurden, können diese eruierten Daten in den folgenden Kapiteln für eine klare Abgrenzung einer Berufsfunktion genutzt sowie die angesprochenen Probleme für eine weiterführende Diskussion aufgegriffen werden.

4.2.2 Berufsspezifische Kompetenzen der Physiotherapeuten

Um dem weiteren Verlauf der Identitätsklärung der deutschen Physiotherapie Struktur zu verleihen, wird über die inhaltlichen Logiken der Themen „Berufsspezifische Kompetenzen der Physiotherapeuten“, „Berufsspezifische Bildung“ und „Berufsspezifische Merkmale der Physiotherapeuten“ hinaus das berufliche Spannungsfeld einschließlich der Strukturmerkmale einer idealtypischen Handlungslogik in seiner Komplexität verdeutlicht, indem auch die derzeitigen Anwendungsstrukturen synoptisch und die Differenz in einem Soll-Ist-Vergleich dargelegt werden. Dabei werden wie in diesem Kapitel auch auf die geforderten Kompetenzen eingegangen und mit den tatsächlich vorhandenen Kompetenzen gemessen.

Das bedeutet, dass die berufliche Identität nicht nur durch die Analyse der einzelnen Kapitel konstruiert wird, sondern das krisenhafte Moment durch einen Vergleich der nach der Ausbildung geforderten Kompetenzvorstellung mit den tatsächlichen Kompetenzen sichtbar wird. In Tabelle 13 können die Kategoriendefinition und die Inhalte nachverfolgt werden.

Tabelle 13: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsspezifische Kompetenzen

Name der Kategorie	*Berufsspezifische Kompetenzen*
Inhaltliche Beschreibung	Hierbei werden wichtigen Kompetenzen genannt, die für eine berufliche Ausübung als bedeutend und identitätsstiftend angesehen werden.
Anwendung der Kategorie	Es werden alle Textstellen markiert, die einen Hinweis auf idealtypische Vorstellung der physiotherapeutischen Kompetenzen aufzeigen.
Beispiele der Anwendung	B13: „Wenn du nicht in der Lage bist, dein Handeln stätig selbst zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen, dann fällt dir auch später das kritische Denken bezogen auf andere Punkte leichter also, wenn ich irgendjemanden mit einem Scheinfaktum konfrontiere, dann bist du eher in der Lage, das erstmal mit Distanz zu betrachten und auf Wahrheitsgehalt zu überprüfen.“ B12: „Er muss kommunizieren können, er muss in benachbarte Felder hineinschauen können wie Psychologie, Soziologie. Grundverständnis haben, das wäre gut.“

Als eine der wesentlichen Grundkompetenzen, die jeder Physiotherapeut haben sollte, die ausbildungsübergreifend von allen Physiotherapeuten als bedeutend hervorgehoben wurden, ist die *„Kommunikation“*, um eine Interaktionsgrundlage mit den Patienten, aber auch mit anderen Gesundheitsdienstleistern herzustellen (Tab. 14).

> *„Ja klar, da sind wir wieder bei der Kommunikation […] Dass ich natürlich den Patienten auch erkläre, was ich denke […]“* (B3, 292–293).

Differenzierter sehen die befragten Therapeuten mit Master-Abschluss die Kommunikation mit Patienten und teilen diese in *„Quantität“* und *„Qualität“* auf, indem sie das „Was“ und das „Wie“ therapeutisch nutzbar machen.

> *„Ja, dann müssen wir als Therapeuten uns bewusst sein, wie kommunizieren wir mit Patienten, was kommunizieren wir mit Patienten. Letztlich kann es gut sein, dass diese oder dass, dass die unspezifischen Effekte unserer Behandlung die spezifischen deutlich überwiegen und auch das Bewusstsein, was mache ich, wie trete ich auf, was vermittle ich, was soll der mitnehmen.“* (B12, 140–142).

Tabelle 14: Subkategorien *der berufsspezifischen Kompetenzen*

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Kommunikation **Pädagogische Kompetenzen** **Eigene Grenzen kennen** **Empathie** **Clinical Reasoning** **Medizinisches Grundwissen** **Konstruktiv mit Kritik umgehen können**	**Kommunikation** • Beziehungsaufbau mit Patienten **Pädagogische und psychologische Kompetenzen** **Evidence based practice** **Clinical Reasoning** **Naturwissenschaftliches Grundwissen**	**Kommunikation** • Quantität • Qualität **Wissenschaftliche Kompetenzen** **Reflexionsfähigkeit** **Lifelong Learning** **Clinical Reasoning** **----------**

Diese soll genutzt werden, um eine *„Beziehung mit Patienten“* aufzubauen, ein sinnvolles Arbeitsbündnis zu schließen und die Grundlage für eine gelingende therapeutische Intervention vorzubereiten. Die oftmals ungünstige Lebenslage der Patienten, die von Schmerzen oder Funktionsverlust betroffen sind, ringen dem Therapeuten ein erhöhtes Maß an dieser Fertigkeit ab, da solche Interaktionen durch unterschiedliche Sinnwelten und paradoxe Erwartungen der beteiligten Personen gekennzeichnet sind. Ebenfalls müssen solche zwischenmenschlichen Spannungszustände mit einem enormen Maß an *„Empathie“* bewältigt werden.

> *„Ja, durchaus auch schon Beziehungsaufbau, so wie man das jetzt anstellt. Sowas sind interessante Sachen, die wir in der Ausbildung auch nicht wirklich gemacht haben. Das deckt sich dann aber viel mit der Kommunikationsart oder ich glaube, da kann man dann dadurch eine Beziehung schon relativ gut aufbauen oder herstellen.“* (B9, 106–108).

> *„[…] Empathie ist total wichtig, ja, also auch nicht zu denken: ok ich habe das Wissen jetzt hier und deswegen ist dein Schmerz nicht echt oder das kann nicht sein oder des find ich wichtig […].“* (B1, 91–93).

Da es sich, wie bereits dargelegt werden konnte, auch um eine positive Verhaltensänderung von Personen mit therapiespezifischen Vermittlungsarbeiten handelt, stehen ebenfalls *„pädagogische und psychologische Kompetenzen“* im engeren berufsspezifischen Kompetenzfokus der Physiotherapeuten.

„Was vielleicht auch noch wichtig ist, ist schon auch so diese pädagogische Komponente, die jetzt auch sehr, sehr wenig in der Ausbildung drin ist, also zumindest bei uns war …“ (B4, 97–98).

Als eine Schlüsselfähigkeit für die Therapeuten mit einem Masterabschluss werden die *„wissenschaftlichen Kompetenzen“* angesehen, mit der sich alle weiteren Kompetenzen selbstständig sowie selbstkritisch angeeignet werden können, um an dem Prozess des „*Lifelong Learning“* zu partizipieren sowie unabhängig und kontinuierlich auf dem neuesten Stand zu bleiben.

„Also im Endeffekt ist das alles wissenschaftliche Kompetenzen, alles andere ist erstmal zweitrangig und das heißt quasi, Interpretation von wissenschaftlichen Ergebnissen. Weil alles daraus, leitet sich alles ab. Wenn man wissenschaftlich interpretieren oder bewerten kann, dann kann man sich Manuelle Therapie anlesen, Trainingswissenschaften anlesen, eigentlich alles, was man braucht, um danach gut zu werden.“ (B14, 110–113).

„Genau. Also diese Soft-Skills, wie du es nennst, die sich aneignen, um dieses lifelong learning dann beginnen zu können.“ (B14, 120).

Diese Kompetenzen, die für den Erwerb neuer Fertigkeiten von Belang sind, können ohne *„Reflexionsfähigkeit“* nicht relationiert oder systematisch erlernt werden. Ohne die Fähigkeit, die eigenen Stärken oder Schwächen zu objektivieren, ist es kaum möglich, gezielt einen individuellen Bildungsprozess zu initiieren. Besonders auffällig ist, dass ausnahmslos die Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss diese Kompetenz angegeben haben, da dies auch für das wissenschaftliche Arbeiten maßgeblich ist, wobei die therapeutische Anwendung einen wissenschaftlich reflektierten Praktiker benötigt, um professionell ausgeführt werden zu können. Dazu zählt insbesondere das Hinterfragen des eigenen Handelns sowie die angewendete Therapiemaßnahme.

„Wenn du nicht in der Lage bist, dein Handeln stätig selbst zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen, dann fällt dir auch später das kritische Denken bezogen auf andere Punkte leichter – also, wenn ich irgendjemanden mit einem Scheinfaktum konfrontiere, dann bist du eher in der Lage, das erstmal mit Distanz zu betrachten und auf Wahrheitsgehalt zu überprüfen. Das baut dann alles darauf auf, aber wenn ich selber nicht in der Lage bin, mich zu hinterfragen, kann ich auch andere nicht sachgerecht hinterfragen, oder?!“ (B13, 162–166).

Parallelität der elementaren Bedeutung des *„Clinical Reasoning“* sowie des „*evidence based practice“* für die deutsche Physiotherapie kann übergreifend vom Ausbildungsniveau bestätigt werden und hebt die befund- und zielorientierte Anwendung sowie die reflektierte Auswahl der wissenschaftlich erwiesenen therapeutischen Interventionen in den Vordergrund. Hierbei werden *„medizinische*

Grundkenntnisse", aber auch Fachkenntnisse im Bereich der Behandlungsmodelle, spezifische Funktionsuntersuchungen und deren Interpretation vorausgesetzt.

> *„Für mich wäre es auf jeden Fall gut, wenn der Therapeut eine gute Diagnose stellen kann, also wirklich untersucht und wenn da auf dem Rezept Impingement-Syndrom draufsteht, das der da untersucht, die Schulter mit bestimmten Tests, dass er dann auch wirklich sagt, ja, das ist das oder nein, das ist eher der Schleimbeutel. […] So, dass er wirklich eine saubere, saubere Untersuchung macht."* (B7, 272–276).

Nachdem die wichtigsten Kompetenzen, die jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung erworben haben sollte, bestimmt wurden, sollen nunmehr die unterschiedlichen Bildungsmaßnahmen, die sich aus dem retrospektiven Erfahrungsschatz der Befragten ergeben, reflektiert werden.

4.2.3 Berufsspezifische Bildung

Um das physiotherapeutische Berufsprofil weiterhin ausreichend analysieren zu können, erscheint es sinnvoll, auf die persönlichen Erfahrungen und die Sozialisation der Interviewten im Bereich der Ausbildungsstrukturen zurückzugreifen, um diese mit dem Bedarf an den analysierten therapeutischen Kompetenzen abzugleichen und die Voraussetzungen eines professionellen Handelns durch eine ausreichende Professionalität zu reflektieren.

Um möglichst durchsichtige Ausführungen zu erhalten, wurde in den Interviews darum gebeten, die fachschulische Ausbildung, das Studium sowie die Fortbildungen hinsichtlich einer Einschätzung der Inhalte aus eigener Sicht zu überdenken. Die Kategoriendefinition sowie die Ankerbeispiele werden in Tabelle 15 aufbereitet.

Tabelle 15: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsspezifische Bildung

Name der Kategorie	*Berufsspezifische Bildung*
Inhaltliche Beschreibung	Hierbei werden die individuellen Erfahrungen in Bezug zu den verschiedenen Bildungsmaßnahmen zusammengefasst sowie den Mehrwert einer darauffolgenden Anwendungspraxis reflektiert.
Anwendung der Kategorie	Es werden Textstellen kodiert, die auf eine inhaltliche Ausgestaltung der Bildungsmaßnahmen schließen und ob diese auch die Physiotherapeuten auf den Berufsalltag vorbereiten.

Beispiele der Anwendung	B7: „Des finde ich allgemein, wäre, wenn das im Unterricht intensivierter wäre und wie zum Beispiel sowas wie BGM oder Fango legen, ja, das kann man dann mal kurz mit einbauen, aber das sollte dann nicht großartig ausweiten, also … Das erkläre ich in 10 Minuten oder 20 Minuten, dann ist das eigentlich geklärt. Aber vor allem BGM habe ich noch nie gemacht und das wird, glaube ich, nicht mehr kommen oder so, oder die, die, die Kneipp'schen Güsse, kann man mal kurz anschneiden, aber man muss das jetzt nicht so wirklich alles machen, weil im Endeffekt später, wenn du dann irgendwo arbeitest, musst du es eh nicht mehr lernen. Da würde eher das kappen und da eher so psychosoziale Modelle mit einbauen."

Die datengesteuerte Kategorienbildung verweist bei allen befragten Personen auf die unterschiedlichen Ausbildungsformen, die sich aus der „*Berufsfachschulausbildung"*, den typischen „*Weiterbildungsmaßnahmen"* (Zertifikatsfortbildungen) sowie im „*Hochschulstudium"* herausbilden (Tab. 16). Was sich eindrucksvoll aus den Daten abgezeichnet, ist die Tatsache, dass die „*Berufsfachschulausbildung"* vom Gros der Studienteilnehmer als negativ hinsichtlich ihrer Aktualität und Struktur der Wissensvermittlung hervorgehoben wird. Dabei weisen sie auf die „*unrelationierten Ausbildungsschwerpunkte"*, die sie als theoretisch und praktisch stark unausgewogen und nicht mehr zeitgemäß verdeutlichen, „*nur auf einem geringen Niveau handeln zu können"*, also nur eine marginale Patientenversorgung gewährleisten sowie „*eine ungenügende Vorbereitung auf den Berufsalltag"*, die durch starke Lücken und Unsicherheiten in der praktischen Vorgehensweise der Physiotherapeuten hervortritt.

> *„Das finde ich allgemein, wenn das im Unterricht intensivierter wäre und wie zum Beispiel sowas wie BGM oder Fango legen, ja, das kann man dann mal kurz mit einbauen, aber das sollte dann nicht großartig ausweiten, also … Das erkläre ich in 10 Minuten oder 20 Minuten, dann ist das eigentlich geklärt. Aber vor allem BGM, habe ich noch nie gemacht und das wird glaube ich nicht mehr kommen oder so, oder die Kneipp'schen Güsse, kann man mal kurz anschneiden, aber man muss das jetzt nicht so wirklich alles machen, weil im Endeffekt später, wenn du dann irgendwo arbeitest, musst du es eh nicht mehr lernen. Da würde ich eher das kappen und da eher so psychosoziale Modelle mit einbauen."* (B7, 132–137).

Tabelle 16: Subkategorien der berufsspezifischen Bildung

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium

Berufsfachschulausbildung
• Unrelationierte Ausbildungsschwerpunkte
  ➢ Wissenschaftliches Wissen
  ➢ Praktisches Wissen
• Keine Ausbildungsstandards
• Ausbildung bereitet ungenügend auf den Berufsalltag vor
  ➢ Geringes Selbstbewusstsein nach der Ausbildung
  ➢ Geringe Fähigkeiten in clinical reasoning
  ➢ Unsicherheiten bei Verantwortungsübernahme
  ➢ Zu wenig Reflexion und Wissenschaft
• Negative Erfahrungen im Praktikum
 	
Weiterbildungsmaßnahmen
• Führt eigene Studienrecherche durch
• Erfahrung
• Nutzt soziale Netzwerke für wissenschaftliche Studien
• Zertifikatsfortbildungen
 	
---------- 	
	Berufsfachschulausbildung
	• Unrelationierte Ausbildungsschwerpunkte
	• Unsicherheiten in der Praxis nach der Ausbildung
	• Ausbildung war inhaltlich ausreichend
	• Zu geringe pädagogische und kommunikative Fähigkeiten
	• Geringe Fähigkeiten in clinical reasoning
	• Ausbildung bereitet ungenügend auf den Berufsalltag vor
	• Zu geringe Reflexionsfähigkeit
	• Fellowship wäre sinnvoll
	
	Weiterbildungsmaßnahmen
	• Es werden viele unnötige Fortbildungen angeboten
	• Zertifikatsfortbildungen nur um abrechnen zu können
	• Nutzen soziale Medien für wissenschaftliche Studien
	• Zertifikatsfortbildungen sollen in Ausbildung integriert werden
	
	Hochschulstudium
	• Berufsbegleitendes Studium
	• Bisher hohe Heterogenität
	• Studium bereitet auf Berufsalltag vor
	• Biopsychosoziale Praxismodell
	• Clinical Reasoning
		Berufsfachschulausbildung
		• Reicht, um auf einem geringen Niveau handeln zu können
		• Eminenz vor Evidenz
		• Schubladendenken
		• Zu wenig kommunikative Fähigkeiten
		• Kein biopsychosoziales Praxismodell
		• Berufsarbeit auf geringem reflexivem Niveau
		• Ausbildung bereitet nicht auf den Berufsalltag vor
		• Keine wissenschaftlichen Kompetenzen
		
		---------- 	
		
		Hochschulstudium
		• Sinnstiftend für Physiotherapeuten

Dieses Zitat illustriert, dass eine starke Dysbalance besteht zwischen den tatsächlich gelehrten Inhalten der Fachschulausbildung mit deren Gewichtungen und dem Bedürfnis, für ein sinnstiftendes Handeln ausgebildet zu werden. Ein eindeutigeres Urteil wird von den Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss gefällt, die einen unreflektierten Handlungsvollzug von nicht sinnvollen Therapiemaßnahmen mit der Fachschulausbildung gleichsetzen.

„Die Patienten zu behandeln, egal was das jetzt inhaltlich bedeutet. Halt sechs Termine in einem Rezept zu machen etc. Rein um zu arbeiten in meinem Beruf, ohne mir Sorgen zu machen,

ohne große Gedanken, war ich gut genug vorbereitet. Aus heutiger Sicht würde ich das anders sehen.“ (B15, 127–129).

Weiter geben die Interviewten an, zu *„geringe pädagogische und kommunikative Fähigkeiten“*, *„geringe Fähigkeiten in clinical reasoning“*, *„Unsicherheiten bei Verantwortungsübernahme“*, *„ein geringes Selbstbewusstsein nach der Ausbildung“*, *„zu wenig Reflexion und Wissenschaft“* sowie *„kein biopsychosoziales Praxismodell“* erlernt zu haben und ihr Wissen als eine Art *„Schubladendenken“* zu begreifen. Diese Explikationen führen dazu, dass nahezu alle Therapeuten der Meinung sind, ihre Fachschulausbildung habe sie *„ungenügend auf den Berufsalltag vorbereitet“.*

„Ich weiß noch, als wir uns vorbereitet hatten auf die, das Staatsexamen damals in der schulischen Ausbildung, haben wir einfach dann uns zusammengesetzt, in einer Lerngruppe und haben für jedes Fach einzeln sozusagen eine Schublade gemacht und gesehen, okay, die widersprechen sich sowieso alle, wir lernen einfach jedes Fach einzeln für sich und wenn wir da die Prüfung hatten, vergessen wir das wieder und dann lernen wir eben was anderes und wir müssen uns einfach nur merken, hier geht es eben, hier ist eins und ein zwei und hier ist eins und eins drei und hier ist eins und eins vier und das werden wir ihm einfach auswendig. Ob das Sinn macht oder nicht, ist völlig egal. […] Wenn du sie bestehen wolltest, war das der Weg, glaube ich, den man gehen muss, und ich glaube, dass das viele eben dann auch da auf dem Weg und an der Stelle stehen geblieben sind, und das ist dann ja auch folgerichtig, dann machst du halt deine Zertifikatsfortbildungen und hast dann die Schublade und die Schublade und die Schublade und damit arbeitest du dann. Und ich glaube, dass auch viele Kollegen das nicht hinterfragen, ob das dann sinnvoll ist oder nicht.“ (B12, 170–191).

Dies wird insbesondere von den Physiotherapeuten mit Hochschulabschluss kritisiert, da diese ungenügenden Kompetenzen dazu führen, dass es zu einer *„Eminenz vor Evidenz“* kommt und eine naive Leichtgläubigkeit gegenüber Behauptungen und unwissenschaftlichen Meinungen von selbsternannten Experten hervorhebt.

„Genau, und das spiegelt sich ja auch auf dem Fortbildungsmarkt wider. Und da geht es eher um Eminenz vor Evidenz und das ist ein großes Problem, weil das auch in den Schulen schon so vermittelt wird. […] Es wird sich wenig mit einem Thema auseinandergesetzt, in Eigenverantwortung das zu erarbeiten und dann habe ich natürlich diese Eminenzhörigkeit und ich weiß ja aufgrund meines eigenen Berufswegs, ich war ja früher auch mit dieser ganzen Manuellen Therapie und Osteopathiekacke … ja eng verwoben, habe unendlich viel Zeit und Geld für diesen ganzen Schwachsinn investiert, weil ich einfach nicht, ja, weil ich Eminenz … wie sagt

man, (Hörig oder…?) ja, eminenzhörig war. Und dann habe ich mich irgendwann den universitären Weg nebenberuflich weiterentwickelt und da kamen dann zuerst die Skills, die kleinen Skills im Bereich der Metakognition. Ah, hey Scheiße, ich muss mich mal überprüfen, warum komme ich denn nicht weiter, ist denn alles plausibel, was die erzählen, wie kann ich mich selbst und andere hinterfragen, wie kann ich das beurteilen, wie kann ich das bewerten, wie kann ich das in den Alltag einbringen? Und letztendlich habe ich mich erst nach Abschluss des Masterstudiums, das ist jetzt gerade mal drei Jahre her, ja, fast drei Jahre her und erst seitdem fühle ich mich etwas in der Lage, für meinen Beruf vorbereitet zu sein." (B13, 204–209).

Ebenfalls umstritten scheinen die *„Weiterbildungsmaßnahmen"* für diese Berufsgruppe zu sein, von denen sich die „*Zertifikatsfortbildungen"* hervorheben. Zu oft werden *„unnötige Fortbildungen"* angeboten, die sich weder auf eine komplexe Reflexion der Teilnehmer noch auf eine fundierte Wissenschaft der Inhalte beziehen. *„Zertifikatsfortbildungen nur um abrechnen zu dürfen"*, scheint ein häufig angeführtes Argument zu sein, warum viele Physiotherapeuten für viel Geld neue Techniken erlernen möchten, um ihre Fachschulausbildung mit zusätzlichen therapeutischen Möglichkeiten zu ergänzen. Erst das Studium hat eine *„Sinnstiftung für Physiotherapeuten"* zur Folge, indem die Studierenden von den Inhalten des *„biopsychosozialen Praxismodells"*, den Fähigkeiten für das *„Clinical Reasoning"* sowie einer wissenschaftlichen Handlungspraxis profitieren und sich erst dadurch adäquat *„auf den Berufsalltag vorbereitet"* gefühlt haben.

4.2.4 Berufsspezifische Merkmale von Physiotherapeuten

In dieser Kategorie werden berufsspezifische Besonderheiten der jeweiligen Ausbildungsniveaus festgehalten, welche die subjektiven Erkenntnisse der individuellen Perspektive über die eigene Charakteristik widerspiegeln und somit die Merkmale der Berufsgruppe nach der Ausbildung abbilden sollen. Um eine genauere Skizze des Berufsbildes zu zeichnen, ist es erforderlich, auch die momentanen Merkmale der Physiotherapeuten hervorzuheben, um diese auch in einem relativen Kontext zu betrachten. Die zugrunde liegenden Wesenszüge werden dabei zu Kategorien zusammengetragen, die zur Transparenz der berufsspezifischen Rollenentwicklung beitragen (Tab. 17).

Tabelle 17: Definition und Anwendung der Kategorie: Berufsspezifische Merkmale

Name der Kategorie	*Berufsspezifische Merkmale*
Inhaltliche Beschreibung	Hierbei werden alle eingeschätzten Fähigkeiten von Physiotherapeuten hervorgehoben, die den eigenen Ausbildungsniveaus zugesprochen werden können.

Anwendung der Kategorie	Es werden Textstellen kodiert, die die jetzigen Merkmale von Physiotherapeuten aufzeigen und deren ausbildungsspezifischen Kern thematisieren.
Beispiele der Anwendung	B13: „Dann habe ich aber auch durch meinen Arbeitgeber eine besondere Stellung in der Klinik. Das heißt, ich arbeite wissenschaftlich-praxisorientiert zu. Ich habe dafür jeden Tag fast eine Stunde Zeit, wo ich mich mit bestimmten Fragestellungen innerhalb des interprofessionellen Teams auseinandersetzen darf, und dann recherchiere ich dazu." B2: „[…] ich selber habe zu wenig unternehmerisches Wissen entwickelt, des heißt also, vielleicht muss man das auch nicht haben, unternehmerisches Wissen aber den, den Wert des Physiotherapeuten auf dem Markt." B13: „Ich muss wissen, was ich tue, und nicht glauben, was ich tue. Ich habe in meiner Arbeit diesen Glaubensfaktor nahezu völlig ausgeschlossen."

Bei dieser Selbsteinschätzung soll vor allem der Ist-Zustand der eigenen Fähigkeiten und Schwächen hervorgehoben werden, den die Befragten sich und dem Großteil der deutschen Physiotherapeuten zusprechen, um die derzeitige Kompetenzlage zu umreißen, einen Ausblick auf weitere curriculare Anregungen aufzugreifen sowie das Professionalitätsniveau einzuordnen. Die Einteilung der induktiv erstellten Subkategorien (Tab. 18) erfolgt in der Reihenfolge der jeweiligen Ausbildungsniveaus von der Berufsfachschulausbildung zum Masterstudium und werden abermals durch nennenswerte Zitate hervorgehoben. Die derzeitige Kritik an der fachschulischen Ausbildung spiegelt sich in den Ergebnissen dieser Kategorie ebenfalls wider, da sich vor allem Physiotherapeuten mit Fachschulausbildung überwiegend als nicht ausreichend kompetent für den berufspraktischen Alltag einschätzen. Hierzu zählen *„wenig sozioökonomische Kenntnisse",* die sich in einer Art Orientierungslosigkeit in der Rezeptabrechnung, Verhandlung sowie den Grundlagen des rechtlichen Ablaufes des Gesundheitssystems äußert.

> *„Rein aus ökonomischer Sicht, wie verhandele ich Geld. Die Kohle muss schon stimmen. Wie verhandle ich, wie, wie, diese Ganze, aufgeb … Abrechnungsgeschichte. Wie funktioniert ein Rezept, wie, wie wird das in den Abrechnungscentern abgerechnet? Also dieses reine, sagen wir mal das System an sich, dieses Systemdenken."* (B6, 133–135).

Tabelle 18: Subkategorien der berufsspezifischen Merkmale

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Kaum sozioökonomische Kenntnisse **Kaum Kenntnisse in Kommunikation und Psychologie** **Kaum Kenntnisse in wissenschaftlicher Arbeit** **Schwierigkeiten bei autarker Weiterentwicklung**	**Kaum sozioökonomische Kenntnisse** **Eigene Grenzen kennen** **Wissenschaftsinteresse** **Evidence based practice** **Sind in der Gesellschaft präsent** **Sind berufspolitisch engagiert**	**Evidence based practice** • Effizient Handeln • Relationierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen **Master betreiben selber Forschung** **Identitätskrise der Physiotherapie** • Kollektive Konfusion der Berufsgruppe • Keine Reflexionsfähigkeit des eigenen Handelns • Physiotherapeuten sind wenig kritikfähig

In Anbetracht der Bedeutung einer sozialen Kompetenz für die professionelle Handlungspraxis scheint es nahezu alarmierend, dass *„kaum Kenntnisse in Kommunikation und Psychologie“* vorliegen. Einerseits werden solche Fähigkeiten für ein professionelles Selbstverständnis als grundlegend vorausgesetzt, jedoch in der fachschulischen Ausbildung nicht ausreichend behandelt, um im Berufsalltag darauf zurückgreifen zu können. Diese Aussagen untermauern einerseits die Diskrepanz zwischen dem Bedürfnis nach Professionalität und der anwendungspraktischen Expertise der Physiotherapeuten, andererseits zeigt es auf, dass die Unterrichtsschwerpunkte an einer modernen Praxis vorbeizielen.

> *„Also man hat es ja so grob angeschnitten, Psychologie auch in der Ausbildung, aber meiner Meinung nach deutlich zu wenig und vor allem auch die, nicht nur rein welche Krankheitsbilder gibts da oder sonst was, sondern auch die, den, den Transfer halt wieder zum, zur Physiotherapie. Was macht es jetzt oder, oder wie wirkt sich das jetzt auf die körperliche Einschränkung oder was wieder aus?“* (B4, 75–78).

Des Weiteren wird beschrieben, dass *„kaum Kenntnisse in wissenschaftlicher Arbeit“* sowie *„Schwierigkeiten bei autarker Weiterentwicklung“* bestehen. Dadurch wird ein lebenslanges Lernen mit der Idee, sich flexibel an derzeitige gesellschaftliche Gegebenheiten anzupassen, sowie eine kritische und unabhängige Meinung zu wissenschaftlichen und therapierelevanten Ergebnissen stark gehemmt.

> *„Du kriegst es auch einfach so vermittelt, ich finde es echt schwer, also für mich, ich bin jetzt auch aus dem Lernen draußen, mir eine Studie zu lesen oder du musst dann auch nicht nur eine*

lesen, sondern irgendwie fünf lesen, keine Ahnung, wie wenn mir gegenüber jemand steht und mir das vermittelt und zusammenfasst und ich kann nachfragen, wenn ich es nicht genau kapiert habe. In einem Text fällt mir es schwer." (B1, 246–249).

Ein dauerhaftes *„Wissenschaftsinteresse"* scheint sich erst durch ein Studium einzustellen und sorgt dafür, dass das *„evidence based practice"* in seinem Fundament angewendet wird, wobei es zu einer tatsachenzentrierten Anwendung fallangemessener Maßnahmen kommt.

„Weil es mir, mir persönlich auf jeden Fall schon einmal wichtig ist, dass das, was ich mache, auch Hand und Fuß hat und damit ich auch weiß, warum vielleicht mir Sachen helfen oder eben nicht helfen. Und weil ich glaube, dass es wichtig ist, dass man, der Patient die optimalstmögliche Therapie bekommen kann." (B9, 196–198).

Auch lässt sich ab hier ein Zuwachs im Verantwortungsbewusstsein der Therapeuten für ihr direktes und indirektes Handeln ablesen, wodurch der Ansatz eines professionellen Handelns angedeutet werden kann. Diese selbst auferlegte Verantwortung gegenüber der Berufsgruppe sowie der Gesellschaft drückt sich ebenfalls darin aus, dass sich ein *„politisches Engagement"* zeigt, sich gegen unprofessionelle Tendenzen seitens der Gesetzgebung oder der eigenen Berufsgruppe zu wehren sowie Veränderungen systematisch und medienwirksam einzufordern, was oftmals einen enormen Kraftakt darstellt, der mit einem individuellen Verzicht einhergeht.

„Ich bin durch Therapeuten am Limit und dadurch, dass wir die GmbH gegründet haben, bin ich, habe ich zwei Fulltime-Jobs. […] Ich kenne arbeiten am Patienten, unter 10 Stunden kenne ich gar nicht." (B10, 197–198).

Dieser politische Einsatz verwässert in der Gruppe der Masterabsolventen und kondensiert darin, dass diese Gruppe selber intensiv Forschung betreibt, um neue wissenschaftliche Kenntnisse zu erzielen und die Professionalisierung über eine wissenschaftliche Diskussionskultur zu unterstützen, indem zusammengefasste Artikel in Social-Media-Plattformen und Fachbüchern veröffentlicht werden.

„Und zwar zum einen jetzt aktuell aufgrund von meiner eigenen wissenschaftlichen Arbeit bin ich natürlich motivierend und sympathisierend, aber irgendwie auch gezwungen halt zu recherchieren, wie sich das Thema entwickelt und wie ich selber ansetzen muss, um interessante Thesen formulieren zu können. Zum anderen ist es natürlich dann der, der Übertrag auf was weiß ich, im Umfeld, soziale Medien und vielleicht auch persönliche Diskurse, wenn ich dann irgendwo sehe, da wird irgendwas hypothetisiert und wie sehe ich denn das und vielleicht sehe ich das ja anders, muss ich nachschauen, um das zu konkretisieren und ein weiterer Ansatz ist auch Verteidigung, also wenn ich neue Ansätze in meiner Einrichtung bekannt geben will und

vielleicht dafür auch dann gewisse Investoren haben will, dann muss ich mein, meine Anliegen natürlich belegen…" (B11, 146–152).

Zudem lässt sich dadurch das *„effiziente Handeln"* durch eine *„Relationierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen"* abzeichnen und eine Konsolidierung einer wissenschaftlich fallangemessenen Berufspraxis im Sinne des professionellen Handelns konzipieren.

„Also ohne Frage, ja. Weil, letztendlich geht es darum, dass man ja für den Klienten das bestmögliche Outcome gewährleisten will, und das geht nur, wenn ich faktenorientiert arbeite. Ich muss wissen, was ich tue, und nicht glauben, was ich tue." (B13, 220–221).

„Naja, um die effizienteste, effektivste Methode dann auszuwählen für den Patienten, so weit wie möglich, oder die wahrscheinlich effektivste und effizienteste Möglichkeit auszuwählen und dann natürlich auch die Krankenkasse möglichst zu entlasten." (B14, 169–170).

Nach dieser Ausführung können zwei Charakteristika der Physiotherapeuten mit einem Hochschulabschluss hervorgehoben werden: zum einen das moralische Moment gegenüber der effizientesten und effektivsten Methode, um den Patienten das bestmögliche Outcome zu gewährleisten, welches auf klaren Fakten beruht, und zum anderen das ausgeprägte Verständnis des Gemeinwohls auf das Solidarsystem, damit die vorhandenen Ressourcen optimal und fair verteilt werden können.

Besonders hervorzuheben gilt es, dass diese befragte Kohorte mit einem Masterstudium die derzeitigen Probleme der Berufsgruppe realistisch einschätzen kann und eine andauernde *„Identitätskrise der Physiotherapie"* konstatiert, die sich in einer *„kollektive[n] Konfusion der Berufsgruppe"*, einer *„unreflektierten Handhabung des eigenen Handelns"* und der *„geringen Kritikfähigkeit der Physiotherapeuten"* niederschlägt, welche die Dynamik einer Berufsentwicklung permanent einfrieren lässt:

„Planlosigkeit des gesamten therapeutischen Kollektivs würde ich sagen, ja." (B11, 193).

Diese Orientierungslosigkeit kann dadurch überwunden werden, dass es durch die Internalisierung von wissenschaftlich reflektierten Prozessen zu einer Abkehr von veralteten Denk- und Handlungsmustern kommt, die den Physiotherapeuten auf das lebenslange Lernen vorbereitet, sodass eine flexible Berufsidee für eine sich permanent verändernde Gesellschaft mit den jeweiligen Herausforderungen gefunden werden kann. Dies soll das folgende Zitat zum Ausdruck bringen, bevor die bisherigen Ergebniskapitel zusammengeführt werden, um eine neue und einheitliche Berufsfunktion mit deren Handlungsstrukturen zu präzisieren.

„Als Allererstes würde ich Reflexionsfähigkeit setzen und alles Weitere sind für mich erst einmal viele Ableitungen daraus, nämlich zum Beispiel Sozialwissenschaften beziehungsweise Sozialpsychologie, um überhaupt Möglichkeiten zu haben, um die kognitive, die kognitiven Resultate anhand jemandes Handlungen einschätzen zu können und übrigens auch dafür, um zum Beispiel auch eine Art von multidisziplinärer Wertschätzung sehen zu können und nutzen zu können, die sich dann mit anderen Disziplinen vielleicht auch entwickeln kann und was dann auch zu einer gewissen Kompetenzschärfe beziehungsweise einer Kompetenzhinterfragung führt, die dann wiederum den, den professionellen und immer spezifischer werdenden Weg eigentlich erst einmal ermöglicht, die Physiotherapie dort einzuordnen, wo sie wirklich dann auch eine, ein effektives, eine effektive Alleinstellung bekommt. Natürlich fehlen mir in den deutschen Ausbildungen auch Bereiche wie Wissenschaft generell. Eben um Meinungen und Überzeugungen von Akteuren also von Schülern erst einmal und später dann vom Physiotherapeuten hinter das wirkliche Wissen anzustellen und um da eine Sensibilität zu schaffen, die dann mit einer gewissen Kritikfähigkeit einhergeht, mit einer gewissen Liebe auch zukünftig, dass man sich selber kritisiert und dass man eben dahingehen dann auch sich sozusagen, empor-irren kann und keine Angst mehr davor hat. Denn sage ich mal, wirklich Kritik gelten zu lassen und sich dahingehend auf eine ganz harmonische Art und Weise einfach auch sozusagen auch sympathisch-liebevoll sich weiterzuentwickeln, ohne dass man sich selber frustrieren muss, sondern einfach, dass man, dass man gerade was im deutschen Raum relevant ist, althergebrachten Macharten und Herangehensweisen, wirklich zum Positiven hin hinterfragt und sozusagen einen neuen Ansatz vielleicht mehr zur Geltung bringen kann, als althergebrachte Ansätze krampfhaft zu verteidigen ohne notwendiges Wissen, sondern beruhend auf irgendwelchen Meinungen und Überzeugungen. […] Fehlt mir natürlich alles und was mir zu viel ist, in deutschen Ausbildungen, das ist eben, das sind eben diese ganzen Handwerksmaßnahmen in Bezug auf die Therapie.“ (B11, 84–103).

4.2.5 Strukturanalyse des physiotherapeutischen Handelns

Um die Kapitel intern zu strukturieren sowie abzuschließen, werden nach den jeweiligen Hauptkategorien die gesammelten Ergebnisse überleitend für den nächsten Themenkomplex zusammengefasst, um am Ende eine kollektive Sichtweise eines möglichen physiotherapeutischen Funktionssystems und deren ideale Zielvorstellung zu implizieren. Das hierbei analysierte Profil wird derart aufbereitet, dass die Strukturmerkmale eines (professionell-)physiotherapeutischen Handelns mit deren berufstypischen Identitätsvorstellungen hervorgehoben werden können, um die Rahmenbedingungen einer Professionalisierbarkeit zu diskutieren. Nachdem geklärt wurde, ob es überhaupt möglich ist, ein eigenes professionalisiertes Handlungsmuster umzusetzen, soll dieses der derzeitigen beruflichen Beschaffenheit gegenübergestellt werden, um eine Kontrastierung zu erzeugen, wie weit das momentane physiotherapeutische Handeln von einem idealtypisch-professionellen Handeln entfernt liegt, um weitere Mechanismen einer Professionalisierungsdynamik zu kontextualisieren.

Die wesentliche Absicht der Physiotherapie liegt darin, den Alltag von Menschen mit einem erworbenen Funktionsverlust progressiv so weit zu unterstützen, dass eine autonome Lebenspraxis wiederhergestellt werden kann bzw. einen weiteren Verlust zu verlangsamen oder zu bremsen. Diese funktionelle Beeinträchtigung zeichnet sich durch eine subjektiv von dem Patienten gefühlte sowie objektivierbare ungenügende *Bewegungsfähigkeit* aus oder wird durch Schmerzen negativ beeinflusst. Dabei muss dieses Defizit eine Krise hervorbringen, die nicht selbstständig vom Betroffenen in einer optimierten Weise überwunden werden kann und somit die Hilfe eines Physiotherapeuten für diese Bewältigung benötigt. Hierbei ist es unerheblich, ob diese Einschränkungen durch biologische, psychische oder soziale Faktoren ausgelöst wurden, und sie sind auch nicht zwingend an objektive pathologische Strukturveränderungen geknüpft. Erst durch diesen Umstand kann eine Rollenaufteilung mit der Funktionsrolle als *Physiotherapeut* und die Komplementärrolle, die des *Patienten*, in einem wirksamen *Arbeitsbündnis* eingeleitet werden. Da diese Allianz durch ein hohes Interaktionsaufkommen unter Anwesenheit der Aktionspartner gekennzeichnet ist, soll dies mit einer richtigen Art an Kommunikation sowie Empathie in einer optimalen Weise aufgebaut werden, damit für den weiteren Therapieverlauf eine vertrauensvolle Basis der Interdependenz geschaffen werden kann. Die gegenseitige Abhängigkeit liegt darin, dass der Patient seine autonome Lebenspraxis zurückgewinnen möchte und der professionelle Physiotherapeut seinem professionstypischen Handeln nachkommt, indem er einen bestmöglichen sowie nachvollziehbaren Erfolg erzielt. Dabei ist er auf eine klare Zielsetzung des Patienten angewiesen, um die Fallstruktur einer *Machbarkeitsüberprüfung* zu unterziehen und zu klären, ob ggf. ein interdisziplinäres Therapiesetting zu konstruieren oder sogar das Arbeitsbündnis aufzulösen ist.

Bei dieser Auftragsklärung kommt es mittels des *clinical reasoning* zu einer Informationsverarbeitung von klinisch relevanten Erscheinungen sowie zu einer Begründung bzw. Entscheidung der therapeutischen Maßnahme(n), die eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit aufweisen soll, jedoch auch die Möglichkeit des Scheiterns einschließt und damit eine *stellvertretende Krisenbewältigung* in eine ungewisse Zukunft hinein charakterisiert. Bei dieser Logik werden die Beschwerden in einer biologischen, psychologischen und sozialen Perspektive gedeutet sowie deren kontextbedingte Risikofaktoren ermittelt. Das bedeutet, dass nicht nur rein körperliche Beschwerden quantitativ ermittelt werden, sondern auch die Einstellungen, Vorerfahrungen, Wahrnehmungen und die Verarbeitung der vorliegenden Krisensituation in einer holistischen Betrachtungsweise erfasst werden müssen, um eine patientenzentrierte Therapie zu begründen und sich danach auszurichten. Erst nach dieser umfangreichen Befunderhebung über die reinen anatomisch-strukturell-biomechanischen Gegebenheiten hinaus kann das professionelle Handeln im Funktionsbereich der Physiotherapie ausreichend gewährleistet werden. Da der Zweck der therapeutischen Maßnahme in einer Rückgewinnung der Autonomie des Patienten liegt, sollte die Therapie darauf ausgelegt sein, eine *positiv-kognitive Verhaltensänderung* gegenüber Bewegung und Gesundheit zu erreichen und Instrumente zu vermitteln, damit die Menschen zukünftige Krisen selbstständig beeinflussen können. Dem Patienten soll durch eigeninitiierte Bewegungen ein positives Körperbild vermittelt werden, dass eine *biologische, psychische und soziale Partizipation der Lebenspraxis* durch die zurückerlangte Funktions- und Bewegungsfähigkeit hergestellt werden kann. Das professionelle Handeln ist daher darauf ausgelegt, durch Kommunikation und psychologisch-didaktische Mittel die mentalen Ressourcen des Patienten so zu aktivieren, dass er ein Verständnis von Gesundheit und aktiver Bewegung erlangen kann und sich der Therapeut dadurch allmählich überflüssig macht. Die Begründung der individuellen Maßnahmen dekodiert der Physiotherapeut aus einem *Konsens des individuellen Falles* sowie der *bestmöglich-verfügbaren Wissenschaft*, die er unabhängig reflektiert und mit moralischen Argumenten *synergistisch in die Praxis* einbettet. Durch seine wissenschaftliche Expertise und sein politisches Engagement beteiligt er sich auch an den derzeitigen berufsrelevanten Fachdiskussionen und dem Systemgeschehen, wodurch auch ein spezieller Habitustyp geformt wird.

Aus diesen bisher genannten Strukturmerkmalen kann ein *Idealtyp eines professionalisierten physiotherapeutischen Handelns* abgeleitet werden, welches eine interaktionsbezogene Grundlage für ein eigenes Funktionssystem bietet und gleichzeitig durch diesen typischen Handlungsvollzug eine eigene aufgabenbezogene Zuständigkeit mit dem gebündelten Aspekt der Bewegung im Zusammenhang auf Prävention und Rehabilitation bietet. Dieses Funktionssystem der *menschlichen Bewegung* kann im Gesundheitssystem als selbstreferentielles Teilsystem ausdifferenziert werden und auch

unabhängig von Gesundheits- oder Krankheitszustand zur Geltung kommen. Da das belastungsabhängige Bewegungspotenzial des Patienten den zentralen Pfeiler der physiotherapeutischen Handlungslogik formuliert und dadurch die individuelle Teilhabe am sozialen Leben maßgeblich beeinflusst, ist dieses System der Bewegung darum bemüht, die biopsychosoziale Integrität des Patienten derart herzustellen, dass vorhandene Ressourcen genutzt werden können, um eine bewegungsfähige Lebensführung und dadurch eine Patientenautonomie zu erzeugen. Dies kann als zentrale Wertbeschaffung der physiotherapeutischen Tätigkeit festgehalten werden. Eine weitere Argumentation hinsichtlich der Notwendigkeit einer professionellen Handlungsstruktur der deutschen Physiotherapie wird dadurch bewusst, dass die Komplementärrolle eine Person in Abhängigkeit darstellt und unter einer nicht selber lösbaren Krise leidet. Durch unterschiedliche therapeutische Maßnahmen können demzufolge auch unterschiedliche Lebensweisen dirigierend beeinflusst werden, wobei auf der einen Seite eine positive Persönlichkeitsentwicklung mit einer Reautonomisierung stattfinden kann oder eine Symptomverschlechterung mit einer Abhängigkeit vom Therapeuten entwickelt wird. Durch diese systemeigene Funktion darf nicht von einer normalen Dienstleistung als Gefälligkeit gesprochen werden, sondern von einer *bewegungszentrierten Rückgewinnung einer verloren gegangenen Lebenspraxis mit dem Anspruch einer kreativen Verhaltensoptimierung personenbezogener Zukunftsrealitäten*. Dieser Umstand skizziert die Physiotherapie als klare gesundheitsbezogene Dienstleistungsprofession.

Anhand der gewonnenen Daten kann dieser idealtypischen Logik einer bestehende Handlungsstruktur gegenübergestellt werden und diese eindrucksvoll kontrastieren.

Da zu diesem Zeitpunkt circa 97 % der deutschen Physiotherapeuten in einer Berufsfachschule ausgebildet werden, werden die Antworten der fachschulischen Ausbildung für eine Synopse fokussiert. Anhand der übereinstimmenden Antworten der Physiotherapeuten kann postuliert werden, dass die Berufsfachschulausbildung nicht diejenigen Kompetenzen vermittelt, welche notwendig sind, um ein vertretbares Maß an Professionalität zu gewährleisten, die eine strukturierte Anwendung am Patienten finden kann. Problembehaftet ist schon allein die Tatsache, dass die Adepten nicht systematisch und einheitlich in ein formiertes Praxismodell, wie z. B. das biopsychosoziale Modell, das MDBB-Modell, die Movement Continuum Theory oder das Modell der menschlichen Bewegung eingearbeitet werden und die therapeutische Perspektive monodimensional auf das strukturell-anatomisch-biomechanische Modell zentriert wird. Die daraus resultierenden Behandlungsmaßnahmen können daher von vornherein kein patientenzentriertes Arbeiten zulassen, da das menschliche Individuum auf eine körperliche „Maschine“ reduziert wird. Die Gefahr einer solchen eindimensionalen Betrachtungsweise führt dazu, dass strukturelle Verletzungen oder anatomische Gegebenheiten der damit

einhergehenden Funktion- oder Bewegungseinschränkung des Patienten in den Fokus gesetzt werden sowie das therapeutische Handeln primär auf funktionssystemfremde oder unwissenschaftliche Maßnahmen ausgerichtet sind.

Zudem ist aus den Ergebnissen abzuleiten, dass durch die fehlende Stringenz der Ausbildung auch das clinical reasoning nicht auf einem professionellen Niveau durchgeführt und somit der Fall nicht vollumfänglich sowie multidimensional rekonstruiert werden kann. In Kombination mit den unzureichenden Kenntnissen von Kommunikationsstrategien, Psychologie und didaktischem Vorgehen beinhaltet dies die Gefahr, dass interne Ressourcen des Patienten nicht ausreichend aktiviert werden können, da die Verantwortung für die durchgeführten Maßnahmen ausschließlich dem Physiotherapeuten zugeschrieben wird, sodass sich eine Abhängigkeitsdynamik entwickeln kann und die Reautonomisierung mit einer langfristigen Verhaltensänderung aufseiten des Patienten verhindert wird. Da die Berufsfachschule im Gegensatz zu einem universitären Studium keine vertieften wissenschaftlichen Kompetenzen vermittelt, ist es nicht verwunderlich, dass es zu keiner wissenschaftlich reflektierten Anwendungspraxis kommt – was als wesentlicher Unterschied zwischen den Ausbildungstypen hervorgehoben werden muss. Im Wesentlichen lässt sich in der fachschulischen Ausbildung eine unkritische Übernahme von Handlungsmustern erkennen, die einen besonderen wissenschaftsskeptischen Habitus erzeugt sowie eine Verwissenschaftlichung und Bildung eines eigenen physiotherapeutischen Wissenskorpus verhindert. Abgesehen von der ungenügenden Professionalität, die sich in einer unterentwickelten wissenschaftlichen Praxis sowie deren unreflexiven Handhabe äußert, fehlen grundlegende Fähigkeiten für eine unabhängige und eigenmotivierte Weiterentwicklung der Physiotherapeuten, wie es das durch eine Hochschule initiierte lebenslange Lernen vorsieht. Neben dieser konfusen Kompetenzlage der Ausbildungsstrukturen zeigt sich ein damit einhergehendes mangelndes Selbstvertrauen, eine erhebliche Schwierigkeit bei der Verantwortungsübernahme sowie eine erhebliche berufspolitische Konfusion. Diese Koinzidenz führt dazu, dass sowohl die Formation einer selbstbewussten sowie geschlossenen Berufsidentität nicht gelingen kann als auch ein Habitus entsteht, der eine selbstintendierte Professionsentwicklung verhindert.

Durch diese Analyse einer *idealtypischen Struktur des professionalisierten physiotherapeutischen Handelns* und den Überlegungen zu einem sich ausdifferenzierenden Funktionssystem der *menschlichen Bewegung* kann resümiert werden, dass die Bedingungen der Möglichkeit einer Professionalisierung der Physiotherapie prinzipiell angelegt sind, jedoch eine Realisierung durch eine zu geringe reflexive und wissenschaftliche Handlungspraxis, eine strukturell-anatomisch-biomechanische Betrachtungsweise und eine zerstreute Fachidentität bislang verunmöglicht wird. Anhand dieser Diagnose muss dem jetzigen physiotherapeutischen Handlungsmuster eine übliche Serviceleistung

unterstellt werden, wobei sich die gesamte Physiotherapie durch ihre derzeitigen Strukturen allenfalls in einem semiprofessionellen Stadium befindet.

4.3 Hauptkategorie: Professionalisierung der Physiotherapie

Nach der Einkreisung der berufseigenen sowie idealtypischen Strukturmerkmale durch die Rekonstruktion der individuellen Erfahrungen der Befragten sollen im Folgenden weitere Chancen und Risiken eruiert werden, welche die gesamtberufliche Professionalisierung sowie das professionelle Handeln beeinflussen, wobei nicht nur die unterschiedlichen Schwerpunkte im Forschungsinteresse liegen, sondern auch, warum und wie diese zu dem weiteren ethischen Verlauf dieser Diskussion beitragen können. Es sollen zum einen individuelle Wünsche und Ängste der Physiotherapeuten mit unterschiedlichen Ausbildungs- bzw. Studiengängen herausgearbeitet werden, um perspektivisch Optionen aufzuzeigen, und zum anderen Wege beschrieben werden, wie weitere Schritte aussehen könnten, um eine Berufsentwicklung zu bewerkstelligen. Des Weiteren sollen die Ergebnisse für die sich anschließende ethische Auseinandersetzung vorbereitet werden, um feststellen zu können, ob dies die zuvor dargestellten Ergebnisse aus den Interviews beeinflusst.

Tabelle 19: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Professionalisierung der Physiotherapie

Name der Kategorie	*Professionalisierung*
Inhaltliche Beschreibung	Die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie beeinflussende Chancen und Risiken.
Anwendung der Kategorie	Hierbei sollen alle Textstellen kodiert werden, die für eine Professionalisierungsdynamik ausschlaggebend sind und erklären sollen, wie ein solcher Prozess beeinflusst werden kann.
Beispiele der Anwendung	B13: „Grundsätzlich ohne jetzt tiefer darauf einsteigen zu wollen, ja. (Okay) Weil eine Akademisierung sollte ja allgemein befähigen faktenbasiert zu arbeiten und faktenbasiert heißt halt, dass ich nicht nach irgendwelchen beliefs attitudes mein Handeln richte.“ B9: „Professionalisierung? Ich glaube das bedeutet, gerade auf unseren Beruf jetzt bezogen, dass wir Therapien anbieten, die wirklich hilfreich sind und damit auch nach außen ein Bild abgeben können bei dem wir uns rechtfertigen können für unsere Therapien, dass das, was wir machen auch wirklich einen durchschlagenden Erfolg hat.“

4.3.1 Verbandspolitik

Dass Verbänden eine wesentliche Sonderstellung für die Interessenvertretung der Berufe zukommt, ist bereits im theoretischen Hintergrund erläutert worden. Dieses Kapitel soll nun Aufschluss darüber geben, wie die derzeitige Verbandsarbeit von den befragten Physiotherapeuten interpretiert wird und inwieweit dadurch der Professionalisierungsprozess in Zukunft beeinflusst werden kann. Die genauere Beschreibung der Kategorie wird in Tabelle 20 veranschaulicht.

Tabelle 20: Definition und Anwendung der Kategorie: Verbandspolitik

Name der Kategorie	*Verbandspolitik*
Inhaltliche Beschreibung	Organisierte Assoziationen, die ein bestimmtes Interesse verfolgen und berufsrelevante Entscheidungen durch deren Repräsentanten auf einer organisatorischen Ebene treffen.
Anwendung der Kategorie	Inhalte, die darauf hinweisen, wie die Verbände angesehen werden und wie sie die Professionalisierung beeinflussen. Dazu zählen die Interessenvertretung gegenüber der Politik und die professionelle Ausgestaltung des Berufsbildes.
Beispiele der Anwendung	B15: „Ja. Dann müssen diese Verbände unabhängiger werden. Diese Verbände vertreten zum Großteil eigentlich Praxisinhaber. Das sind deren Interessengruppen, genau. Da geht es um Geld, oder?“ B14: „Ja. Letzter Stand der Dinge war glaube ich bei 2,6 % und 2,8 % der Akademisierung, also quasi kann man vergessen. Der Wissenschaftsrat gibt da glaube ich 25 % an oder um die 20 % also bis wir dahin sind, ist noch ein riesenlanger Weg. Jetzt hat es sich neu gebildet. Ein Verband, ich weiß nicht, ob er sich schon Verband nennt, aber das sind ja alle Vereine der effektiv gegen die Akademisierung, beziehungsweise nicht offiziell gegen die Akademisierung, sondern für die schulische Ausbildung wirbt. (Okay) Was natürlich dann auch wieder lächerlich ist, wenn wir 20 % als Zielgabe hat und bei 2,6 bis 2,8 % geht es schon wieder dagegen.“

Wichtig zu erwähnen ist, dass die organisierte Zusammenarbeit und Interessen der Verbände auch einen Einblick auf die derzeitigen professionellen Strukturen der Berufsgruppe geben und sie eine Professionalisierung wesentlich mitgestalten können.

Neben der Interessenvertretung gegenüber der Politik liegt die Verantwortung der Verbände auch darin, dass die Qualität der Fortbildungen sowie der Grundausbildung mitgestaltet wird, was für die Professionalität der Physiotherapie als ein wichtiger Faktor gilt. Wie auch in den vorherigen Ergebnissen wird eine multidimensionale Stellung der unterschiedlichen Ausbildungen vorgenommen, um alle Positionen zu repräsentieren, wobei die wichtigsten eine konsequentere Würdigung erfahren sowie alle Subkategorien in Tabelle 21 aufgelistet werden.

Tabelle 21: Subkategorien der Verbandspolitik

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Verbesserung der Netzwerke in der Berufsgruppe	**Berufspolitisches Engagement der Physiotherapeuten stärken**	**Gründung einer Physiotherapeutenkammer**
Skepsis gegenüber den Berufsverbänden	**Skepsis gegenüber den Berufsverbänden**	**Skepsis gegenüber den Berufsverbänden**
	Das berufspolitische Geschehen mitgestalten	**Vertreten eigene Macht- und Wirtschaftsinteressen**
	Eine zeitgemäße Definition von Physiotherapie entwickeln	**Kein Interesse an der Akademisierung und Professionalisierung**
Fortbildungen • Abschaffung von Zertifikatspositionen • Frontalunterricht • Hands-on Therapie • Fortbildungen nur um abrechnen zu dürfen • Fokus mehr auf wissenschaftliche Fortbildungen	**Fortbildungen auf einem niedrigen wissenschaftlichen Niveau**	**Fortbildungen auf einem niedrigen wissenschaftlichen Niveau**

Neben den Argumenten wie *„Verbesserung der Netzwerke in der Berufsgruppe“* und *„berufspolitische[s] Engagement der Physiotherapeuten zu stärken“* wünschen sich die befragten Physiotherapeuten vor allem von den Verbänden, *„das berufspolitische Geschehen mitgestalten“* zu können oder eine *„zeitgemäße Definition der Physiotherapie zu entwickeln“* um eine Ausrichtung der Berufsgruppe zu unterstützen, was ein professionelles Selbstbild bestärkt.

> *„Wir brauchen eine neue, einen, da sind wir vielleicht wieder bei der Definition von Therapie von Therapieberufen. Wir brauchen eine klare neu Definierung unserer Berufe. Und vor allem auch muss in den Vordergrund gehoben werden, dass wir den Menschen behandeln und nicht ein, nicht ein MRT-Bild, nicht eine Pathologie, sondern die Funktionsstörung und das unterscheidet uns ganz, ganz klar auch von den Medizinern, ja.“* (B10, 329–333).

Was jedoch merklich auffällt, ist die deutliche *„Skepsis gegenüber den Berufsverbänden“*, die in allen Ausbildungsschichten der Interviewten vorgetragen wird, und eine fehlende Transparenz und/oder Glaubwürdigkeit widerspiegelt. Als Ursache für dieses Misstrauen werden die vielen unterschiedlichen Berufsverbände mit völlig unterschiedlichen Positionen vorgebracht, wobei einige Verbände kein Interesse daran zeigen, die Physiotherapie professionalisieren oder sich gegenseitig mit dem Abwerben von Mitgliedern ausstechen zu wollen.

> *„Eigentlich sollten sie mit uns im Boot sitzen. Das Gefühl, ich befasse mich jetzt nicht so viel mit den Verbänden, muss ich sagen, aber das Gefühl habe ich nicht wirklich, dass die uns großartig unterstützen, in dem Sinn. Ich glaube, das liegt aber auch daran, dass wir viel zu viele haben und dadurch eine Repräsentation von allen Physiotherapeuten in dem Sinn oder unseren Berufsstand vor den Politikern nicht wirklich gegeben sein kann, auch irgendwie, wenn dann die Verbände sich untereinander noch bekriegen und jeder was anderes meint und die einen Zertifikate abschaffen die anderen, ne müssen wir behalten und … Aber das stimmt, ja, die könnten uns mit Sicherheit helfen, wenn sie an einem Strang ziehen würden oder wenn es einen großen Verband geben würde.“* (B9, 307–312).

Als weitere Belastung der Vertrauensbasis gegenüber den Verbänden sehen die befragten Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss darin, dass primär eigene *„Macht- und Wirtschaftsinteressen vertreten“* werden und das Gesamtbild der Berufsgruppe vernachlässigt wird. Sie sehen die Sorge darin, dass die Verbandsfunktionäre ihre Stellung im Verband nicht aufgeben wollen und durch Zertifikatsfortbildungen ein Wirtschaftsinteresse im Fokus steht. Aus diesen Machtstrukturen und der intransparenten Interessenvertretung lässt sich herauslesen, dass *„kein Interesse an der Akademisierung und Professionalisierung“* besteht und weiterhin *„Fortbildungen auf einem niedrigen wissenschaftlichen Niveau“* angeboten werden.

> *„Also, wenn man sich jetzt so die deutschen Verbände anschaut, die ja … bei denen ja meistens immer die gleichen Leute in den führenden Positionen sitzen, die aber halt auch sich selber die Macht sichern […]. Die haben ja gar kein Interesse daran, dass die Physiotherapie sich emanzipiert. Die haben gar kein Interesse daran. Wahrscheinlich, weil selber manche auch vielleicht Konzeptleiter sind, von irgendwas oder Konzeptinstruktoren. Ich denke jetzt zum Beispiel an Maitland-Instruktoren und Bobath-Instruktoren, die gar kein Interesse daran haben, dass die Physiotherapie professionalisiert wird, weil das würde ja heißen, dass der Fortbildungsmarkt zusammenbricht.“* (B13, 385–390).

„Ich glaube, wir müssen an die Verbände appellieren, dass sie endlich aufhören nichts … Endlich aufhören Scheiße zu propagieren. Wie zum Beispiel der VPT mit Osteopathie oder manuelle Therapie und die ganzen Fasziensachen. Also wenn ich das schon sehe, wenn ich das schon, schon die ganzen Fortbildungskataloge schon sehe, da gehört einfach mal 99 % rausgestrichen. Und dann zu sagen, für wirklich für etwas einzustehen und auch davon überzeugt zu sein und das durchzuziehen. Weil durch ihre jetzige Einstellung die sie haben, sie wollen sich zwar zusammenschließen und so weiter, alles cool, aber sie haben keine Vision." (B6, 282–287).

Diese eher marginalen *„Fortbildungen"* zeichnen sich dadurch aus, dass hauptsächlich *„Hands-on-Therapien"* in einem Setting des *„Frontalunterrichtes"* stattfinden und vordergründig die Abrechnungszertifizierung als Motiv gilt, sich weiterzubilden, was vor allem nach einer berufsschulischen Ausbildung in Anspruch genommen wird und das bisher ausgeprägte strukturell-anatomisch-biomechanische Therapieverständnis unterstreicht.

„Ja, ich habe dieses Best-Practice-Buch angefangen, ich kann es in die Ecke hauen, ich komme nicht durch. (Okay) Also das is für mich, ich bin ein anderer Lerntyp, mir sind (unkenntlich) Menschen besser, der es mir dann erklären kann. Das ist effektiver für mich." (B1, 249–251).

„Regelmäßige, ja genau, weil freiwillig, ich mein, da machen zwar total viele Kollegen viele Fortbildungen, aber warum? Weil es einfach mehr Kohle bringt." (B1, 382–383).

Vor allem die derzeitige Fortbildungskultur scheint stark in Verruf geraten zu sein, da die Qualität nicht einheitlich auf einem wissenschaftlichen Standard anzusiedeln ist, sondern der Fokus auf einer Gewinnmaximierung der Fortbildungsanbieter und der Fortbildungsteilnehmer beruht und eine biomedizinische Sichtweise fördert, die eine Hands-on-Therapie als einziges therapeutisches Mittel ansieht, was zu kaum einer zielgerichteten professionellen Befähigung der Physiotherapeuten führt. Dies wird auch allgemein von den Interviewpartnern erkannt und zeigt auf, dass hier noch ein Potenzial besteht, die Professionalisierung mittels effektiverer Fortbildungsmaßnahmen und einer optimierten Verbandspolitik zu unterstützen sowie die Professionalität der Berufsinhaber zu stärken, anstatt zu schwächen. Resümiert werden kann somit, dass die Berufsverbände skeptisch betrachtet werden, weil sie subjektiv durch Intransparenz und ein enormes Eigeninteresse auffallen.

4.3.2 Ausbildungsstrukturen

Im Folgenden werden die Differenzen der Ausbildungsstränge in Deutschland ebenso reflektiert wie die von den Physiotherapeuten abgegebene Einschätzung der Optionen einer Novellierung der Berufsausbildung. Wichtig an diesen Ergebnissen ist, dass die Ausbildungsstruktur weitreichende Auswirkungen auf die zukünftigen Professionalisierungsaussichten haben, da die Auszubildenden durch

sie einerseits ein bestimmtes Maß an Professionalität und einen professionellen Habitus erlernen, der für ein wissenschaftlich-reflektiertes Arbeiten als Standard angesehen werden sollte. In Tabelle 22 lassen sich die Parameter herauslesen, die für eine kategoriale Verortung definiert wurden, und in Tabelle 23 die Subkategorien, die aus dem Material gewonnen wurden.

Tabelle 22: Definition und Anwendung der Kategorie: Ausbildungsstrukturen

Name der Kategorie	*Ausbildungsstrukturen*
Inhaltliche Beschreibung	Die Chancen und Hoffnungen, durch neue Ausbildungsstrukturen das Berufsbild und die Berufskultur möglichst positiv zu verändern und zu prägen.
Anwendung der Kategorie	Inhalte, die darauf hinweisen, dass die derzeitige Ausbildung verändert bzw. durch ein Grundstudium ersetzt werden sollte, um eine Professionalisierung zu erwirken sowie die Professionalität der Physiotherapeuten sicherzustellen.
Beispiele der Anwendung	B12: „Jeder kann sehen, dass er sein Wissen ausbaut und das heißt, ja, vielleicht anstatt jetzt irgendwie eine teure Fortbildung zu machen, vielleicht doch nebenberuflich noch mal studieren oder sich zumindest einen Kurs über was weiß ich, von Literatursuche über wissenschaftliches Arbeiten oder so. Um diesen Teil, den wir in Deutschland in der Ausbildung nicht haben, nämlich wissenschaftliches Arbeiten, zu durchdringen und vielleicht mehr zu verstehen, um dann vielleicht auch umsetzen zu können.“ B2: „Akademisierung in dem Sinne auch gut, weil einfach die Studienlagen erarbeitet werden. Aber auch zum Schluss müssen irgendwelche Leute da sein, die einfach nur Lymphen, und nicht den wissenschaftlichen Hintergrund dazu haben, braucht es nicht.“

Zwei bedeutsame Kategorien lassen sich hier erschließen, die in der jetzigen Situation die Physiotherapeuten beschäftigen. Dabei kristallisiert sich aus den Datensätzen die Notwendigkeit einer *„Ausbildungsreform“* und der *„Akademisierung“* heraus, die insbesondere auch von den berufsfachschulisch ausgebildeten Berufsinhabern kritisiert wird.

Tabelle 23: Subkategorien der Ausbildungsstrukturen

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Ausbildungsreform • Standardisierung **Akademisierung** • Pro Akademisierung ➢ International anerkannte Ausbildung ➢ Allgemeine Berufsaufwertung ➢ Aktuelles Wissen für die Therapie • Kontra Akademisierung ➢ Sorge um Praxisbezug ➢ Physiotherapeuten sind Handwerker ➢ Empathieverlust durch Studium ➢ Keine genaue Vorstellung, was man im Studium lernt	**Ausbildungsreform** • Überarbeitete Inhalte • Spezialisierungen • Theorie-Praxis-Problem mindern • Kompetenzsteigerung der Dozenten • Standardisierung **Akademisierung** • Pro Akademisierung ➢ Wissenschaftliche Neugier fördern ➢ Selbstvertrauen entwickeln ➢ Lebenslanges Lernen ➢ Duales Studium ➢ Gesteigerte Reflexionsfähigkeit ➢ Wissenschaftliche Grundlagen ➢ Prestigesteigerung • Kontra Akademisierung ➢ Bedeutung der Akademisierung wird noch nicht erkannt ➢ Noch kein Markt für Akademiker	**Akademisierung** • Pro Akademisierung ➢ Spezialisierung von Fachbereichen ➢ Physiotherapie auf einem professionellen Niveau ➢ Interne Motivation für Professionalisierung ➢ Entwicklung von Autonomie und Verantwortung ➢ Forschung ➢ Ausbildung von wissenschaftlich reflektierten Praktikern ➢ Solidarität fördern ➢ Abschaffung von Zertifikatspositionen ➢ Effektivitätssteigerung ➢ Reduktion der biomedizinischen Behandlungsformen ➢ Evaluation ➢ Prestige- und Gehaltssteigerung ➢ Relationierte Lehrinhalte ➢ Qualifizierte Dozenten

Eine *„Ausbildungsreform“* erscheint als ein unumgängliches Mittel, um die Professionalität der Physiotherapeuten zu verbessern und durch eine *„Überarbeitung der Inhalte“* sowie *„Standardisierung“* eine Professionalisierung zu begünstigen.

In diesem Fall sprechen sich die Absolventen der Berufsfachschule und eines Bachelorstudiums für eine solche Aufarbeitung der Ausbildung aus, während die Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss ausnahmslos die *„Akademisierung“* für die Berufsentwicklung fordern.

> *„Dann müsste man das alles auf den Prüfstand stellen, was denn überhaupt noch Sinn macht und aktuell ist und was nicht mehr und welche Inhalte neu integriert werden sollten wie das, wie des, die Kommunikationssachen.“* (B9, 277–278).

Es herrscht eine allgemeine Unzufriedenheit der Befragten mit der derzeitigen Ausbildung, weil sie es nicht schafft, die Physiotherapeuten auf ihre berufliche Situation vorzubereiten und unterschiedliche Berufsfachschulen divergierende Lehrinhalte vermitteln. Das letzte Zitat hebt vor allem die kommunikativen Fähigkeiten der Therapeuten bei einer inhaltlichen Erweiterung einer Neuausrichtung

hervor, die über den vordergründig handwerklichen Ausbildungsfokus hinausgehen soll und mit dieser gewonnenen Fähigkeit eine Patientenedukation adäquat angebracht werden kann. Ein weiterer Punkt, und da sind sich alle Ausbildungsstränge einig, sehen die Physiotherapeuten die *„Akademisierung“*, um eine Professionalisierung zu initiieren. Während die Berufsinhaber mit einem Masterabschluss sich ausnahmslos für eine Verwissenschaftlichung der Physiotherapie aussprechen, sehen vor allem die Therapeuten mit einer fachschulischen Ausbildung die *„Sorge um den Praxisbezug“*, eine bröckelnde Identität des *„Physiotherapeut[en] als Handwerker“,* einen *„Empathieverlust durch das Studium“* sowie *„keine genaue Vorstellung, was man im Studium lernt“,* wobei die Bachelor-Therapeuten das Problem darin erkennen, dass die *„Bedeutung der Akademisierung noch nicht erkannt wurde“*, was sich in der eigenen Berufsgruppe erkennen lässt, wenn die Rede von einem „Handwerksberuf“ ist. Zudem bemängeln die studierten Therapeuten, dass es bislang *„noch keinen Markt für Akademiker“* gibt, in dem sie sich frei entfalten, professionell arbeiten oder gar eine bessere Entlohnung erhalten würden. Hier ist zu erkennen, dass es noch viel Unkenntnis und Sorge gibt, die eine berufsinterne Motivation für eine flächendeckende Akademisierung ausbremst.

> *„Aber auch zum Schluss müssen irgendwelche Leute da sein, die einfach nur lymphen, und nicht den wissenschaftlichen Hintergrund dazu haben, braucht es nicht. (okay) Ich brauche ihn nicht, ich muss zum Schluss auch erstmal auch nur lymphen einfach.“ (B2, 505-506).*

> *„Weiß ich nicht, wie das Studium läuft? Ich habe keine Ahnung. Wie ich mir das vorstelle, Studium ist das Im-Hörsaal--Sitzen, Personenzahl X und die lernen dann, keine Ahnung, fünf Jahre Physiotherapie und machen nichts Aktives, dann funktioniert es nicht. […] Pff … das ist das Problem, dann haben wir keine Handwerker mehr. […] Wenn du ein Haus baust, kriegst du keine Handwerker, du kriegst zwar Architekten her, die kriegst du her, aber keiner, der dir dein Haus hinstellt.“* (B2, 494–499).

> *„Ne, gibt es jetzt auch noch nicht, weil die Krankenkassen das gar nicht anfordern, weil es nicht notwendig ist – und genau das ist das Problem.“* (B8, 241–242).

Dennoch sieht ein Großteil der Studienteilnehmer eine Akademisierung der deutschen Physiotherapie als notwendig an, um das gesamte Berufsprofil zu professionalisieren und eine gesteigerte Berufsförmigkeit der einzelnen Therapeuten anzulegen. Aus der Ergebnisanalyse geht hervor, dass sich die Physiotherapeuten mit berufsfachschulischer Ausbildung schwertun, die Vorteile der Akademisierung für eine individuelle Professionalitätsförderung zu verbalisieren, weshalb sie eher bei externen Beschaffenheiten wie *„allgemeine Berufsaufwertung“*, *„international anerkannte Ausbildung“* sowie *„aktuelles Wissen für die Therapie“* bleiben. Dies scheint nicht verwunderlich zu sein, da keine

genauen Kenntnisse der Inhalte oder eigene Studienerfahrungen vorliegen. Anders ist es bei den Interviewpartnern mit mindestens einem vorangegangenen Studium. Diese geben über die *„Prestige- und Gehaltssteigerung“*, einen Aufbau von *„Forschung“* in der Physiotherapie und *„relationierte Lehrinhalte“* hinausgehend die Persönlichkeitsentwicklung der Adepten an, die sich durch eine ausgedehnte *„Solidarität“* mit dem Patienten, dem Gemeinwohl und der Berufsgruppe auszeichnet. Die *„interne Motivation für eine Professionalisierung“,* ein *„entwickeltes Selbstvertrauen“*, eine *„gesteigerte Reflexionsfähigkeit“* sowie eine *„wissenschaftliche Neugier“* sollen unterdes das *„lebenslange Lernen“* unterstützen, um *„wissenschaftlich reflektierte Praktiker“* hervorzubringen, die dazu in der Lage sind, die Therapie durch eine *„Spezialisierung von Fachbereichen“* sowie einem hohen Maß an *„Autonomie und Verantwortung“* zu steuern. Dabei sollen Patientenprobleme nicht nur auf *„biomedizinische Handlungsformen reduziert“*, sondern *„Physiotherapie auf einem professionellen Niveau“* durchgeführt werden, um eine *„Effektivitätssteigerung“* zu erzielen.

> *„Und ich glaube, mit einem Studium würde man berufspolitisch dem Beruf sehr, sehr helfen und was ich noch dazu denke und das ist meine eigene Erfahrung im Vergleich mit der Schweiz, dass ein Universitätsstudium im Kontext zu anderen Berufen zu mehr Anerkennung und zu mehr Respektierung und Gehör führt.“* (B15, 448–451).

> *„Jeder kann sehen, dass er sein Wissen ausbaut, und das heißt, ja, vielleicht anstatt jetzt irgendwie eine teure Fortbildung zu machen, vielleicht doch nebenberuflich noch mal studieren oder sich zumindest einen Kurs über was weiß ich, von Literatursuche über wissenschaftliches Arbeiten oder so. Um diesen Teil, den wir in Deutschland in der Ausbildung nicht haben, nämlich wissenschaftliches Arbeiten, zu durchdringen und vielleicht mehr zu verstehen, um dann vielleicht auch umsetzen zu können.“* (B12, 445–448).

> *„Es ist zu divergent, ja. Es ist zu divergent, weil wenn du jetzt überlegst, du kriegst jetzt im schulischen Bereich, ich sage das jetzt mal so, wie ich es sehe, du kriegst im schulischen Bereich einfach nicht das reflektierte Denken mit. So, dir wird ja schon in der Schule gesagt, oh, okay, wenn ich jetzt das Staatsexamen habe, was muss ich denn noch alles machen? […] Ja, und das funktioniert nicht, weil dann, wenn ich in der Lage wäre und wenn ich erkennen würde, dass das ja alles Quatsch ist, dass das ja wirklich Müll ist, dann müsste ich ja dagegen aufbegehren und müsste sagen, Moment, ich mache das nicht, das ist Zeitverschwendung, das ist Geldverschwendung, es ist unökonomisch, es wirkt nichts. Es hilft uns tatsächlich nicht, weil das nicht unser Rollenbild ist, und wir müssten ja alle dagegen aufbegehren, tut aber keiner. Weil es keiner kapiert.“* (B13, 486–495).

„Reduktion beziehungsweise Elimination der mechanisch- und strukturfokussierten Behandlungsformen. Wie zum Beispiel manuelle Therapie. Reduktion beziehungsweise Elimination der Zertifikatsausrichtung […]“ (B11, 198–199).

Während die akademisierten Physiotherapeuten die Bedeutung einer flächendeckenden Hochschulanbindung für die Professionalisierung begreifen und das Moment des wissenschaftlich reflektierten Praktikers mit der Veranlagung einer Forschungssymbiose und einer professionellen Habitusformation der Adepten verstanden haben, scheinen die berufsfachschulischen Physiotherapeuten demgegenüber sehr skeptisch, desinformiert und sogar ängstlich zu sein, ihre eigene Berufsidentität und die des gesamten Berufsbildes als Handwerker zu verlieren. Sie plädieren zwar auch für eine Weiterentwicklung des Berufsprofiles, sind aber eher misstrauisch, dies auf einem akademischen Weg zu vollziehen, weshalb sie für eine Neukonsolidierung der Ausbildungsinhalte plädieren. Da circa 97 % aller Physiotherapeuten in einer Berufsfachschule ausgebildet werden, scheint diese skeptische Haltung gegenüber der Akademisierung eines der zentralen Probleme der Professionalisierung darzustellen.

4.3.3 Auswirkung auf die Gesellschaft

Im Folgenden werden die Ergebnisse dazu präsentiert, wie die befragten Physiotherapeuten selbst ihr berufliches Handeln in der derzeitigen Situation einschätzen und welchen Einfluss dieses auf die Gesellschaft hat. Es soll aus einer subjektiven Perspektive geklärt werden, ob und wie die Physiotherapie einen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Mehrwert für die Bevölkerung darstellt und ob die zur Verfügung stehenden Ressourcen ausreichend genutzt werden, um durch die Rollenfunktion des Helfens eine gemeinwohlorientierte Therapiestruktur umzusetzen. Es soll ein Blick darauf geworfen werden, wie die bisherige physiotherapeutische Berufung auch für die Gesamtgesellschaft einen gesundheitsförderlichen Aspekt hat, welcher aus einer individuellen Sicht der befragten Therapeuten kritisch analysiert werden soll.

Tabelle 24: Definition und Anwendung der Kategorie: Auswirkungen auf die Gesellschaft

Name der Kategorie	*Auswirkungen auf die Gesellschaft*
Inhaltliche Beschreibung	Welche Auswirkung hat die deutsche Physiotherapie mit ihren derzeitigen berufstypischen Strukturen für die Gesundheit der Bevölkerung.
Anwendung der Kategorie	Inhalte, die darauf hinweisen, in welcher Weise die befragten Physiotherapeuten glauben, dass durch die eigene Relevanz die Gesamtgesellschaft beeinflusst wird.

Beispiele der Anwendung	B4: „Also leider muss ich sagen, finde ich, dass wir momentan da relativ wenig Relevanz haben. Weil ähm … Ja, ich immer wieder Patienten, sehe wo ich mir denke, ok, die kommen zu uns, könnten aber auch sehr, sehr viel selber machen. Haben eigentlich gar nicht wirklich ein so behandlungsbedürftiges Problem. Insofern, vielleicht viele Patienten, die beim Therapeuten sind, obwohl sie ihn gar nicht brauchen.“ B13: „Ich finde, wir sind Kostenverursacher, auch wenn wir der kleinste Anteil im Gesundheitswesen sind, es ist aber auch einer der beträchtlich ist. Ich finde, wir tragen eher zur Chronifizierung bei oder zur Krankmachung auch gesunder Menschen. Aufgrund unserer Glaubensannahmen und Einstellungen. Und ich finde, dass das, was wir tun als Berufsgruppe, geht meistens nicht über einen Placeboeffekt hinaus.“

Auch in dieser Kategorie zeigen sich die Ergebnisse zu den erarbeiteten Subkategorien als relativ heterogen, was die interne Konfusion des Berufsbildes weiter verdeutlicht (Tab. 25). Zum einen wird ein positiver Effekt der Physiotherapie für die Gesundheit der Gesellschaft attestiert, zum anderen aber auch ein negativer Trend gesehen, der durch eine zu hohe Kostenlast, die durch eine zu geringe Professionalität, ineffektive Therapiemethoden und eine Chronifizierungstendenz der Patienten verursacht wird.

Tabelle 25: Subkategorien der Auswirkung auf die Gesellschaft

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Schnellere Partizipation der Patienten spart Kosten ein **Imagesteigerung** **Geringe Relevanz** • Patienten ohne Lebenskrise • Patienten bekommen keine Therapie • Unnötige Therapie **Mehrkosten durch Dauerpatienten** **Mehrwert von der Gesellschaft wird nicht erkannt**	**Demografischer Wandel** **Positive Außendarstellung** **Ineffiziente Therapie verursacht Mehrkosten** **Wissenschaftlich-reflektierte Therapie**	**Kostenökonomisierung** **Chronifizierungspotenzial durch unreflektierte Therapie** **Nicht-therapeutischer Wellness-Service**

Als besonders positiv ist in einem idealtypischen Kontext hervorzuheben, dass die Patienten mit einer Funktionseinschränkung oder Schmerzen ihre tägliche Rollenfunktion im Leben sowie im Beruf entweder gar nicht mehr oder nur vermindert nachkommen können und dies zu volkswirtschaftlichen Mehrkosten führt. Hier können physiotherapeutische Maßnahmen eine *„schnellere Partizipation“* der Patienten erzielen und somit *„Kosten für das Gesundheitssystem einsparen“* und durch den *„demografischen Wandel“* die Pflegebedürftigkeit der Menschen deutlich hinauszögern, da ein selbstständiges Leben möglichst lange unterstützt werden kann.

> *„Also da sage ich ganz klar, wir bringen einen deutlichen Mehrwert. Wir bringen einen deutlichen Mehrwert, auch wenn wir nicht up to date sind, auch wenn wir sehr weit hinten dran sind, aber wir bringen trotzdem einen großen Mehrwert und das gerade in Zeiten des demografischen Wandels, der, der gerade wirklich anfängt, der uns jetzt erst, er fängt ja jetzt gerade erst an, uns zu überrollen. … aber das wird, das wird mit eine der größten Sorgen sein und wir, wir Therapeuten, dadurch, dass wir eben Zeit haben, und das merke ich jeden Tag vor allem an meinen älteren Patienten und nicht, weil ich mit denen ein bisschen Schwätzchen halte, sondern weil ich, ja auch Entertainer bin, aber in, durch meine positive Art sie, motivieren, sich zu bewegen und dadurch einfach Pflege hinauszögere und oder Pflege sogar verhindere. Deswegen, und dadurch Kosten spare. Das muss man ganz klar sagen. Ich spare dem System eine Menge Geld.“* (B10, 363–371).

Dies scheint ein Hauptgrund zu sein, dass die Physiotherapeuten ihre eigene Arbeit als sehr wertvoll für die Gesellschaft ansehen und dementsprechend auch darum bemüht sind, sich durch eine *„positive Außendarstellung“* sowie *„Imagesteigerung“* im Gesundheitssystem zu positionieren. Diese Bestrebungen verlaufen jedoch durch die eingeschränkte Handlungsautonomie und fehlenden Strukturmerkmale professionellen Handelns der Physiotherapeuten im Sand, da *„ineffiziente Therapien Mehrkosten verursachen“* und sich dadurch eine *„geringe Relevanz“* in der Gesellschaftsfunktion vertieft. Die *„geringe Relevanz“* sehen die befragten Therapeuten darin, dass oftmals *„Patienten ohne eine tatsächliche Lebenskrise“* ärztliche Verordnungen erhalten, wiederum andere *„Patienten keine Therapie bekommen“*, da die Budgetierung des Arztes an ihre Grenzen gerät sowie oftmals *„unnötige Therapien“* verordnet werden, die keinen zusätzlichen Mehrwert aufweisen oder deren Wirksamkeit schon seit Jahren als widerlegt gilt.

> *„Also leider muss ich sagen, finde ich, dass wir momentan da relativ wenig Relevanz haben. […] Ja, ich immer wieder Patienten sehe, wo ich mir denke, ok, die kommen zu uns, könnten aber auch sehr, sehr viel selber machen. Haben eigentlich gar nicht wirklich ein so behandlungsbedürftiges Problem. […]. Und dann wiederum aber auch die Patienten, die vielleicht*

sehr wohl einen Therapeuten brauchen, aber dann genauso schnell abgefertigt werden müssen wie alle anderen halt auch weil halt das Geld insgesamt gesehen einfach nicht reicht um da groß mehr zu…" (B4, 354–359).

Durch die Partizipation am Systemgeschehen der Ärzte zeigen sich auch die negativen Auswirkungen für die Physiotherapeuten, was in zweiter Reihe auch die Gesellschaft und Patienten trifft. Da die Physiotherapie noch eine zu geringe professionelle Handlungsweise in ihrem eigenen Funktionsbereich aufweist, kann sogar ein *„Chronifizierungspotenzial durch unreflektierte Therapie"* beim Patienten provoziert werden, was durch einen *„nicht-therapeutischen Wellness-Service"* hervorgerufen wird und wiederum *„Mehrkosten durch Dauerpatienten*" für die gesamte Volkswirtschaft verursacht.

„Das Problem ist eher, dass ich sage, den Mehrwert sehe ich nicht zwangsläufig. (Okay) Und ich sehe ihn nicht in der heutigen Zeit und ich sehe ihn nicht, so wie Physiotherapie läuft. Wenn ich mir von Arbeitskollegen anhören muss, dass Patient XY, obwohl er zurzeit schmerzfrei ist und obwohl er sich normal bewegen kann […] eine zusätzliche Verordnung auf Kassenkosten zu nehmen, weil es gibt gerade aktuell keinen Grund. " (B8, 315–319).

„Sorry, aber dafür sind wir nicht da. Dafür braucht uns die Gesellschaft nicht, das können die dann alle selber bezahlen. Wellness ist etwas, das fällt in den Bereich: Zahl bitte selber." (B8, 333–334).

„So, und dann frage ich mich, wenn ich, wenn du, also, ganz simpel gesprochen, du gehst zum Automechaniker und du kriegst, du gehst dein Auto reparieren und das Auto kommt jedes Mal zurück mit einem anderen Fehler. Dann würdest du doch den Typ nicht bezahlen. Warum soll ich dann den Physiotherapeuten mehr Geld geben? Das macht keinen Sinn." (B6, 399–402).

„Ich finde uns völlig überflüssig, so wie wir jetzt funktionieren. (Okay) Ich finde, wir sind Kostenverursacher, auch wenn wir der kleinste Anteil im Gesundheitswesen sind, es ist aber auch einer, der beträchtlich ist. Ich finde, wir tragen eher zur Chronifizierung bei oder zur Krankmachung auch gesunder Menschen. Aufgrund unserer Glaubensannahmen und Einstellungen. Und ich finde, dass das, was wir tun als Berufsgruppe, geht meistens nicht über einen Placeboeffekt hinaus." (B13, 462–466).

Ein befragter Therapeut überspitzt sogar die bisherige Systemauslegung und Behandlungsstruktur der Physiotherapeuten in drastischer Weise, indem er ausführt, dass sich die unwissenschaftlichen und unreflektierten Maßnahmen der Physiotherapie in einer Kostensteigerung für die Gesellschaft widerspiegeln.

> *„Ich denke, das ist zum allergrößten Teil verzichtbar. Also wer hätte tatsächlich ein Problem, wenn er morgen keine Physiotherapie mehr kriegen würde? Weiß ich nicht, es gäbe halt mehr Massagesalons, mehr Thaimassagesalons oder so und ich denke, das würde von angrenzenden Berufsfeldern relativ schnell aufgenommen und dann wird es wahrscheinlich kein großes Vakuum lange geben."* (B12, 434–437).

Aus diesem Grund zeigt sich, dass *„der Mehrwert in der Gesellschaft noch nicht erkannt wird"*. Die Physiotherapie scheint durch ihre Abhängigkeit von der ärztlichen Verordnungsmenge und die eigene Identitätskrise in einer solchen wirtschaftlichen Abhängigkeit zu sein, dass sie Patienten annehmen müssen, obwohl diese keine Therapie benötigen oder von dieser nicht profitieren würden. Dies führt dazu, dass die Effektivität und die Sinnhaftigkeit konsequenterweise in Kritik geraten sind, die sich durch alle Ausbildungsschichten zieht.

> *„Ich denke, es ist auch so in den Köpfen der Patienten von den, von den, vom Volk, so blöd das sich das jetzt anhört, auch noch nicht angekommen ist."* (B1, 290–292).

Durch das derzeitige Handlungsmuster der Mehrzahl von Physiotherapeuten scheint es so, dass ein Fremdbild der Gesellschaft entworfen wird, welches die Physiotherapie mit Wellness-Maßnahmen gleichsetzt, da oftmals Verordnungen für Personen ausgestellt werden, die entweder keine Therapie benötigen oder bei denen eine therapeutische Intervention auf keinen fruchtbaren Boden fällt, wodurch „Stammpatienten" entstehen können, die auf allgemeine Kosten Wellness-Anwendungen erhalten. Die dabei angewendeten Maßnahmen verwalten oft das Problem der Patienten, als es effektiv zu lösen, was angesichts eines eindimensionalen Praxismodells und einer veralteten Ausbildungsstruktur nicht verwundert. Dies sehen die Therapeuten mit einem Masterabschluss als besonders problematisch, da in einer nicht reflexiven Weise unwissenschaftliche Therapien als effektiv angeboten werden und somit ein unprofessionelles Bild der Physiotherapie entwickelt wird.

4.3.4 Professionalität

Da sich Professionalität als eine reflexive Relationierung von Wissen und Können auszeichnet, konnten spezielle Merkmale herausgearbeitet werden, die aus dieser Perspektive ein professionelles Handeln ermöglichen und zu einer weiteren Professionsentwicklung führen sollen (Tab. 27). Professionalität und Professionalisierung begründen eine Interdependenz, die durch diese Arbeit bewusst werden und eine Novellierung der Ausbildungsschwerpunkte bekräftigen soll. Die Interviewteilnehmer wurden befragt, welche Merkmale sie mit einem professionellen Physiotherapeuten in Verbindung bringen und welche sich für eine Professionalisierungsdebatte besonders hervorheben. Tabelle 26 zeigt die Definition der erarbeiteten Kategorie und wo ihre Anwendungen liegen.

Tabelle 26: Definition und Anwendung der Kategorie: Professionalität

Name der Kategorie	*Professionalität*
Inhaltliche Beschreibung	Wichtige berufliche Verhaltens- oder Vorgehensweisen, die sich mit einem hohen Standard durchgeführt werden und sich durch eine gesteigerte Professionalität auszeichnet.
Anwendung der Kategorie	Inhalte die darauf hinweisen, welche beruflichen Standards und Merkmale besonders wichtig für eine individuelle Professionalität des Physiotherapeuten sind.
Beispiele der Anwendung	B13: „Ja. (Ja?) Das denke ich sehr wohl. (Okay, gut) Weil, eben, wenn ich mein Handeln auf Fakten aufstützen kann und auf Wissen aufstützen kann, dann generiere ich ja einen Wirkeffekt, und zwar eben der wirklich über etwas Unspezifisches hinausgeht, ja.“ B15: „Ein professioneller Physiotherapeut sollte bei seiner Entscheidungsfindung halt und der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten immer für mich professionalisiert evidence based medicine also EBM prozessmäßig vorgehen. Er sollte das verstehen, dass EBM kein Dreisäulenmodell ist, sondern ein Prozessmodell und sollte damit auch bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oder wir sagen auch englisch shared decision making den Patienten auch wirklich gut Optionen bieten können und ihm auch wirklich die Vor- und Nachteile für den Patienten aufklären können und… ja, ich denke, mit den Fähigkeiten ist man schon 5 % der oberen Pyramide.“

Als besonders bedeutend sehen fast alle der befragten Physiotherapeuten insbesondere die *„Reflexionsfähigkeit“* an, um die Professionalität der eigenen Berufsgruppe zu stärken und anschließend schrittweise die erwünschte Profession zu formieren. Bei dieser Fähigkeit ist das kritische Hinterfragen der eigenen Motive sowie der derzeitigen Wissenschaft gemeint, ohne die professionelles Handeln nicht vorstellbar ist.

> *„Also das ist etwas, da sehe ich eigentlich jeden einzelnen Kollegen in der Pflicht, sich zu reflektieren und zu hinterfragen. Und beim Reflektieren und hinterfragen der eigenen Therapien, der eigenen Arbeit, messen, was tue ich da, das ist halt einfach verdammt schwer, weil, das kratzt am Selbstbild bei vielen.“* (B8, 349–351).

Tabelle 27: Subkategorien der Professionalität

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Reflexionsfähigkeit **Standardisierung von Abläufen** **Spezialisierung** **Evidence based practice** • Versorgungsleitlinien ➢ Schwierigkeiten bei der Implementierung ➢ Physiotherapeuten und Ärzte halten sich kaum an Versorgungsleitlinien ➢ Konsens aus mehreren Leitlinien **Direct Access** • Risiko für Patienten • Keine Kompetenzen **Zeitmanagement** **Clinical Reasoning** **Begründungspflicht** • Patientenzufriedenheit • Stimmungsabhängig • Wissenschaftlich begründet **Arbeitsbündnis bilden** • Empathie und Respekt • Komplexe Patientenbedürfnisse • Shared decision making • Unterschiedliche Erwartungen im Arbeitsbündnis **Eigenen Grenzen kennen** **Autonomie**	**Reflexionsfähigkeit** **Wissenschaftliche Kompetenzen** • Rahmenbedingungen • Reduktion • Infrastruktur **Evidence based practice** • Evaluation • Neuestes Wissen • Versorgungsleitlinien **Kompetenzdarstellung** **Ethisches Verständnis** **Direct Access** • Qualifikationsvoraussetzungen • Keine Kompetenzen **Clinical Reasoning** **Begründungspflicht** • Reflexion der Begründung • Nachträgliche Begründung • Wissenschaftsrationale Begründung • Intuitive Begründung **Arbeitsbündnis bilden** • Empathie • Shared decision making • Didaktische Fähigkeiten • Paradoxe Situationen überbrücken • Empowerment • Kommunikation ➢ Kommunikation mit Patienten ➢ Kommunikation mit Therapeuten	**Reflexionsfähigkeit** **Wissenschaftliche Kompetenzen** **Multidimensionale Generalisten** **Evidence based practice** • Effektive Therapiemaßnahmen • Relationierung von Versorgungsleitlinien • Neuen Ergebnissen aufgeschlossen sein **Ethisches Verständnis** **Direct Access** • Zu geringes Bildungsniveau • Nur für akademisierte Physiotherapeuten • Kostensteigerung für das Gesundheitssystem • Bislang keine Verantwortung **Clinical Reasoning** **Begründungspflicht** • Reflexion der Begründung **Arbeitsbündnis bilden** • Biopsychosoziales Modell • Patientenzentriertes Handeln • Psychologische Fähigkeiten • Kommunikative Fähigkeiten • Empowerment

> *„Aber ich gehe davon aus, dass ein Studium Kollegen fit macht für die Arbeit. Nicht nur wissenschaftlich zu arbeiten, klar, das kommt natürlich auch, ja. Aber, dass im Endeffekt wirklich auch vermittelt wird, wo, wo geht's hin, wo hinterfragst du deine Therapien, wie hinterfragst du deine Quellen, ja, also glaubst nicht alles, was dir vorgesetzt wird, sondern, na, also, kommt auch immer mehr, sehe ich bei Kollegen schon, also hinterfrag dich, hinterfrag deine Quellen, hinterfrag dein Arbeiten und, dass du up to date bleibst, das finde ich wichtig […]"* (B1, 420–424).

Es wird mit der *„Reflexionsfähigkeit"* das kritische Hinterfragen gleichgesetzt, welches erlaubt, sich unabhängig jegliche Informationen einzuholen, zu bewerten, praktisch anzuwenden und zu evaluieren, um auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu sein und seine *„eigenen Grenzen zu kennen"*. Ausschließlich die akademisierten Physiotherapeuten sehen in der Reflexion Parallelen mit *„wissenschaftlichen Kompetenzen"*, die darauf ausgelegt sind, selbstständig Forschung zu betreiben sowie belegtes Wissen reflexiv anzuwenden.

> *„ […] heißt für mich, […] wissenschaftlich arbeiten, an wissenschaftliche Prozesse angebunden zu sein, informiert zu sein, informiert zu werden, schnell die Möglichkeit haben, an, an bestimmte wissenschaftliche Erkenntnisse ranzukommen und sie mir auch, dass es mir möglich gemacht wird, sie auch umsetzen zu können."* (B10, 262–265).

Eine weitere Diskussion der Gegensätzlichkeit wird zwischen den Therapeuten der Berufsfachschule und den Master-Absolventen angefacht. Während Erstere eine *„Spezialisierung"* der Fachbereiche vorschlagen, sehen Letztere die Professionalität der Physiotherapie darin, dass es im Berufskern zu *„multidimensionalen Generalisten"* kommen sollte, um ein geordnetes Selbstbild aufzugreifen und sich nicht zu sehr in komplementäre Spezialisierungen zu vertiefen, die wissenschaftlich nicht mehr abgedeckt werden können.

> *„Und das hat natürlich immer verschiedene Dimensionen. Also eine psychologische, eine soziologische, eine biologische und die muss ich … also Psychotherapeuten sind Generalisten, die wissen eben von allem eine Menge, weil wir eben an einer Schnittstelle sind, wo viele Felder zusammenstoßen. So, diese Felder müssen wir zumindest in Grundzügen bekannt sein, dann kann ich erfolgreich mit dem Menschen auch agieren. Ich muss kein Psychologe sein, kein Soziologe sein. Das alles ist nicht wichtig, aber Grundwissen in diesen Bereichen muss ich haben für den Bereich in dem Bereich, in dem wir tätig sind."* (B12, 390–394).

Dies führt dazu, dass die Physiotherapeuten eine geeignete Professionalität in diesem Fall als *„evidence based practice"* explizieren, welche als wissenschaftsorientierte praktische Anwendung zu

verstehen ist. Dabei werden *„effektive Therapiemaßnahmen“*, die *„Evaluation“*, *„neuestes Wissen“* sowie eine therapeutische Anlehnung an *„Versorgungsleitlinien“* und deren *„Relationierung“* subsumiert. Da die Evidenz in der berufsfachschulischen Ausbildung von untergeordneter Bedeutung ist, sehen sich vor allem diese Therapeuten mit *„Schwierigkeiten bei der Implementierung“* konfrontiert und prangern an, dass *„Physiotherapeuten und Ärzte sich kaum an Versorgungsleitlinien halten“*.

> *„Ein professioneller Physiotherapeut sollte bei seiner Entscheidungsfindung halt und der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten immer für mich professionalisiert evidence based medicine also EBM-prozessmäßig vorgehen. Er sollte das verstehen, dass EBM kein Dreisäulenmodell ist, sondern ein Prozessmodell und sollte damit auch bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oder wir sagen auch englisch shared decision making den Patienten auch wirklich gut Optionen bieten können und ihm auch wirklich die Vor- und Nachteile für den Patienten aufklären können […]“* (B15, 338–343).

> *„Oder ich versuche Leitlinien mehr einzubauen oder sowas, aber das ist auch, ich habe den Eindruck weder Kollegen wissen Bescheid und die Ärzte halten sich da gleich dreimal nicht an Leitlinien. Du bist der Depp, wenn du dich dran hältst […]“* (B1, 185–186).

Durch das antizipierte Fremdbild als „Handwerker“, das ebenfalls von Ärzten und Patienten gegenüber der Physiotherapie entwickelt wird, scheint es nicht abwegig, dass die Orientierung an Leitlinien mit einer geringeren Patientenzufriedenheit einhergeht, da es dem Patienten mit keiner echten Lebenskrise oftmals darum geht, Wellness zu erhalten anstatt einer evidenten Therapiemethode, die jedoch als effektiver gilt. Die unzureichende Fähigkeit, dem Patienten genau dies mit kommunikativen und didaktischen Mitteln zu erklären, verstärkt das Problem und führt dazu, dass durch ein fehlerbehaftetes Interaktionsmuster kein vernünftiges Arbeitsbündnis geschlossen werden kann und somit der Patient unzufrieden mit der Behandlung ist.

Auch in Bezug auf den *„Direct Access“* für die Physiotherapeuten scheint ein zu *„geringes Bildungsniveau“* ein hohes *„Risiko für Patienten“* darzustellen, während gleichzeitig eine *„Kostensteigerung für das Gesundheitssystem“* erwartet wird, da die Therapeuten *„bislang keine Verantwortung“* übernehmen können und *„keine Kompetenzen“* für einen Direktzugang haben.

> *„Nein. […] Das eine ist einmal die Qualität des Therapeuten, die Möglichkeit von clinical reasoning, Erkennung von Red Flags. All diese Fähigkeiten sind nicht gegeben.“* (B15, 462–467).

> *„Weil die Fähigkeiten und das Bewusstsein, quasi die effizienteste und effektivste Methode zu wählen, gar nicht besteht. Also ich denke, es wird viele, die das, also wenn alle das bekommen,*

unabhängig von irgendwelchen akademischen Graden, denke ich, wird es so passieren, dass 90 % das missbrauchen würden." (B14, 560–564).

Für den Erstkontakt bedarf es neben der fachlichen Fertigkeit auch eines *„ethischen Verständnisses"*, was bei den akademisierten Physiotherapeuten der Fall ist, und sie dadurch befähigt würden, da sie den Direktzugang auch *„nur für akademisierte Physiotherapeuten"* vorsehen würden.

„Ich würde sagen ja, warum nicht, für die, die einen Bachelor haben. Das wäre die Qualifikation. Also wenn ich eine EAP mache, muss ich ja auch bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Ob die sinnvoll sind oder nicht, aber wenn ich die nicht habe, kann ich es nicht machen und darum würde ich auch sagen, um Gottes Willen, den Direktzugang nicht an eine Manuelle Fortbildung knüpfen, sondern wenn an ein Studium." (B12, 476–479).

Was für alle Physiotherapeuten gleichermaßen an Professionalität geknüpft wird, ist der Begriff *„Clinical Reasoning"*, unter dem die Kenntnis bestimmter Methoden, deren sachgemäße Anwendung und die anschließende Reflexion des Therapieverlaufes zusammengefasst werden.

„Also er sollte ein gutes clinical reasoning betreiben können unter allen Einflussfaktoren, was wir ja heute mit dem biopsychosozialen Modell wissen, er sollte in der Lage sein, eine gewisse Grundlage an patientengerechter Kommunikation an den Tag zu legen." (B15, 331–332).

Dies scheint neben der evidence based practice sowie der Reflexionsfähigkeit die wesentlichen Kernpunkte der geforderten Professionalität widerzuspiegeln, die die deutsche Physiotherapie maßgeblich beeinflussen und hohe Chancen auf eine erfolgreiche Professionalisierung beinhaltet.

Eine *„Begründungspflicht"* beeinflusst die Physiotherapeuten bei der Wahl einer bestimmten Therapiemethode. Bei den berufsfachschulisch ausgebildeten Therapeuten hängt die Entscheidungsfindung besonders von der *„Patientenzufriedenheit"* ab, die zudem noch von der *„eigenen Stimmung"* oder einer *„wissenschaftlichen Begründung"* beeinflusst wird, während die Therapeuten mit Hochschulabschluss ihre Entscheidungen *„wissenschaftsrational"* sowie *„reflektiert"* begründen, um die bestmögliche Therapie zu wählen.

„Weil ich mich dahingehend regelmäßig hinterfrage und es auch als meine individuelle Zielsetzung definiere und ich sogar den Ansporn habe, dass diese Zielsetzung jeder Therapeut … definieren sollte. Weil, ja, ich geh da einfach dem Smart-Modell, nehme ich mir da zunutze." (B11, 253–255).

Als letzte handlungstragende Subkategorie, die übereinstimmend ausgeleuchtet werden konnte, waren jene Fähigkeiten, die nötig sind, um mit dem Patienten ein vernünftiges *„Arbeitsbündnis"*

herzustellen. Dabei gilt es für die Befragten als professionell, wenn dem Patienten mit dem nötigen *„Respekt und Empathie“* begegnet wird, dadurch *„paradoxe Situationen“* und *„unterschiedliche Erwartungen“* auch mit einer geeigneten *„Kommunikation“*, *„psychologischen Fähigkeiten“* und einem *„patientenzentrierten Handeln“* überbrückt werden können.

> *„Ich bin da, es ist mein Job, ich muss professionell arbeiten (okay), solche Situationen können entstehen, es war unangenehm, aber ich sehe das eher immer so, durch solche Situationen reift man ja. Wenn man da so unangenehme Gespräche mal annehmen muss, glaube, da wächst man ja. […] Da kommt mir zum Beispiel das Studium wieder entgegen, wo ich mich dann reflektiere, war das gut oder war es nicht, wie kann ich es, wenn es das nächste Mal wieder passiert, kann ich das auf jeden Fall besser machen, kann ich ein bisschen nicht so emotional reagieren und ein bisschen mehr sachlicher.“* (B7, 547–553).

Erst durch diese Relationierung von unterschiedlichen Wissenskomponenten in der klinischen Praxis, so sehen es die Physiotherapeuten, kann ein Grad an Professionalität gewonnen werden, der zeitgleich eine Professionalisierungsdynamik in Gang setzen würde. Diese muss allerdings bereits in der Grundausbildung angelegt sein, um auch die Fähigkeiten zu besitzen, sich im Berufsleben permanent autark weiterzuentwickeln. Diese intrinsische Motivation muss durch die eigene Verantwortung getragen werden und dem gesamten Gemeinwesen zugutekommen. Diese Verantwortung für die Solidargemeinschaft konnte erst durch die akademisierten Physiotherapeuten erkannt werden.

4.3.5 Zum derzeitigen Spannungsfeld der Professionalisierung

Anhand der bisherigen Ergebnisse lassen sich die gesamtberuflichen Kontroversen der deutschen Physiotherapie aufzeigen sowie einzelne Chancen und Risiken der Professionalisierung einschließlich ihrer Kausalitäten begreifen. Eines dieser Spannungsfelder geht von der berufspolitischen Beteiligung der Physiotherapeuten und den Berufsverbänden aus. Während die Mitgestaltung der Akteure am berufspolitischen Geschehen einen eindeutigen Nutzen für eine effizientere Vernetzung des Berufsstandes mit sich bringt und somit die Kommunikation untereinander sowie den Austausch mit politischen Entscheidungsträgern verbessert, sind jedoch die Berufsverbände stark in die Kritik geraten. Skepsis macht sich vor allem unter den akademisierten Physiotherapeuten breit, da sie sich bislang noch zu wenig in ihren Interessen an der Verbesserung des Berufsbildes vertreten sehen. Hinzu kommt noch das besorgte Gefühl der Interviewteilnehmer, dass die Verbände ihren eigenen Macht- und Wirtschaftsinteressen nachkommen und sich noch zu unmotiviert für eine Professionalisierung durch besondere Fortbildung mit einer wissenschaftlichen Handlungskompetenz in diesem Sinne einsetzen.

Als ein Hauptargument für die Fort- und Weiterbildungsmotivation der Therapeuten wird der monetäre Vorteil genannt, durch den das wirtschaftliche Überleben gesichert werden kann. Dieser finanzielle Druck scheint deshalb sehr problematisch zu sein, weil dadurch Menschen ohne eine klare Indikation oder Lebenskrise therapeutisch behandelt werden, die eigentlich keine Therapie brauchen, wodurch das professionelle Handeln ausgedünnt wird. Dies führt dazu, dass das behandelte Individuum eine profane Serviceleistung erhält, die nicht mit der Handlung – Therapie – gleichzusetzen ist. Außerdem bringen diese therapiebezogenen Fortbildungen angesichts ihres unzureichenden und veralteten didaktischen Settings – sofern der Begriff überhaupt verwendet werden kann – keine wissenschaftlich reflektierten Praktiker hervor, sondern es wird die bloße Anwendung von Techniken indoktrinierend vermittelt, die vom Benutzer nicht relationiert verstanden werden muss. Die befragten Interviewteilnehmer sehen die Gefahr einer zu geringen Professionalität in dem Chronifizierungspotenzial und einer Abhängigkeitssituation der Patienten, da es zu einem Wellness-Service kommen kann, da die Begründung der Therapie oftmals eher darin liegt, den Patienten kurzfristig zufriedenzustellen, als ihm eine langfristige Partizipation am Alltag zu ermöglichen.

Als weitere große Chance auf Professionalisierung wird eine Ausbildungsreform genannt, die im besten Fall in einer Akademisierung münden sollte, wenn es nach den hochschulisch gebildeten Physiotherapeuten geht. Da alle befragten Interviewteilnehmer mit mindestens einem abgeschlossenen Studium darüber hinaus außerdem noch eine klassische Berufsfachschulausbildung haben, können sie die differierenden Ausbildungsinhalte gegenüberstellen und reflektieren. Diesbezüglich merken sie an, dass erst das Grundstudium der Physiotherapie eine Formierung eines wissenschaftlich reflektierten Praktikers sowie die Entwicklung der Kompetenz gewährleistet, sich im Bereich der Forschung und Lehre zu betätigen, was eine Ausdifferenzierung des eigenen Wissenskorpus fördern und somit die Möglichkeit einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin schaffen würde. Dem gegenüber stehen die Zweifel der ausschließlich fachschulisch ausgebildeten Physiotherapeuten, die um ihre individuelle und um die Gesamtidentität der Physiotherapie fürchten, da in ihren Augen die Therapie ein klassisches Handwerk im Sinne einer Technikanwendung bedeutet, das keine wissenschaftlich reflektierte Handhabung vorsieht.

Es müsste diesbezüglich erst einmal ein Verständnis über die Vorteile einer Akademisierung geschaffen werden, um diese unwegsame Situation zu überbrücken. Die Sorge sehen einige Physiotherapeuten darin, dass es keine praktischen Lehrinhalte mehr geben und durch eine rein wissenschaftsrationale Herangehensweise die Empathie mit dem Patienten reduziert wird. Die akademisch ausgebildeten Physiotherapeuten konstatieren, dass erst durch eine ausreichende Reflexionsfähigkeit, wissenschaftliche Kompetenzen, ein ethisches Verständnis sowie eine gewonnene Expertise im Bereich des

clinical reasoning den Weg eines angestrebten Direktzugangs in der Physiotherapie eröffnet. Erst durch die Aneignung dieser Kompetenzen können auch rechtliche Vorgaben eingefordert werden, um auch durch die externen politischen Rahmenbedingungen ein professionelles Handeln zu gewährleisten, was dazu führen würde, dass sich die deutsche Physiotherapie als eine Profession mit einem eigenen professionalisierten Handlungssystem etablieren kann. Anhand der Ergebnisse aus den vorherigen Kapiteln muss dieses Ziel jedoch vorsichtig formuliert werden, da bislang ein politisches Desinteresse, ein noch nicht ausreichendes Verantwortungsbewusstsein sowie ein indifferentes kollektives Selbstbewusstsein diese Aussichten eintrüben.

4.4 Hauptkategorie: Ethik im berufspraktischen Alltag

Im Folgenden wird der ethische Bezug zu den genannten Ausgestaltungen behandelt, der sich darin zeigt, dass eine moralische Reflexion der Physiotherapeuten, eine ethische Habitusformation sowie eine solidarische Werteanschauung eine Professionalisierung vor allem in einem Gesundheitsfachberuf maßgeblich beeinflussen. Diesbezüglich soll erörtert werden, welche Ethiktheorien gerade für diesen Beruf herausstechen, welche individuellen Erfahrungen bislang im Beruf mit einer ethischen Reflexion gesammelt wurden, welche Voraussetzungen eine solche Auseinandersetzung begünstigen und wie dieses Thema den Berufsprozess im Allgemeinen beeinflussen kann. Die Anwendungsbeispiele und deren Definitionen sowie die erarbeiteten Kategorien werden in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Ethik im berufspraktischen Alltag

Name der Kategorie	*Ethik im berufspraktischen Alltag*
Inhaltliche Beschreibung	Bewusstsein, Kenntnisse und Anwendungen der Ethik im Beruf.
Anwendung der Kategorie	Hierbei werden alle Textstellen kodiert, die den Bezug zwischen der Professionalisierung und Ethik herstellen sowie diesen Prozess beeinflussen.

Beispiele der Anwendung	B11: „Mit, mit der Ableitung, dass ich weiß was, was erstrebenswert zu tun ist, und zwar so, dass ich mich selbst in der Rolle des Betroffenen wiederfinden kann, mit dem, was mir dort der Physiotherapeut gegenüberstellt und anbietet.“ B10: „Also es geht gar nicht anders. Gerade in dieser, in dieser schnelllebigen Welt in der wir leben, es ist, es gehören die Gesundheitsberufe, haben, tragen da noch mehr Verantwortung. Wir sind ein, wir sind ein Teil eines sozialen Gewissens und das wird immer, das schrumpft immer mehr zusammen.“ B12: „Ja, letztlich ist das eine zentrale Frage. Die berühmteste, warum tue ich das eigentlich? Die innere Motivation überhaupt.“

4.4.1 Professionalisierung

In diesem Ergebnisteil werden Inhalte kategorisiert, die von den befragten Interviewpartnern direkt mit einer Professionalisierung und einer individuellen Expertise in Verbindung gebracht werden. Dabei wird reflektiert, welche Erfahrungen aus der eigenen Biografie in die Arbeitsbedingungen integriert werden und warum die Ethik solch ein wichtiges Element der Berufsentwicklung darstellt. Nicht nur die gesamtberuflichen Modalitäten, sondern auch die Handlungsebene der Therapeuten sollen eine Würdigung finden, um möglichst das ganze Spektrum der ethischen Auseinandersetzung abzudecken. Tabelle 29 ist die Kategorie Professionalisierung und Tabelle 30 sind die Subkategorien zu entnehmen.

Tabelle 29: Definition und Anwendung der Kategorie: Professionalisierung

Name der Kategorie	*Professionalisierung*
Inhaltliche Beschreibung	Die direkte Einflussnahme der Ethik auf die Professionalisierung und wie die Physiotherapeuten das erkennen.
Anwendung der Kategorie	Alle Textstellen, die darauf hindeuten, dass die Ethik einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Professionalisierung hat.

Beispiele der Anwendung	B11: „Die andere Form des Dilemmas ist aber vielleicht sogar die philosophische Grundlage, die man zur physiotherapeutischen Relevanz mit einbringen kann, und die Fragen, die sich dann überhaupt ergeben, wie zum Beispiel, muss Physiotherapie existieren, damit der Mensch oder ich selber, wenn ich denn Betroffener bin, überhaupt als betroffen gelten kann und ob ich dann vielleicht auch wirklich nur und allein mit der Physiotherapie meine Qualität erstrebenswert steigern kann, oder könnten das vielleicht auch andere. Und würde ich vielleicht mich lieber bei den anderen einstufen.“

Im Kontext einer ethischen Reflexion für eine Professionalisierung sahen vor allem die fachschulisch ausgebildeten Physiotherapeuten *„das ethische Handeln als Grundlage einer professionellen Interaktion“* mit dem Patienten. Dabei lässt sich erkennen, dass ethische Prinzipien und eine *„Reflexion der eigenen Werte“* für den direkten Patientenkontakt als ein zentraler Pfeiler der Therapie angesehen wird. Diese beginnende Kontaktstelle einer professionellen Interaktion soll den Therapeuten dazu in die Lage versetzen, eine *„Reflexion über richtiges physiotherapeutisches Handeln“* zu initiieren und ihn anhand dieser kognitiven Auseinandersetzung aus freien Stücken sowie den Patienten mit den Mitteln der *„evidence based practice“* gesundheitsorientiert zu behandeln.

Tabelle 30: Subkategorien der Professionalisierung

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Ethisches Handeln als Grundlage einer professionellen Interaktion **Reflexion über eigene Werte** **Reflexion über richtiges physiotherapeutisches Handeln** **Evidence based practice** **----------**	**Berufliche Identität** **Solidarverhalten** **Reflexion über richtiges physiotherapeutisches Handeln** **Das freiwillige Ausrichten an professionelles Handeln** **Patientenzentriertes Handeln** **Was darf ein Physiotherapeut?**	**Berufliche Identität** **Reflexion über eigene Werte** **Handeln nach der Wahrheit ausrichten** **----------**

„Es geht mir so um des, um den Punkt, ein Rezept auch abbrechen zu können, wenn es, wenn du sagst, der Patient ist eigentlich fähig dazu, ja. Sowas finde ich wichtig, nicht einfach nur irgendwas zu machen, weil es der Arzt vorgegeben hat, sondern sein Hirn weiter einzuschalten.“ (B1, 455–457).

Bei der Bedeutung der Ethik für die Professionalisierung sehen die akademisierten Physiotherapeuten nicht nur die Interaktionsebene während eines *„patientenzentrierten Handelns“* als eine wichtige Entwicklungschance, sondern auch die Bedeutung für ein bestimmtes *„Solidarverhalten“* sowie *„die freiwillige Ausrichtung an professionelles Handeln“*. Hieraus kann abgeleitet werden, dass sich diese Therapeuten nicht nur auf die Handlungsebene beziehen, in der die Ethik von Bedeutung ist, sondern es darüber hinaus zu einer Entwicklung des eigenen Denkens kommt, die das Berufsbild verändert sowie eine intrinsische Motivation entwickelt, sich an einem bestmöglichen professionellen Handeln von sich heraus zu orientieren.

> *„Also wir werden eigentlich nur durch unser Sozialverhalten und durch Sozialisation werden wir, haben wir eine Grundvoraussetzung für unseren Beruf. Also es geht gar nicht anders. Gerade in dieser, in dieser schnelllebigen Welt in der wir leben, es ist, es gehören die Gesundheitsberufe, haben, tragen da noch mehr Verantwortung. Wir sind ein, wir sind ein Teil eines sozialen Gewissens und […] das schrumpft immer mehr zusammen.“* (B10, 580–584).

> *„Super wichtig. […] Naja, ist doch ganz einfach, wenn ich, ich kann jetzt vor mich hin wurschteln und mache halt auf so einem MT-Rezept die 18 Massagen, ja, weil ich ja der Meinung bin, weil der Patient der König ist, also Kunde ist König, nein, es ist ein Patient, das ist kein Kunde für mich. Und zwar genau aus diesem Grunde, weil nicht er entscheidet, was für eine Therapie läuft, sondern das sollte eine Konsensentscheidung sein.“* (B8, 508–511).

„Was darf ein Physiotherapeut?“ ist eine überaus interessante Anregung, die nach einer rechtlichen wie ethischen Expansion der Zuständigkeiten fragt. Hierbei werden jene Kompetenzen gemeint, die ein professioneller Physiotherapeut hätte, sie aber rechtlich nicht anwenden darf oder andersherum formuliert: Kompetenzen, die er nicht hat, sie jedoch am Patienten appliziert. Der interviewte Physiotherapeut spiegelt ein typisches Dilemma wider, wo und wie jeder Therapeut seine Grenzen der eigenen Fähigkeiten sieht und in welchem Umfang diese angewendet werden. Auch die eigene Identität wird dabei reflektiert, wie sie durch die Ethik geformt werden kann, um ein gesamtberufliches Selbstverständnis zu entwickeln, das professionell ist.

> *„Ich halte den tatsächlich für sehr, sehr wesentlich, ich glaube, das ist einer der grundlegenden Sachen sogar. (Ja) Ohne, das geht es nicht, weil, aus dieser Ethik heraus, die man da erarbeitet, sozusagen, ergibt sich dann das weitere Vorgehen. Was kann ich mir als Therapeut erlauben, sozusagen, in ganz dicken Anführungsstrichen. Was ist okay, wo, wo, wo kann ich, wo darf ich sozusagen eingreifen oder wo darf ich nicht eingreifen. Wo sehe ich mein berufliches*

Selbstverständnis, welche Aufgaben habe ich, im gesellschaftlichen, gesamtgesellschaftlich gesehen." (B6, 592–596).

Genau an diesem Punkt setzen auch einige Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss an. Die Frage nach der eigenen *„beruflichen Identität"* wird entscheidend durch eine Integration von ethischem Verständnis und beruflichem Ethos beantwortet. Schließlich ist es auch eine ethische Frage, wie die physiotherapeutische Berufsidentität aussehen soll und vor allem, aus welchem Grund sie ihre eigene Legitimität bezieht.

„Die andere Form des Dilemmas ist aber vielleicht sogar die philosophische Grundlage, die man zur physiotherapeutischen Relevanz mit einbringen kann, und die Fragen, die sich dann überhaupt ergeben, wie zum Beispiel, muss Physiotherapie existieren, damit der Mensch oder ich selber, wenn ich denn Betroffener bin, überhaupt als betroffen gelten kann und ob ich dann vielleicht auch wirklich nur und allein mit der Physiotherapie meine Qualität erstrebenswert steigern kann – oder könnten das vielleicht auch andere. Und würde ich vielleicht mich lieber bei den anderen einstufen?" (B11, 400–405).

Von den Therapeuten mit einem Masterabschluss wird ausdifferenziert, was es ausmacht, ein guter Physiotherapeut zu sein, der gewissenhaft und somit auch professionell arbeitet. Durch diese subjektiven Therapeutenantworten kann angenommen werden, dass ein moralisches Handeln und dessen ethische Reflexion bei den fachschulisch ausgebildeten Physiotherapeuten zwar vorhanden sind, aber sich bislang überwiegend auf die direkte Interaktion mit dem Patienten konzentrieren, während die akademisierten Therapeuten die berufliche Verantwortung auch auf die Gesamtgesellschaft übertragen, wodurch diese über die eigenen Funktionsgrenze hinaus transzendiert werden. Nicht nur die eigene Identität im Handlungsvollzug wird ethisch reflektiert, sondern auch eine ethische Eigen- und Berufsidentität geprägt, die durch ein individuelles Verlangen nach einer professionellen Ausgestaltung des Berufsbildes nach eigenen Zielvorstellungen flankiert wird.

4.4.2 Ethische Auseinandersetzung

In diesem Teil wird der Frage nachgegangen, ob und in welchem Kontext sich die befragten Physiotherapeuten überhaupt mit dem Thema der Ethik beschäftigen oder beschäftigt haben. Des Weiteren wird in den unterschiedlichen Ausbildungssträngen zusammengetragen, ob es diverse schulische oder außerschulische Möglichkeiten gegeben hat, bei denen die Therapeuten sich mit ethischen Angelegenheiten auseinandergesetzt haben, um etwaige Fähigkeiten für eine Reflexion zu erhalten. Dabei geht es um Unterrichtsformen, diverse Fortbildungen oder eine eigenmotivierte Beschäftigung mit ethischen Fragestellungen.

Tabelle 31: Definition und Anwendung der Kategorie: Ethische Auseinandersetzung

Name der Kategorie	*Ethische Auseinandersetzung*
Inhaltliche Beschreibung	Ob und in welchem Zusammenhang es zu einer bewussten schulischen oder außerschulischen Auseinandersetzung mit dem Thema der Ethik gekommen ist.
Anwendung der Kategorie	Alle Textstellen, die darauf hindeuten, dass es eine explizite Beschäftigung mit dem Thema gegeben hat, die sich auf schulische oder außerschulische Fördermöglichkeiten beziehen.
Beispiele der Anwendung	B2: „[…] ich befürchte, dass die nachfolgende Frage dann eine ist, dass ich es nennen muss und dann muss ich sagen, dann sag ich jetzt schon lieber nein (lach), nicht bewusst. Also, ist die Frage, was verstehst du unter Berufskodex, wohin zielt die Frage ab, ähm, dann werde ich wahrscheinlich sagen: Klar habe ich mich mit diesem Thema auseinandergesetzt schon irgendwo aber ich wüsste jetzt nicht bewusst, nein." B15: „Also da ging es erstmal so um ethische Grundsätze, also Metaethik, angewandte Ethik und dann ging es schon so in das medizinische, so ein bisschen hippokratischen Eid von den Ärzten, ob wir Therapeuten auch so etwas brauchen und solche Themen eben."

In kaum einem anderen Kapitel brechen die Unterschiede zwischen den divergierenden Ausbildungssträngen so deutlich hervor wie in diesem. Während die berufsfachschulische Ausbildung keinerlei bewusste Aufarbeitung mit diesem Thema bietet, gelingt es in den Studiengängen, die Position der Ethik zwar deutlich zu zentralisieren, jedoch noch nicht in einem standardisierten Kontext abzuhandeln (Tab. 32).

Nicht nur, dass die fachschulisch ausgebildeten Physiotherapeuten *„keine explizite Auseinandersetzung in der Fachschulausbildung"* sowie *„keine explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex"* hatten, scheint ebenfalls *„keine explizite Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex im Beruf"* vorzukommen. Dies hat zum einen den Grund, dass die Ethik zu kaum einem Zeitpunkt als ein curricularer Inhalt angegeben wird oder eine zu geringe individuell-berufliche Verantwortung besteht, eine bewusste Reflexion von moralischen Situationen durchzuführen.

„Ne. Ne, nicht bewusst jetzt (gar nicht?)" (B1, 508).

„Also in der Ausbildung weiß ich es nicht […], aber im Studium auf jeden Fall." (B9, 463).

Tabelle 32: Subkategorien der ethischen Auseinandersetzung

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Keine explizite Auseinandersetzung in der Fachschulausbildung **Keine explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex** **Keine explizite Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex im Beruf** **----------**	**Keine explizite Auseinandersetzung in der Fachschulausbildung** **Keine explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex** **Keine explizite Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex im Beruf** **Explizite Auseinandersetzung im Studium** **Explizite Auseinandersetzung in einem beruflichen Kontext** **Explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex** • Ethikkodex der WCPT	**Physiotherapeuten erfassen die ethische Dimension im Beruf nicht** **Keine explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex** **Explizite ethische Reflexion im Beruf** **Explizite Auseinandersetzung im Masterstudium** • Wissenschaftsethik • Berufsethik **----------**

Daraus kann rückgeschlossen werden, dass das ethische Verständnis der Physiotherapeuten mit Fachschulausbildung implizit ist und eher aus einer biografischen habituellen Vorerfahrung stammt, die keine explizite Berufsethik berücksichtigt.

Selbst im Bachelorstudium können noch keine einheitlichen Standards aus dem Erfahrungsschatz der interviewten Teilnehmer für einen berufsbezogenen Ethikunterricht rekonstruiert werden, der dazu animieren soll, moralische Sachverhalte nachhaltig reflektieren zu können oder Interesse für diesen theoretischen Kenntnisbereich zu entwickeln. Dementsprechend fallen auch die Antworten hinsichtlich der bewussten Auseinandersetzung heterogen aus. Auf der einen Seite kam es zu *„keiner expliziten Auseinandersetzung mit einem Berufskodex“* und sogar überhaupt zu *„keiner expliziten Auseinandersetzung mit diesem Thema im Beruf“*. Auf der anderen Seite kann die andere Hälfte der befragten Physiotherapeuten über eine *„explizite Auseinandersetzung im Studium“*, eine *„explizite Auseinandersetzung in einem beruflichen Kontext“* sowie eine *„explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex“* wie den *„Ethikkodex der WCPT“* berichten.

> *„[…] wir haben tatsächlich ein Fach direkt Berufsethik gehabt.“* (B9, 467).

> *„Ja, beruflich, ja. […]. Ja, und es spätestens da, Berufskunde mache ich schon sehr lange. Also ich habe, wann habe ich angefangen zu unterrichten? Oh Gott, das ist schon ein bisschen her. […] Also da habe ich schon angefangen, weil ich von vornherein Berufskunde gemacht habe.“* (B8, 484–487).

Vor allem die akademisch ausgebildeten Therapeuten, die sich politisch engagieren oder in der Lehre tätig sind, sehen sich sehr oft mit ethischen Auseinandersetzungen konfrontiert und sehen darin auch eine Schlüsselthematik für eine Professionalisierung.

Selbst die Physiotherapeuten mit einem Masterstudium können *„keine explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex“* vorweisen und konstatieren, dass die meisten *„Physiotherapeuten die ethische Dimension in ihrem Beruf nicht erfassen“* können, da dies zu kaum einen Zeitpunkt als Ausbildungsinhalt gilt oder das Thema zu geringe Aufmerksamkeit nach der Ausbildung erfährt.

> *„Ja, darum geht es. Und das, das Problem …, was ich sehe ist, dass viele Therapeuten diese Frage wahrscheinlich gar nicht erfassen wirklich, warum die wichtig ist. Weil das Denken oft an der Stelle aufhört - ich kann doch Geld damit verdienen, ist doch egal was dabei rauskommt. Und dieses Bewusstsein, dass es eben vielleicht nicht egal ist, was bei meinem Behandeln rauskommt. Und möglicherweise bin ich die letzte Chance, die dieser Patient hat, und ich spreche dann mit einem Urteil. Möglicherweise wird er die nächsten 20 Jahre sich bewegen können oder nicht, und das ist eben nicht egal. Und diese Wichtigkeit ist vielen wahrscheinlich nicht bewusst.“* (B12, 542–547).

Der zitierte Therapeut spricht die täglichen Dilemmasituationen des beruflichen Alltags an, die seiner Meinung nach nicht ausreichend von Physiotherapeuten reflektiert werden oder sogar für den wirtschaftlichen Erfolg schädlich sein könnten. Da bei ineffektiven Therapiemaßnahmen der Patient häufiger solche Interventionen in Anspruch nehmen muss, sichert das den ökonomischen Gewinn einer Physiotherapiepraxis. Was sich jedoch von den anderen beiden Teilnehmergruppen dieser Studie abhebt, ist, dass es zu einer *„expliziten Auseinandersetzung im Masterstudium“* mit einer *„Berufsethik“* sowie einer *„Wissenschaftsethik“* gekommen ist und somit eine *„explizite ethische Reflexion im Beruf“* stattfindet.

> *„Ja, da gab's halt bestimmte Veranstaltung, die hießen irgendwie Ethik […] So, was ist, wenn ich keinen mache (Ethikantrag). Ja, dann mache ich einen unautorisierten Menschenversuch und letztlich ist es das, was ich tue, wenn ich nicht sauber handel. Dann mache ich mit jeder Behandlung […], letztlich irgendwas Unerprobtes, von dem keiner weiß, was er tut. Mit Menschen ist es nichts anderes als ein unautorisierter Menschenversuch und das sollten wir eigentlich lassen.“* (B12, 515–519).

> *„Ja, das konfrontiert mich sogar öfter. Es ist doch immer wieder auch ethisch die Frage, wenn ich eine Entscheidung treffe in der Klinik oder mitentscheide, zusammen mit anderen Disziplinen, ob ein Patient verlängert werden muss oder nicht. (Okay, ja) Und das ist auch eine ethische*

Frage irgendwo (Ja). Aus zweierlei Hinsicht oder, weil ich muss immer das für den Patienten berücksichtigen und für den fiktiven Patienten, der seinen Platz nicht einnehmen kann, wenn ich ihn verlängere. Das andere, was mich auch öfters betrifft, ist privat- oder allgemeinversichert. Ich habe das Glück in einer Klinik zu arbeiten, die wirklich sagt, für uns gilt der ethische Grundsatz, dass jeder gleichbehandelt wird, aber die Erwartung vom Patienten ist oft eine andere, wenn er privat versichert ist." (B15, 518–524).

Bemerkenswert ist, obwohl es zu wiederkehrenden ethischen Situationen im Berufsalltag kommt, dass solche Probleme nicht ausreichend bewusst reflektiert oder aufgearbeitet werden können. Es scheint so, als würde der Patientenumgang mit kaum einem ethischen Konfliktpotenzial wahrgenommen. Dies lässt sich überwiegend bei den Therapeuten mit Berufsfachschulausbildung feststellen.

Da es im Studium von Physiotherapeuten schon zu einer Fokussierung und Sensibilisierung dieses Themenkomplexes kommt, scheint eine moralphilosophische Auseinandersetzung während und nach dem Studium nur dort präsent. Jedoch kann dieser Ethikunterricht durch die unterschiedlichen Studiengänge mit deren Schwerpunkten auch hier nicht für einen allgemeinen Konsens sorgen. Allein die Therapeuten mit einem Masterstudium wurden einheitlich in Form einer berufsethischen und wissenschaftsethischen Auseinandersetzung über dieses Thema aufgeklärt, sodass auch nach der Ausbildung die Verantwortung gegenüber Patienten und Solidarsystem greifbar bleibt.

4.4.3 Ethiktheorien

Um die Entwicklung einer Berufsethik zu unterstützen, ist es hilfreich, normative Ethiktheorien praxisorientiert einzubinden, um das eigene Handeln kritisch zu legitimieren. In diesem Kapitel werden durch die Aussagen der Interviewpartner einige wichtige Theorien benannt, die in der physiotherapeutischen Praxis besonders häufig berücksichtigt werden oder eine moralische Handlungsweise unterstützen. Mit der offen gestellten Frage, mit welchen Gedanken die Ethik und das berufliche Handeln in Verbindung gebracht werden, konnten hinreichend Informationen aus dem Datenmaterial für eine Kategorienbildung gewonnen werden.

Tabelle 33: Definition und Anwendung der Kategorie: Ethiktheorien

Name der Kategorie	*Ethiktheorien*
Inhaltliche Beschreibung	Welche normative Ethik wird explizit oder implizit genutzt, um das berufliche Handeln zu rechtfertigen, beziehungsweise welche Sichtweisen die Physiotherapeuten einnehmen.

Anwendung der Kategorie	Es werden jene Textstellen markiert, die einen direkten oder indirekten Hinweis auf bestehende normative Ethiktheorien bei der beruflichen Interaktion der Therapeuten hindeuten.
Beispiele der Anwendung	B15: „Also Ethik bedeutet für mich eine gewisse Fairness oder Fairness erstmal. Fairness ist erstmal ein recht gutes, gutes Wort für, auf Bezug für Ethik. Fairness und das heißt in der Behandlung, dass ich meinem Patienten immer die bestmögliche Behandlung, die effektivste Behandlung in seinem Sinne, das heißt auch inkludiert schon Kosten und Zeit effektiv und, dass ich jeden Patienten, egal ob privat oder allgemeinversichert, die gleiche Behandlung zukommen lasse.“ B11: „Mit, mit der Ableitung, dass ich weiß, was, was erstrebenswert zu tun ist und zwar so, dass ich mich selbst in der Rolle des Betroffenen wiederfinden kann, mit dem, was mir dort der Physiotherapeut gegenüberstellt und anbietet.“

Bei den ermittelten normativen Theorien der Ethik handelt es sich um persönliche Handlungsmuster sowie Standpunkte der Interviewteilnehmer, die entweder praktisch angewendet werden oder die für einige Physiotherapeuten implizit im Unterricht von Bedeutung waren.

Da es bislang noch keinen standardisierten Ethikunterricht gibt, wurden häufig indirekte Äußerungen für die Einordnung der unterschiedlichen Ethiktheorien genutzt. Im Wesentlichen konnten Ansätze der *„Verantwortungsethik“*, *„Pflichtenethik“*, des *„Utilitarismus“* und der *„Tugendethik“* von den Interviewteilnehmern abgeleitet werden (Tab. 34).

Tabelle 34: Subkategorien der Ethiktheorien

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Verantwortungsethik • Verantwortung gegenüber den Patienten • Verantwortung gegenüber den verfügbaren Ressourcen ----------	**Verantwortungsethik** • Wissen und Macht **Utilitarismus** • Positive Wirkung auf die Gesellschaft • Der Allgemeinheit nicht schaden **Pflichtenethik** • Kategorischer Imperativ	**Verantwortungsethik** • Verantwortung gegenüber den Patienten **Tugendethik** • Fairness • Gerechtigkeitssinn **Pflichtenethik** • Kategorischer Imperativ

Bei der datengesteuerten Kategorienbildung stellte sich heraus, dass die *„Verantwortungsethik“* ausbildungsübergreifend als die zentrale ethische Position der Physiotherapeuten formuliert wird. Dabei sehen die befragten Therapeuten *„Wissen und Macht“* als Schlüsselfunktion, um die *„Verantwortung gegenüber den Patienten“* zu übernehmen und die Gesundheit, eigene Bewegungsfähigkeit und die soziale Teilhabe bestmöglich herzustellen. Mehr *„Wissen und Macht“* einer Person führen zwangsläufig zu einer asymmetrischen Beziehungsdynamik, die den Therapeuten in eine überlegene Position und den Patienten in eine Abhängigkeit drängt.

> *„Ja, schon. Recht häufig. (Okay) Weil … die große, die große Gefahr ist, wenn man, wenn man viel weiß, dass man sein Wissen anderen überstülpen will und diesen, sagen wir diesen Prozess des, überheblich werden ist fast schon diesen Prozess einzudämmen ist auch immer, braucht man, glaube ich, auch ethische Denkweise.“* (B6, 581–583).

Dabei geht es darum, entscheidende Informationen und Therapiemaßnahmen wahrheitsgemäß, effizient und patientenspezifisch anzuwenden sowie zu vermeiden, falsche Sachverhalte zu indoktrinieren, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen können.

> *„Mhh … Ähm, also sehe ich schon auch als sehr wichtig, weil man natürlich eben mit diesen Ressourcen, die zur Verfügung stehen, sei es jetzt vom Patienten oder vom System oder allgemein vom Therapeuten selber, also dass man da verantwortungsbewusst umgeht damit […]“* (B4, 484–486).

Über die Verantwortung für den einzelnen Patienten und seine zukünftige positive Lebensgestaltung hinaus sehen sich die Physiotherapeuten auch in der Situation, die vorhandenen wirtschaftlichen Ressourcen des Gesundheitssystems effizient zu nutzen, damit eine Gesundheitsversorgung für die gesamte Gesellschaft und die therapeutische Verantwortung gegenüber der Berufsposition gewährleistet werden kann.

> *„Auf jeden Fall. Das, das liefert sozusagen die Grundlage dafür, was die Zukunft, wie die Zukunft der Physiotherapie aussieht. Sehen wir uns als, weiterhin als Individualbetreuer, als Händchenhalter ohne, ohne großartigen Impact, aber alle finden uns irgendwie cool, aber das passt schon irgendwie nicht, oder sehen wir uns als, ich, wir möchten mit daran beteiligt sein, eine Gesellschaft zu verändern, und in beiden Fällen dürfen wir uns dafür entscheiden, das ist jetzt nicht gut oder nicht schlecht, ich würde mich jetzt eher für den zweiten Weg entscheiden, aber welche Verantwortung und welche Aufgaben ergeben sich aus diesen beiden Sichtweisen? Und wieder gesamtgesellschaftlich gesehen, weil wir werden durch die Gesellschaft bezahlt.*

Die Gesellschaft leistet sich uns als Händchenhalter. Und ich weiß nicht, aus dem eigenen Verständnis heraus, ob wir das sein möchten in Zukunft." (B6, 602–608).

Des Weiteren wird eine Art *„Utilitarismus"* hervorgehoben, der die Physiotherapeuten darin skizziert, dass eine *„positive Auswirkung auf die Gesellschaft"* erbracht und der *„Allgemeinheit nicht geschadet"* werden soll. Diese Auswirkungen auf die Allgemeinheit werden mit Solidarität und einer gesundheitsfördernden Berufsfunktion assoziiert.

„Wir haben im Grunde genommen ja auch eine Solidargemeinschaft, die für die Kosten in der Behandlung aufkommt. Und diese Solidargemeinschaft sollte im Grunde genommen weder überstrapaziert werden noch sollte sie, na, es sollte ja auch kein Schaden entstehen, indem bestimmte Sachen nicht behandelt werden. […] Genauso wie aber eben auch, dass ich mich auf den neuesten Stand der Wissenschaft halte, auch das spielt für mich da persönlich eine Rolle […] Zu sagen, Mensch, Leute ihr könnt es entweder teuer und auf althergebrachtem Weg machen und mit Umwegen oder ihr nehmt einen einfachen Weg, der deutlich günstiger ist für die Gesellschaft, vielleicht euch nicht so viel Geld einbringt, aber was ist denn jetzt aus ethischer Sicht vertretbarer für eine Gesellschaft, die dafür auch bezahlt, weil es ist eben eine Gesellschaft, die dafür bezahlt über ein Solidarsystem." (B8, 465–473).

Bei den Therapeuten mit einem Masterabschluss manifestiert sich hingegen eine *„Tugendethik"*, die sich in einem *„Gerechtigkeitssinn"* und einer *„Fairness"* gegenüber den Patienten und den systemrelevanten Problemen habitualisiert. Da jeder Mensch mit den gleichen Rechten ausgestattet ist und auch jeder Patient mit den effizientesten Möglichkeiten, die er durch seine derzeitige Situation verdient, gleich behandelt werden soll, stellt dies vor allem für das Gesundheitssystem und das Bildungssystem der Gesundheitsfachberufe, das permanent auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand sein sollte, eine ethische Herausforderung dar, worauf von den Interviewteilnehmer hingewiesen wird.

„Also Ethik bedeutet für mich eine gewisse Fairness […] erstmal. Fairness ist erstmal ein recht gutes, gutes Wort für, auf Bezug für Ethik. Fairness und das heißt in der Behandlung, dass ich meinem Patienten immer die bestmögliche Behandlung, die effektivste Behandlung in seinem Sinne, das heißt auch inkludiert schon Kosten und Zeit effektiv und, dass ich jeden Patienten, egal ob privat oder allgemein versichert, die gleiche Behandlung zukommen lasse." (B15, 489–492).

Die letzte normative Theorie, die aus dem Befund der Physiotherapeuten mit abgeschlossenem Hochschulstudium genannt wurde, ist die *„Pflichtenethik"* mit dem Leitsatz des *„kategorischen Imperativs"*. In diesem Zusammenhang wurde der kategorische Imperativ direkt oder indirekt von einigen

befragten Physiotherapeuten zitiert, die, wenn sie selbst Patienten wären, mit der bestmöglichen und effizientesten Therapieform würden behandelt werden wollen. Aus diesem Grund nehmen sich eben diese Therapeuten selbst in die Pflicht, ihr Wissen und Können auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu halten sowie professionell zu handeln. Als Endzweck steht hier die Bewegungsfähigkeit des Patienten mit seiner sozialen sowie körperlichen Partizipation im Alltag, ohne dass dies nur als ein Mittel für eine Gewinnmaximierung oder Prestigesteigerung angesehen wird.

> *„Ethik bedeutet für mich im Beruf des Physiotherapeuten, das Wissen um die Notwendigkeit einer gezielten Herangehensweise. […] Mit, mit der Ableitung, dass ich weiß was, was erstrebenswert zu tun ist, und zwar so, dass ich mich selbst in der Rolle des Betroffenen wiederfinden kann, mit dem, was mir dort der Physiotherapeut gegenüberstellt und anbietet."* (B11, 315–320).

> *„Ich halte tatsächlich ein bisschen mit dem Klassiker Kant. (Ja) Handle so, wie hat er es, mit dem kategorischen Imperativ gesagt? (Ja, ich weiß was du meinst, ja) Genau, dieses, handle so, dass alles dir, das, die Maxime zu deinem Handeln wird. Ich kann es jetzt nicht genau zitieren."* (B6, 548–550).

Nach diesen Ausführungen lässt sich festhalten, dass die Physiotherapeuten trotz der zurückhaltenden ethischen Ausbildungsinhalte der Berufsfachschulen ein Gefühl der Verantwortung gegenüber den Patienten sowie der Gesellschaft haben. Dies scheint jedoch primär aus einem besonderen Habitus heraus zu entstehen, der mit dem Beruf der Fürsorge einhergeht. Eine vertiefte sowie breitgelagerte Reflexionsfähigkeit unterschiedlicher normativer Ethiktheorien steigt durch ein berufsspezifisches Studium, welches ethische Themenschwerpunkte aufgreift, und verändert die Position hinsichtlich der eigenen Tugendhaftigkeit sowie des Pflichtgefühls, das Richtige auf der Grundlage richtiger Motive zu überdenken.

4.4.4 Zusammenfassende Implikationen der Ethik in einem beruflichen Kontext

Eine Übereinstimmung besteht unter den Physiotherapeuten dahingehend, dass die Ethik vor allem in Gesundheitsfachberufen eine übergeordnete Bedeutung einnimmt und hierdurch erst der Weg für eine Professionalisierung ermöglicht wird. Dabei werden die Aspekte des richtigen physiotherapeutischen Vorgehens (clinical reasoning), des wahrheitsgemäßen Handelns (evidence based practice) sowie einer beruflichen Selbstgestaltung ins Zentrum gestellt, was bereits in Kapitel 4.2 abgehandelt wurde und ausdrücklich den Bezug zu einer ethischen Dimension dieses Themas untermauert.

Der Fokus der ethischen Ausrichtung bei den meisten der befragten Physiotherapeuten scheint jedoch primär auf die physische Anwesenheit des Patienten gerichtet zu sein, was den Blick auf das Ethos

einer gesteigerten Berufsförmigkeit zum Wohl der gesamten Solidargemeinschaft verwässert. Ausschließlich die akademisch ausgebildeten Physiotherapeuten reflektieren ihre Funktion in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext. Dieselben Therapeuten stellen sich ebenfalls die Frage, wie die Zukunft der Physiotherapie aussehen soll, und zielen auf den Kern einer beruflichen Identitätsentwicklung, um komplexe Aufgaben autonom bewältigen zu können. Dabei werden subjektive Vorstellungen aus individuellen ethischen Werten entwickelt, die das Berufsbild durch die jeweiligen Professionellen prägen soll. Dies erzeugt eine Dimension der eigenen Verantwortlichkeit, sich selbst und seine persönliche Berufsvorstellung in den Prozess einer Neuausrichtung einzubringen, um ein ausdifferenziertes Berufsethos zu evozieren.

Bei den eruierten Antworten sticht die unterschiedliche Auseinandersetzung mit dem Thema Ethik hervor. Während die Gruppe der ausgebildeten Berufsinhaber im praktischen Berufsalltag keine bewusste Integration einer moralphilosophischen Reflexion bei der Therapiegestaltung nutzt, können die akademischen Physiotherapeuten durch ihre Verantwortungsübernahme in der Berufspolitik und dem wissenschaftlichen Arbeiten eher auf diese Kompetenzen zurückgreifen. Zwar konnten auch in dieser Probandengruppe keine einheitlichen Aussagen für einen expliziten Gebrauch eines Berufskodex formuliert, jedoch durch die Vorkenntnisse eines Ethikunterrichtes die Fähigkeit zu einer bewussten Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen herausgefiltert werden. Diesbezüglich finden sich ethische Verhaltensweisen für eine Entscheidungsfindung bei der Patientenversorgung durch die im Studium erlernten Fähigkeiten sowohl in der Berufsethik als auch in der Wissenschaftsethik alltagspraktische Anwendung.

Nachdem aus den Antworten der befragten Physiotherapeuten dargelegt wurde, dass überwiegend die Physiotherapeuten mit einem Studium eine bewusste Integration von ethischen Normen in das Berufsleben vornehmen, sollen im Folgenden die im Berufsalltag implizit genutzten normativen Ethiktheorien aufbereitet werden. Dabei lassen sich die persönlichen moralphilosophischen Handlungsmuster aller befragten Physiotherapeuten am ehesten auf die Verantwortungsethik beziehen, wobei die direkte Anwesenheit des Patienten und Therapeuten mit deren Interaktion im Fokus steht, um dem Patienten unter Berücksichtigung einer ökonomischen Ressourcenverteilung die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen.

Ausdrücklich wurde auch berichtet, dass der Patient in diesem Fall Laie ist und sich vertrauensvoll an den Therapeuten wendet, der mit einem spezifischen Berufswissen auch ein größeres Machtgefälle verursacht, was mit einer gesonderten Verantwortung entgegnet werden muss. Was nun die Interviewteilnehmer der akademischen Gruppe von denen mit Berufsfachschulausbildung unterscheidet, ist die differenzierte Berücksichtigung des gesellschaftlichen Kontextes durch den Utilitarismus, die

eigene sittliche Ausbildung durch die Tugendethik sowie die Verpflichtung, sich nach eigens formulierten moralischen Grundsätzen zu richten, was mit der Pflichtenethik umrissen wird. Gerade der kategorische Imperativ von Immanuel Kant wurde zweimal genannt und verdeutlicht eine bewusste Auseinandersetzung der akademischen Physiotherapeuten bei einer differenzierteren ethischen Reflexionsform.

4.5 Hauptkategorie: Bedeutung der Moral

Zunächst werden die Antworten der befragten Physiotherapeuten daraufhin untersucht, ob und welche Vorkenntnisse zum Begriff der Moral vorliegen und wie sie diese in den Kontext ihrer physiotherapeutischen Berufskultur integriert haben. Dabei geht es weniger um exakte terminologische Aspekte als darum, was eine gezielte Moralentwicklung zur Professionalisierung beitragen kann. Darüber hinaus werden ihre Vorstellungen zu einer geeigneten Unterrichtsform und möglichen Inhalten ermittelt. Konzentriert wird sich auf das professionelle Handeln, welches durch eine Kompetenzerweiterung erzielt werden soll.

Tabelle 35: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Bedeutung der Moral

Name der Kategorie	*Bedeutung der Moral*
Inhaltliche Beschreibung	Bewusstsein, Kenntnisse und Anwendungen moralischer Handlungsmuster im Kontext der professionellen Ausgestaltung der Physiotherapie.
Anwendung der Kategorie	Hierbei werden alle Textstellen kodiert, die den Bezug zwischen der Professionalisierung und der Moralkompetenz herstellen sowie diesen Prozess beeinflussen.
Beispiele der Anwendung	B11: „Also ich glaub ja, weil er einfach sich dann auch den für die ethischen Entwicklungen notwendigen Faktoren, mehr bewusst ist und diese auch besser nutzen kann und er dann auch zu dem Konsens kommt beziehungsweise zu dem Resultat kommt, dass die hier viel angesprochene wissenschaftliche Auslegung richtig ist und dass eine geprüfte Herangehensweise moralethisch besser zu vertreten ist, ethisch besser zu vertreten ist als eine nicht geprüft, beziehungsweise, dass er sich dann auch dessen bewusst ist, was ist, was ist denn jetzt ethisch nicht kompatibel im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Auslegung der Therapie zum Beispiel.“

4.5.1 Auswirkung auf die Professionalisierung

Wie auch bei der in Kapitel 4.4 untersuchten Verknüpfung von Ethik und Professionalisierung besteht auch hier die berechtigte Frage, welchen Zusammenhang die befragten Interviewteilnehmer zwischen der moralischen Fähigkeit, dem professionellen Handeln und letztendlich einer gesamtberuflichen Professionalisierung sehen. Bei diesem Ergebnisteil wird auf persönliche Erfahrungen abgehoben und gefragt, warum die Moralkompetenz in einer individuellen Perspektive einen bedeutenden Mehrwert für einen beruflichen Entwicklungsprozess in sich trägt und ob die Physiotherapeuten diesen auch zu verbalisieren imstande sind. Dabei soll vor allem die Handlungsebene in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden.

Tabelle 36: Definition und Anwendung der Kategorie: Auswirkung auf die Professionalisierung

Name der Kategorie	*Auswirkung auf die Professionalisierung*
Inhaltliche Beschreibung	Welche Meinungen vertreten die befragten Physiotherapeuten hinsichtlich der Auswirkungen der Moralkompetenz auf die Professionalisierung?
Anwendung der Kategorie	Textstellen, die Hinweise darauf geben, welche Auswirkung die moralische Fähigkeit auf den Entwicklungsprozess der Professionalisierung hat.
Beispiele der Anwendung	B11: „… wichtig, dem sowas auch dann zu erklären, dass sowas entsteht und den sozusagen daraufhin zu coachen und dahingehend halte ich die moralethische Auslegung generell für was Wichtiges und natürlich auch viel tiefer angesetzt, dass ich einfach auch erst mal vernünftige Ansätze überhaupt wählen kann, weil ich eben weiß, ich möchte auch so, mit sowas konfrontiert werden, was mir wirklich hilft, und nicht mit etwas, das mir eigentlich nur dazu verhilft, neue Hilfe zu verlangen, zu benötigen.“ B6: „Ich denke, ich würde das jetzt spontan tatsächlich mit … „Ja“ beantworten. Weil, das ja sozusagen auch die, die Grundlage für, für menschliches Handeln sozusagen, eine gesellschaftliche, gesellschaftliche Verantwortung gibt. Also würde ich es schon sagen „ja“. Wir sollten, wir sollten uns damit mehr beschäftigen, einfach um aus der Moral heraus und aus der Ethik heraus auch, in die, eine gewisse Verantwortung zu übernehmen.“

Wie Tabelle 37 entnommen werden kann, herrscht Einigkeit bei allen befragten Gruppen, wenn es um einen direkten Handlungsvollzug mit Menschen geht. Überall dort, wo man direkt mit vulnerablen Individuen zusammenarbeitet und verändernd in deren Lebenssituation eingreift, muss eine moralische Fähigkeit die *„Grundlage für das Arbeiten mit Menschen“* sein und vor allem dort als *„Grundlage für professionelles Handeln“* angesehen werden.

> *„Also gerade so dieses so darüber nachdenken, nochmal reflektieren oder nochmal in sich gehen, ist, glaube ich, schon sehr wichtig, auch eben in Bezug dessen wir mit den Menschen arbeiten und nicht mit irgendwelchen Maschinen oder sonst was und dass man einfach auch sich darüber im Klaren sein muss, dass man jede Aussage, die man trifft, dass die wiederum bei dem Patienten irgendwas auslöst, ja.“* (B4, 615–618).

Tabelle 37: Subkategorien der Auswirkung auf die Professionalisierung

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Grundlage für das Arbeiten mit Menschen **Schwer zu definieren** **Skeptisch für eine Professionalisierung** **Verantwortungsgefühl** **Handlungsautonomie**	**Grundlage für professionelles Handeln** **Evidence based practice** **Verantwortungsgefühl** **Handlungsautonomie** **Effizienzsteigerung**	**Grundlage für die Arbeit mit Menschen** **Verantwortung einer wissenschaftlichen Berufspraxis** **Suche nach der Wahrheit**

> *„Ja ich glaube, ja, ein moralisch Gebildeter kann glaube ich professioneller arbeiten, auf jeden Fall. Mh… ich glaube, das ist nicht so gut gegeben bei vielen Therapeuten.“* (B9, 602–603).

Dabei rekurrieren die Physiotherapeuten darauf, dass sie den Patienten mit dem gebotenen Respekt, kultureller Neutralität und vor allem mit der Intention des Helfens begegnen.

Bei diesen Ergebnissen sticht heraus, dass vor allem die akademischen Physiotherapeuten die moralischen Handlungsvollzüge strikt mit der *„evidence based practice“* und der *„Verantwortung einer wissenschaftlichen Berufspraxis“* verknüpfen, während für einige Therapeuten mit einem Berufsfachschulabschluss der Situation *„skeptisch für eine Professionalisierung“* entgegenstehen oder diese Kompetenz nur *„schwer zu definieren“* sei.

> *„Also entweder hat jemand Moral oder hat sie nicht. Ich glaube nicht, dass man Moral wirklich vermitteln kann […]“* (B1, 597–598).

„Ich glaube jetzt nicht, dass da jetzt das größte Problem mit unserer Professionalisierung steckt, dass das jetzt nicht da wäre. Es ist halt nur die Frage, wie setze ich es um oder wie gehe ich damit um." (B5, 840–841).

„Zumindest hat es für mich den Stellenwert, also, zum Beispiel ist für mich evidence based arbeiten […] eine fast moralische Verpflichtung." (B10, 720–721).

Das richtige Vorgehen, Therapieverläufe anzusprechen sowie über Zusammenhänge zu informieren – und das aus freier und vorausschauender innerer Motivation – wird als eine moralische Kompetenz akzentuiert und trifft vor allem die nächsten Kategorien an einem besonderen Ansatzpunkt des professionellen Handelns und gleichzeitig einer chancenreichen Neuausrichtung.

Von zentraler Bedeutung ist dabei ein gesteigertes *„Verantwortungsgefühl"* der Physiotherapeuten, die durch eine Kompetenzsteigerung der moralischen Fähigkeit eine evidenzbasierte Vorgehensweise sicherstellen sowie ein professionelles Handeln eigenmotiviert einleiten möchten. Durch diese selbstbestimmte Verantwortung soll auch den Entscheidungsträgern ein Zuspruch von *„Handlungsautonomie"* abgerungen werden, was mit einer therapiebezogenen *„Effizienzsteigerung"* eingelöst würde.

„Ich denke, ich würde das jetzt spontan tatsächlich mit […] ‚Ja' beantworten. Weil, das ja sozusagen auch die, die Grundlage für, für menschliches Handeln sozusagen, eine gesellschaftliche, gesellschaftliche Verantwortung gibt. Also würde ich es schon sagen ‚ja'. Wir sollten, wir sollten uns damit mehr beschäftigen, einfach um aus der Moral heraus und aus der Ethik heraus auch, in die, eine gewisse Verantwortung zu übernehmen." (B6, 770–773).

„[…] ich sage mal so, er wird wenigstens mal ein bisschen selbstständiger und tut wenigstens selber handeln und nicht bloß immer blind nach den Richtlinien und Struktur, sondern, dass er mal selber ein bisschen sich hinterfragt nach seinen Werten ein bisschen, seinen intuitiven Gedanken einfach mal nachgeht (Okay)." (B7, 631–633).

In diesem Fall schlussfolgern die befragten Physiotherapeuten in einer logischen Konsequenz, indem sie durch die Moralkompetenz eine Autonomisierung der individuellen Denk- und Handlungsmuster der Personen unterstellen, welche mit der Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme beim Therapiemanagement verbunden ist und ein professionelles Handeln gewährleistet, welches durch einen Direktzugang abgerundet werden könnte.

4.5.2 Ethik- und Moralkompetenzunterricht

Da eine allgemeine Kenntnis über die Inhalte der Moral eher spärlich ausfällt, wird in diesem Kapitel explizit nach der Vermittlung sowie den Bereichen eines spezifizierten Unterrichts gefragt und wie

dieser in die Ausbildung integriert werden könnte. Die Inhalte, die eruiert werden, handeln von moralischen Werten, die den befragten Physiotherapeuten besonders am Herzen liegen und einer besonderen Würdigung bedürfen. Auch auf den Rahmen der didaktischen Möglichkeiten soll das Interesse fokussiert werden und im späteren Verlauf mit den in Kapitel 4.6 dargelegten Möglichkeiten einen inhaltlich auf Moral konzentrierten Unterricht beispielhaft darzustellen.

Tabelle 38: Definition und Anwendung der Kategorie: Ethik- und Moralkompetenzunterricht

Name der Kategorie	*Ethik- und Moralkompetenzunterricht*
Inhaltliche Beschreibung	Inhaltliche sowie didaktische Ausgestaltung eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes, wie ihn sich die Physiotherapeuten vorstellen.
Anwendung der Kategorie	Textbausteine, die auf moralische Werte sowie deren Vermittlung hindeuten.
Beispiele der Anwendung	B12: „Genau, genau. Und dann so über den Perspektivwechsel, dass man da sagt, guck mal, wenn dir das passieren würde und wieso hat er das mit dir gemacht? Also warum hast du nicht das Recht darauf, dass dir genauso geholfen wird wie jemand anderem, bei dem das funktioniert. Also was … Wenn man, wenn man diese Perspektive so jemandem vermitteln kann. Ich glaube schon, dass jeder sagt, das wäre eine Sauerei, das würde jedem nicht so gefallen und dann wird es vielleicht deutlich. Vielleicht ist das, was passieren sollte.“ B1: „Weil man aufs reale Leben vorbereitet wird damit. Wenn du diese Situationen davor schon vorwegnimmst, wo man dann nicht alleine da steht, sondern das auch ein bisschen mehr ausdiskutieren kann, in der Gruppe oder so oder einfach nochmal verschiedene Standpunkte kennenlernt oder so.“

Um eine Beteiligung an zukünftigen Ausbildungsinhalten für die eigene Berufsgruppe zu ermöglichen, sind wesentliche Eckpunkte für eine Ausgestaltung zu berücksichtigen. Dabei gehen die Urteile der Studienteilnehmer auch wieder in eine unterschiedliche Richtung. Nur ein kleiner Teil der berufsfachschulisch ausgebildeten Therapeuten vertritt die Meinung, dass sich die *„Moral nur schwer vermitteln lässt“;* der bedeutend größere Teil der Interviewteilnehmer sieht das Lehren dieser Fähigkeiten grundsätzlich als *„Kernkompetenz“* und vertritt ein zentrales Interesse für diesen

Themenkomplex, die als eine maßgebliche Aufgabe der physiotherapeutischen Ausbildung angesehen wird (Tab. 39).

„Ja. Wobei das ja eine Kernkompetenz darstellen sollte […]“ (B13, 813).

Tabelle 39: Subkategorien des Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium

Ethik und Moral sollten vermittelt werden
 	
Vorbereitung auf kritische Situationen im Berufsalltag
 	
Moral lässt sich nur schwer vermitteln
 	
Vermittlung und Bedeutung individueller Werte
• Nachhaltigkeit
• Neutralität
• Verlässlichkeit
• Freundlichkeit
• Aufrichtigkeit
• Wertschätzung
• Respekt
• Authentizität
• Wahrheit
• Offene Kommunikation
	Sensibilität für die Moralkompetenz schaffen
	
	Vermittlung und Bedeutung individueller Werte
	• Wahrheit
	• Gleichberechtigung
	• Transparenz
	• Offene Kommunikation
	• Kompromissbereitschaft
	• Neutralität
	• Respekt
		Interesse für die Moralkompetenz wecken
		
		Allgemeinen Altruismus entwickeln
		
		Kernkompetenz
		
		Interaktiver Diskussionsunterricht
		
		Fachbezogene Rollenspiele
		
		Vermittlung und Bedeutung individueller Werte
		• Empathie
		• Gleichberechtigung
		• Transparenz
		• Nicht schaden
		• Wahrheit
		  ➢ Ehrlichkeit
		  ➢ Forschungsdrang
		  ➢ Authentizität
		• Kritikfähigkeit
		• Beharrlichkeit

Vielen Physiotherapeuten wurden während des Interviews die eigene Fehleinschätzung und ungenügende Tiefe in diesem theoretischen Bereich bewusst. Erst im Verlauf der Diskussion erkannten sie die Bedeutung der Moral für den gesamtberuflichen Entwicklungsprozess. Aufgrund dieser neuen Perspektive erschien es vielen Probanden als besonders wichtig, *„Ethik und Moral zu vermitteln“*, eine *„Sensibilität für die Moralkompetenz zu schaffen“* sowie das allgemeine *„Interesse für die Moralkompetenz zu wecken“*.

„Ich glaube, das wäre einerseits ganz gut, aber es müsste auch die Gewichtung haben, dass es ernstgenommen wird […] Und ich glaube, […] da sind wir auch wieder bei der Erwartungshaltung an Physiotherapie, wir müssen im Grunde genommen das Bild, unser Bild in der Gesellschaft verändern, hin zu, wie es in Neudeutsch so schön heißt, wir sind Coaches und eben nicht mehr unbedingt Therapie, wo die Leute von uns abhängig sind, sondern wo wir ihnen

helfen, etwas zu verändern. Und ich glaube, das ist das Hauptproblem und wenn wir das einmal gesellschaftlich gesehen haben, gesellschaftlich gesehen, diesen Umbruch schaffen, dann ist dann, das finde ich, das muss in beide Richtungen gehen, das muss so sein, dass sowohl die Patienten von uns was anderes verlangen, oder die Menschen und es muss genauso sein, dass wir innerhalb des Berufsstandes etwas verändern." (B8, 695–702).

Dieses Zitat verdeutlicht, dass jeder einzelne Physiotherapeut ein ausgebildetes Bewusstsein über Moral und das, was Physiotherapie ist und sein soll, anstreben sollte. Dabei soll jeder Therapeut dies einfordern, da es der Gesellschaft hilft, einen bewegungsorientierten Lebensstil anzunehmen sowie eine neue Perspektive auf Gesundheit und Krankheit zu entwickeln. Eine individuelle *„Vorbereitung auf kritische Situationen im Berufsalltag"* sollen im Unterricht durch *„fachbezogene Rollenspiele"* sowie einen *„interaktiven Diskussionsunterricht"* durchgeführt werden, um Dilemmasituationen besser zu erkennen, zu analysieren und aufzulösen.

„Weil man aufs reale Leben vorbereitet wird damit. Wenn du diese Situationen davor schon vorwegnimmst, wo man dann nicht alleine dasteht, sondern das auch ein bisschen mehr ausdiskutieren kann, in der Gruppe oder so oder einfach nochmal verschiedene Standpunkte kennenlernt oder so." (B1, 634–636).

„Und dann so über den Perspektivwechsel, dass man da sagt, guck mal, wenn dir das passieren würde und wieso hat er das mit dir gemacht? Also warum hast du nicht das Recht darauf, dass dir genauso geholfen wird wie jemand anderem, bei dem das funktioniert. Also was […] Wenn man, wenn man diese Perspektive so jemandem vermitteln kann. Ich glaube schon, dass jeder sagt, das wäre eine Sauerei, das würde jedem nicht so gefallen, und dann wird es vielleicht deutlich. Vielleicht ist es das, was passieren sollte." (B12, 680–684).

Über die Förderung eines *„allgemeinen Altruismus"* hinaus soll noch explizit die *„Bedeutung individueller Werte vermittelt"* werden, um den Habitus des professionellen therapeutischen Helfens zu fördern und die Therapeuten darin zu unterstützen, eigene moralische Vorstellungen zu hinterfragen und situationsabhängig auszuführen.

„Das macht ja an sich auch keinen Sinn also diese, diese Aspekte, die gelten ja für alle Bereiche des Lebens also. Es hört ja nicht auf mit dem Türschluss im Rahmen deiner physiotherapeutischen Einrichtung, sondern das geht ja, das geht ja dann auch weiter und genau so sollte ja auch die ganze Denkweise nicht aufhören, nachdem du deine berufliche Tätigkeit an dem Tag beendet hast. […] Und so ist es dann natürlich auch wichtig, dass du dir über, über Sinn und Unsinn des eigenen Handelns auf einer höheren Ebene bewusst bist." (B11, 555–560).

4.5.3 Die Bedeutung der Moral im Prozess der Professionalisierung

Alle befragten Physiotherapeuten sehen gleichermaßen das moralische Verhalten als Grundlage einer gerechten Interaktion mit Menschen. Verstärkt zeigt sich diese Situation bei Menschen mit einer krisenhaften Funktions- oder Bewegungseinschränkung, bei denen eine besondere Fragilität herrscht, die zwingend die Notwendigkeit des professionellen Handelns verlangt. In diesem Fall erkennen die akademisierten Physiotherapeuten, dass durch therapeutische Maßnahmen im Sinne von kommunikativen Interventionen kognitive Verhaltensänderungen hervorgerufen werden, die nachhaltig in die Person eingreifen und das Potenzial einer Strukturveränderung mit sich bringen. Dadurch entsteht eine größere moralische Verpflichtung als bei einer reinen technischen Anwendung von physiotherapeutischen Fertigkeiten, was von einigen berufsschulisch ausgebildeten Therapeuten eher mit Skepsis betrachtet wird.

Dazu lässt sich beobachten, dass ausschließlich die akademisch gebildeten Studienteilnehmer der vorliegenden Untersuchung in der Lage sind, eine wissenschaftliche Berufspraxis als wertvollen Teil der Verantwortlichkeit anzusehen, weshalb sie gründlicher reflektieren, was aus welchen Gründen das Richtige ist, und dies anschließend in ein evidenzbasiertes Handeln überführen. Das Ziel sowie die Folgen dieser moralischen Kompetenz sehen die Physiotherapeuten darin, dass es zu einem langfristigen Autonomiegewinn kommt, der in einer Expansion von klinischen Befugnissen mündet. Der dadurch angestoßene Diskurs kann in seiner logischen Konsequenz in dem Direktzugang enden. In diesem Zusammenhang sehen die wissenschaftlich gebildeten Physiotherapeuten die Integration eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichts als wegweisend für einen beruflichen Entwicklungsprozess, da dieser Autonomie sichert bzw. überhaupt erst ermöglicht, wobei die fachschulisch ausgebildeten Therapeuten diesbezüglich keine vergleichbare Auffassung äußern.

Neben den ethischen Grundlagen müssen auch eigene Werte und Normen reflektiert und ein demokratischer Weg einer beruflichen Neuausrichtung gefunden werden. Zu diesem Zweck wird eine Vorwegnahme komplizierter Dilemmata im Unterricht gefordert, um zu gewährleisten, dass berufspraktische Problemsituationen in einem Dialog bewältigt werden können und eine ethisch-moralische Dimension für die physiotherapeutische Handlungspraxis sensibilisieren kann. Diese Neugier soll einerseits auf einen direkten oder indirekten Kontakt mit Patienten projiziert werden und andererseits eine berufspolitische Motivation wecken, professionelle Arbeitsweisen selbstbegründet einzufordern.

4.6 Hauptkategorie: Moralische Dilemmata

Im Folgenden werden die moralischen Dilemmata gesammelt sowie die unterschiedlichen Reaktionen der Physiotherapeuten aufgearbeitet, sodass geprüft werden kann, inwieweit sie in eine

berufsinterne Professionalisierungsdebatte der deutschen Physiotherapie eingebracht werden können. In den teilstrukturierten Interviews wurde explizit nach Dilemmasituationen gefragt, die besonders häufig im praktischen Alltag vorkommen. Aus diesem Grund werden die Antworten nach Häufigkeiten sortiert und in einer gesonderten Grafik dargestellt, sodass in diesem Fall eine Aufteilung der unterschiedlichen Ausbildungsgänge entfällt.

Tabelle 40: Definition und Anwendung der Hauptkategorie: Moralische Dilemmata

Name der Kategorie	*Moralische Dilemmata*
Inhaltliche Beschreibung	Moralische Konfliktsituationen, die bei den befragten Physiotherapeuten ein Unwohlsein auslösen und einen Umgang mit solchen Situationen erklären.
Anwendung der Kategorie	Textinhalte, die explizit wie implizit auf ein moralisches Dilemma hinweisen und den Umgang der Therapeuten mit solch einer Situation beschreiben.
Beispiele der Anwendung	B11: „Also müssen, einfach nur weil ich im Angestelltenverhältnis nicht die Machtposition habe oder hatte, um die Auslegung so zu beschreiben und auch abzuhandeln, wie ich, wie ich es eigentlich, rechtlich betrachtet wohl gemerkt, übrigens sogar müsste, sondern ich muss mich halt den Vorstellungen meines Vorgesetzten unterwerfen und dementsprechend kann man das dann mit deiner Art von Zwangslage in Verbindung setz[en].“ B14: „Ne, eigentlich auch wieder, dass klassisch der Patient kommt mit unspezifischen Rückenschmerzen und man sagt Abbruch. Chef kommt, sagt, ne, ne, ne, kein Abbruch. Drei Rezepte à sechs Behandlungen.“ B8: „Schwierig, wenn es den Arzt angeht, inzwischen gar nicht mehr. Ich bin wieder angestellt (Okay, das heißt einfach über dich ergehen lassen quasi?) Das ist ein Stück weit schon.“

4.6.1 Dilemmasituationen

Um eine Auseinandersetzung in einem ethischen Diskurs mit dem Ziel einer Professionalisierung zu beginnen, erscheint es grundlegend, genau diese kritischen Situationen herauszufiltern. Anschließend können solche Problemsituationen in eine Unterrichtsform überführt werden, was eine Vorbereitung auf den Praxisalltag für die angehenden Physiotherapeuten bietet und eine neue Problemperspektive

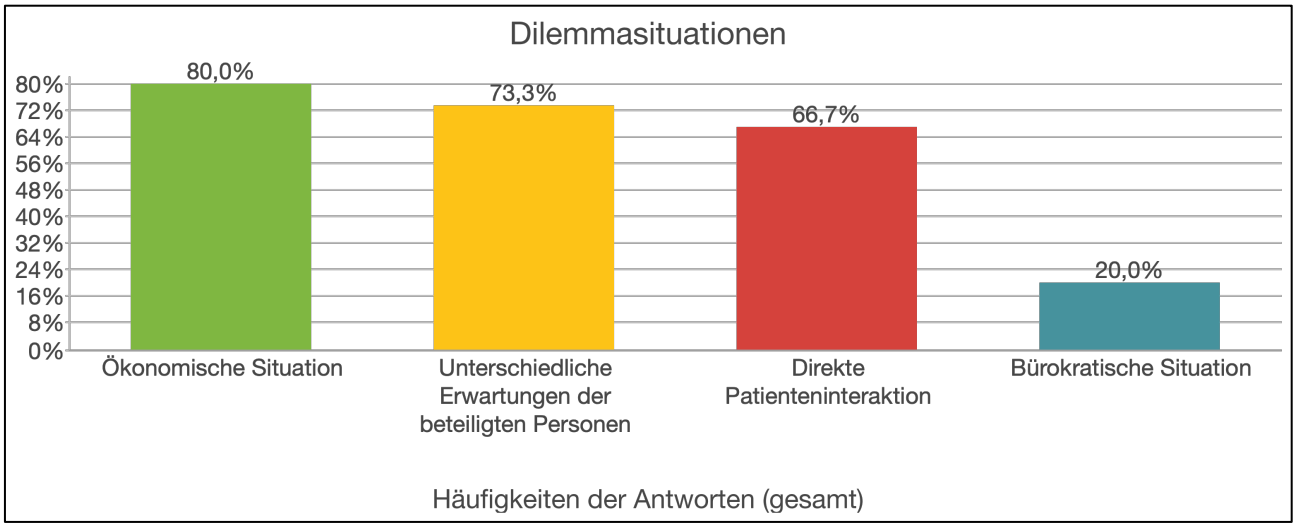
des Berufsbildes aufreißt. Darüber hinaus lassen sich diese Ergebnisse für eine weitere Ausgestaltung der gesamtberuflichen Modalitäten nutzen, indem diese einen Ansatzpunkt für eine Neuausrichtung bieten oder für eine Entwicklung eines Berufskodex genutzt werden können. Das Ziel dieser Arbeit bezieht sich einmal auf die Lehrbarkeit dieser Dilemmata, um die moralische Kompetenz zu erweitern sowie durch diese ethischen Probleme eine Sensibilisierung neuer Autonomieansprüche zu ermöglichen, und zum anderen, bislang unüberbrückbare berufliche Paradoxien physiotherapeutischer Handlungsmuster aufzudecken, um eine Professionsentwicklung aus dieser Perspektive einzuleiten.

Tabelle 41: Definition und Anwendung der Kategorie: Dilemmasituationen

Name der Kategorie	*Dilemmasituationen*
Inhaltliche Beschreibung	Moralische Dilemmata, die bei den befragten Physiotherapeuten Unbehagen auslösen und eine moralische Entscheidung abverlangen.
Anwendung der Kategorie	Textinhalte, die explizit oder implizit auf ein moralisches Dilemma hinweisen.
Beispiele der Anwendung	B12: „Ja und das könnten ja Vorgaben sein, die ich jetzt vielleicht gar nicht erfüllen möchte eigentlich so, macht für mich keinen Sinn. Es könnte der Praxisinhaber sein für den ich arbeite, dem eigentlich vielleicht egal ist, wo das Geld herkommt, das können Kollegen sein, die an bestimmten Dingen ein Interesse haben.“ B13: „Also wie man eine nichtwirksame Behandlung anbringen darf. Die schreibt vor, kläre auf, dass es nichts bringt für diese Kondition wie du es machen willst aber wenn sie daran glauben, dass es wirkt, könnte es einen Placeboeffekt erzeugen (Ja), möchten sie ja oder nein?“

Da sich die Ergebnisse inhaltlich und ausbildungsübergreifend überschneiden, werden die Häufigkeiten anhand von MAXQDA (2018.2.4) diagrammförmig visualisiert und gemeinsam präsentiert (Tab. 14). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass primär vier grundlegende Formen der moralischen Dilemmata vorkommen, die in weitere Subkategorien unterteilt und im weiteren Verlauf behandelt werden. Folgende Kategorien wurden am Datenmaterial entwickelt: „*Ökonomische Situation[en]“*, „*Unterschiedliche Erwartungen der beteiligten Personen“*, „*Direkte Patienteninteraktion[en]“* und „*Bürokratische Situation[en]“*.

Abbildung 14: Kategorien über die Häufigkeiten der moralischen Dilemmata



Ökonomische Situation

Von den befragten Physiotherapeuten gaben 80 % (12 Personen) an, dass die *„ökonomische Situation“* das häufigste moralische Dilemma darstellt, dem sie begegnen. Dabei geht es um kritische Entscheidungen, bei denen abgewogen werden muss, ob das Interesse des Fortbestandes eines Arbeitsverhältnisses sowie der wirtschaftliche Umsatz einer Privatpraxis mit einer notwendigen oder effektiven Therapiemaßnahme des Patienten ausgeglichen werden muss. Als Subkategorien konnten *„Wirtschaftlichkeit vs. Behandlungsnotwendigkeit“* und *„Wirtschaftlichkeit vs. Effektivität“* herausgearbeitet werden. Bei der Behandlungsnotwendigkeit liegt der Fokus darauf, dass Personen ohne eine Lebenskrise, therapiespezifischen Diagnose oder gar eine Funktionseinschränkung behandelt werden. Es wird dem Therapeuten dabei eine ordinäre Dienstleistung abverlangt, die er durch die ärztliche Verordnung durchführen soll, durch fehlende wissenschaftliche Kenntnisse unreflektiert anwendet oder einfach nur appliziert, um eine Gewinnmaximierung zu erzielen.

Das nachfolgende Zitat beschreibt sehr gut, wie die Abhängigkeit von finanziellen Ressourcen und eine gewisse Existenzangst das eigentlich notwendige Behandlungsmaß destruieren.

> *„Ja, das kommt oft vor. Also dann aber wirklich wieder in diesem anfangs beschrieben Kontext, dass ich, dass ich vielmals Leute betreuen musste, langfristig, die gar keine langfristige Betreuung… nötig hatten. Nach der Wissenslage, die ich mit bestverfügbarer Evidenz, also an bestverfügbare Evidenz gleichsetze. […] Also müssen, einfach nur, weil ich im Angestelltenverhältnis nicht die Machtposition habe oder hatte, um die Auslegung so zu beschreiben und auch abzuhandeln, wie ich, wie ich es eigentlich, rechtlich betrachtet wohl gemerkt, übrigens sogar müsste, sondern ich muss mich halt den Vorstellungen meines Vorgesetzten unterwerfen und*

dementsprechend kann man das dann mit einer Art von Zwangslage in Verbindung setzen. Man… muss es eben im Grenzszenario natürlich nicht, weil, man könnte auch sagen, ich kündige. Wenn aber dann, was ja vorhin oft angesprochen wurde, der allgemeine Konsens zu dem Thema veraltete Grundlagen zu Füßen liegt, dann wäre ja die Schlussfolgerung, dass ich in der nächsten Einrichtung genau auf das Gleiche wieder treffe und wenn das ein paarmal so abläuft, dann habe ich natürlich Probleme mit meiner Existenz […]" (B11, 436–448).

Eine weitere Unterkategorie ist *„Wirtschaftlichkeit vs. Effektivität"*, bei der es darum geht, die bestmöglichen Therapiemaßnahmen für die individuelle und angemessene Behandlung der Patienten auszuwählen. Hier erstreckt sich eine ganze Bandbreite von Therapievorschlägen, die keinerlei wissenschaftliche Grundlagen haben und sich sogar teilweise als unwirksam und in manchen Situationen als kontraproduktiv herausgestellt haben. Diese oftmals passiven therapeutischen Interventionen gewährleisten jedoch den wirtschaftlichen Erfolg der Physiotherapiepraxen.

„Bei mir gibt es kein Fango und keine Massage. […] Und vor allem halt, weil wir auch scheiß wenig Geld dafür kriegen, aber auch da wünschte ich mir einen DA (Direktzugang), wo ich sagen kann, ey, jetzt machen wir eben vier und schauen dann, evaluieren dann in zwei Wochen und, als Beispiel, und evaluieren dann in zwei Wochen nochmal und dann kann ich sie entlassen." (B10, 653–659).

„Nehmen wir mal ein Beispiel, vielleicht einen Kassenpatienten (lacht). Der kommt mit sechsmal irgendwie Therapie daher, am Ende machst du vielleicht dreimal was mit dem, und dann ging es schon gut. Dann könnte ich jetzt schon so aus meiner Überzeugung sagen: alles klar, dann schicke ich ihn eigentlich weg. Weil, er braucht es ja nicht mehr. Auf der anderen Seite steht dann irgendwo halt das finanzielle Interesse einer Praxis, einer Klinik, die dann sagt: naja, gut, mei, jetzt ist er schon da, mache ich halt noch irgendwas." (B3, 444–448).

„Also ich kann mir da mehrere Versionen vorstellen, aber zum Beispiel der Zwiespalt zwischen einer möglichst effektiven, wirklich effizienten und effektiven Herangehensweise, die ja immer mit der Zielsetzung und der Lösungsorientiertheit einhergeht, und aber auch der Nachhaltigkeit und dann die existenzielle Grundlage, die dadurch vielleicht gefährdet werden könnte, im Sinne von Verdienst, im Sinne von, ja Möglichkeit, zu existieren aus ökonomischer Sichtweise betrachtet. Das ist für mich eine Form des Dilemmas. Die andere Form des Dilemmas ist aber vielleicht sogar die philosophische Grundlage, die man zur physiotherapeutischen Relevanz mit einbringen kann und die Fragen, die sich dann überhaupt ergeben, wie zum Beispiel, muss Physiotherapie existieren, damit der Mensch oder ich selber, wenn ich denn Betroffener bin,

überhaupt als betroffen gelten kann und ob ich dann vielleicht auch wirklich nur und allein mit der Physiotherapie, meine Qualität erstrebenswert steigern kann oder könnten das vielleicht auch andere. Und würde ich vielleicht mich lieber bei den anderen einstufen." (B11, 396–405).

In dem Ausschnitt aus der Antwort eines Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss ergibt sich die folgerichtige Überschneidung des moralischen Dilemmas einer effektiven Vorgehensweise des professionellen Handelns mit der Überlegung zu der Frage, was Physiotherapie ist und ob sie überhaupt das, was sie tut, auch in diesem Maße anwenden kann, wenn sie in dem Dilemma steckt, wirtschaftlich, aber zugleich auch effektiv arbeiten zu müssen. Dieses Dilemma konnte mit der Frage, was die Struktur des professionell-physiotherapeutischen Handelns ist, in Kapitel 4.2.5 teilweise entkräftet werden, da die wirtschaftliche Sorge bei den Physiotherapeuten weiterhin von großer Bedeutung ist.

Unterschiedliche Erwartungen der beteiligten Personen

Diese Kategorie wurde von circa 73 % (11 Personen) der befragten Physiotherapeuten als ein wesentlicher Punkt herausgearbeitet, bei dem *„unterschiedliche Erwartungen der Kollegen"*, *„unterschiedliche Erwartungen der Patienten"*, *„unterschiedliche Erwartungen der Angehörigen des Patienten"*, *„unterschiedliche Erwartungen des Vorgesetzten"*, *„unterschiedliche Erwartungen der Ärzte"* sowie *„unterschiedlichen Ideologien"* vorliegen können. Gerade in einem Team mit unterschiedlichen Erfahrungen, professionellen Voraussetzungen und/oder therapeutischen Schwerpunkten kommt es darauf an, divergierende Ansichten offen zu kommunizieren und diese mit einer gewissen Achtsamkeit in Abwesenheit des Patienten auszutragen. Gerade bei unterschiedlichen Ansichten über den therapeutischen Verlauf sehen die Physiotherapeuten oftmals eine moralisch-kritische Situation, die es zu lösen gilt.

„Ja, auch bei Behandlungen zum Beispiel. Wenn man über Patienten, über Patienten spricht, was machst du da für Behandlungen, und ich eine ganz andere Ansichtsweise habe als der Kollege und dann ich ihm vielleicht meine ganz gern mitteilen möchte und er mir seine mitteilen möchte, ist es manchmal auch schwierig, dann da auch natürlich zusammenzukommen und sich da, ja irgendwie so zu einigen, ohne dass es zu einem Konflikt kommt." (B4, 545–548).

„Ich glaube, eine der größten Sachen ist, wenn mein Kollege oder Kollegin irgendeine Sache sagt, (Ja) wo ich sehr genau weiß, dass das nicht stimmt. Wo ich das ganz klar begründen kann, dass das nicht stimmt. Aber derjenige das dem Patienten schon so gesagt hat." (B6, 671–673).

Eine weitere Krux besteht darin, die aufgeladenen Erwartungen der Patienten und der Angehörigen mit der eigenen Therapie so zu gestalten, dass diese zu keinen eklatanten Diskrepanzen führen. Vor

allem die Erwartungen der Patienten aus vorherigen physiotherapeutischen Interventionen, gestellte Diagnosen des Arztes oder eigene Vorstellungen, wie der Handlungsverlauf auszusehen hat, können der eigentlich sinnvollen Behandlungsmaßnahme widersprechen. Diese Erwartungen für ein therapeutisches Handlungsmuster zu nutzen, stellt eine sehr große Herausforderung im Alltag dar.

> *„Ich glaube genau anders herum ist durchaus auch manchmal, wenn die Patienten etwas anderes erwarten als eigentlich verordnet worden ist oder verschrieben worden ist, also Massage bei einem KG-Rezept, sage ich jetzt einfach mal."* (B9, 540–541).

> *„[…] wenn man es dann weiterspinnt, die Erwartungen von den Angehörigen des Patienten sind natürlich auch nochmal ein Faktor."* (B14, 677–678).

Noch drastischer fällt die unterschiedliche Erwartungshaltung zwischen Physiotherapeut und Arzt aus. Da zwar beide dem Gesundheitssystem angehören, sich jedoch der physiotherapeutische Behandlungsansatz mehr auf das Spektrum der funktionellen Einschränkung im Alltag befasst als mit den pathologischen Veränderungen des Bewegungsapparates, scheinen hier die moralischen Dilemmata vorprogrammiert. Zudem werden auch nicht selten unreflektiert physiotherapeutische Maßnahmen von den Medizinern verlangt, die sich jeglicher wissenschaftlichen Grundlage entziehen, was vor allem bei Therapeuten mit einem hohen professionellen Standard zu Frustration führt und den Patienten eventuell noch weiter verunsichern könnte.

> *„Ja es gibt nur die Situation, die hat wahrscheinlich jeder Physio gehabt, dass man eine Verordnung kriegt vom Arzt, wo man denkt, so ein Schwachsinn (Ja) und ja, wie löst man das?"* (B12, 578–579).

Eine weitere kritische Situation ist der Umgang mit dem Vorgesetzten. Da es hier ein ausgesprochenes Machtgefälle sowie eine existenzielle Teilabhängigkeit der angestellten Physiotherapeuten gibt, birgt diese Situation ebenfalls ein Ungleichgewicht. Auf der einen Seite steht das Bedürfnis nach eigenständigem Handeln und auf der anderen die Vorstellungen der weisungsbefugten Person, um alle Interessen zu befriedigen sowie keine eventuellen Nachteile beziehungsweise Sanktionen zu befürchten.

> *„Also müssen, einfach nur weil ich im Angestelltenverhältnis nicht die Machtposition habe oder hatte, um die Auslegung so zu beschreiben und auch abzuhandeln, wie ich, wie ich es eigentlich, rechtlich betrachtet wohl gemerkt, übrigens sogar müsste, sondern ich muss mich halt den Vorstellungen meines Vorgesetzten unterwerfen und dementsprechend kann man das dann mit deiner Art von Zwangslage in Verbindung setzt."* (B11, 442–445).

An diesem Punkt kollidieren die moralischen Dilemmata der ökonomischen Situation mit den Vorstellungen des Vorgesetzten, da dieser die wirtschaftlichen Interessen und den Fortbestand seiner Praxis verfolgen muss, um Arbeitsplätze zu sichern.

Direkte Patienteninteraktion

Die dritthäufigste Antwort auf moralische Dilemmata fiel mit aufgerundet 67 % (10 Personen) der Probanden auf die direkte Patienteninteraktion. Dabei wurden Subkategorien aus den Daten ermittelt, die die direkte Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Patienten hervorheben. Dabei entstanden kritische Eckpunkte wie *„keine ideale Patientenversorgung gewährleistet“*, *„Nähe vs. Distanz“*, *„Umgang mit Placebotherapie“*, *„sexuelle Übergriffe“*, *„Patienten mit Demenz“* oder wie die Physiotherapeuten mit *„Patienten ohne Beschwerden“* umgehen sollen.

Die erste Dilemmasituation ergibt sich aus der Tatsache, dass der behandelnde Arzt bei manchen Diagnosen nur eine gewisse Anzahl von Therapiemaßnahmen verordnen darf, sodass manchmal *„keine ideale Patientenversorgung gewährleistet“* werden kann. Weiter sehen viele Therapeuten eine Situation der Überversorgung einzelner Patienten, die ineffiziente therapeutische Maßnahmen erhalten, die sich einer wissenschaftlichen Argumentation entziehen. Dieses Dilemma zeigt sich vor allem bei einer teilweisen Unterversorgung bei gesetzlich versicherten Patienten sowie einer unnötigen Überversorgung von Privatpatienten, die dadurch einen höheren Umsatz generieren. Auch hier ergibt sich wieder eine Verkettung mit der wirtschaftlichen Situation.

> *„[…] in einer Situation mit einer Patientin, die eigentlich ständig, einer älteren Dame, topfit eigentlich im Kopf, aber leider eine Menge an, an also multimorbide halt, mit ein paar Verletzungen unter anderem eine, eine gerissene, eine gerissene Bizepssehne und was weiß was also, Achillessehne gerissen und so weiter, durch den Unfall. Und die Frau ist halt ständig ihren Rezepten hinterhergelaufen. Ständig hat etwas nicht funktioniert oder gepasst und ist dadurch eigentlich, das hat sich so, über so einen langen Zeitraum gezogen, wir haben immer wieder von vorne anfangen müssen und sie selbst, ich habe diesen Konflikt, den sie halt in sich auch ausgetragen hat und selber in die Depression dann wirklich in eine schwere Depression reingerutscht ist, das hätte nicht sein müssen. Das hat mich so mitgenommen, das war eigentlich mit der, das das war eigentlich so der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen gebracht hat. Diese Frau, dieses Leid zu sehen, diese, diesen, auf der einen Seite diesen Willen, ich will doch und man lässt mich einfach nicht und deswegen, wegen so einem Kleinscheiß nicht ausgefüllten Dokumente.“* (B10, 557–566).

Praxisintern kann es auch zu einer nicht ausreichenden Terminversorgung der Patienten kommen, die entweder ebenfalls das Muster einer Über- oder Unterversorgung aufweisen oder unprofessionelle Handlungsschemata von unterschiedlichen Kollegen bei demselben Patienten entstehen. Dazu kann auch der Umgang mit bewussten oder unbewussten Placebotherapien gezählt werden.

> *„Wenn Kollegen, wenn du Urlaubsvertretung, Krankheitsvertretung machst und die Kollegen haben vorher mal so richtig Scheiß gemacht (Ja) oder sie haben beim Patienten das Gefühl hinterlassen, sie wurden massiert, wobei ich da auch immer weiß, ob ich dem Patienten trauen soll oder ob er es bei mir einfach versucht, ja, auch das ist ein ethisches Dilemma, also so oder so, wo du da nicht weißt, wer ist dann letzten Endes derjenige. Ist es der Kollege, der schlecht dokumentiert oder gar nicht dokumentiert und du damit auf die Antwort der Patienten angewiesen bist, das finde ich, das sind auch so Sachen, die mich eigentlich schon immer wieder nerven. Ärzte, Ärzte, von denen du abhängig bist, die ganz klar sagen, nein, sie wollen jetzt, dass du eine Faszientherapie machst, auch wenn das jetzt nicht irgendwie oder dasjenige ist […]“* (B8, 566–572).

> *„Also, wie man eine nichtwirksame Behandlung anbringen darf. Die schreibt vor, kläre auf, dass es nichts bringt für diese Kondition, wie du es machen willst, aber wenn sie daran glauben, dass es wirkt, könnte es einen Placeboeffekt erzeugen (Ja), möchten sie ja oder nein?* (B13, 641–643).

Das Problem der *„Nähe vs. Distanz“* sehen die Physiotherapeuten bei der persönlichen Involviertheit in einen Fall oder in einer nicht professionellen Distanz zum Patienten. Es wird folgerichtig berichtet, dass auf der einen Seite eine emphatische Antizipation gegenüber der hilfesuchenden Person zum Ausdruck gebracht wird, jedoch auch eine gewisse Distanz gewahrt bleiben muss, um die herangetragenen Probleme neutral zu bearbeiten. Auch muss darauf geachtet werden, wann therapeutische Nähe als Berührung gewünscht oder gefordert wird und wann sie das vertretbare Maß überschreitet.

> *„Aber der Patient, der sich hier eine, eine emotionale Berührung mehr holt, dann ist es ein Problem, genauso muss ich sagen, ist natürlich auch der Therapeut nicht geschützt, er ist auch nur ein Mensch. Nicht, dass der irgendwann mal emotionale Berührung platziert, wo eigentlich nur professionelle Berührung hingehört. Ich glaube, das ist ein ganz, ganz wichtiges Thema und das ist schon, und da haben wir schon sehr Extreme dann. Also wir starten beim Du und Sie in dem Fall jetzt für den Patienten und enden hier in der Thematik, wo ich sagen muss, wann ist körperliche Berührung nicht mehr therapeutisch, sondern dient mehr dem persönlichen emotionalen Dingen.“* (B2, 657–662).

Hier knüpft auch das moralische Dilemma *„sexuelle Übergriffe“* an, von dem beide Parteien einer therapeutischen Interaktion betroffen sein können. Auf der einen Seite kommt es vor, dass vor allem Therapeutinnen sich gegen sexistische Äußerungen oder gar körperliche Annäherungen zur Wehr setzen müssen. Auf der anderen Seite ist eine körperliche Berührung gerade bei vulnerablen Personen eine besondere Ausnahme. Es finden unter Umständen Berührungen in Körperregionen statt, die besonders sensibel sind, was eine noch größere Achtsamkeit der Konstellation abverlangt.

> *„Der Patient, der Erstpatient. Ein 16-jähriges Mädel, das zu mir zum ersten Mal in Behandlung gekommen ist und noch nie Physiotherapie kennengelernt hat, großes wichtiges Thema. Wie schütze ich die, wie, wie weise ich sie darauf hin, um was es jetzt geht. Wie viel Aufklärung bringe ich vorneweg schon, dass sie sich wohlfühlt, Bekleidung abzulegen, bis zur Unterwäsche, als Thema zum Beispiel ist das unser Alltag und das ist komplett fern von ihr und für Patienten.“* (B2, 543–546).

Eine weitere Problemsituation einer *„direkten Patienteninteraktion“* steht mit dem *„Patienten ohne Beschwerden“* im Raum. Wie in der idealtypischen physiotherapeutischen Handlungsstruktur beschrieben, ist es notwendig, einem Patienten mit einer Lebenskrise mit den individuellen evidenzbasierten Therapiemaßnahmen zu begegnen.

Soll der Physiotherapeut nun eine Person ohne einen Integritätsverlust durch die Verordnung des Arztes behandeln, so werden zeitliche und wirtschaftliche Ressourcen für die Behandlungsmaßnahmen genutzt sowie ein professionelles Handeln aufseiten der Therapeuten unterminiert. Auf der anderen Seite bekommen Patienten mit einem realen Wegfall ihrer funktionellen Alltagsroutine keine Termine oder Rezepte aus Budgetierungsgründen mehr ausgeschrieben. Auch hier drohen *„Wirtschaftlichkeit vs. Effektivität“* und *„Wirtschaftlichkeit vs. Behandlungsnotwendigkeit“* als Dilemmata hinzuzukommen, was *„keine ideale Patientenversorgung gewährleisten“* kann.

> *„Ja, es gibt manchmal diese Punkte, wo ich denke, wir haben viele Leute auf Anmeldung und wenn die Frage ist, wenn wir einen Patienten verlängern oder nicht, wo ich mich manchmal in diesem Dilemma befinde, wo ich manchmal denke, ist denn überhaupt eine Reha-Fähigkeit gegeben. Das, was wir bisher gesehen haben, ist eigentlich nicht so. Das kostet auch unserer Versicherung Geld (Ja) und ich habe jetzt nicht unbedingt Mitleid mit Versicherungen, aber ich habe Mitleid mit unserem Solidaritätsprinzip (Ja). Manche sehen das so, jetzt habe ich so lange eingezahlt, jetzt will ich auch etwas raushaben und das ist kein Solidaritätsprinzip im Sinne einer Versicherung, oder?! Und da befinde ich mich schon manchmal in einem Dilemma.“* (B15, 577–583).

Bürokratische Situation

20 % der Physiotherapeuten (3 Personen) bewerten die teilweise prekären Bedingungen im Bereich der Verwaltung als potenziell problematisch. Dabei stehen vor allem der *„Abrechnungsbetrug“* und der *„Datenschutz“* im Fokus. Der *„Abrechnungsbetrug“*, der als Antwort genannt wurde, zeigt sich in der Fälschung nicht eingehaltener Termine der Patienten, der nicht eingehaltene Behandlungsbeginn sowie eine unsachgemäße Änderung der vom Arzt festgelegten Behandlungsfrequenz, die einen bedeutenden bürokratischen Aufwand mit der Rezeptänderung zur Folge hätte.

> *„Viele Patienten viele Kollegen betrügen die Kassen, dass sie irgendwas unterschreiben lassen. Sowas finde ich wichtig. Da auch den Arsch in der Hose zu haben und zu sagen: Ne du hast den Termin verpasst, nein das wird jetzt nicht unterschrieben, sondern so sind die Gesetze, halt dich dran, ja.“* (B1, 458–460).

> *„Wir wissen alle, wie kompliziert irgendwie so Kassengeschichten sind mit einem Rezept, das von da bis da gültig ist, weil es so und so ausgestellt ist. […] Bin mir sicher, dass nicht alle Praxen, alle Kliniken, die Rezepte zu 100 %wieder zum Arzt zurückschicken, sondern da steht halt mal ein anderes Datum drauf oder es stehen drei andere Daten drauf, also man wird auch schon durch diese Struktur manchmal ein bisschen dazu getrieben (lacht), so ethische Grundregeln so ein bisschen zur Seite zu legen.“* (B3, 469–472).

Der letzte Punkt bezieht sich auf den Datenschutz. Wer, wie, warum welche Informationen über die Krankheitsgeschichte sowie den Krankheitsverlauf eines Patienten erhält, unterliegt einer strengen Sorgfalt; der Therapeut darf diese nicht unüberlegt weitergeben.

> *„Das Thema Datenschutz, Riesenthema, die Patienten stehen vorne am Tresen vorne dran merk … denken einfach gar nicht dran, dass da drei Leute hinter ihnen stehen und sagen dann welche Sachen, die zur eigenen Person oder zu einer fremden Person oder zu einer Erkrankung sind […]“* (B2, 546–549).

4.6.2 Umgang mit Dilemmasituationen

Im Folgenden stehen die mit Dilemmata verbundenen Gefühle und Konsequenzen im Mittelpunkt. Dadurch können weitere Tendenzen von sich deprofessionalisierenden Strukturen erkannt werden, die eine hohe Frustration der Berufsinhaber auslösen und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf verursachen. Diese Analyse soll genutzt werden, um zum einen Desillusionierungen von Physiotherapeuten vorzubeugen, und sich zum anderen darum zu bemühen, sie in aufklärerischer Weise in

Ausbildung und Studium zu integrieren, damit auf die zu erwartenden Gefühle und deren Konsequenzen vorbereitet werden kann.

Tabelle 42: Definition und Anwendung der Kategorie: Umgang mit Dilemmasituationen

Name der Kategorie	*Umgang mit Dilemmasituationen*
Inhaltliche Beschreibung	Wie ist der persönliche Umgang mit solchen Dilemmasituationen, und welche Gefühle entstehen bei einer permanenten Konfrontation?
Anwendung der Kategorie	Textstrukturen, die auf den persönlichen Umgang oder eine emotionale Antwort auf ein moralisches Dilemma folgen lassen.
Beispiele der Anwendung	B11: „Ich schätze die für sehr hoch ein, weil, und aber auch für teilweise schwierig, der Höhe entsprechend, also je höher die moralethische Erwartung, desto schwieriger auch, weil sie gekoppelt ist mit den ständig anzutreffenden Variablen, die wiederum die Existenz betreffen. Und dementsprechend muss ich teilweise von meiner hochgradigst moralethischen Vorstellung, sofern ich denn eine habe, abweichen, um mich nicht selber zu gefährden. So stark, dass ich meine Existenzgrundlage im Sinne meines Berufes verliere, vielleicht.“ B14: „Ethik bedeutet im Alltag, man muss möglichst wenig Ethikgefühl haben, oder an Ethik denken, um den Alltag bestehen zu können.“

Die Bandbreite der Gefühle und Reaktionen auf diverse Dilemmasituationen sind groß und variieren je nach Angestelltenverhältnis, Regelmäßigkeit und der individuellen Vorstellung von einem professionellen physiotherapeutischen Handlungsvollzug.

So geben die Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss an, durch die regelmäßigen moralischen Dilemmata einer großen Gefühlspalette aus *„Existenzangst“*, *„Gleichgültigkeit“* und einer gewissen *„Frustration“* ausgeliefert zu sein (Tab. 43). Vor allem sie leiden unter der eingeschränkten Berufsautonomie, die ein professionelles Handeln verunmöglicht. Sie müssen sich trotz ihrer akademischen Ausbildung den situativen Zwängen beugen, die sie nicht imstande sind zu bewältigen, da die meisten Physiotherapeuten gar keine strukturelle Professionalisierung anstreben.

Tabelle 43: Subkategorien des Umgangs mit Dilemmasituationen

Berufsfachschulausbildung	Bachelorstudium	Masterstudium
Kompromisslösung **Auflösung des Arbeitsbündnisses**	**Reflexion der Situation** **Machtlosigkeit**	**Frustration** **Gleichgültigkeit** **Existenzangst**

Sie sehen sich in die unauflösbare Problematik verstrickt, durch die bisherige physiotherapeutische Berufsfunktion nicht moralisch und evidenzbasiert handeln zu dürfen, da die Angst, dass sie ihre Arbeitsstelle verlieren, überwiegt.

> *„Ich schätze die für sehr hoch ein, weil, und aber auch für teilweise schwierig, der höhe entsprechend, also je höher die moralethische Erwartung, desto schwieriger auch, weil sie gekoppelt ist mit den ständig anzutreffenden Variablen, die wiederum die Existenz betreffen. Und dementsprechend muss ich teilweise von meiner hochgradigst moralethischen Vorstellungen, sofern ich denn eine habe, abweichen, um mich nicht selber zu gefährden. So stark, dass ich meine Existenzgrundlage im Sinne meines Berufes verliere, vielleicht.“* (B11, 373–377).

> *„Ethik bedeutet im Alltag, man muss möglichst wenig Ethikgefühl haben oder an Ethik denken, um den Alltag bestehen zu können.“* (B14, 588).

> *„Ja, da baut sich in mir dann so eine immer größer werdende Welle an Verständnislosigkeit und Wut und Frustration auf, die dann wirklich durch langjährig geschulte Fähigkeiten kontrolliert werden muss, bis hin zu einer Brechung ganz am Ende, weil ansonsten ein Szenario entsteht, was ich gar nicht zu beschreiben in der Lage bin und was ich gar nicht möchte, weil ich mir denke, es ist doch nur Physiotherapie.“* (B11, 461–464).

> *„Mir ist es im Endeffekt mittlerweile schlicht egal, was da passiert in den Praxen.“* (B14, 708).

> *„Die Tür geht zu, ich gehe nach Hause. […] Sobald sich die Tür schließt, das ist mein Agreement mit mir selbst, ist mir alles scheißegal.* (B13, 722–723).

Auch die Physiotherapeuten mit einem Bachelorabschluss sehen sich einer Art *„Machtlosigkeit“* ausgesetzt. Sie sehen sich zwar noch in der Situation, gewisse Dilemmata zu analysieren, stoßen jedoch auch hier immer wieder an ihre eigenen Grenzen, die des Gesundheitssystems oder der festgefahrenen Rollenerwartung der Ärzte, Patienten und eigener Kollegen.

„Schwierig, wenn es den Arzt angeht inzwischen gar nicht mehr. Ich bin wieder angestellt (Okay, das heißt einfach über dich ergehen lassen quasi?). Das ist ein Stück weit schon. Da versuche ich die Leute aufzuklären, zu sagen, ja, das mag so aussehen, das mag so sein und das hat man früher auch mal so gesehen und wenn ich es schaffe, die Leute zu packen und, dann ist es gut, aber es sind die wenigsten, die man damit kriegt. Und dadurch, dass ich wieder angestellt bin, hach, es ist schwierig, es ist wirklich schwierig, als ich noch eine eigene Praxis hatte, war es deutlich einfacher." (B8, 599–603).

Eine weitere Lösungsstrategie ist das besonnene Nachdenken über solche Situationen und ein konstruktiver Umgang damit. Eine kritische *„Reflexion"* der Auslöser mit einem gewissen Abstand kann Ärgernisse mindern und eventuell bessere Lösungen anbieten.

„Also ich versuche momentan immer viel was mich ärgert oder wo ich sage, Ding, dass ich nicht gleich darauf reagiere, sondern mir das zuerst einmal anhöre (ja) und dann vielleicht noch einen Tag darüber schlaf, oder zwei Tage, weil da doch alles sehr emotional ist und da kann es oft sein, dass etwas herausrutscht, was man eigentlich, was man verkehrt macht. Und das ist mir schon aufgefallen, dass ich am meisten da versuche, ein bisschen ruhiger zu bleiben und jetzt einmal ein bisschen darüber nachzudenken selber und dann halt auch nochmal die Kommunikation aufnehmen, aber meistens hat sich das schon oft geklärt oder dann ist der Patient auch nicht mehr so emotional und dann reden wir ganz normal darüber und dann ist es eine angenehme Kommunikation, sage ich jetzt mal." (B7, 559–565).

Am anderen Ende dieser Spannung stehen die Physiotherapeuten mit einer Berufsfachschulausbildung, die sich mit *„Kompromisslösungen"* oder einer *„Auflösung des Arbeitsbündnisses"* behelfen, um unangenehme Situationen aufzulösen. Hier scheint jedoch die weite Perspektive auf das Systemgeschehen zu fehlen, was zu einer geringen ethischen Reflexion der Dilemmasituation mit deren Konsequenzen führt, sodass sich eher pragmatisch auf einen direkten Patientenkontakt bezogen wird.

„[…] dann müsste ich mich von ihm trennen, damit ich professionell bleiben darf oder andersrum auch, der Patient oder die Patientin, wäre mir in dem Fall lieber, hier mehr Interesse an mir hätte, wo ich sagen muss, wir müssen hier einen Schlussstrich ziehen, weil wir so nicht zusammenkommen. Ein Therapeutenwechsel zum Beispiel oder ein Einrichtungswechsel … (okay). Und dann ist ein klares Gespräch … und habe ich so auch schon gehabt." (B2, 676–680).

„Ja, ich habe (lacht) also entweder einen Kompromiss, ja also Dilemma ist letzten Endes, habe ich ein Problem, was für mich kein Lösungsansatz, wo ich erstmal keine Lösung dafür kenne.

Also muss ich irgendwo n Kompromiss, der dann auch wieder Lösung genannt werden kann.“ (B2, 671–673).

4.6.3 Funktion der Dilemmasituationen im Kontext der Professionalisierung

Moralische Dilemmata sowie ethische Fragestellungen entstehen dann, wenn sich mehrere unterschiedliche Prinzipien widersprechen und eine Entscheidung getroffen werden muss, die gegen mindestens ein moralisches Gut verstößt oder eine vertiefte ethische Reflexion provozieren.

In dieser Untersuchung konnten primär vier Kategorien mit einigen Subkategorien aus den Interviews herausgefiltert werden, die genau solche Konfliktpotenziale aufweisen, und zwar die ökonomische Situation, unterschiedliche Erwartungen der beteiligten Personen, Probleme bei der direkten Patienteninteraktion und die bürokratische Situation. Dabei stehen sich vor allem die wirtschaftlichen Interessen der Physiotherapeuten als Grundlage des gewinnorientierten Gesundheitssystems und eine professionelle Handlungsstruktur gegenüber. Um nicht um die eigene Existenz zu fürchten, werden die Therapeuten oftmals durch die fehlende systembedingte Berufsautonomie genötigt, physiotherapeutische Maßnahmen durchzuführen, die wissenschaftlich keine Relevanz für den Patienten in einer kritischen Lebenssituation haben, wobei diese vor allem als Grundlage für eine professionelle Berufsausübung angesehen werden sollten. Dies führt dazu, dass sich die Physiotherapeuten in der Position sehen, entweder finanziell um das Überleben zu kämpfen oder weiterhin in einer therapeutischen Mittelmäßigkeit zu verharren, bei der eine Stagnation der Professionalisierungsmöglichkeiten nur als realistischer Ausgang angesehen wird. Vor allem bei den Physiotherapeuten mit einem akademischen Abschluss und einer idealtypischen physiotherapeutischen Berufspraxis führt das zu Frustration, Gleichgültigkeit, Existenzangst und einem Gefühl der Machtlosigkeit sowie einer teilweisen Ablehnung gegenüber der derzeitigen Berufssituation. Therapeuten mit einer Berufsfachschulausbildung sehen überwiegend die Auflösung des Arbeitsbündnisses oder eine Kompromisslösung als Mittel, um gegen das innere Unwohlsein vorzugehen. Zudem spitzen sich einige Dilemmasituation immer wieder vor allem auf der direkten Interaktionsebene zwischen den beteiligten Gesundheitsdienstleistern und den Patienten zu, da unterschiedliche Erwartungen an Behandlungsstrategien kollidieren. Dabei werden Konflikte oftmals in den verschiedenen Vorstellungen von Ärzten, Kollegen und Patienten hervorgerufen und verlangen nach einem ausgewogenen Verhältnis, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden. Oftmals werden die Mediziner genannt, die solche moralischen Dilemmata durch ihre divergierende Betrachtungsweise einer verloren gegangenen Alltagspraxis des Patienten erzeugen und die damit einhergehend langfristige Autonomisierung stören können. Diese

erschlossenen Problemsituationen müssen die zukünftigen Physiotherapeuten in der Ausbildung bzw. im Studium diskutieren, damit sie in ihrer Berufspraxis einen achtsamen Umgang finden.

4.7 Fazit der Ergebnisse im Kontext der Forschungsfragen

Um die zentralen Forschungsfragen zu beantworten, sollen die in dieser Studie aufgezeigten Möglichkeiten einer Professionalisierung der deutschen Physiotherapie in diesem Fazit verknüpft sowie zusammengetragen werden. Um dabei der bisherigen Stringenz zu folgen, soll der Komplex der berufseigenen Handlungslogik von den Professionalisierungsmaßnahmen bis zu den ethisch-moralischen Vorstellungen der Physiotherapeuten und den eruierten moralischen Dilemmasituationen reflektiert werden.

Zunächst wird der Frage nachgegangen, ob anhand der physiotherapeutischen Handlungsstruktur ein professionelles physiotherapeutisches Berufsbild überhaupt realisierbar ist, die ein autonom-moralisches Handeln konstituieren kann. Um diese Frage zu beantworten, erscheint es sinnvoll, die Struktur der physiotherapeutischen Praxis zu analysieren und diese mit den berufseigenen Handlungszielen und einer kollektiven Berufsidentität bzw. Berufskultur zu verbinden. Bei dem Handlungsvollzug wird ersichtlich, dass durch die stellvertretende Deutung einer nicht mehr allein lösbaren Lebenskrise ein Arbeitsbündnis mit einem hohen kommunikativen Interaktionsaufkommen eingegangen werden muss, um die dem Patienten verloren gegangene Autonomie wiederherzustellen. Durch eine biopsychosoziale Betrachtungsweise und einen individuellen wissenschaftlichen Praxisvollzug soll der Therapeut alle notwendigen Informationen in einem hermeneutischen Fallverstehen zusammentragen und dadurch den Patienten langfristig zu einem bewegungsorientierten Leben führen bzw. motivieren. Durch eine sachthematische Vermittlung der Therapie soll sich der Physiotherapeut selbst überflüssig machen und ein möglichst eigeninitiiertes Leben des Patienten unterstützen. Entlang der Strukturtheorie konnten Merkmale eines Idealtyps professionalisierten Handelns in der Physiotherapie herausgearbeitet und folgend zusammengefasst werden:

- *Patienten mit einer bewegungszentrierten Lebenskrise um eine Therapie zu begründen*
- *Stellvertretende Deutung durch den Clinical-Reasoning-Prozess*
- *Therapeuten-Patienten-Beziehung in einem Arbeitsbündnis*
- *Autonome Auftragsklärung des individuellen Falles (Direktzugang)*
- *Spezifische Ziele, die kooperativ erarbeitet werden*
- *Ganzheitliches Praxismodell (bio-psycho-soziales Modell/Movement Continuum Theorie)*
- *Wissenschaftlich-reflektierte Praxis (evidence based practice)*

- *Patientenverantwortung stärken (Empowerment)*
- *Rückgewinnung der Bewegungsfähigkeit des Patienten für eine soziale Teilhabe*
- *Verhaltensänderung und Vermittlung therapierelevanter Themen*

Dies erhebt den Anspruch, Physiotherapie nicht als eine handwerkliche Serviceleistung anzusehen, sondern als eine *bewegungszentrierte Rückgewinnung einer verloren gegangenen Lebenspraxis mit dem Anspruch einer kreativen Verhaltensoptimierung von personenbezogenen Zukunftsrealitäten* aufseiten der Patienten zu betrachten. Dies kann zugleich auch als wesentliche Berufsfunktion zugespitzt werden. Zudem konnte anhand der Ergebnisse und aus einer systemtheoretischen Perspektive auf ein Funktionssystem der *menschlichen Bewegung* zur Rückgewinnung der sozialen Teilhabe speziell für Physiotherapeuten hingedeutet werden, welches ein eingegliedertes Subsystem des Gesundheitssystems darstellt sowie einen geschlossenen professionellen Zuständigkeitsbereich der Funktions- und Komplementärrolle bietet. Die Physiotherapie kann somit ihre eigene Bereichslogik formulieren, indem sie von nun an daran arbeiten kann, ihren Handlungssinn, einen professionellen Habitus, ihre Berufsidentität sowie ein professionalisiertes Handeln zu evolvieren, um sich aus einer lebenspraktischen Perspektive zu einer Profession zu entwickeln. Die Architektur des beruflichen Handlungsmusters ermöglicht der Physiotherapie, prinzipiell professionell handeln zu können und zwingt sie gleichzeitig auch dazu, obwohl die notwendige Professionalität bislang nicht Teil der berufsfachschulischen Ausbildungsstruktur ist oder als ihre Berufsaufgabe angesehen wird, was eine einheitliche Berufsidentität sowie eine idealtypische Berufsvorstellung durch die derzeitigen systemeigenen Rahmenbedingungen verhindert. Zudem lässt sich herausstellen, dass die Berufsgruppe der Physiotherapeuten zwingend auf ein funktionierendes Arbeitsbündnis angewiesen ist, was sie auch als Grundlage einer Therapeuten-Patienten-Interaktion nutzt, jedoch der wissenschaftliche Diskurs weitgehend ausgelassen wird. Konstatieren lässt sich damit also, dass die Physiotherapie als ein professionalisierungsbedürftiger und professionalisierbarer Beruf angesehen werden muss. Darum sollte auf dieser Basis der in dieser Arbeit rekonstruierten Logik professionellen Handelns eine Moral ausgerichtet werden, um die Professionalisierung als Pflicht jedes Physiotherapeuten im Sinne einer tugendhaften Berufsausübung mit einer eigenmotivierten Verantwortung anzusehen, damit die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft und jedes einzelnen Patienten durch ein höchstmögliches Maß an Professionalität verbessert und dieser Gemeinsinn als berufseigenes Ethos angenommen werden kann.

Nach Herausstellung der Notwendigkeit einer Professionalisierung wird im Folgenden hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage einerseits das derzeitige Spannungsfeld der deutschen Physiotherapie aufgearbeitet, und andererseits werden weitere Möglichkeiten einer Berufsentwicklung

zusammengetragen. Dabei wird die Akademisierung der befragten Physiotherapeuten am strittigsten diskutiert. Während die berufsfachschulisch ausgebildeten Probanden einem Grundstudium äußerst skeptisch gegenüberstehen, sehen die befragten Akademiker einen beträchtlichen Vorteil für die Entwicklung der erwünschten beruflichen Professionalität. Es könnte damit ein professionell-wissenschaftlicher Habitus und ein gesteigertes Selbstbewusstsein entstehen. Das dürfte nicht nur eine engagierte Mitgestaltung an dem berufsrelevanten Systemgeschehen nach sich ziehen, sondern auch eine kritische Selbstreflexion fördern, die eine Entwicklung von einem rein monodimensionalen biomedizinisch-handwerklichen Denkansatz zu einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis ermöglicht, um den Patienten ganzheitlich betrachten zu können. Diese Perspektive bedingt zusätzlich eine Erweiterung in den Bereichen Kommunikation, handlungswissenschaftliche Fertigkeiten, Metakognition, clinical reasoning, Pädagogik sowie Psychologie, um den Kompetenzkreis neben einer theoretischen Fachkompetenz zu schließen, wobei sich dieser Wandlungsprozess positiv auf das bisherige Theorie-Praxis-Verständnis auswirken würde. Dies scheint bisher ein großes Problem zu sein, da sich anhand der vorliegenden Ergebnisse hauptsächlich die akademisch gebildeten Physiotherapeuten in der Verantwortung sehen, sich den bisherigen unreflektierten und „eminenzbasierten“ Ausbildungsstruktur und den damit verbundenen berufsinternen Spannungen entgegenzustellen und explizit für eine Akademisierung eintreten. Zudem schafft eine Verwissenschaftlichung des Berufsbildes nicht nur neue Berufsfelder für forschende und lehrende Physiotherapeuten, eine Einübung in komplexe Berufsprobleme, die unter Forschungsbedingungen analysiert und der Handlungspraxis zugeführt werden, sondern auch eine Gestaltung eines eigenen Wissenskorpus sowie einer Disziplinbildung, die für Professionen ein bedeutendes Fundament darstellt. Erst durch diese Modalitäten kann es der deutschen Physiotherapie möglich sein, das geforderte Maß an Wissen, Können und Reflexionsvermögen zu erreichen, um die Chance auf einen Direct Access und eine damit gesteigerte Berufsautonomie durchzusetzen.

Als zweiter großer Reibungspunkt werden die unterschiedlichen Interessen der Berufsverbände kritisiert. Alle Gruppen der befragten Therapeuten merken an, dass sie sich eine einheitliche Interessenvertretung gegenüber der Politik wünschen, um gemeinsam bessere Arbeitsbedingungen mit einer gerechten Entlohnung durchzusetzen. Darüber hinaus wird Kritik am Fortbildungssystem mit seinen unwissenschaftlichen sowie unreflektierten Inhalten und unnötigen Zertifikaten laut, wodurch die gewünschte therapeutische Professionalität bislang eher verhindert als gefördert wird. In diesem Bereich sehen die Physiotherapeuten erheblichen Überarbeitungs-, wenn nicht Neukonzeptualisierungsbedarf, um mittels einer zusammengeführten Interessenvertretung dem Ziel einer Professionalisierung gemeinsam näherzukommen. Die Berufsverbände sollten in Zukunft intensiver daran

interessiert sein, das Vertrauen der Berufsinhaber zurückzugewinnen und diese hinter sich zu vereinen sowie Rahmenbedingungen einzufordern, die ein professionelles Handeln der Physiotherapeuten in der praktischen Ausübung überhaupt erst ermöglichen. Diesbezüglich lässt sich derzeit Verantwortungslosigkeit oder zumindest eine extrem eingeschränkte und einseitig ausgerichtete Zielperspektive erkennen, die eine gesamtberufliche Entwicklungschance durch die Interessen einiger Machtinhaber aufs Spiel setzt.

Das führt als Überleitung zur dritten Forschungsfrage, die das Bewusstsein der Physiotherapeuten für eine Ethik im Beruf sowie eine individuelle Moralkompetenz der Therapeuten im Alltag reflektiert und dadurch den Grundstein für eine weitere berufsethische Auseinandersetzung legt sowie eine Sensibilität für moralische Dilemmasituationen aufzeigt. Einigkeit herrscht grundlegend bei der Bedeutung der Ethik für das professionelle Handeln in einem Gesundheitsfachberuf und die damit verbundene Außenwirkung auf die Berufskultur. Erhebliche Meinungsunterschiede finden sich jedoch hinsichtlich des moralischen Handelns, wobei sich die akademischen Berufsinhaber explizit der Verantwortung für eine evidenzbasierte Praxis mit dem clinical reasoning bewusst sind und dieses reflektierte Vorgehen mit einer moral-ethischen Anwendung gleichsetzen. Im gleichen Atemzug wird eine berufliche Selbstgestaltung durch die Entwicklung einer Berufsidentität genannt. In diesem Fall können auch nur die Therapeuten mit einem Studium nachweisen, dass sie sich mit dem Themenbereich der Ethik während des Studiums in der einen oder anderen Weise befasst haben, wobei die Inhalte ein breites Spektrum von der Berufsethik bis zur Wissenschaftsethik aufweisen. Da sich in der Auswertung abgezeichnet hat, dass keiner der befragten Physiotherapeuten die Existenz eines berufseigenen Ethikkodex kennt, kann in einem moralischen Handlungsmuster hauptsächlich eine biografisch-individuelle Vorerfahrung einer ethischen Reflexion unterstellt werden. Diese läuft größtenteils implizit ab, nutzt jedoch die logischen Standpunkte der Verantwortungsethik, der Pflichtenethik, des Utilitarismus sowie der Tugendethik und richtet sich primär auf eine direkte Interaktion der unmittelbar involvierten Personen. Da sich das professionelle Handeln der Physiotherapie auf einen Strukturort einer stellvertretenden Deutung von Lebenskrisen in einem spezifischen Arbeitsbündnis einengen lässt und es zu einem Strukturaufbau, -erhalt oder einer -veränderung von Personen kommt, was positive oder auch negative Therapiefolgen nach sich ziehen kann, sowie Vertrauen aufseiten des Patienten vorausgesetzt werden muss, nimmt die Verantwortungsethik in der Physiotherapie diesbezüglich eine Sonderstellung gegenüber den anderen normativen Theorien ein. Außerdem liegt es in der Pflicht des Therapeuten, die bestmögliche Therapie mit dem bestmöglichen wissenschaftlichen Wissen situationsangemessen anzubringen, um zum einen dem Patienten die erfolgversprechendste Maßnahme zukommen zu lassen und zum anderen der Verantwortung gegenüber dem gesamten

Berufsbild durch diese Interventionspraxis eine positive Außenwirkung zu verleihen, um eine Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu begünstigen und eine ausufernde Kostenexpansion für die Gesamtgesellschaft einzugrenzen.

Zusammenfassend kann eingeräumt werden, dass durch die kommunikative Intervention des Physiotherapeuten eine kognitive Verhaltensänderung aufseiten des Patienten ausgelöst werden kann, die somit eine besondere ethische Dimension beinhaltet. Dessen sind sich die wissenschaftlich ausgebildeten Interviewteilnehmer bewusst und plädieren durchgehend für evidenzbasierte Therapieformen und ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis, welches die funktionellen Alltagsprobleme des Patienten anvisiert, die vom Therapeuten professionell gelöst werden sollten. Aus diesem Grund wird für einen geregelten Ethik- und Moralkompetenzunterricht votiert, der das Ziel hat, dass die Physiotherapeuten neben den anspruchsvolleren fachtheoretischen Fähigkeiten eine autonome Moral entwickeln, die es ihnen in der späteren Berufspraxis ermöglicht, eigenverantwortlich zu agieren und sich zusätzlich für einen Direktzugang zu empfehlen. Dieses selbstständige Agieren unter einer Begründungspflicht sowie einem Entscheidungszwang in einem vorgesehenen Arbeitsbündnis muss daher bereits vor dem Arbeitsleben wissenschaftsbezogen reflektiert werden.

Angesichts dieser Situation stellt sich die vierte Forschungsfrage nach den typischen moralischen Dilemmata, die besonders häufig im Berufsalltag vorkommen und die Physiotherapeuten in bestimmten Krisensituationen zu einer Entscheidung zwingt. Dabei stellt sich vor allem das Dilemma zwischen wirtschaftlichem Erfolg einerseits sowie der wissenschaftlichen und überhaupt notwendigen Intervention andererseits heraus. Bei den derzeitigen kontrastierenden Berufsbedingungen werden die Physiotherapeuten mit einer professionalisierten Handlungspraxis gezwungen, wider besseres Wissen Behandlungsmaßnahmen durchzuführen, die eine mehr als zweifelhafte Evidenzgrundlage aufweisen, nur um ihre berufliche Existenz zu bewahren. Des Weiteren widersprechen sich auch die unterschiedlichen Erwartungen der involvierten Personen. Während die Ärzte anhand einer biomedizinischen Auffassung eine strukturbezogene Anwendung erwarten, hoffen die Patienten auf eine „Wellnessbehandlung“ als Primärintervention, wobei die Arbeitgeber der Physiotherapeuten eine gewinnorientierte Sichtweise vertreten. Diese Gemengelage torpediert eine professionelle Berufsausübung, worunter vor allem die akademisierten Physiotherapeuten leiden, da die Kluft zwischen einer idealtypischen Berufssituation und den tatsächlichen Gegebenheiten Wut, Frustration sowie das Gefühl der Machtlosigkeit auslösen, was die Abwanderung von hochqualifizierten Fachkräften in andere Tätigkeitsfelder begünstigt. Durch einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht können diese lebensweltlichen Berufsprobleme zwar nicht in Gänze aufgehoben werden, jedoch zu einem reflektierten Umgang mit diesen Konfliktsituationen führen.

Die letzte Forschungsfrage nach einer schematischen Ausarbeitung eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes, um die Physiotherapeuten auf moralische Dilemmata und deren Entscheidungen vorzubereiten, wird im folgenden Kapitel separat beantwortet.

4.8 Skizze eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes

Da es bislang noch keinen einheitlichen und verbindlichen Ethikunterricht für die deutsche Physiotherapie gibt, soll der Versuch unternommen werden, unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrundes und der Ergebnisse der Interviews eine Skizze der essenziellen Inhalten anzufertigen, um bereits in der Ausbildung ein ethisches Grundverständnis der Berufsstruktur und eine individuelle Moralkompetenz der Physiotherapeuten anlegen zu können, damit die berufseigenen Interessen sowie die der Patienten pflichtbewusst vertreten werden können. Bei der Kultivierung eines entsprechenden Vorgehens besteht die Herausforderung darin, die Themen nicht nur in einem Frontalunterricht zu präsentieren, sondern anhand von Diskussionen, Fallbeispielen, Gruppenarbeit, Rollenspielen und Videoreflexionen besondere Schwerpunkte so zu erarbeiten, dass eine demokratische Form gefördert wird, eine praxisnahe Vermittlung stattfindet, die Studierenden durch die Kunst der Mäeutik in die Idee des Guten eingearbeitet werden, dadurch ihre eigenen ethischen Schlussfolgerungen aufgeklärt einbringen können und folglich den Lehrenden nicht nur als bloßen Faktenvermittler zu betrachten. Luebben (2005) hebt besonders die Gegenstände des „Was“, „Wie“ und „Warum“ des Ethikunterrichtes in den Fokus dieser Reflexion. Diese besondere Form von Pädagogik folgt den Prinzipien einer sachbestimmten Autorität, eines pädagogischen Eros, eines pädagogischen Takts sowie eines pädagogischen Humors (Derbalov 1971, zit. n. Pieper, 2007, S. 152). Dabei muss die Lehrkraft um die achtsame Verantwortung, sogar die Verpflichtung wissen, die Studierenden zu informierten, selbstbestimmten und mündigen Physiotherapeuten zu formen, damit sie professionell handeln und sich berufsbezogenen sittlichen Aufgaben stellen sowie sich freiheitlich und souverän zu dem entwickeln können, was sie nach ihrem professionellen Verständnis sein wollen. Unter dem Aspekt des Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns (Pieper, 2007) als gleichberechtigte Instanzen soll ein Modus der berufsbezogenen Moral erzeugt werden, der eine rationale Kommunikation zur Ermittlung konkreter Handlungsverbindlichkeiten sowie deren vermittelnde Realisierung einübt, um inhumane Realverhältnisse der Berufspraxis aufzuheben, wobei auch ein professioneller Umgang mit den eigenen Emotionen bei den kritischen Alltagssituationen geschult werden muss (Haddad, 2005). Dazu können die bereits vorgestellte und diskutierte Just-Community-Methode (Kapitel 2.4.5), die Dilemma-Diskussion (Kapitel 2.4.5) und das Sierra-Projekt (Kapitel 2.4.5) ergänzend berücksichtigt werden, um das Lehrmaterial zu strukturieren.

Da jedoch Blatt und Kohlberg (1975) mit der Dilemma-Diskussion auf der erziehungswissenschaftlichen Ebene die bislang höchste Reputation genießen und alle physiotherapeutischen Studien in diesem Themenausschnitt durchgeführt wurden (Mauermann, 1988; Swisher, 2002; 2010; 2012; Triezenberg & Davis, 2000), wird dieser Ansatz der Moralförderung für eine curriculare Entwicklung empfohlen, was aber nicht bedeutet, nicht auch andere Formen zur Moralentwicklung zu berücksichtigen. Als theoretischer Ausgangspunkt moralischer Handlungen dient der *Idealtyp professionalisierten physiotherapeutischen Handelns* im Funktionssystem der *menschlichen Bewegung* (Kapitel 4.2.5), was unter dem Aspekt der professionstheoretischen Auseinandersetzung weiterhin diskutiert werden sollte, um die Bedeutung eines funktionssystemdefinierenden Handlungsvollzugs oder auch einer kodifizierten Berufsethik hervorzuheben und Anreize zu schaffen, sich an dieser berufsthematischen Pluralisierung zu beteiligen, um damit veraltete Strukturen zu überwinden. Dies schafft beiläufig auch die Förderung eines besonderen beruflichen Ethos, der das Ziel verfolgt, die reflektierten Werte in einem beruflichen Kollektiv zusammenzufassen und mit den physiotherapeutischen Prinzipien zu vereinen. Anhand der derzeitigen berufspolitischen Disparitäten sollen normative Ethiktheorien integriert und in Bezug auf die eigenen Normen, Werte und Tugenden geprüft werden, um Konflikte autonom zu erkennen und diskursiv aufzulösen sowie Handlungen zu empfehlen. Dazu dienen die Ausarbeitung der Verantwortungsethik (Kapitel 2.3.4), Pflichtenethik (Kapitel 2.3.1), des Utilitarismus (Kapitel 2.3.2), die Tugendethik (Kapitel 2.2.2), die von Scheel (2013) und der WCPT (Scherfer et al., 2017) erstellten Berufskodizes (Kapitel 2.3.5), die ethische Entscheidungsfindung nach Tödt (1988), das RIPS-Modell nach Swisher und Kollegen (2005) oder das active engagement model nach Delany et al. (2010; Kapitel 2.3.6). Nach Aufarbeitung der moralphilosophischen Theorien mit praxisbezogenen Beispielen kann die Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit nach Kohlberg (2014; Kapitel 2.4.1) mit den Aspekten und Komponenten von Lind (2009; 2015; Kapitel 2.4.3) sowie Rest (1994; Kapitel 2.4.2) erläutert werden. Dabei ist die Verknüpfung von Wissenselementen mit den eigenen Werten einschließlich der dazugehörigen Handlung ein wichtiges Element dieses „werteorientierten Bildungsarrangements“ (Bergold, 2007, S. 30), das eine direkte kognitive Entwicklung der Moralkompetenz zur Folge hat. In Tabelle 44 werden die übergeordneten Hauptziele, Unterrichtsabsichten, inhaltlichen Bereiche sowie methodischen Strategien übersichtlich zusammengefasst, um die bedeutendsten Aspekte festzuhalten, auf die sich ein Ethikunterricht für Physiotherapeuten beziehen sollte.

Tabelle 44: Skizze für einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht für die deutsche Physiotherapie

Hauptziele	*Unterrichtsabsichten*	*Inhaltliche Bereiche*	*Unterrichtskonzepte*
Einarbeitung in die Grundlagen professionellen Handelns und der eigenen Berufsfunktion	**Erarbeitung der Professionstheorien und deren Zusammenhänge für ein professionelles Handeln** **Idealtyp des professionalisierten physiotherapeutischen Handelns** **Interdependenz zwischen professionellem Handeln und der beruflichen Professionalität erkennen**	**Geschichte der Physiotherapie und deren Entwicklung bis heute** **Welche Professionstheorien erwirken welche Berufsentwicklungen** **Kritische Reflexion des derzeitigen Status quo der Berufssituation**	**Interaktiver Frontalunterricht** **Gruppenarbeiten** **Gruppendiskussion** **Lesen aus Textstellen mit anschließender Diskussion** **Gruppenpräsentationen** **Einzelpräsentationen** **Schriftliche Ausarbeitung**
Verständnis über ein ethisches Verhalten und den Prinzipien der Physiotherapie	**Achtsamkeit für ethische Situationen in der Physiotherapie** **Reflexion physiotherapeutischer und eigener Prinzipien**	**Ausdifferenzierung eines professionellen Berufsethos** **Professionelle Werte der Physiotherapie im Abgleich mit den ethischen Werten** **Ethikkodex (WCPT,2019 und Scheel, 2013)** **Professionelles Verhalten gemäß WCPT (2011a)**	**Fallbeispiele** **Videodokumentation** **Gruppenarbeiten** **Gruppenpräsentationen** **Gruppendiskussionen** **Interaktiver Frontalunterricht** **Lesen aus Textstellen mit anschließender Diskussion** **Schriftliche Ausarbeitung**
Förderung der Moralkompetenz	**Moralische Sensitivität** **Moralische Urteilsbildung** **Moralische Motivation** **Moralischer Charakter** **Moralische Prinzipien** **Moralische Fähigkeiten** **Moralisches Verhalten**	**Normative Ethiktheorien** **Kritische Reflexion** **Komponenten-Modell** **Aspekte-Modell** **Moralentwicklung nach Kohlberg** **Problemlösungsstrategien**	**Selbstreflexion** **Gruppenarbeiten** **Gruppendiskussionen** **Gruppenpräsentationen** **Rollenspiele** **Videobeispiele** **Dilemma-Diskussionen** **Diskussion eigener Erfahrungen als Patient** **Diskussion von Patientenbeispielen**
Vorbereitung der Physiotherapeuten in einen aktiven berufspolitischen sowie ethischen Diskurs	**Ein Bewusstsein und die Achtsamkeit gegenüber den derzeitigen Disparitäten der Berufsgruppe** **Ethische Reflexion der berufspolitischen Spannungen**	**Erläuterung der deskriptiven Ethik mit deren Reflexion** **Probleme in der Berufsausübung** **Antinomien im Gesundheitssystem** **Berufsethik**	**Gruppendiskussion** **Reflexion** **Lesen aus Textstellen mit anschließender Diskussion** **Schriftliche Ausarbeitungen**

5 Diskussion

5.1 Folgen einer reflexiven Professionalität für das professionelle Handeln

Festgehalten werden kann, dass sich die deutsche Physiotherapie durch die Typik der Therapeuten-Patienten-Interaktion zwar als ein professionalisierungsbedürftiger Beruf darstellt, der anhand seiner möglichen Handlungsstruktur professionalisierbar wäre, jedoch noch einen zu ungenügenden Anspruch erhebt, eine Autonomie durch eine wissenschaftliche Handlungspraxis sowie die divergierenden Sinnwelten der Interaktionsteilnehmer unter dem Aspekt einer adäquaten Professionalität zu vermitteln. Anhand der entworfenen physiotherapeutischen Handlungsstruktur bedarf es einer gesteigerten Reflexionsfähigkeit von Wissenstransformationsprozessen mit deren situationsadäquater Anwendung, um eine gekonnte stellvertretende Krisenbewältigung und Vermittlung vornehmen zu können, die eine langfristige Verhaltensänderung des Patienten erwirkt. Das wirft die Frage auf, welche theoretischen Professionsmodelle für die Physiotherapie am geeignetsten erscheinen. In diesem Kontext lassen sich vor allem die *Strukturtheorie* von Oevermann (1996), mit deren Hilfe auch der *Idealtyp professionalisierten physiotherapeutischen Handelns* entwickelt wurde, die *Systemtheorie* nach Stichweh (1992; 1996), das *interaktionistische Professionsmodell* von Schütze (1992; 1996) und die *reflexive Professionalität* von Dewe (2009) für einen berufssoziologischen Durchsetzungsprozess heranziehen. Da eine ethische Reflexionsfähigkeit und die dazugehörige moralische Handlungsweise des einzelnen Physiotherapeuten durch eine praktische Wissensanwendung unter einem Entscheidungszwang sowie einen Handlungsdruck mit einer kooperierenden Interaktion in einem Arbeitsbündnis zwischen den spezifischen Rollen hervorgehoben werden muss, soll eine quantitative sowie qualitative Entfaltung dieser reflexiven Fähigkeiten zu einer Aufwertung der Berufsgruppe von „innen heraus“ führen. Dieser eigeninitiierte Aufwertungsprozess kann erst dann erfolgreich durchlaufen werden, wenn die funktionssystemtypischen Rahmenbedingungen diese Veränderung auch zulassen.

Dabei heben sich vor allem die Befunde der Systemtheorie hervor, die eine Ausdifferenzierung eines neuen subordinierten Funktionssystems durch eine Rollendifferenzierung, Inklusion und Explikation der Problemtypik vorsieht, mit der sich dieses System auseinandersetzen muss. Rollendifferenzierung und Inklusion setzen dabei die ersten Grundsteine und bestimmen im besonderen Maße das Systemgeschehen, da sie einmal den Physiotherapeuten als spezifische Funktionsrolle und den Patienten, der sich in einer besonderen krisenbehafteten Lebenssituation befindet, definieren und durch deren Inklusion am Systemprozess teilnehmen. Dank dem konstruierten Menschenbild des „Homo movens“ (Scheel, 2013) kann im Fall der Physiotherapie jede Person, die eine bewegungszentrierte Krisensituation mit einer Funktionseinschränkung aufweist, in den Status des Patienten als eine

Komplementärrolle überführt und in das Geschehen inkludiert werden. Auch die Typik der Interaktionsabhängigkeit und dem damit verbundenen Strukturaufbau, Strukturerhalt und der Strukturänderung von Personen, hin zu einem bewegungsmotivierten Leben, können dem physiotherapeutischen Handeln zugesprochen werden, was die Voraussetzungen schafft, eine Ausdifferenzierung eines eigenen Funktionssystems zu unterstreichen (Stichweh, 1992; 1994; 1996). In der Systemtheorie von Luhmann (2015) wird zusätzlich von einem binären Code gesprochen (Bewegungsfähigkeit/Bewegungsunfähigkeit), bei dem der positive Wert, in diesem Fall die *Bewegungsfähigkeit* des Patienten, vom Physiotherapeuten durch die Strukturlogik professionellen Handelns erarbeitet, aber auch das Verhalten in Bezug auf diesen Wert optimiert werden muss. Dabei kommuniziert dieses autopoietische System, das seine eigenen internen Elemente (re-)produziert, mit anderen Teilnehmern des Gesundheitssystems und kann sich somit selbst schließen.

Da mittels einer Strukturanalyse festgehalten werden konnte, dass das professionelle Handeln nicht an dem zugrunde liegenden Arbeitsbündnis, sondern an dem wissenschaftlichen Praxisvollzug und der fehlenden oder zumindest unzureichenden Handlungsautonomie zu scheitern droht, scheint eine reflexive Professionalität besonders geeignet zu sein, da sie das zentrale Interesse auf die Relationierung unterschiedlicher Wissens- und Handlungsformen mit den Strukturmerkmalen professioneller Interaktionsprozesse anvisiert, um eine Professionalisierung durch eine wissenschaftliche sowie politische Geltung praktisch zu realisieren (Dewe & Otto, 2012). Eben diese Relationierung von Wissenschaftswissen und praktischen Anwendungsformen kann einen Perspektivenwechsel des Theorie-Praxis-Problems einleiten und eine Lösungsstrategie anbieten, um anschließend einen „bewussten Umgang mit Wissen und Nicht-Wissen“ (Dewe & Otto, 2012, S. 198) zu fördern. Gerade diese Situation konnte bei den akademischen Physiotherapeuten vorliegender Untersuchung rekonstruiert werden, weil sie darauf drängen, dass eine Reflexionsfähigkeit durch die Akademisierung gefördert wird, was bislang in der Berufsfachschule vernachlässigt wird und ebenfalls durch die Untersuchungen der Modellstudiengänge bestätigt wurde (Dietrich et al., 2019). Die reflexive Relationierung von Wissen und Können vertraut nämlich nicht nur auf die Wahrheitsdifferenz des situativen Falles, sondern auch auf das Kriterium der Angemessenheit (Dewe, 2006; 2009; Dewe & Feistel, 2010). Durch eine reflexive Professionalität, die eine optionssteigernde Partizipation der Adressaten zur Folge hat, kann aus einer kompetenztheoretischen Perspektive durch Wissenserzeugung und -anwendung sowie der Aufwertung rhetorischer Fertigkeiten (Dewe & Feistel, 2010) eine qualitative Vertiefung in den Therapieberufen erreicht werden, was auch die Interviews gezeigt haben. Gerade eine zielorientierte Kommunikation sollte für das professionelle Handeln in der Physiotherapie noch bewusster genutzt werden. Nicht nur im Prozess der stellvertretenden Deutung wie beim clinical reasoning, sondern vor

allem in der evidenzbasierten Praxis und der patientenzentrierten Aufklärung führt kein Weg an einer gekonnten Kommunikation vorbei, da sie die Wissensverarbeitungsprozesse des Professionellen strukturierend durch das „Was“ und „Wie“ verbalisiert sowie eine langfristige Verhaltensoptimierung mit dem Ziel einer Patientenautonomisierung folgerichtig anvisiert (Caneiro et al., 2020; Miller & Rollnick, 2013; Traeger et al., 2014). Dieser Prozess konzentriert sich im Motivational Interviewing in den Bereichen Zusammenarbeit, Akzeptanz, Herzlichkeit sowie im Abrufen der kognitiven oder physischen Fähigkeiten des Patienten (Miller & Rollnick, 2013). Innerhalb einer solchen Logik kommt es zu einem „Sprechen als Modell für Handeln“ (Dewe et al., 1992, S. 87).

Da in mehreren Professionstheorien gerade die kooperative Interaktion der Akteure mit einer kognitiven Verhaltensänderung aufseiten des Adressaten im Fokus steht und dies auch als ein besonderes Strukturmerkmal von professionellem Handeln gilt, hebt sich gerade das Motivational Interviewing hervor, um diesen Anforderungen gerecht zu werden: „Motivational Interviewing is a collaborative conversation style for strengthening a person’s own motivation and commitment to change“ (Miller & Rollnick, 2013, S. 12).

Diese Technik wird für und mit dem Patienten durchgeführt, um eine Partnerschaft entstehen zu lassen, die auf einer Wissensverarbeitung und -anwendung beruht und dadurch einen Weg aus den unreflektierten „Hands-on-Therapiemaßnahmen“ vorschlägt, die den Patienten in seiner Reautonomisierung sogar verlangsamen können (Owen et al., 2019). Der *Idealtyp professionalisierten physiotherapeutischen Handelns* bedient sich maßgeblich einer Informationsverarbeitung in eine therapiekonforme Kommunikation als Brückenfunktion und bildet die Grundlage für eine konstruktive Interaktion der Rollen in einem Arbeitsbündnis, wie es in der Skizze des professionalisierten Handelns nach Oevermann (1996) vorgeschlagen wird. Zudem wird sowohl die Patientenzufriedenheit gesteigert als auch der Umgang mit chronischen Schmerzen verbessert (Frostholm et al., 2005; Watson, 2019).

Vor dem Hintergrund eines eigenen Wissenskorpus und einer autonomen Wissenserzeugung mit einem praxisrelevanten Transfer sowie der Reflexion von nicht-standardisierbaren Therapiemethoden muss bei einer Akademisierung die kommunikative Kompetenz mit pädagogisch- bzw. andragogisch-didaktischen Erfordernissen verbunden und zwingend in ein Curriculum eingearbeitet werden. Ziel ist die Typenbildung einer „psychologically informed physiotherapy“ (Coronado et al., 2019; Porter, 2017), um die holistische Betrachtungsweise des menschlichen Individuums und den Anspruch einer biopsychosozialen Integrität der Lebenspraxis aufrechtzuhalten (Oevermann, 2013). In dieser multidimensionalen Perspektive offenbaren sich enorme Kompetenzdefizite der physiotherapeutischen Praxis, die den Menschen bisher überwiegend als eine Maschine sehen sowie die Ursache und Therapie gleichermaßen an biologischen Zellstrukturen oder Körperteile reduzieren, die durch eine

handwerkliche Technikanwendung beeinflusst werden sollen. Genau an diesem Punkt sieht sich die deutsche Physiotherapie an einem Prozess des anhaltenden Stillstandes. Wie auch in Kapitel 4.2 zu erkennen ist, sehen vor allem die berufsfachschulisch ausgebildeten Therapeuten ihren eigenen Handlungssinn oftmals in einer strukturell-anatomisch-biomechanischen Sichtweise, der somit gleichzeitig auch ihren berufseigenen Habitus darstellt, der ihnen auch bereits von Schämann 2006 attestiert wurde. Experten fügen diesem Punkt hinzu, dass sich durch diese Sichtweise falsche Ansichten oder Glaubenssätze auf den Patienten übertragen und ein ungünstiges Vermeidungsverhalten in Bezug auf Bewegung und Belastung entsteht (Alyousef et al., 2018; Caneiro et al., 2021; Darlow et al., 2012; Darlow et al., 2013; Ng et al., 2017). Nicht nur, dass keine professionalisierte Handlungspraxis durch diese therapeutische Vorstellung entstehen kann, da der Fokus einer autonomen Bewegungs- und Funktionsfähigkeit über eine Wissenssymbiose und eine kommunikative Anwendung ausgelassen wird, sondern auch die Chancen auf eine Professionalisierung verspielt werden, da der Anteil von akademischen Therapeuten auf einem professionellen Niveau deutlich zu gering ausfällt, um eine Wandlung einleiten zu können. Denn das biopsychosoziale Behandlungsmodell oder die explizit für die Physiotherapie zugeschnittene Movement-Continuum-Theorie sowie das MDBB-Modell bilden genau hier die konsequenten Ansätze, um Professionalität, einen professionellen Habitus sowie ein Alleinstellungsmerkmal zu erzeugen. Schafft es der Physiotherapeut nicht, die Eigenverantwortung des Patienten durch eine aktive Autonomisierungsstrategie zu fördern, so führt eine handwerkszentrierte Physiotherapie mit passiven Therapiekonzepten nachweislich zu einer Reduktion der Selbstwirksamkeit des Patienten sowie zu einem negativ wahrgenommenen Gesund- bzw. Krankheitszustand, was Schmerzen verstärken oder sogar chronifizieren sowie die funktionelle Partizipation des Patienten im Alltag dauerhaft einschränken bzw. verhindern kann (Degerstedt et al., 2020; Grinberg et al., 2018; Keedy et al., 2014; Miller et al., 2020; Opseth et al., 2018; Wahl et al., 2018). Eine zu häufige Anwendung nicht empfohlener Therapiemethoden der Physiotherapeuten konnte ebenfalls in der Untersuchung von Zadro, O'Keeffe und Maher (2019) rekonstruiert werden, was sich katastrophal auf die systemeigene Berufsfunktion auswirkt und zwingend diskutiert werden muss. Zudem kritisiert auch Stöckl (2019) die mangelnde Integration therapiebezogener Standards in die Berufspraxis. Das scheint jedoch durch die wirtschaftliche Abhängigkeit sowie die ungenügende wissenschaftliche Ausbildung der Physiotherapeuten noch ein enormer Störfaktor für eine berufliche Trendwende zu sein. Dies führt zu einer Gefährdung der eigenen beruflichen Effizienz und verursacht unnötige Mehrkosten für die Kostenträger, was auch einen funktionalen Zugang erschwert, da die Physiotherapie sich nicht mehr positiv auf die Gesamtgesellschaft auswirken kann oder unnötige Mehrkosten verursacht (Dagenais, Caro & Haldeman, 2008, Zusman, 2013). Wie es auch das interaktionistische Modell von Schütze (1996) impliziert, soll die Allianz von Physiotherapeuten und

Patienten so aufgebaut sein, dass psychosoziale Faktoren, persönliche Grenzen, Erwartungen und die Kommunikation so gestaltet werden, dass es zu einer funktionierenden Kooperation kommen kann, die ein gemeinschaftliches Arbeiten an der verloren gegangenen Funktion des Patienten fokussiert (Holopainen et al., 2020; Klaber Moffett & Richardson, 2009).

Durch die Differenzierung der Funktions- und Komplementärrolle entstehen unterschiedliche Erwartungen, Kontextfaktoren und unterschiedliche Wünsche, die ein enormes Konfliktpotenzial in sich bergen und den Ausgang der Therapie erheblich beeinflussen (Jensen et al., 2012; Rossettini, Carlino & Testa, 2018). Dieses Potenzial verursacht Dilemmasituationen, da auf beiden Seiten unterschiedliche Schwerpunkte entstehen, wie ein professionelles Handeln, Professionalität und eine effektive Therapie auszusehen haben. Darum ist es wichtig, den eigenen Maßstab dieser Gegenstände zu analysieren und immer wieder neu zu definieren, um mit dem Patienten dem funktionstypischen Handlungsmuster treu zu bleiben und möglichst effizient zu agieren, sodass im System der Physiotherapie interagiert wird. Eine moderne und einer professionellen Handlungsform entsprechende Definition der Physiotherapie gelingt den Physiotherapeuten Alt, Herbst und Reis (2018, S. 2), indem sie den Fokus der Therapie nicht nur auf die bloß technische Anwendung setzen, sondern auch psychologische Ressourcen des Patienten aufgreifen:

> „Physiotherapie ist die Expertise zur funktionell orientierten Verhaltensänderung über psychologische Strategien, die alle das gemeinsame Ziel, eine Belastungsoptimierung, auf individueller Ebene darstellen. Die psychologischen und motorischen Themeninhalte prägen das Bild des Physiotherapeuten und machen ihn zum Experten für funktionelle, motorische und damit verbundene psychologische Indikationen."

Durch diesen Anspruch an eine Form der reflexiven Professionalität soll durch die curriculare Integration eines ethischen Grundverständnisses eine neue Habitusform betont werden, die zudem einen professionellen Handlungstyp lancieren soll. Mit dieser Untersuchung wurde unterstrichen, dass überwiegend bei den akademischen Physiotherapeuten eine tief greifende ethische Reflexion und ein professionalisiertes Handeln stattfindet welches durch einen wissenschaftlich-praktischen Transfer möglich wird, was einen sehr geringen Teil der Physiotherapeuten ausmacht. Auch hier hat sich seit der Untersuchung von Schämann (2006) nicht viel getan, was darauf hindeutet, dass weiterhin ein Desinteresse besteht, diesen Beruf weiterentwickeln zu wollen oder zu können – wie auch, wenn gerade solche habituellen Prozesse durch eine Verwissenschaftlichung der Praxis ausgelöst werden und noch zu viele Therapeuten die Akademisierung als Bedrohung sehen und eine „Zwei-Klassen-Physiotherapiegesellschaft" befürchten (ebd., S. 235)?

Es wird die Skepsis geäußert, dass durch eine Hochschulanbindung die Identität des Physiotherapeuten als „Handwerker“ verlorenginge und durch eine Theoretisierung die Empathie auf Kosten einer technischen Rationalisierung einfriert, obwohl die akademischen Studienziele und -inhalte gar nicht bekannt sind. Diese kognitive Verzerrung beruht vermutlich auf dem Dunning-Kruger-Effekt, der das eigene Wissen und Können überschätzt, obwohl keine Fähigkeit besteht, diese vorgefertigten Meinungen anhand der Metakognition objektiv reflektieren zu können (Kruger & Dunning, 1999), was in der berufsfachschulischen Ausbildung nicht als ein Lernziel angesehen wird. Kruger und Dunning (ebd.) konnten ermitteln, dass weniger reflexive Menschen eher dazu neigen, ihre eigenen Fähigkeiten zu überschätzen sowie die Fähigkeiten von Experten zu unterschätzen. Jedoch kann diese Verzerrung durch die Förderung selbstreflexiver Fähigkeiten überwunden werden, was ausdrücklich von den Physiotherapeuten mit einem Masterabschluss gefordert wird. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Schämann (2006), wenn sie bei deutschen Physiotherapeuten eine unreflektierte Selbstüberschätzung bei einem gleichzeitig mangelnden Selbstbewusstsein feststellt.

Ziel der Maßnahmen einer reflexiven Professionalität sollte es sein, neue Tätigkeitsfelder zu gewinnen, eine Expansion der Handlungsautonomie und ein professionalisiertes Handeln noch weiter zu fördern und gegenüber den Patienten sowie anderen Gesundheitsfachberufen neue Kompetenzmonopole einzunehmen sowie zu verteidigen. Wenn die Physiotherapeuten weiterhin darauf angewiesen sind, unwissenschaftliche sowie unverhältnismäßige Therapiemethoden auf ärztliche Anweisung durchführen zu müssen und sie gar nicht in der Lage sind, diese wissenschaftlich zu reflektieren, werden aus den eigenen Reihen formulierte Anforderungen an die Selbstbestimmung ad absurdum geführt. Oevermann (zit. n. Staub-Bernasconi, 2013, S. 28) unterstreicht, dass ein zentraler Pfeiler einer Profession die strukturelle Autonomie ist, also das Recht, nach eigenem Ermessen unabhängig von Trägern oder anderen Interessen zu handeln, um aus den vorhandenen Handlungsoptionen eine autonome Lebensführung aufseiten des Patienten wiederherzustellen, sodass durch die Freigabe des Direktzugangs oder zumindest eine Blankoverordnung der Weg zur Selbstbestimmung der deutschen Physiotherapie geebnet würde. Das kann bei einem adäquaten Hochschulstudium mit der Sicherung professioneller Kompetenzen enorme Kosten einsparen und die Gesundheitsversorgung der Patienten optimieren (Bornhöft et al., 2019a; Bornhöft et al., 2019b; Dietrich et al., 2019). Wenn dieses Vorhaben gelingen könnte, durch mehr Professionalität einen Direktzugang zu erhalten, könnte auch die Freiwilligkeit des Auftrages des Patienten (Schütze, 1992; 1996) ein vom Arzt unabhängigeres Interaktionsmuster gewährleisten, wobei gerade die Kompetenzen der Kommunikation, des clinical reasoning, einer wissenschaftlichen Anwendungspraxis und einer psychosozialen Intervention als primäres Transportmedium der professionellen Berufsfunktion gefragt wären.

Daraus wiederum würden sich neue, subordinierte Zuständigkeitsbereiche erschließen, die dafür sorgen könnten, dass sogar der Physiotherapeut die weitere Therapie delegieren und auf sein Anraten andere Gesundheitsfachberufe inkludiert werden könnten. Der Grundgedanke liegt hier auf den Erweiterungen der Kompetenzen der „advanced physiotherapy practice“ (Desmeules et al., 2012), die dazu befähigen, die gesamte Therapieplanung in einem berufsfachübergreifenden Therapeutenteam zu strukturieren und zu delegieren. Das beinhaltet die Kommunikation der physiotherapeutischen Diagnose, eine Triagierung, die konservativ-therapeutische Intervention und eine strategische Inklusion weiterer Gesundheitsfachberufe, was die Physiotherapie als Leitprofession etablieren dürfte.

Nittel (2000) sieht eine Professionalisierung vor allem in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen darin, dass durch einen individuellen Reifeprozess und eine kooperative Bündelung von Berufsrollen eine Verwissenschaftlichung der praktischen Tätigkeit angestoßen wird, um im Anschluss einen spezifischen Wissenskorpus und die eigene Funktion zu definieren. In diesem Kontext merkt auch Dewe (2006) an, dass es weniger Erfolg versprechende Aussichten vor allem für die Gesundheitsfachberufe in einem nachahmenden Prozess von klassischen Professionen gibt als in der reflexionsbezogenen Entwicklung der individuellen bzw. berufsbiografischen Professionalität (Terhart, 2011) und deren Differenziertheit im berufspraktischen Alltag. Dabei soll durch ein Kollektivbewusstsein ein Transformationsprozess angestoßen werden. Die Ausführungen von Oevermann (1996) heben ihrerseits die Bedeutung eines Arbeitsbündnisses einschließlich der Interaktion und Beziehung mit dem Klienten hervor, was bei therapeutischen Berufen neben der wissenschaftlichen Praxis als ein zentrales Medium für eine Professionalisierung verstanden werden sollte. So stellt Oevermann (1996, S. 125) fest: „An der therapeutischen Praxis wird somit der Klientenbezug – das konkret-personale Arbeitsbündnis – für die Professionalisierung zum wesentlichen Ansatzpunkt“.

So kann resümiert werden, dass erst eine reflexive Relationierung unterschiedlicher Wissens- sowie Handlungsformen, deren fallangemessene Umsetzung und die Optimierung des Arbeitsbündnisses der beteiligten Personen den einzelnen Physiotherapeuten dazu befähigen kann, konsequent professionell zu handeln, um einen berufssoziologischen Transformationsprozess in Gang zu setzen, was bei der derzeitigen Interessenlage und der ungenügenden Professionalität vom Großteil der Therapeuten ungenügend reflektiert wird.

5.2 Ausdifferenzierung eines Funktionssystems für die Physiotherapie

Bislang scheint es so, dass die Physiotherapie in Deutschland noch keinen klaren Gegenstandsbereich mit einer eigenen Wissenserzeugung formuliert hat, um sich gegenüber anderen Berufsgruppen zu behaupten und um sich in einer besonderen Weise ausdifferenzieren zu können. Die Abgrenzbarkeit

gegenüber ähnlichen Gesundheitsfachberufen wurde diesbezüglich mit der Skizze einer systemdefinierenden Struktur professionalisierten Handelns abgesteckt, was jedoch nicht automatisch bedeutet, sich auch anhand eines ungenügenden akademischen Wissenskorpus konkret abzuschließen.

Eben dieses eigene Wissenssystem ist ein wesentliches Merkmal einer funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft, wobei an die Stelle der Berufe nunmehr Funktionssysteme rücken und die Professionalisierung sich als „ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Etablierung der System/Umwelt-Beziehung“ (Stichweh, 1996, S. 58) sowie deren funktionellen Spezifikation hervorhebt. Professionelle Handlungssysteme sind eng mit dem Begriff des Wissens verknüpft, wobei gerade die Universitäten für dessen Aneignung und Reflexion als konstitutiv betrachtet werden müssen (Stichweh, 2005). Dieser Prozess konnte durch die vorliegende Untersuchung lanciert werden, da die enthaltenen Strukturmerkmale professionalisierten Handelns der Physiotherapie und der Berufsfunktion neue Implikationen für die Konstruktion einer Physiotherapiewissenschaft schaffen. Es ist dieses kennzeichnende Wissenssystem, das einen zentralen Aspekt des beruflichen Strukturierungsprozess ausmacht und in der deutschen Physiotherapie bislang nur durch Bezugswissenschaften genutzt wird, wobei sich dadurch in einer nachfolgenden Ausdifferenzierung der Wissensbasis, ein eigenes abgrenzbares Funktionssystem etablieren lässt. Diesen aus der Medizin entkoppelten Wissenskörper selbstständig zu entwickeln sowie die eigenen therapeutischen Maßnahmen auf das Wesentliche zu reduzieren, sollte das Ziel der Professionalisierung in der Physiotherapie sein und kann nur durch eine Hochschulanbindung verwirklicht werden.

Der Beginn einer hochschulischen Ausbildungsstruktur hat nicht nur dazu beigetragen, dass einige Physiotherapeuten als wissenschaftlich-reflektierte Praktiker am Gesundheitssystem partizipieren können, sondern auch einen eigenen Disziplin- und Forschungsprozess initiiert, bei dem ein berufsspezifisches Wissenssystem eigeninitiativ erarbeitet wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Entwicklung so lange nicht vollständig zu realisieren ist, wie die Berufsmitglieder und einige Berufsverbände gegen eine vollständige Akademisierung agitieren (VDB, 2020). Erst wenn die eigene Wissenserzeugung und Strukturen des professionellen Handelns für den Beruf wirksam werden sowie individuelle Vorurteile und Desinformationen abgebaut werden, kann sich diese Berufsentwicklung der deutschen Physiotherapie – hin zu einer Profession – vollziehen.

Physiotherapie muss als individuell angewandtes wissenschaftliches Wissen verstanden werden, da sie idealtypisch auf wissenschaftlicher Forschung beruht, somit die Praxis speist und sich bislang aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen zu einer Physiotherapiewissenschaft zusammenzuschließen versucht. Robert Richter (2016) hat mit seiner Dissertation einen gelungenen Anstoß gegeben, um die Argumentationsgrundlage für eine Verwissenschaftlichung dieser Disziplin zu

untermauern. Dieses Wissen kann somit direkt in das Studium und sofort als lehrbares Wissen einfließen, sodass es der Physiotherapie gelingen könnte, sich mit diesem Wissenschaftsfundus effektiver als ein eigenes Funktionssystem herauszuheben. Dieses Argument scheint jedoch bei der breiten Masse der Physiotherapeuten kaum Gehör zu finden, da die meisten Therapeuten in der Akademisierung im Idealfall „nur“ eine individuelle Berufsbefähigung sehen, anstatt diese als eine systemische Möglichkeit der Abgrenzung von anderen Berufen zu interpretieren. Denn in einer Wissensgesellschaft schafft diese Trennung Platz für eine erweiterte soziale Ordnung, in der spezifische Wissensansprüche und Handlungsfähigkeiten auf eine bestimmte funktionale Domäne bezogen werden (Stichweh, 2005). Gerade in der Separation von Wissen, einer funktionalen Spezifikation und den Strukturen eines professionalisierten Handelns besteht das Grundgerüst eines operational geschlossenen Funktionssystems, dass durch seine Organisation neue Rationalisierungsvorgänge einleiten kann, um systemeigene Probleme lebensweltlich beheben zu können (Stichweh, 1996). Jedoch zeigt sich bei den meisten Physiotherapeuten keine große Motivation, eine Hochschulanbindung für eine Disziplinbildung und der Ausbildung von Professionellen einzufordern, da die Unkenntnis entsprechender wissenschaftlicher Inhalte bestimmte Vorurteile wie die Befürchtung eines Verlusts der handwerklichen sowie empathischen Fähigkeiten schürt. Vor allem hier sollten sich die Berufsverbände einbringen, um für Aufklärung zu sorgen und die Interessen dementsprechend zu vertreten, dass eine Professionalisierung durch eine berufliche Autonomie, eine Definition von beruflichen Zielen und einer allgemeingültigen Berufsethik ermöglicht werden kann. In Deutschland kann schon seit Jahren das Gegenteil beobachtet werden, da zertifizierte und unwissenschaftliche Fortbildungen angeboten und durchgeführt werden, um sich Tätigkeitsmonopole zu sichern, die nur rudimentär mit einer professionellen Funktionsaufgabe der Physiotherapie zu vereinbaren sind. An diesem Punkt knüpft Stichweh (1996) an, wenn er korreliert, dass dieser organisierte Zusammenschluss einer professionellen Assoziation, die mit steuernden Funktionen ausgestattet sind (Ethik, Fortbildung, Publikationen, Spezialisierungsmuster), zur auffälligsten Form von professionalisierten Funktionssystemen avanciert.

In diesem Fall ist zu berücksichtigen, dass der Entwicklungsstatus einer Profession am Organisationsgrad der Vereinsmitglieder abgelesen werden kann (Schulze-Krüdener, 1996, zit. n. Schämann, 2006, S. 40), der von den eigenen Berufsmitgliedern als uneinig wahrgenommen wird. Das be- oder sogar verhindert eine geschlossene Vertretung und wirkt sich negativ auf einen Professionalisierungsprozess aus, da eine solche Statusentwicklung nur durch einen kollektiven Kraftakt initiiert werden kann (Millerson, 2001). Diese politische Geschlossenheit sowie die Anerkennung der akademischen Physiotherapeuten durch die Berufsverbände, die wiederum eine höhere Vergütung der Leistungen

einfordern sollten, wurden von Schämann (2006) bereits vor anderthalb Jahrzehnten diskutiert. Denn genau diese undurchsichtige Gemengelage der unterschiedlichen Interessen schwächt ein kollektives Identitätskonstrukt. Diese Gesamtidentität erscheint in der vorliegenden Untersuchung sehr heterogen zu sein und äußert sich darin, dass vor allem die berufsschulisch ausgebildeten Berufsvertreter ein handwerkliches Selbstverständnis sowie eine strukturell-anatomisch-biomechanische Sichtweise auf den physiotherapeutischen Komplex haben. Das erschwert eine professionelle Habitusformation, was Rückschlüsse auf ein vermindertes reflexives Selbstbewusstsein zulässt. Auch wird dadurch ein „antizipiertes Fremdbild in der Bevölkerung und in der Ärzteschaft“ (Schämann, 2006, S. 186) geschaffen, was die physiotherapeutische Handlung nur auf eine handwerkliche Anwendung von Techniken reduziert. Durch diese Handlungs- und Sichtweisen des eigenen Berufsbildes ist es nicht verwunderlich, dass die Rollenerwartung, welche Gesellschaft und Patienten von der Physiotherapie entwickelt haben, nicht immer mit einem professionellen Selbstbild in Einklang gebracht werden kann. Dadurch können Paradoxien in der Therapie entstehen, die eine klare Berufsfunktion auflösen. Zudem kann eine unwissenschaftliche Identität den Berufsinhaber in eine diffuse Allzuständigkeit als eine Verhaltensweise drängen, die sich deprofessionalisierend auswirkt, weil sie eine intransparente Berufspraxis und ein negatives Fremdbild fördert. Dem stehen die hochschulisch gebildeten Therapeuten gegenüber, die mit einer wissenschaftlich reflexiven Form diese Unsicherheiten überwunden haben und die therapeutische Handlungsmaxime darin sehen, dass durch Bewegung ein selbstständiges interagieren des Patienten in seinem Leben professionell hergestellt werden soll.

Da das Ziel der direkten Interaktion zwischen Therapeuten und Patienten darin liegt, Letzteren aus seiner Lebenskrise zu führen, hebt sich die gesellschaftliche Bestimmung der Physiotherapie durch das Chronifizierungspotenzial der Patienten, eine unwissenschaftliche Handlungspraxis mit steigenden Gesundheitskosten und eine geringe Ausrichtung an systemübergreifenden Präventionskonzepten, noch zu inkonsequent ab. Wie in Kapitel 4.2 angesprochen, scheint es so zu sein, dass das therapeutische Bewusstsein primär die unmittelbare Interaktion zwischen Physiotherapeuten und Patienten fokussiert, während eine berufssystemische oder gesamtgesellschaftliche Betrachtung vernachlässigt wird. Genau an diesem Punkt kann die Physiotherapie mit einem strukturfunktionalistischen Prinzip einwirken und einen erheblichen Mehrwert für die Gesellschaft leisten.

Nach einer groß angelegten Untersuchung mit 1,9 Millionen Teilnehmern konnte resümiert werden, dass sich die Menschen in den letzten Jahren und auch in Zukunft deutlich weniger bewegen und dies vor allem in den industrialisierten Ländern zu einem massiven Anstieg der Gesundheitskosten führen wird, sodass diesem Trend dringend entgegengewirkt werden muss (Guthold et al., 2018). In diesem Kontext ist es der Physiotherapie noch nicht gelungen, dieses gesellschaftliche Problem zu erkennen,

zu analysieren und sich dahingehend zu positionieren, obwohl es mittlerweile eine Vielzahl von Untersuchungen gibt, die körperliche Bewegung als überaus gesundheitsförderlich ansehen (Booth, Roberts & Laye, 2012; Pedersen & Saltin, 2015; Taylor et al., 2007; Warburton, Nicol & Bredin, 2006). Erst durch die weitere Entwicklung des Funktionssystem der *menschlichen Bewegung,* welches in das Gesundheitssystem eingebettet ist, kann seitens der Physiotherapie eine eigene funktionale Orientierung in einer sich modernisierenden Gesellschaft erfolgen, um nicht nur den individuellen Patienten durch Bewegung in Bewegung zu bringen, sondern auch eine Community-Orientierung in Prävention und Rehabilitation gezielter zu fördern. Diesbezüglich zeichnet sich eine parallele Ausrichtung des Bewegungsbegriffes zu dem Modell der menschlichen Bewegung von Probst (2007) ab.

Dieses Funktionssystem mit seinen hervorgehobenen professionellen Handlungslogiken, einer funktionalen Reduktion auf eigens spezialisierte Schachthemen, der selbstinitiierten Wissenserzeugung sowie einer geschlossenen Identität, ist das prominente Strukturbildungsprinzip für die deutsche Physiotherapie. Dabei ist die Ausdifferenzierung gegenüber der Ärzteschaft hervorzuheben, die eine eigenständige Wissens- und Funktionsentwicklung durchläuft und die Schirmherrschaft über ihr eigenes physiotherapeutisches Teilsystem beansprucht. Durch diese progressive Ausdifferenzierung gegenüber einer bestehenden dominanten Profession, wird eine neue Form der gesellschaftlichen Ordnung eingeleitet, die eine hierarchische Schichtung auflöst, Platz für eine horizontale Ordnung der Funktionssysteme schafft (Stichweh, 1994) und eine innere Neuausrichtung vorbereitet.

> „Die fortschreitende interne Differenzierung und die professionelle Pluralisierung in Funktionssystemen löst die faktische und normativ gestützte Kontrolle nur einer Leitprofession über ganze Funktionssysteme auf. Es ist genau die Stelle, an der die Sozialform *Organisation* übernimmt und die Arbeitsteilung in einem Funktionssystem reorganisiert.“ (Stichweh, 2005, S. 41)

Der Versuch einer Funktionssystembildung für die Physiotherapie mit deren typischen Funktionsgrenzen, die durch Handlungsziele, Zuständigkeiten, Modelle und Eigenlogiken abgesteckt werden, wird von anderen semiberuflichen und wissenschaftlich fragwürdigen Strukturen wie der Osteopathie (Ernst, 2012; Guillaud et al., 2016; 2018; Jäkel & Hauenschild, 2011; VOD, 2021) sowie durch unwissenschaftliche Zusatzqualifikationen adoptiert und an den Grenzen zersetzt. Dadurch wird das Berufsbild zunehmend deprofessionalisiert, was vor allem bei den hochschulisch sozialisierten Physiotherapeuten zu einer massiven Ablehnung führt. Diese undurchsichtigen Grenzziehungen der eigenen Zuständigkeit mit ihren veralteten, monodimensionalen, halbherzigen und biomechanischen Vorstellungen sieht auch Nicholls (2018) als einen besorgniserregenden Zustand, den er wie folgt beschreibt:

> „Every Profession has to draw its boundaries somewhere, and anyone who knows anything about the history of physiotherapy will know that its biomechanical approach has been a vital component of the professions's success over the last century. But just as an approach can open doors to make some things possible, it can also deny other things, and what physiotherapy's approach has done has opened the door to the problems now faced by the profession while restricting its ability to respond. […] Where other professions require their practitioners to have a more rounded appreciation for the complexities of health and illness, disability and disorder, physiotherapists typically concentrate only on the body-to-hand and work with the physical form and function of the person in front of them." (Nicholls, 2018, S.7 f).

Vor allem die Hochschulen können hier anknüpfen, indem sie eine Symbiose einer wissenschaftlichen Praxisanwendung, neuen modernen Praxismodellen und einer professionellen Berufsidentität in einer sich dynamisch verändernden Gesellschaft schaffen, um die Physiotherapie für die kommenden Jahre bestmöglich zu befähigen. Stichweh (1996, S. 51) formuliert, dass Professionen sich vor allem dahingehend herausheben, dass sie ihre „Berufsidee reflexiv handhaben" und das wissenschaftliche Wissen sowie ein Berufsethos bewusst kultivieren bzw. in eine akademisch kodifizierte Lehrbarkeit überführen. Dies kann anhand der Interviewergebnisse dieser Untersuchung bislang noch nicht bestätigt werden, da sich bislang nur die akademischen Physiotherapeuten, die in Deutschland lediglich ca. 2,6 % ausmachen, um berufspolitische Themen und eine interne Wissensformation bemühen.

Hinsichtlich des Berufsethos scheint noch enormer Bedarf zu bestehen, da keiner der befragten Physiotherapeuten überhaupt so etwas wie einen Berufskodex gelesen oder sich nur bedingt mit Fragen der Berufsethik auseinandergesetzt hat, was sich auch in den Ergebnissen von Kulju (2020) widerspiegelt. Es sind sich zwar alle befragten Therapeuten der Bedeutung einer Berufsethik bewusst, diese läuft aber nur implizit ab und wird eher als diffus wahrgenommen. Da bisher keine Kultur für diesen Komplex besteht, konnte auch bis hierher keine wertbasierte Ausdifferenzierung und Ausgestaltung innerhalb des Funktionssystems erfolgen. Aus diesem Grund zeigt sich ein allgemeines Desinteresse an politischen und ethischen Problemstellungen, die nicht nur nicht bearbeitet werden können, sondern auch die Motivation fehlt, sich überhaupt damit zu befassen. Dazu soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten und aus einer ethischen Sinnperspektive erläutern, dass der Kern der Professionalisierung in der Physiotherapie vorerst darin liegt, ein ethisches Verständnis für die eigene Situation zu entwickeln und die Interessen des Berufes für die Gesellschaft zu bündeln sowie selbstverantwortlich zu bearbeiten.

Diese Veränderung kann erst vollzogen werden, wenn alle Physiotherapeuten durch einen Ethikunterricht dazu befähigt werden, an einer ethischen Diskussion partizipieren sowie einen eigenen berufsinternen Aushandlungsprozess initiieren zu können. So positiv diese Entwicklung der eigenen Identität und der eigenen Handlungsspielräume auch für die deutsche Physiotherapie klingen mag – das Bedürfnis nach mehr Anerkennung, besserer Entlohnung und optimierten Arbeitsbedingungen beinhaltet auch viele Hindernisse bei der Realisierung, da sich dieser Berufsstand überwiegend durch eine geringe wissenschaftliche Ausbildung und statisch-praktisches Erfahrungswissen auszeichnet, was auch von Richter (2016) bestätigt werden konnte.

Ebenfalls muss berücksichtigt werden, dass im besonderen Fall der Physiotherapie eine Professionalisierung durch die Partizipation an den Problemen anderer Funktionssysteme und die Abhängigkeit gegenüber den Medizinern erheblich erschwert wird. Daher sind die Chancen auf eine baldige Professionsentwicklung der Physiotherapie vorsichtig zu formulieren, da sie vermutlich mit einer Deprofessionalisierung bzw. einem Verlust von Entscheidungsbefugnissen der Ärzteschaft einhergehen würde, was die Entwicklung einer eigenen forschungszentrierten Wissens- und Disziplinbildung der Physiotherapie und deren berufspraktische Handlungssymbiose hervorhebt (Bollinger & Grewe, 2002; Oevermann, 1996; Richter, 2016; Schewior-Popp, 1994). Neben der individuellen Professionalisierung der beteiligten Physiotherapeuten muss es zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung durch die praktische Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien kommen, was mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und einer Legitimation der eigenen Handlungsverfahren synergetisch verläuft (Bahrs & Andres, 2016). Da die professionelle Handlungsfunktion bislang noch nicht im Fokus der physiotherapeutischen Selbstwahrnehmung liegt und die hierarchische Unterordnung gegenüber den Medizinern nicht aufgelöst wird, bleibt der Physiotherapie vorerst der Status einer vermittelnden Profession.

5.3 Relevanz der Ethik und Moralkompetenz im professionellen Aushandlungsprozess der deutschen Physiotherapie

Als ein bedeutender therapeutischer Aspekt kann die stellvertretende Deutung von lebenspraktischen Krisen aufseiten des Patienten genannt werden, die den Physiotherapeuten in eine durch Lizenz und Mandat geschuldete Verantwortungsübernahme drängt und eine ethische Reflexion des Handelns zur Bewältigung dieser Lebenskrise voraussetzt.

Die Physiotherapie steht zudem in ihrer berufsfunktionellen Pflicht, den Patienten in seinem Leben die größtmögliche Hilfe und Unterstützung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit zu gewähren, was ein Wissen über Möglichkeiten bestehender Interventionen und deren kontextbezogene

Anwendung erfordert. Dazu muss von allen Physiotherapeuten internalisiert werden, dass eine bei dem Patienten angewandte Therapie kein wissenschaftliches Experiment darstellt. Falls dies im Einzelfall doch geschieht, bedarf es ethischer Vorkehrungen, um die Integrität des Patienten zu schützen (Stichweh, 1996). Da das Arbeiten an und mit Menschen niemals ein standardisiertes Handeln sein kann und auch die Gefahr des Scheiterns droht, muss diese Ungewissheit der Fallsituation durch moralische Kompetenz abgefedert werden, um eine der Situation angemessene Entscheidung treffen zu können. Jedoch zeigen die Studienergebnisse, dass es kaum zu einer ethischen Reflexion im therapeutischen Setting kommt und ein kritisch-moralisches Handeln in den meisten Fällen nicht vorliegt.

Mit den Fragen „Wer bin ich?“, „Was soll ich tun?“ und „Was muss ich wissen und können, um dies gut zu tun?“ wird dieses ethische Kontinuum überhaupt erst begründet. Zudem spricht auch Stichweh (1994, S. 308) nicht von dem „*Warum des Handelns*“, sondern hebt das „*Wie des Verhaltens*“ mit einer konkreten „*Handlungsausführung*“ in das Zentrum einer altruistisch motivierten Ethik.

Wie Brunkhorst (1992; 1996) eine universelle Solidarität unter Fremden als einen professionellen Teil des Praktikers ansieht, muss auch ein ethisches Reflexionsvermögen sowie eine Moralkompetenz als bedeutende Kompetenzen für Physiotherapeuten eingeordnet werden. Durch diese Befähigung, über sich selbst hinauszudenken und eigene Interessen zurückstellen, kann das Wohl des Patienten oder das der Gemeinschaft gefördert werden. Vor allem der „Handlungsethos – verstanden als Handlungsmoral der Handelnden“ (Peters, 2010, S. 74) muss als ein institutionalisierter Altruismus sowie eine spezifische Qualität der therapeutischen Professionalität verstanden werden. Dies hilft dabei, moralisch relevante Situationen rechtzeitig zu erkennen sowie angemessen damit umzugehen. Gerade das massive Wissens- und Könnensgefälle der beteiligten Rollen eröffnet die Dimension von Vertrauen und Verantwortung, von Wahrheit und Gerechtigkeit, was durch eine zu geringe bewusste Auseinandersetzung des einzelnen Physiotherapeuten kaum im Berufsalltag reflektiert oder nur rudimentär durch implizite Strukturen einer Verantwortungs- und Pflichtenethik bearbeitet wird. Da eine intensive Konfrontation mit dem Themenbereich der Ethik nachhaltig die Fähigkeit fördert, eigenständige Entscheidungen unter Berücksichtigung geltenden Rechts, der unterschiedlichen Interessen sowie individueller Werte und Normen zu treffen, ist es für eine reflexive Berufspraxis dringend erforderlich, den Transformationsprozess einer Akademisierung mit dem Novum einer ethisch-moralischen Reflexions-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz der Physiotherapeuten zu unterfüttern. Nicht nur die Einübung in moralische Dilemmata sowie ethische Fragestellungen der professionellen Beruflichkeit sollen den Gegenstand einer Unterrichtsform charakterisieren, sondern auch die Reflexion der eigenen Werte, um diese für eine funktionale Ausdifferenzierung nutzbar zu machen (Stichweh, 1994).

Die Reflexion moralischer Verhaltensweisen zwingt somit auch den Physiotherapeuten, seine eigenen Fertigkeiten und das richtige Handeln in der Physiotherapie zu hinterfragen, damit er sich autonom weiterentwickeln kann. Aus diesem Grund hat der Therapeut nicht nur eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, dem Patienten und der eigenen Berufsgruppe, sondern auch immer eine Verantwortung gegenüber sich selbst. Diese Verantwortung, sich um sich selbst zu kümmern, kann er durch die Tugendethik begreifbar machen, die ihm in einem bestimmten Kontext bestimmte Werte abverlangt, die er für sich verinnerlicht hat und nach denen er handeln soll. In diesem Fall ist es das Streben nach einer Arete im physiotherapeutischen Sinn. Damit ist die Vortrefflichkeit einer spezifischen Sache oder Person gemeint, die sich durch ihre funktionstypische Eigenlogiken selbst definiert und eine eigene Vervollkommnung anstrebt bzw. diese dadurch hervorbringt (Aristoteles, 2009; Platon, 2000). An dieser Stelle sei an den *Idealtyp professionalisierten physiotherapeutischen Handelns* mit dessen Professionalitätsprofil und Patientenbezug erinnert, der durch eine moderne Definition der Physiotherapie gestützt und mit der berufstypischen Funktion ferner der Rückgewinnung der autonomen Lebenspraxis von Menschen in einer Lebenskrise abgerundet wird.

Durch die vorliegende Untersuchung konnte gezeigt werden, dass der bisherige berufsethische Verlauf in Deutschland so gut wie nicht vorhanden ist und auch kaum Interesse besteht, dass sich Physiotherapeuten daran beteiligen. Die Tatsache, dass veraltete, unwissenschaftliche und unreflexive Ausbildungsstrukturen die Physiotherapeuten von heute bilden, die dann in einer verantwortungsvollen Weise die Lebenskrisen in einer stellvertretenden Deutung mit den neuesten wissenschaftlichen Praxisanwendungen deuten und lösen sollten, ist ein ethisch schwer zu rechtfertigender Umstand. Es verlangt die moralische Verpflichtung, die Therapie nach dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand auszuwählen und unabhängig von persönlichen Vorlieben anzuwenden, um dem Patienten, der sich in einer Situation der Vulnerabilität befindet, nach besten objektiven Kriterien zu unterstützen. Dies schließt ein, dass der Physiotherapeut die Befähigung erlangt, neueste wissenschaftliche Untersuchungen zu recherchieren, zu bewerten und deren Erkenntnisse zielführend in die Praxis einzubringen, um auch auf einer verantwortungsvollen Basis moralisch zu agieren. In dieser Perspektive wird deutlich, dass die bisherigen Ausbildungsstandards kein autonomes moralisches Handeln zulassen. Aus den vorliegenden Ergebnissen geht hervor, dass bislang ausschließlich ein Hochschulstudium ein relationiertes Verständnis von Wissenschaft und Ethik vermitteln kann, was auch zu einem (selbst-)reflektierten Handeln führt, da unter der Prämisse der Professionalität die wissenschaftlichen Erkenntnisse und eigene moralische Werte so erst miteinander in Einklang gebracht werden können.

Erst durch die konsequente Eingliederung einer Moralkompetenz in die Ausbildungsstrukturen kann der Physiotherapeut gemäß der Entwicklungsstufen nach Kohlberg (2014) ein adäquates Maß an moralischem Urteil erreichen, um autonom wichtige Entscheidungen verantwortungsvoll treffen zu können. Aus diesem Grund kann der Zugang über die Bildung von Moralkompetenz und ethischem Reflexionsvermögen die Erfolgschancen verbessern, dass sich mehr Physiotherapeuten dazu berufen fühlen, einen wertebasierten und wissenschaftlichen Entwicklungsprozess zu durchlaufen, um in der Gesellschaft, in der Politik, beim Patienten direkt oder bei den Kostenträgern mehr Vertrauen zu gewinnen. Da Vertrauen immer mit Verantwortung einhergeht (Jonas, 1979), muss eine berufsethische Auseinandersetzung die Verantwortungsethik berücksichtigen, wenn auf lange Sicht gesehen auf einen Autonomie- und Machtgewinn abgezielt wird. Dabei steht in ethischer Perspektive der Direktzugang im Mittelpunkt, der nur durch diese Kompetenzsteigerung zu erreichen wäre. Die Ergebnisse dieser Studie stellen jedoch die Ansprüche der Physiotherapie auf eine Ausweitung der Entscheidungsfreiheit massiv in Bedrängnis.

Die moralischen Dilemmata, die in dieser Untersuchung evaluiert wurden, zeigen eine Übereinstimmung mit den von Triezenberg (1996), Barnitt (1998), Laliberte et al. (2017), Finch und Kollegen (2005) sowie Guccione (1980). Diese Konfliktsituationen fragen nach der Notwendigkeit einer Behandlung, einer wirtschaftlichen Ausrichtung gegenüber der therapeutischen Effektivität, die unterschiedlichen Erwartungen bzw. Behandlungsstrategien der involvierten Personen und Gesundheitsdienstleister, die direkte Patienteninteraktion sowie den Datenschutz.

Als besonders kritisch stellte sich die ökonomische Situation der Physiotherapeuten heraus, die sie dazu zwingt, entscheiden zu müssen, ob sie die Effizienz oder sogar die Notwendigkeit der Therapie vor das eigene wirtschaftliche Überleben stellen. Hier wird die Frage aufgeworfen, wer und warum behandelt werden soll, um eine reale Lebenskrise durch evidenzbasierte Behandlungsformen aus einer therapeutischen Perspektive auflösen zu können. Dies verlangt es dem Physiotherapeuten ab, persönliche und professionelle Glaubenssätze zu reflektieren (Guccione, 1980). Es sollen teilweise unwissenschaftliche Maßnahmen auf Verordnung des Arztes durchgeführt werden, von denen gerade die akademischen Therapeuten wissen, dass sie keinen Mehrwert für den Patienten haben oder sogar eine Chronifizierung der Probleme begünstigen, jedoch der Fortbestand der physiotherapeutischen Praxis davon abhängt und die individuelle Existenz sichert. Hierbei rückt vor allem der Schnittpunkt einer habituell professionalisierten Idealvorstellung mit der wirtschaftlichen Existenzgrundlage in den Vordergrund, der durch den Druck einer quantitativen Rentabilität die wissenschaftlich-praktische Therapieanwendung destabilisiert und auch von Dewe und Stüwe (2016) als ein wesentliches Merkmal einer Semiprofession angesehen wird.

Dies kann anhand von akuten nichtspezifischen Rückenschmerzen rekonstruiert werden, da in den meisten Fällen eine leitliniengerechte Aufklärung und eine begrenzte Anzahl von evidenzbasierten Maßnahmen zu einer effizienteren Rehabilitierung des Patienten führt als eine ganze Bandbreite von physiotherapeutischen Maßnahmen (Childs et al., 2015; Indahl et al., 1995; Stevans et al., 2021). Diese Situation nötigt die Physiotherapeuten dazu, angesichts einer geringen Berufsautonomie und der wirtschaftlichen Abhängigkeit infolge einer geringen Vergütung unprofessionell zu handeln, da das System und die Ausbildung speziell der Physiotherapie nicht auf professionelle Qualität, sondern eher auf wirtschaftliche Quantität ausgelegt zu sein scheint.

Vor allem die befragten Physiotherapeuten mit einem professionellen Anspruch lässt diese Berufssituation wütend, hilflos und verzweifelt zurück, da sie wider besseres Wissen zu unprofessionellen Handlungsstrukturen aufgefordert werden, die aus der Erwartungshaltung des Vorgesetzten, der Ärzte und der Patienten resultiert.

Da das GKV-System auf einem Solidarprinzip basiert, ist es erforderlich, dass jeder die notwendige Therapieform erhalten soll, die ihm auch anhand seiner eingeschränkten Lebenspraxis zusteht. Dies muss der ethisch und wissenschaftlich reflektierte Physiotherapeut analysieren und anwenden. Genau hier muss das System novelliert werden. Ein Hochschulstudium mit der Freigabe eines Direktzuganges kann an diesem Punkt ansetzen, um den Physiotherapeuten zu befähigen, eigenverantwortlich die derzeit wissenschaftlich effektivste Therapie zu wählen, was eine Über- bzw. Unterversorgung der Patienten reguliert, die Kostenträger in eine faire monetäre Ausgleichordnung versetzt und eine geringere wirtschaftliche Abhängigkeit der Therapeuten verursacht.

Eine weitere Krisensituation entwickelt sich in der direkten Therapeuten-Patienten-Interaktion und konnte ebenfalls von Guccione (1980) herausgearbeitet werden. Überall dort, wo Menschen in eine unmittelbare Interaktion treten und unterschiedliche Erwartungen haben, können sich moralische Konfliktsituationen bilden. Während der Physiotherapeut eine professionelle Interaktionsrolle anstrebt, kann aufseiten des Patienten eine andere Erwartungshaltung entstehen, was ein weiteres Krisenmoment intendiert. Zudem kann ein aus der Vergangenheit geprägtes Fremdbild der Patienten eine individuelle wissenschaftlich-physiotherapeutische Handlungspraxis zugunsten einer „Wellnessbehandlung“ auflösen. Dadurch ist der Therapeut mit einer gelingenden Interaktion gefragt, eine Lösung anhand gekonnter kommunikativer Fähigkeiten einzuleiten und mit wissenschaftlichem Wissen die Erwartungsdiskrepanzen aufzuheben.

Dieses Krisengeschehen kann sogar noch durch das Verhältnis zu anderen und die Erwartungen an andere Gesundheitsdienstleister verschärft werden. Wenn Ärzte den Patienten mit falschen

Informationen oder zweifelhaften Therapiemethoden zu einem Physiotherapeuten überweisen, muss dieser einmal diese Information anhand differierender Therapieziele relativieren und danach eine oftmals konträre Maßnahme einsetzen. Diese unterschiedlichen Meinungen beeinträchtigen die Therapieerfolge und müssen mit einer professionell habitualisierten Kompetenzdarstellungskompetenz (Pfadenhauer, 2003), hinreichender Kommunikation und einem ethischen Reflexionsvermögen ausgehandelt werden, um den Raum für ein gelingendes Arbeitsbündnis entstehen zu lassen.

Das Thema des Datenschutzes, welches von einigen Therapeuten genannt wurde, wird anhand der Digitalisierung bzw. Technologisierung und des bislang noch fehlenden Interesses in der Physiotherapie ein Problempunkt sein, der sich wahrscheinlich in einigen Jahren noch vertiefen wird. Bislang stehen jedoch die vertraulichen Informationen über diese Personen unter besonderem Schutz, was durch die therapeutische Schweigepflicht gedeckt wird. Besondere Aufmerksamkeit kommt diesem Thema zu, wenn persönliche Daten bewusst oder unbewusst bei der Patientenaufnahme oder Patientenabwicklung in frei zugänglichen Bereichen der Praxis preisgegeben werden und sensible Informationen an dritte Personen gelangen.

Was in den Ergebnissen neben den primären moralischen Dilemmata zum Vorschein kommt, ist jenes Kernproblem, dass ein professionelles Handeln durch die intensive Therapeuten-Patienten-Interaktion in einem Arbeitsbündnis zwar prinzipiell angelegt ist sowie explizit gefordert wird (Oevermann, 1996), jedoch weder die Ausbildung noch das System darauf ausgerichtet sind, eine wissenschaftlich-autonome Handlungslogik auch umzusetzen. Es ist zu erkennen, dass oft Situationen entstehen, in denen eine professionelle Praxis bewusst zurückgewiesen werden muss, um die berufliche Existenz nicht zu gefährden. Dies scheint zwischen den Zeilen ein sehr problematisches Dilemma zu sein, welches dringend untersucht und anhand weiterer Ausdifferenzierungen des Funktionssystems berücksichtigt werden muss. Auch Jurgons (2010) betont in ihrem Ausblick, dass dieser Themenkomplex tiefer in das Grundverständnis der Physiotherapeuten implementiert gehört, und fordert, die moralischen Dilemmata im Grundlagenwissen zu verankern.

Die vorliegende Studie soll einen Beitrag leisten, die Professionalisierungsabsichten in einer ethischen und moralischen Perspektive zu analysieren und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, warum und wie sich die Physiotherapie mehr an ethischen Verhaltensweisen ausrichten muss, um sich zu einem professionellen und verlässlichen „moral agent“ (Triezenberg & Davis, 2000, S. 48) im eigenen Funktionssystem mit einer selbstdefinierenden Handlungspraxis zu entwickeln.

5.4 Reflexion der Forschungsmethode hinsichtlich einer Verallgemeinerung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Kriterien des gewählten qualitativen Studiendesigns diskutiert und die Grenzen der Ergebnisse aufgezeigt. Anhand einer limitierten Anzahl von insgesamt 15 Studienteilnehmern mit unterschiedlichen Ausbildungsgängen, die sich freiwillig gemeldet haben, müssen die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Verallgemeinerung zwar als zurückhaltend formuliert, jedoch anhand der übereinstimmenden Kategorien und Antworten auf die derzeitigen berufsinternen Spannungen für eine plausible Übertragbarkeit genutzt werden. Auch dienen die Ergebnisse einer systematischen Analyse des berufsspezifischen Kontextes mit denen die Dilemmasituationen in eine praktische Lehrbarkeit eingearbeitet werden. Ferner bestand die Absicht dieser wissenschaftlichen Untersuchung mit dem gewählten Forschungsdesign darin, eine Analyse der Strukturmerkmale physiotherapeutischen Handelns sowie einer Berufsfunktion hervorzuheben und diese mit einem ethisch-moralischen Verständnis hinsichtlich einer Professionalisierungstendenz zu verknüpfen.

Bei einer qualitativen Untersuchung wie dieser kann nicht von statistischen Häufigkeiten oder bestimmten Signifikanzen die Rede sein, sondern es geht um Vergleichbarkeit, Gemeinsamkeiten, Gesetzmäßigkeiten und intervenierende Faktoren (Hildenbrand, 1995, zit. n. Schämann, 2006, S. 72) in einem berufssoziologischen Kontext, um inhaltstragende Aussage zu erzeugen. Vor diesem Hintergrund berichten die Interviewten von erfahrenen Situationen, Beziehungen zum Beruf, Patienten oder Kollegen, Gefühlen bzw. Sorgen gegenüber der eigenen Berufsgruppe sowie getroffenen Entscheidungen. Diese tatsächlichen oder überformten Deutungsmuster aus der Vergangenheit oder Gegenwart können durch persönliche Verzerrungen rückblickend oft anders bewertet werden, was anhand der persönlichen Stimmung am Interviewtag unterschiedlich ausfallen kann. Gänzlich lassen sich diese Unwägbarkeiten nicht ausräumen; jedoch bieten sie auch die Möglichkeit, den Charakter eines explorativen Untersuchungsverfahrens und einer Analyse durch die Berufsinhaber von innen heraus, wie es die qualitative Untersuchung bietet, zu nutzen. Zudem gibt es keine allgemein anerkannten und kanonisierten Gütekriterien wie in der quantitativen Sozialforschung, bei der bestimmte Standards wie Objektivität, Reliabilität und Validität allgemein einsetzbar oder vergleichbar sind (Bogner et al., 2014).

Dies bedeutet, dass bei bestimmten Methoden wie dem Experteninterview so verfahren wird, dass in einem vorgegebenen Rahmen eines bestimmten Weltbildes gearbeitet wird (ebd.). Anders als in der quantitativen Forschung folgt die qualitative Forschung keiner naturalistischen oder reduktionistischen Sichtweise, die vom Wissenschaftler getrennt ist, sondern arbeitet mit einem besonderen

Erkenntnismodell, welches die soziale und interaktive Welt nicht als statisches Konstrukt betrachtet, das sich nach vorgegebenen Abläufen richtet.

> „Der Mensch handelt auf Basis des Bildes, das er sich von einer bestimmten Situation macht, und dieses Bild ist abhängig von den Erwartungen, die er an sich gerichtet sieht, von individuellen Vorannahmen und Wertvorstellungen. Soziales Handeln erscheint, kurz gesagt, als Interpretationsleistung und die soziale Welt als Resultat eines interpretationsgeleiteten Interaktionsprozesses zwischen Gesellschaftsmitgliedern“ (Bogner et al., 2014, S. 92).

Der Untersuchungsgegenstand liegt nicht einfach brach und muss nur „aufgehoben“ werden, sondern muss angemessen analysiert, repräsentiert, interpretiert und vom individuellen Untersuchenden rekonstruktiv zusammengesetzt werden. Trotz der fehlenden objektiven Gütekriterien und Standardisierungen einer experimentellen Laborforschung ist dies kein Grund für einen „erkenntnistheoretischen Anarchismus“ (Bogner et al., 2014, S. 93), sondern ein Hinweis auf die erforderliche Genauigkeit und Erklärung des Interpretationsvorgangs. An der Stelle, wo tradierte Wissenschaftskriterien nicht objektiv eingehalten werden können, wird der Ruf nach Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Erhebungs- und Auswertprozesses laut, bei der die wichtigsten Entscheidungen des Forschungsprozesses offengelegt und begründet werden, was in vorliegender Studie geleistet wurde. Das bedeutet, dass sich auf Bestätigbarkeit, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit des qualitativen Zuganges konzentriert werden muss (Kuckartz, 2018).

Dieser Situation, die der qualitativen Sozialforschung zugrunde liegt, lassen sich noch spezifische Aspekte der qualitativen Inhaltsanalyse hinzufügen. So ergänzt Mayring (2015), dass die spezifische Auswertungstechnik der Inhaltsanalyse mit Techniken der Datenerhebung und Datenaufbereitung kombiniert werden muss, um sie nachvollziehbar in einen übergeordneten Untersuchungsplan integrieren zu können. Auch muss die qualitative Inhaltsanalyse systematisch und regelgeleitet ausgeführt werden, damit entsprechende Gütekriterien erfüllt und große Datenmengen bearbeitet werden können. Anhand der Fallangemessenheit dieser Untersuchung, der gewählten Forschungsmethode sowie der Übereinstimmung der Kategorien im Kontext des Erkenntnisinteresses kann von einer aussagekräftigen qualitativen Untersuchung ausgegangen werden.

5.5 Ausblick

Durch den explorativen Charakter dieser Untersuchung, der gleichzeitig als Stärke hervorzuheben ist, können anhand der Strukturierung der untersuchten Thematik weitere Fragestellungen für nachfolgende Studien skizziert werden. Insbesondere bieten sich weitere professionstheoretische

Bezugspunkte, die Weiterentwicklung einer konsistenten Berufsethik sowie die bislang in der bisherigen Forschung ungenutzte Moralpsychologie an.

In dieser Untersuchung konnten ein idealtypisches Handlungsschema für Physiotherapeuten entwickelt sowie eine eigene Berufsfunktion mit einem zuweisenden System aus den Ergebnissen herausgearbeitet werden. Diese Überlegungen dienen der Reflexion der derzeitigen Berufsordnung und zielen darauf ab, Ideen zu entwickeln, wie sich das Berufsbild weiterhin systemtheoretisch professionalisieren ließe. Da sich die unterschiedlichen Professionstheorien auch differenziert auf weitere Entwicklungsprozesse der deutschen Physiotherapie auswirken, erscheint es konsequent, gerade diese unterschiedlichen Zugänge zu hinterfragen, um weitere Tendenzen der Professionalisierung zu begreifen. Hier tritt neben dem strukturfunktionalistischen Ansatz (Parsons, 2012) das interaktionistische Modell von Schütze (1992; 1996) in den Vordergrund, um das besondere Interaktionsmuster von Patienten und Physiotherapeuten hervorzuheben und eine exaktere Sichtweise zu erhalten, wie und vor allem welche handlungsprofessionellen Bezugspunkte ermittelt werden sollen, um ein professionelles Handeln weiter zu explizieren. Gerade der intensive Kontakt auf Grundlage einer tiefen Therapeuten-Patienten-Beziehung lässt ein ausgesprochen vertrauliches Moment entstehen. Vor allem das unbewusste Zusammenspiel der teilnehmenden Rollen scheint ein interessanter Anhaltspunkt für detaillierende Studien zu sein. Auch sollten alle Perspektiven einer systemtheoretischen Auseinandersetzung für den weiteren innerberuflichen Entwicklungsprozess ausgenutzt werden.

In diesem Zusammenhang sollte auch kritisch darüber nachgedacht werden, wie andere Berufsgruppen oder Patienten über die Physiotherapie denken, da diese maßgeblich an der Erzeugung eines Fremdbildes beteiligt sind, wobei sie auch die Berufsidentität und individuelle Identität beeinflussen können. Auch stellt sich die Frage, in welchem Maß das macht- und inszenierungstheoretische Modell sich auf die Aushandlungsprozesse gerade in therapeutischen Berufen auswirken würde. Dabei kann der Bezug auf die Berufsverbände mit ihren typischen Satzungen aufgebaut werden und wie diese bei einer Berufsverkammerung wirken.

Durch eine berufsinterne Aufteilung weiterer Tätigkeitsbereiche speziell in Pädiatrie, Sportphysiotherapie und anderen Diversifikationen kann anhand einer strukturtheoretischen Analyse ermittelt werden, inwieweit das professionelle Handeln auch bei Randdisziplinen der Physiotherapie gegeben ist und welche Möglichkeiten zur Ausdifferenzierung ihrer speziellen Berufsfunktion feststellbar sind. Dahingehend könnten neue subprofessionelle Tätigkeiten entwickelt sowie qualitativ ausgestaltet oder Funktionen an andere Berufsgruppen delegiert werden, die dadurch eine Stellvertreterrolle einnehmen können, wie es auch in einigen angloamerikanischen Ländern mit dem „physiotherapy assistant“ (Saunders, 1996) der Fall ist.

Des Weiteren können durch die bislang fehlenden Diskussionen im Bereich der Berufsethik weitere Elemente für eine dezidierte Verortung von ethischen Werten in der deutschen Physiotherapie sorgen. Die in dieser Arbeit evaluierten Werte (Kapitel 4.5.2) können auf Basis eines Delphi-Designs nach Bedeutung in einem bestehenden Berufskodex genutzt oder in ihn eingearbeitet oder dieser weiterentwickelt werden, um der Gesellschaft und der eigenen Berufsgruppe aufzuzeigen, welche Werte und Prinzipien für eine ethische Berufsfunktion mit einer geeigneten Professionalität gehaltvoll sind.

Mit diesen Mitteln kann eine konsistente Erweiterung einer Bereichsethik für Physiotherapeuten erstellt werden, die eine spezielle Habitusform gezielt prägen kann und diesbezüglich für eine systemtheoretische Entfaltung besonders wegweisend ist. Dabei kann eine klarere Grenzziehung auch zu eng benachbarten Gesundheitsfachberufen weiter ausgebaut und das eigene Funktionssystem mit dementsprechenden Handlungsschwerpunkten operational geschlossen werden, was eine Expansion neuer Aufgabenfelder eingrenzen und rechtfertigen könnte.

An den Ergebnissen lässt sich aufzeigen, dass eine ethische Auseinandersetzung in der Physiotherapie bislang ungenügend verläuft und unter Umständen eine spezifische Arbeitsgemeinschaft für zentrale ethische Fragen ins Leben gerufen werden muss, die in Form eines Ethikrates oder einer Ethikkommission bei berufsspezifischen Kernproblemen beratend aktiv werden kann und mit sachspezifischen Diskussionen diesen bislang vernachlässigten, jedoch beachtlichen Teilbereich der deutschen Physiotherapie anregt. Durch den begonnenen Diskurs in der Moralpsychologie konnten die Bedeutung und ein zukünftiges Interesse einer Moralisierung der Physiotherapeuten hervorgehoben werden. Dabei sollte der moralische Status quo der Physiotherapeuten in einer repräsentativen Untersuchung erhoben werden, um diese Daten mit anderen Berufsgruppen in einen Kontext zu setzen und um die Fortschritte eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes in der Ausbildung festzuhalten und mikrodidaktisch Konzepte, im Sinne der Ausarbeitung einzelner Unterrichtseinheiten, weiterzuentwickeln bzw. zu vertiefen. Damit kann eine Autonomisierung der bisherigen Zuständigkeiten beginnen, indem Experten ausgebildet werden, die nicht nur technisch-praktisches Wissen anzuwenden verstehen, sondern auch in unterschiedlichen Situationen fallangemessen entscheiden können. Gerade bei angehenden Physiotherapeuten oder Berufsanfängern, die sich mit eigeninitiierten Entscheidungen schwertun, kann für ein neues Selbstbewusstsein gesorgt werden, welches auch langfristig die Berufsidentität bilden wird. Diese Berufseinsteiger sollen mit dem Erwerb eines Abschlusses des Berufsstudiums eine Art ethisch-moralischen Eides ablegen, der die Bindung an bestimmte Rechte und Pflichten festigt.

6 Literaturverzeichnis

Aboujaoude, E., Weiss-Roberts, L. & Reicherter, D. (2015). Introduction to Ethics in Clinical Medicine. In L. Weiss-Roberts & D. Reicherter (Eds.). *Professionalism and Ethics in Medicine* (pp. 3–26). New York: Springer.

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare). (2016). *Australia´s Health 2016. Australia´s health series no. 15*. Zugriff am 14.12.2017 unter https://www.aihw.gov.au/getmedia/9844cefb-7745-4dd8-9ee2-f4d1c3d6a727/19787-AH16.pdf.aspx?inline=true

Alt, A., Herbst, M. & Reis, J. (2018). *Physiotherapie Grundlagen (Best Practice)* (2. Auflage). Amazon Deutschland: Independently published.

Alyousef, B., Cicuttini, F. M., Davis, S. R., Bell, R., Botlero, R. & Urquhart, D. M. (2018). Negative beliefs about back pain are associated with persistens, high levels of low back disability in community-based woman. *Menopause, 25* (9), 977-984.

APA (Australian Physiotherapy Association). (2013). *In Public 2025: The future of physiotherapy in the health system.* Zugriff am 01.12.2020.12.2017 unter https://australian.physio/sites/default/files/tools/In-Practice_2025.pdf

Apel, K.-O. (1990). *Diskurs und Verantwortung – Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Appelt, K. C., Milch, K. F., Handgraaf, M. J. J. & Weber, E. U. (2011). The decision making individual differences inventory and guidelines for the study of indivudal differences in judgment and decision-making research. *Judgment and Decision Making*, 6 (3), 252–62.

APTA (American Physical Therapy Association). (2009). *Professionalism in Physical Therapy: Core Values.* Zugriff am 18.12.2017 unter https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/BOD/Judicial/ProfessionalisminPT.pdf

APTA (American Physical Therapy Association). (2010). *Guide for Professional Conduct*. Zugriff am 11.03.2021 unter https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Practice_and_Patient_Care/Ethics/GuideforProfessionalConduct.pdf

APTA (American Physical Therapy Association). (2012). *Professional development, lifelong learning, and continuing competence in physical therapy*. Zugriff am 04.03.2021 unter https://www.apta.org/siteassets/pdfs/policies/professional-development-lifelong-learning.pdf

APTA (American Physical Therapy Association). (2019a). *Guiding Principles to Achieve the Vision.* Zugriff am 20.02.2021 unter https://www.apta.org/siteassets/pdfs/policies/guiding-principles-to-achieve-the-vision.pdf

APTA (American Physical Therapy Association). (2019b). *Professionalism in Physical Therapy: Core Values Self-Assessment.* Zugriff am 04.03.2021 unter https://www.apta.org/contentassets/aec54663ee514f0580449b7ee59ac18c/core-values-self-assessment.pdf

Aristoteles. (1962). *Eudemische Ethik* (Gesammelte Werke, Band 7). In E. Grumach (Hrsg.) & F. Dirlmeier (Übers.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Aristoteles. (2009). *Nikomachische Ethik*. In E. Rolfes (Übers. u. Hrsg.). Köln: Anaconda.

Arn, C. & Weidmann-Hügle, T. (Hrsg.). (2009). *Ethikwissen für Fachpersonen.* Basel: Schwabe.

Auvinen, J., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Helkama, K. (2004). The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Education Today, 24* (7), 538–46.

Baeumer, F. (2006) Was bewegt die Physiotherapie? – Wunschvorstellungen von einer zukünftigen Physiotherapie in Deutschland. *pt_ Zeitschrift für Physiotherapeuten*, *58* (4), 314–324.

Bahrs, O. & Andres, E. (2016). Qualitätszirkel im Gesundheitswesen. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 295–308). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Barnitt, R. (1998). Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *Journal of Medical Ethics, 24* (3)*,* 193–199.

Barnitt, R. & Partridge, C. (1997). Ethical reasoning in physical therapy and occupational therapy. *Physiotherapy Research International, 2* (3), 178–192.

Barreto, R. P. G, Braman, J. P., Ludewig, P. M., Ribeiro, L. P. & Camargo, P. R. (2019). Bilateral magnetic resonance imaging findings in individuals with unilateral shoulder pain. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery, 28* (9), 1699–1706.

Baum, H. (1996). *Ethik sozialer Berufe*. Paderborn, München, Wien & Zürich: Schöningh.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2008). *Principles of biomedical ethics* (5. Edition). New York: Oxford University Press.

Bebeau, M. J. & Thoma, S. J. (1994). The impact of a dental curriculum on moral reasoning. *Journal of Dental Education, 58* (9), 684–92.

Beck, U., Brater, M. & Daheim, H.-J. (1980). *Soziologie der Arbeit und der Berufe: Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Becker-Lenz, R. & Müller-Hermann, S. (2013). Professionalität im Bereich von professionellem Habitus und Persönlichkeit, Biografie, Wissen, Kompetenzen, Qualifizierung. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. Auflage) (S. 203–229). Wiesbaden: Springer VS.

Begemann, V., Heckmann, F. & Weber, D. (Hrsg.) (2016). *Soziale Arbeit als angewandte Ethik – Positionen und Perspektiven für die Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing, 82* (3), 402–407.

Benner, P. (1995). *Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert* (1. Nachdruck). Bern. Hans Huber.

Berenson R. A., Pronovost, P. J. & Krumholz, H. M. (2013). *Achieving the potential of health care performance mesaures*. Zugriff am 19.02.2021 unter https://urbaninstitute.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/412823-Achieving-the-Potential-of-Health-Care-Performance-Measures.PDF

Bergold, R. (2007). Ethische Bildung in der Erwachsenenbildung. In R. Bergold, H. Gisbertz & G. Kruip (Hrsg.). *Treffpunkt Ethik – Internetbasierte Lernumgebungen für ethische Diskurse* (S. 23–45). Bielefeld: Bertelsmann.

Bernards, A. T. M., Hagenaars, L. H. A., Oostendorp R. A. B. & Warms, H. W. A. (1999). Het meerdimensionale belasting- belastbaarheidsmodel: een conceptueel model voor de fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, *109* (3), 58–65.

Beyerlein, C. (2010). *Direktzugang in der Physiotherapie – Wie entscheiden sich Physiotherapeuten im Management ihrer Patienten?* Dissertation, Universität Ulm.

Blatt, M. M. & Kohlberg, L. (1975). The Effect of Classroom Moral Discussion upon Childrens´s Level of Moral Judgment. *Journal of Moral Education, 4* (2), 129–161.

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung). (2013). *Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnung – Verfahren – Zuständigkeiten*. Zugriff am 09.12.2017 unter https://www.dqr.de/media/content/DQR_Handbuch_01_08_2013.pdf

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung). (2014). *Aktuelle Ergebnisse der Gesundheitsforschung* (Newsletter 66). Zugriff am 14.10.2020 unter https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/NL_66.pdf

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung). (2015). *Bericht der Bundesregierung über die Umsetzung des Bologna-Prozesses in Deutschland*. Zugriff am 09.12.2017 unter https://www.bmbf.de/files/Bericht_der_Bundesregierung_zur_Umsetzung_des_Bologna-Prozesses_2012-2015.pdf

BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz). (2019a). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten*. Zugriff am 03.03.2021 unter http://www.gesetze-im-internet.de/physthaprv/BJNR378600994.html

BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz). (2019b). *Masseur- und Physiotherapeutengesetz.* Zugriff am 03.03.2021 unter https://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html

Bögemann-Großheim, E. (2004). Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenzen in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft, 9*, (3), 100–107.

Boden, S. D., Davis, D. O., Dina, T. S., Stoller, D. W., Brown, S. D., Vailas, J. C. & Labropoulos, P. A. A prospective and blinded investigation of magnetic resonance imaging of the knee. Abnormal findings in asymptomatic subjects. *Clinical Orthopaedics and Related Research, 282,* 177–185.

Boethius. (2010). *Trost der Philosophie.* In K. Büchner (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Bogner, A. & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.). *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (2. Auflage) (S. 33–70). Wiesbaden: VS Verlag.

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten – Eine praxisorientierte Einführung.* Wiesbaden: Springer VS.

Bohler, K. F. (2013). Berufsethische Elemente von Professionalität in der Jugendhilfe. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit* (S. 231–247). Wiesbaden: Springer VS.

Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung – Einführung in qualitative Methoden* (9. Auflage). Opladen & Toronto: Barbara Budrich.

Bollinger, H. & Grewe, A. (2002). Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. In T. Gerlinger, U. Lenhardt, M. Simon. (Hrsg.). *Jahrbuch für Kritische Medizin 37. Qualifizierung und Professionalisierung* (S. 43–59). Hamburg: Argument Verlag.

Bollinger, H. (2005). Profession–Dienst–Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hrsg*.). Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen* (S. 13–30). Frankfurt am Main: Mabuse.

Booth, F. W., Roberts, C. R. & Laye, M. (2012). Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. *Comprehensive Physiology, 2* (2), 1143–1211.

Bornhöft, L., Larsson, M. E. H., Nordeman, L., Eggertsen, R. & Thorn, J. (2019a). Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculosceletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, 15* (11). doi: 10.1177/1759720X19827504

Bornhöft, L., Thorn, J., Svensson, M., Nordeman, L., Eggertsen, R. & Larsson, M. E. H. (2019b). More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskeletal Disorders, 20* (1). doi: 10.1186/s12891-019-2553-9

Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine, 2* (6), 576–582.

Brater, M. & Beck, U. (1983). Berufe als Organisationsformen menschlichen Arbeitsvermögens. In W. Littek, W. Rammert & G. Wachtler (Hrsg.). *Einführung in die Arbeits- und Industriesoziologie* (2. Auflage) (S. 208–224). Frankfurt am Main/New York: Campus.

Brechtel, T., Kossack, N. & Grandt, D. (2016). *BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016. Analysen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung in Deutschland Band 41*. Siegburg: Asgard Verlag.

Brinjikji, W., Luetmer, P. H., Comstock, B., Bresnahan, B. W., Chen, L. E., Deyo, R. A., Halabi, S., Turner, J. A., Avins, A. L., James, K., Wald, J. T., Kallmes, D. F. & Jarvik, J. G. (2015). Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *American Journal of Neuroradiology, 36* (4), 811–816.

Bromme, R. (2004). Das implizite Wissen des Experten. In B. Koch-Priewe, F. U. Kolbe & J. Wildt (Hrsg.). *Grundlagenforschung und mikrodidaktische Reformansätze zur Lehrerbildung* (S. 22–48). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Bromme, R. & Jucks, R. (2016). Experten-Laien-Kommunikation. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 164–173). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Brüser, J. (2010). *Bestände von Berufskammern in Archiven.* Zugriff am 04.03.2021 unter https://www.landesarchiv-bw.de/sixcms/media.php/120/51200/transferarbeit_joachim_brueser_2010.pdf

Brunkhorst, H. (1992). Professionalität, Kollektivitätsorientierung und formale Wertrationalität. Zum Strukturproblem professionellen Handelns aus kommunikationstheoretischer Perspektive. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.). *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 49–69). Opladen: Leske + Budrich.

Brunkhorst, H. (1996). Solidarität unter Fremden. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität*. *Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S.340–368). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bucher, R. & Strauss, A. (1972). Wandlungsprozesse in Professionen. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.). *Berufssoziologie* (S. 182–197). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Bundesagentur für Arbeit. (2017). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse*. Zugriff am 15.12.2017 unter https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-06.pdf

Bundesrat. (2009). *Gesetze zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.* Zugriff am 30.01.2021 unter https://dipbt.bundestag.de/doc/gm/16/160609.pdf

Burns, P. B., Rohrich, R. J. & Chung, K. C. (2011). The Levels of Evidence and their role in Evidence-Based Medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *128* (1), 305–310.

Busse, S. & Ehlert, G. (2013). Studieren neben dem Beruf als langfristige Professionalisierungschance. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. Auflage) (S. 331–356). Wiesbaden: Springer VS.

Caneiro, J. P., O´Sullivan, P. B., Roos, E. M., Smith, A. J., Choong, P., Dowsey, M., Hunter, D. J., Kemp, J., Rodriguez, J., Lohmander, S., Bunzli, S. & Barton, C. J. (2020). Three steps to changing the narrative about knee osteoarthritis care: a call to action. *British Journal of Sports Medicine, 54* (5), 256–258.

Caneiro, J. P., Bunzli, S. & O´Sullivan, P. (2021). Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 25* (1), 17–29.

Childs, J. D., Fritz, J. M., Wu, S. S., Flynn, T. W., Wainner, R. S. Robertson, E. K., Kim, F. S. & George, S. Z. (2015). Implications of early and guiteline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Service Research, 15,* https://doi.org/10.1186/s12913-015-0830-3

Cicero, M. T. (2010). *De finibus bonorum et malorum – Über das höchste Gut und das größte Übel.* In H. Merklin (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Clawson, A. L. (1994). The relationship between clinical decision making and ethical decision making. *Physiotherapy, 80* (1), 10–14.

Cloos, P. (2012). Professionsforschung und erziehungswissenschaftliches Denken und Handeln – Zu den Chancen feldtheoretischer Zugänge. In F. Ackermann, T. Ley, C. Machold & M. Schrödter (Hrsg.). *Qualitatives Forschen in der Erziehungswissenschaft* (S. 177–195). Wiesbaden: Springer VS.

Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.). (1996). Einleitung: Pädagogische Professionalität. Historische Hypotheken und aktuelle Entwicklungstendenzen. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität*. *Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 9–48). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Comunian, A. L & Gielen, U. P. (2006). Promotion of moral judgement maturity through stimulation of social role-taking and social reflection: an Italian intervention study. *Journal of Moral Education, 35* (1), 51–69.

Coronado, R. A., Patel, A. M., McKernan, L. C., Wegener, S. T. & Archer, K. R. (2019) Preoperative and postoperative psychologically informed physical therapy: A systematic review of randomized trials among patients with degenerative spine, hip, and knee conditions. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 24* (1). https://doi.org/10.1111/jabr.12159

Cott, C. A., Finch, E., Gasner, D., Yoshida, K., Thomas, S. G. & Verrier, M. (1995). The Movement Continuum Theory of Physical Therapy. *Physiotherapy Canada*, *47 (2)*, 87–95.

Dagenais, S., Caro, J. & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain costs of illness studies in the United States and internationally. *The Spine Journal, 8* (1)*,* 8–20.

Daheim, H.-J. (1967). *Der Beruf in der modernen Gesellschaft. Versuch einer soziologischen Theorie beruflichen Handelns.* Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch.

Daheim, H.-J. (1992). Zum Stand der Professionssoziologie. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.). *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 21–35). Opladen: Leske + Budrich.

Damm, C. & Zalpour, C. (2008). Eine qualitative Studie zum Direkten Zugang für Physiotherapie in Schweden mit Leitfadeninterviews. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten*, *60* (10), 2–12.

Dannapfel, P., Peolsson, A. & Nilsen, P. (2013). What supports physiotherapists use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implementation Science, 14* (8), 31, 1–13.

Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurley, D. A., Baxter, G. D. & Dowell, A. (2012) The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *European Journal of Pain, 16* (1), 3–17.

Darlow, B., Dowell, A., Baxter, G. D., Mathieson, F., Perry, M. & Dean, S. (2013). The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Annals of Family Medicine, 11* (6), 527–534.

Degerstedt, A., Alinaghizadeh, H., Thorstensson, C. A. & Olsson, C. B. (2020). High self-efficacy – a predictor of reduced pain and higher levels of physical activity among patients with osteoarthritis: an obersvational study. *BMC Musculoskeletal Disorders, 21* (1) :380. doi: 10.1186/s12891-020-03407-x

Delany, C. M., Edwards, I., Jensen, G. M. & Skinner, E. (2010). Closing the Gap Between Ethics Knowledge and Practice Through Active Engagement: An Applied Model of Physical Therapy Ethics. *Physical Therapy, 90* (7), 1068–1078.

Denninger, T. R., Cook, C. E., Chapman, C. G., McHenry, T. & Thigpen, C. A. (2018). The Influence of Patient Choice of First Provider on Costs and Outcomes: Analysis From a Physical Therapy Patient Registry. *Jourdnal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 48* (2), 63–71.

Desmeues, F., Roy, J., MacDermid, J. C., Champagne, F., Hinse, O. & Woodhouse, L. J. (2012) Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders, 13,* 107. doi: 10.1186/1471-2474-13-107

Dessauer, F. (1959). *Was ist der Mensch? Die vier Fragen des Immanuel Kant*. Frankfurt am Main: Knecht.

Deutscher Bundestag. (2016). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetzte der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten*. Zugriff am 31.10.2017 unter http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf

Deutscher Bundestag. (2018). *Kurzinformation – Physiotherapie und Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V.* Zugriff am 04.05.2018 unter https://www.bundestag.de/blob/549546/4a26e5731ace4f814599ab60b66bb045/wd-9-015-18-pdf-data.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2012) *Berufsordnung für Physiotherapeuten*. Zugriff am 25.11.2017 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Ausbildung/ZVK-Verband-Berufsordnung-BroschA5-2012-RZ.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2013). *Gesundheitspolitische Forderungen des Deutschen Verbandes für Physiotherapie an die Parteien. Zukunft gestalten – auch in der Physiotherapie.* Zugriff am 13.03.2021 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/news/pdfs/PHYSIO-DEUTSCHLAND__Gesundheitspolitische_Forderungen_2013.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2017a). *Zahlen, Daten Fakten aus berufsrelevanten Statistiken.* Zugriff am 05.08.2017 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Falten/Zahlen_Daten_Fakten.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2017b). *Hochschul-Befragung 2017 des Deutschen Verbandes für Physiotherapie*. Zugriff am 05.08.2017 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/PHYSIO-DEUTSCHLAND_Hochschulbefragung_2017_Endfassung.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2017c). *Definition Physiotherapie*. Zugriff am 25.11.2017 unter https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapie/definition.html

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK.). (2017d). *Notwendigkeit einer Akademisierung der Physiotherapie.* Zugriff am 04.03.2021 unter https://bw.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bw/Mitgliederbereich/Download_Dokumente/Akademisierung/FAQs-zum-Akademisierungsprozess.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2018). *Studiengänge in der Physiotherapie in Deutschland*. Zugriff am 01.12.2020 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Studiengaenge_Physiotherapie.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2019a). *Eckpunktepapier zum Transformationsprozess von Berufsfachschulen der Physiotherapie 2030*. Zugriff am 16.07.2019 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/news/pdfs/Anlage_2_PT_Eckpunktepapier_Transformationsprozess_BFS_Stand_05.07.19.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2019b). *Kompetenzkatalog der Ausbildungs- und Prüfungsordnung.* Zugriff am 16.07.2019 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/news/pdfs/Anlage_1_PT_Kompetenzkatalog_Hochschule_PT_Stand_05_07_2019.pdf

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK). (2020). *Hochschulumfrage 2020 – PHYSIO-DEUTSCHLAND ermittelt Absolventenzahlen von „Physiotherapeuten mit akademischem Abschluss“.* Zugriff am 29.01.2021 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Hochschulumfrage-2020.pdf

Deyle, G. D. (2006). Direct Access Physical Therapy and Diagnostic Responsibility: The Ristk-to-Benefit Ratio. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, *36* (9), 632–634.

Dewe, B., Ferchhoff, W. & Radtke, F.-O. (1992). Das „Professionswissen“ von Pädagogen. Ein wissenschaftstheoretischer Rekonstruktionsversuch. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.). *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 70–91). Opladen: Leske + Budrich.

Dewe, B., Ferchhoff, W., Scherr, A. & Stüwe, G. (2001). *Professionelles soziales Handeln – Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis* (3. Auflage). Weinheim & München: Juventa.

Dewe, B. (2006). Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In J. Pundt (Hrsg.). *Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen – Potenziale – Perspektiven* (S. 23–35). Bern: Verlag Hans Huber.

Dewe, B. (2009). Reflexive Professionalität: Maßgabe für Wissenstransfer und Theorie-Praxis-Relationierung im Studium der Sozialarbeit. In A. Riegler, S. Hojnik & K. Posch (Hrsg.). *Soziale Arbeit zwischen Profession und Wissenschaft* (S. 47–63). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dewe, B. & Feistel, K. (2010). Reflexive Professionalität in der Erwachsenenbildung. In C. Hof, J. Ludwig & B. Schäffer. *Professionalität zwischen Praxis, Politik und Disziplin* (S. 86–98). Baltmannsweiler: Schneider.

Dewe, B. & Otto, H.-U. (2012). Reflexive Sozialpädagogik – Grundstrukturen eines neuen dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In W. Thole (Hrsg.) *Grundriss Soziale Arbeit – Ein einführendes Handbuch* (4. Auflage) (S. 197–218). Wiesbaden: VS Verlag.

Dewe, B. & Stüwe, G. (2016). *Basiswissen Profession – Zur Aktualität und kritischen Substanz des Professionalisierungskonzeptes für die Soziale Arbeit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Dick, M. (2016). Professionsentwicklung als Forschungs- und Handlungsfeld. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 9–24). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Dieruf, K. (2004). Ethical decision-making by students in physical and occupational therapy. *Journal of Allied Health, 33 (1),* 24–30.

Dietrich, S., Latteck, Ä.-D., Bonato, M., Fuchs-Rechlin, K., Helmbold, A., große Schlarmann, J. & Heim, S. (2019). *Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfahlen.* Abschlussbericht. Bochum.

Djulbegovic, B. & Guyatt, G.H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*, *390* (10092), 415–423.

Dittmar, N. (2009). *Transkription – Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien* (3. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.

Doherty, R. F. & Purtilo, R. B. (2016). *Ethical Dimensions in the health professions.* (6. Edition). Missouri: Elsevier.

Dreyfus, S. E. & Dreyfus, H. L. (1980). *A Five-stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition*. Operations Research Center, University of California, Berkeley.

Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (2004). The Ethical Implications of the Five-Stage Skill Acquisition Model. *Bulletin of Science, Technology & Society, 24* (3), 251–264.

Düwell, M. (2008). *Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche*. Stuttgart & Weimar: J. B. Metzler.

Duckett, L., Rowan, M., Ryden, M., Krichbaum, K., Miller, M., Wainwright, H. & Vavik, K. (1997). Progress in the moral reasoning of baccalaureate nursing students between program entry and exit. *Nursing Research, 46* (4), 222–9.

Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A. & Jensen, G. M. (2004). Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy*, *84* (4), 312–30.

Egan, M., Tannhill, C., Petticrew, M. & Thomas, S. (2008). Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review. *BMC Public Health, 8* (239), 1–13.

Egger, J. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin, 16,* 3–12.

Ehman, L. H. (1980). The American School in the Political Socialization Process. *Review of Educational Research, 50* (1), 99–119.

Emler, N., Stanley, R. & Bernadette, M. (1983). The relationship between moral reasoning and political orientation. *Journal of Personality and Social Psychology, 45* (5), 1073–1080.

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, 196* (4286), 129–136.

Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, *137* (5), 535–544.

Epiktet (2009). *Handbüchlein der Moral*. In K. Steinmann (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medicine Association*, *287* (2), 226–235.

Erhardt, T., Braun, P. & Fischer N. (2015). Zukunftstrends in der Physiotherapie. *Neuroreha, 7* (2), 76–79.

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S. & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *137* (2), 37–73.

Finch, E., Geddes, E. L. & Larin, H. (2005). Ethically-based clinical decision-making in physical therapy; process and issues. *Physiotherapy Theory and Practice, 21* (3), 147–162.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung* (Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, U, von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). (2017). *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (12. Auflage). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Frank, J. M, Harris, J. D., Erickson, B. J., Slikker, W., Bush-Joseph, C. A., Salata, M. J. & Nho, S. J. (2015). Prevalence of Femoroacetabular Impingement Imaging Findings in Asymptomatic Volunteers: A Systematic Review. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery, 31* (6), 1199–1204.

Friedrichs, A. & Schaub, H. A. (2011). Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, *28* (4), Doc50.

Frostholm, L., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K. S., Toft, T., Oelsen, F. & Weinman, J. (2005). The uncertain consultation and patient satifaction: the impact of patients´illness perceptions and randomized controlled trial on the training o physicians´communication skills. *Psychosomatik Medicin, 67* (6), 897–905.

Funk, M. (2008). Was es für den reflektierten Praktiker bedarf. *physiopraxis*, *6* (9), 10–12.

Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription.* Opladen & Toronto: Barbara Budrich.

Gabard, L. D. & Martin, M. W. (Eds.). (2011). *Physical Therapy Ethics.* (2. Edition). Philadelphia: Davisplus.

Gaul, A. L. (1987). The effect of a course in nursing ethics on the relationship between ethical choice and ethical action in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education, 26* (3)*,* 113–117.

Geddes, E. L., Wessel, J. & Williams, R. M. (2004). Ethical issues identified by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy Theory and Practice, 20* (1), 17–29.

Geddes, E. L., Salvatori, P. & Eva, K. W. (2009). Does moral judgment improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training? *Learning in Health and Social Care, 8* (2), 92–102.

Gieseke, W. (1997). Professionalität in der Erwachsenenbildung – Bedingungen einer Gestaltungsoption. In R. Brödel (Hrsg*.). Erwachsenenbildung in der Moderne* (S. 273–284). Opladen: Leske + Budrich.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.

Goode, W. J. (1972). Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.). *Berufssoziologie* (S. 157–167). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Goodman, A. (1991). Organic Unity Theory: The Mind-Body Problem Revisted. *The American Journal of Psychiatry, 148* (5), 553–563.

Grinberg, K., Granot, M., Lowenstein, L., Abramov, L & Weissmann-Fogel, I. (2018). Negative Illness Perceptions are Associated With a Pronociceptive Modulation Profile and Augment Pelvic Pain. *The Clinical Journal of Pain, 34* (12), 1141–1148.

Grosch, G. (1996). Kurze Geschichte der Physiotherapie. In A. Hüter-Becker, H. Schewe & W. Heipertz (Hrsg.). *Physiotherapie* (Band 3) (S. 231–254). Stuttgart: Thieme.

Gruber, H. & Degner, S. (2016). Expertise und Kompetenz. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 173–180). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Guccione, A. A. (1980). Ethical issues in physical therapy practice: A survey of physical therapists in New England. *Physical Therapy, 60* (10), 1264–72.

Guhse, A. & Steiffert, D. (2007). Behandeln ohne Rezept? Neue Perspektiven im geltenden Physiotherapierecht. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten*, *59*, 248–256.

Guillaud, A., Darbois, N. Monvoisin, R. & Pinsault, N. (2016). Reliability of diagnosis and clinical efficacy of cranial osteopathy: a systematic review. *PLOS ONE, 11,* (12), doi: 10.1371/journal.pone.0167823

Guillaud, A., Darbois, N., Monvoisin, R. & Pinsault, N. (2018). Reliability of diagnosis and clinical efficacy of visceral osteopathy: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 18* (1), 65. doi: 10.1186/s12906-018-2098-8

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M. & Bull, F. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet, 6* (10). doi: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7

Hack, B. M. (2004). *Ethik in der Ergotherapie*. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.

Haddad, A. M. (2005). Applying the Scholarship of Teaching and Learning to Ethics Education in Occupational and Physical Therapy. In R. B. Purtilo, G. M. Jensen & C. Brasic Royeen (Eds.). *Educating for Moral Action – A Sourcebook in Health and Rehabilitation Ethics* (S. 305–310). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Hanika, H. (2012). Pflegekammer sichert Partizipationsrecht. *Heilberufe*, *64* (1), 16–18.

Hartmann, H. (1972). Arbeit, Beruf, Profession. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.). *Berufssoziologie* (S. 36–52). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

HCPC (Health and Care Professions Council). (2013). *Standards of profinciency*. Zugriff am 04.03.2021 unter https://www.hcpc-uk.org/globalassets/resources/standards/standards-of-proficiency---physiotherapists.pdf?v=637106257580000000

Heckmann, F. (2016). Ethik, was ist das eigentlich? In. V. Begemann, F. Heckmann & D. Weber (Hrst.). *Soziale Arbeit als angewandte Ethik – Positionen und Perspektiven für die Praxis* (S. 15–32). Stuttgart: Kohlhammer.

Heidbrink, H. (2008). *Einführung in die Moralpsychologie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.

Heidenreich, M. (1999). Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung. In H.-J. Apel, K.-P. Horn, P. Lundgreen, U. Sandfuchs (Hrsg.). *Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozess* (S. 35–58). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Heiner, M. (2018). *Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit* (3. Auflage). München: Reinhardt.

Helsper, W., Krüger, H. H. & Rabe-Kleberg, U. (2000). Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung: Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 1* (1), 5–19.

Helsper, W. (2016). Antinomien und Paradoxien im professionellen Handeln. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 50–62). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Hengeveld, E. (1998). Clinical Reasoning in Manueller Therapie – eine klinische Fallstudie. *Manuelle Therapie*, 2, 42–49.

Hengeveld, E. (2004). Theoriemodelle und ihre Bedeutung für die Physiotherapie. In A. Hüter-Becker, M. Dölken (Hrsg.). *Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten* (S. 65–27). Stuttgart: Thieme.

Hiemetzberger, M. (2013). Berufsethik. In M. Hiemetzberger, I. Messner & M. Dorfmeister (Hrsg.). *Berufsethik und Berufskunde* (3., überarbeitete Auflage) (S. 11–77). Wien: Facultas.

Higgs, J. & Jones, M. A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus & N. Christensen. (Eds.). *Clinical reasoning in the health professions* (3. Edition-E-Book) (pp. 2–14) Philadelphia: Elsevier.

Hippel, A. & Schmidt-Lauff, S. (2012). Antinomien akademischer Professionalisierung. Studienmotive und Erwartungen von Erwachsenenbildungsstudierenden. In R. Egetenmeyer & I. Schüßler (Hrsg.) *Akademische Professionalisierung in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (S. 81–94). Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

Hislop, H. (1975). Tenth Mary McMillan Lecture: The not so-impossible dream. *Physical Therapy*, 55 (10), 1069–1080.

Höffe, O. (Hrsg.). (2008). *Lexikon der Ethik* (7., neubearbeitete und erweiterte Auflage). München: C.H. Beck.

Höppner, H. (2005). „Reflektierte Praktiker“ Die Physiotherapie in Deutschland am Wendepunkt. *Dr. med. Mabuse, 30* (157), 38–40.

Höppner, H. (2008). Fit für die Zukunft: Zur aktuellen Professionalisierung der Physiotherapie. *Dr. med. Mabuse, 33* (173), 40–43.

Höppner, H. (2009). „High-Potentials“ – Zum (in)effektiven Einsatz studierter Physiotherapeuten für die Professionalisierung der Physiotherapie. *physioscience, 5* (2), 45–46.

Höppner, H. (2016). Hochschulische Ausbildung in der deutschen Physiotherapie: Ein konsequentes Ja zur Primärqualifikation – jetzt! *physioscience, 12 (3)*, 119–121.

Höppner, H., Richter, R. (2018). Denkwerkzeuge: Theorien und Modelle. In H. Höppner & R. Richter (Hrsg.). *Theorien und Modelle der Physiotherapie* (S. 19–29). Bern: Hogrefe.

Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice.* Cambridge: Cambridge University Press.

Hoffmann, U. & Sieber, C. C. (2017). Ist Alter eine Komorbidität? *Deutsche medizinische Wochenschrift, 142* (14), 1030–36.

Holdsworth, L. K, Webster, V. S., McFayden, A. K., on behalf of the Scottish Physiotherapy Self-Referral Study Group. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy, 93* (1), 3–11.

Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A, O´Sullivan, P. & Kent. P. (2020). Physiotherapists´Perceptions of Learning and Implementing a Biopsychosocial Intervention to Treat Musculoskeletal Pain Conditions: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. *Pain, 161* (6), 1150–1168.

Hopf, C. (2017) Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (S. 349–360). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Hügler, S. (2017). Ausbildungswirrwarr – Große Unterschiede in Deutschland. *physiopraxis, 11* (12), 16–19.

Hüter-Becker, A. (1997). Ein neues Denkmodell für die Physiotherapie. *Zeitung für Physiotherapeuten, 49,* (4), 565–569.

Hüter-Becker, A. (2004). Geschichte der Physiotherapie. In A. Hüter-Becker & M. Dölken. *Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten*. Stuttgart: Thieme.

Hudon, A., Laliberte, M., Hunt, M., Sonier, V., Williams-Jones, B., Mazer, B., Badro, V. & Ehrmann Feldmann, D. (2014). What place for ethics? An overview of ethics theaching occupational therapy and physiotherapy programs in Canada. *Disability and Rehabilitation, 36* (9), 775–780.

Hudon, A., Drolet, MJ. & Williams-Jones, B. (2015). Ethical Issues Raised by Private Practice Physiotherapy Are More Diverse than First Meets the Eye: Recommendations from a Literature Review. *Physiotherapy Canada, 67* (2), 124–132.

Hudon, A., Perreault, K., Lliberté M., Desrochers, P., Williams-Jones, B., Ehrmann Feldmann, D., Hund, M., Durocher, E. & Mazer, B. (2016). Ethics teaching in rehabilitation: results of a pan-Canadian workshop with occupational and physical therapy educators. *Disability and Rehabilitation, 38* (22), 2244–54.

Hume, D. (2003). *Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral*. In M. Kühn (Übers. u. Hrsg.). Hamburg: Meiner.

IFK (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten). (2007). *IFK-Positionspapier – Direct Access.* Zugriff am 19.06.2018 unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2007/Dokumentation-Anhoerung/IFK.pdf

IFK (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten). (2021). *Schiedsverfahren beendet – wesentliche Entscheidungen vertagt*. Zugriff am 04.03.2021 unter https://ifk.de/verband/aktuell/archiv-meldungen/einzelansicht/schiedsverfahren-beendet-wesentliche-entscheidungen-vertagt

Iles, R. & Davidson, M. (2006). Evidence based practice: a survey of therapists current practice. *Physiotherapy Research International, 11* (2) 93–103.

Irrgang, B. & Heidel, C. P. (2015). *Medizinethik – Lehrbuch für Mediziner.* Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Indahl, A., Velund, L. & Reikeraas, O. (1995). Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine, 20* (4), 473–477.

Jäkel, A. & Hauenschild, P. (2011). Therapeutic effects of cranial osteopathic manipulative medicine: a systematic review. *Journal of American Osteopath Association, 111* (12), 685–93.

Jensen, G. M., Gwyer, J., Hack, L. M. & Shepard, K. F. (2007). *Expertise in Physical Therapy Practice* (2. Edition). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Jensen, K. B., Kaptchuk, T. J., Kirsch, I., Raicek, J., Lindstrom, K. M., Berna, C., Gollub, R. L., Ingvar, M. & Kong, J. (2012). Nonconscious activation of placebo and nocebo pain responses. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109* (39), 15959–64.

Johnson, M. P. & Abrams, S. L. (2005). Historical Perspectives of Autonomy Within the Medical Profession: Considerations for 21st Century Physical Therapy Practice. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 35* (10), 628–639.

Jonas, H. (1979). *Das Prinzip Verantwortung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Jones, M.A. (1997). Clinical Reasoning: Fundament der klinischen Praxis und Brücke zwischen den Ansätzen der Manuellen Therapie. Teil 1. *Manuelle Therapie, 1*, 3–9.

Jones M. A. (1998). Clinical Reasoning: Fundament der klinischen Praxis und Brücke zwischen den Ansätzen der Manuellen Therapie. Teil 2: Förderung des kompetenten Clinical Reasoning. *Manuelle Therapie, 2*, 1–7.

Jurgons, S. (2008). *Die Bedeutung der Ethik im Professionalisierungsprozess der Physiotherapie – ein Vergleich zwischen den USA und Deutschland*. Bachelorarbeit, Fachhochschule Osnabrück.

Jurgons, S. (2010). *Ein Ethikkodex für die Physiotherapie in Deutschland – Elemente und Prinzipien.* Masterarbeit, Alice Salomon Hochschule University of Applied Science Berlin.

Justen, N. (2015). Biographieorientiertes Lernen im akademischen Professionalisierungsprozess. Ein Impuls für die Anregung eines professionellen Selbstverständnisses bei Studierenden der Erwachsenenbildung? In N. Justen & B. Mölders (Hrsg.). *Professionalisierung und Erwachsenenbildung. Selbstverständnis – Entwicklungslinien – Herausforderungen* (S. 91–105). Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich.

Kälble, K. (2006). Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In J. Pfundt (Hrsg.). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven* (S. 213–233). Bern: Huber.

Kälble, K. (2008). Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung. In S. Matzick (Hrsg.). *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen – Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 195–212). Weinheim und München: Juventa.

Kaminsky, C. (2018). *Soziale Arbeit – normative Theorie und Professionsethik*. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich.

Kant, I. (1999). *Was ist Aufklärung – Ausgewählte kleine Schriften.* In H. D. Brandt (Hrsg.). Hamburg. Meiner.

Kant, I. (2008). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. In T. Valentiner (Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Keedy, N. H., Keffala, V. J., Altmaier, E. M. & Chen, J. J. (2014). Health locus of control and self-efficacy predict back pain Rehabilitation outcomes. *Iowa Orthopedic Journal, 34*, 158–165.

Keller, M. (2001). Moral in Beziehungen: Die Entwicklung des frühen moralischen Denkens in Kindheit und Jugend. In W. Edelstein, F. Oser & P. Schuster (Hrsg.). *Moralische Erziehung in der Schule: Entwicklungspsychologie und pädagogische Praxis* (111–140). Weinheim: Beltz.

Keller, M. (2005). Moralentwicklung und moralische Sozialisation. In D. Horster & J. Oelkers (Hrsg.). *Pädagogik und Ethik* (S. 149–172). Wiesbaden: VS Verlag.

King, P. M. & Mayhew, M. J. (2002). Moral Judgement Development in Higher Education: insights from the Defining Issues Test. *Journal of Moral Education, 31* (3), 247–270.

Klaber Moffett, J. A. & Richardson, P. H. (1997). The influence of the physiotherapists-patient relationship on pain and disability. *Physiotherapy Theory and Practice, 13* (1), 89–96.

Klein, P., Rottler, E. & Wietersheim J. (2018). Screening in der Physiotherapie: Unterschiede in den Fähigkeiten von Teilnehmern verschiedener Ausbildungsgänge in Deutschland und den Niederlanden. *Physioscience, 14* (4), 170–177.

Klemme, B., Geuter, G. & Willimczik, K. (2007). Physiotherapie – über eine Akademisierung zur Profession. *physioscience, 3* (2), 80–87.

Klemme, B. & Siegmann, G. (Hrsg). (2015). *Clinical Reasoning – Therapeutische Denkprozesse lernen* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.

KOFA (Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung). (2015). *Fachkräfteengpässe in Unternehmen: Geschlechterunterschiede in Engpassberufen.* Zugriff am 15.02.2018 unter http://www.schule-wirtschaft-saarland.de/fileadmin/user_upload/SchuleWirtschaft-Saar/Studien/Studie_Fachkraefteengpaesse_20150713.pdf

Kohlberg, L. (1964). Development of Moral Character and Moral Ideology. In M. L. Hoffman & L. W. Hoffman. (Eds.), *Review of Child Development Research, Vol. I.* (pp. 383–431). New York: Russel Sage Foundation.

Kohlberg, L. & Hersh, R. H. (1977). Moral development: A review of the theory. *Theory into practice, 16* (2), 53–59.

Kohlberg, L. (2014). Moralstufen und Moralerwerb: Der kognitiv-entwicklungstheoretische Ansatz. In W. Althof, G. Noam & F. Oser (Hrsg.). *Lawrence Kohlberg Die Psychologie der Moralentwicklung* (7. Auflage) (S. 123–174). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Konrad, R., Konrad, A. & Geraedts, M. (2017). Physiotherapy Education in Germany: Ready for Direct Access? *Gesundheitswesen, 79* (7), e48–e55.

Kool, J. & Niedermann, K. (2006). Professionalisierung der Physiotherapie in der Schweiz. *physioscience, 2* (2)*,* 45–47.

Kostrzewa, D. (2002). Das physiotherapeutische Arbeitsbündnis – Ein handlungsorientierter Professionalisierungsansatz für die Physiotherapie: Beiträge zu Unterricht und Ausbildung. *Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten, 54*, S. 1–13.

Krawzcyk, R. M. (1997). Teaching ethics: effect on moral development. *Nursing Ethics, 4* (1), 57–65.

Kruger, J. & Dunning, D. (1999). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One´s Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychologie, 77,* (6), 1121–1134.

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kuhrau-Neumärker, D. (2005). *„War das o.k.?“ Moralische Konflikte im Alltag Sozialer Arbeit. Einführung in die Berufsethik.* Münster – New York – München – Berlin: Waxmann.

Kulju, K., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2013) Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: A descriptive study. *Nursing Ethics, 20* (5), 568–577.

Kulju, K. (2020). *Ethical competence of a physiotherapist – concept and evaluation.* Zugriff am 07.02.2021 unter, https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/150469/AnnalesD1505Kulju.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kultusministerkonferenz (2009). *Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung*. Zugriff am 12.04.2018 unter, https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2009/2009_03_06-Hochschulzugang-erful-qualifizierte-Bewerber.pdf

Kunze, K. (2015). Ethisches Reasoning. In B. Klemme & G. Siegmann (Hrsg.). *Clinical Reasoning – Therapeutische Denkprozesse lernen* (2. Auflage) (S. 52–62). Stuttgart: Thieme.

Laliberte, M., Jones, B. W., Feldman, D. E. & Hunt, M. (2017). Ethical Challanges for Patient Access to Physical Therapy: Views of Staff Members from Three Publicity – Funded Outpatient Physical Therapy Departments. *Narrative Inquiry in Bioethics, 7* (2), 157–169.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage)*.* Weinheim und Basel: Beltz.

Latif, D. A. (2000). The link between moral reasoning scores, social desirability, and patient care performance score: Empirical evidence from the retail pharmacy setting. *Journal of Business Ethics, 25* (3), 255–269.

Lay, R. (2012). *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung* (2., aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Lähdeoja, T., Karjalainen, T., Jokihaara, J., Salamh, P., Kavaja, L., Agarwal, A., Winters, M., Buchbinder, R., Guatt, G., Vandvik, P. O. & Ardern C. L. (2020). Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 54* (11), 665–673.

Lee, C. S., Goldhaber, N. H., Davis, S. M., Dilley, M. L. Brock, A., Wosmek, J., Lee, E. H., Lee, R. K. & Stetson, W. B. (2020). Shoulder MRI in asymptomatic elite volleyball athletes shows extensive pathology. *International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine, 5,* 10–14.

Lehmann, Y., Beutner, K., Karge, K., Ayerle, G., Heinrich, S., Behrens, J. & Landenberger, M. (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich.* (Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung). Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). Bonn: Zugriff am 08.12.2017 unter https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf

Lehmann, B. & Dick, M. (2016). In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 156–165). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Lind, G. (2000). Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educacao Medica*, *24* (3), 24–33.

Lind, G. (2002). *Ist Moral lehrbar? Ergebnisse der modernen moralpsychologischen Forschung* (2. ergänzte Auflage). Berlin: Logos Verlag.

Lind, G. (2009). *Moral ist Lehrbar* (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage). München: Oldenbourg.

Lind, G. (2015). *Moral ist Lehrbar* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Logos Verlag.

Lind, G. (2017). *Moralerziehung auf den Punkt gebracht*. Schwalbach: Debus Pädagogik.

Loxley, J. C. & Whiteley, J. M. (1986). *Character Development in College Students. Volume II: The Curriculum and Longitudinal Results*. Schenectady: Character Research Press.

Luebben, A. J. (2005). Reflections on the Ethics of Teaching. In R. B. Purtilo, G. M. Jensen & C. Brasic Royeen (Eds.). *Educating for Moral Action – A Sourcebook in Health and Rehabilitation Ethics* (S. 291–303). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Luhmann, N. (2015). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie* (16. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Magistro, C. M. (1989). Clinical decision making in physical therapy: A practitioner´s perspective. *Physical Therapy, 69* (7), 525–34.

MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen). (2005). *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Physiotherapieschulen in NRW.* Zugriff am 09.05.2018 unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_ausbildungsrichtlinien-physiotherapieschulen-nrw_barr.pdf

Marckmann, G., Bormuth, M. & Wiesing, U. (2020). Allgemeine Einführung in die medizinische Ethik. In U. Wiesing (Hrsg.). *Ethik in der Medizin – Ein Studienbuch* (S. 23–37). Stuttgart. Reclam.

Matzick, S. (2008). Einleitung: Weiterbildung – ein Beitrag zur Qualifizierung im Berufsfeld Gesundheit! In S. Matzick (Hrsg.). *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 7–25). Weinheim und München: Juventa.

Mauermann, L. (1988). Ethische Grundlagen aktueller angloamerikanischer Erziehungskonzepte. In C. Günzler, L. Kersiens, L. Mauermann, F. Pöggler & H-J. Werner (Hrsg.). *Ethik und Erziehung* (S. 141–170). Stuttgart: Kohlhammer.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.

Mayring, P., Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Auflage) (S. 633–648). Wiesbaden: Springer VS.

McKibbon, K. A. (1998). Evidence-based practice. *Bulletin of the Medical Library Association, 86* (3), 396–401.

Meinberg, E. (1995). *Homo Oecologicus – Das neue Menschenbild im Zeichen der ökologischen Krise*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Meuser, M. & Nagel, U. (1991). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.). *Qualitative-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441–471). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.J. Lauth & D. Jahn (Hrsg.). *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen* (S. 465–479). Wiesbaden: VS Verlag.

Meuser, M. & Nagel, U. (2016). Experteninterview. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 342–352). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Meyer, G. (2015). Ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem: die Rolle der Gesundheitsfachberufe. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109* (4–5), 378–383.

Mieg, H. A. (2016). Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 27–40). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Mikhail, C., Korner-Bitensky, N., Rossignol, M. & Dumas, J.P. (2005). Physical therapists use of interventions with high evidence of effectiveness in the management of a hypothetical typical patient with acute low back pain. *Physical Therapy, 85* (11), 1151–67.

Mill, J. S. (2010). *Der Utilitarismus.* In D. Birnbacher (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing* (3. Edition). New York: Guildord.

Miller, J., MacDermid, J. C., Walton, D. M. & Richardson, J. (2020). Chronic Pain Self-Management Support With Pain Science Education and Exercise (COMMENCE) for People With Chronic Pain and Multiple Comorbidities: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 101* (5), 750–761.

Millerson, G. (2001). *The Qualifiying Association. A Study in Professionalisation (Reprint)*. Abingdon: Routledge.

Mischker, A. (2016). *Modellvorhaben Physiotherapie nach A§ 63 SGB V*. Zugriff am 28.12.2017 unter http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/showpdf.php

Monteverde, S. (2009). Pflege – Die Ethik fürsorglicher Zuwendung. In C. Arn & T. Weidmann-Hügle (Hrsg.). *Ethikwissen für Fachpersonal* (S. 51–73). Basel: Schwabe.

Moseley, J. B., O´Malley, K., Petersen, N. J., Menke, T. J., Brody, B. A., Kuykendall, D. H., Hollingsworth, J. C., Asthon, C. M. & Wray, N. P. (2002). A Controlled Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee. *The New England Journal of Medicine, 347* (2), 81–88.

Mostrom, E. (2005). Teaching and learning about the ethical and human dimensions of care in clinical education: Exploring student and clinical instructor experiences in physical therapy. In G. Jensen, R. Purtilo & C. Brassic Royeen (Eds.) *Educating for moral action: A sourcebook in health and rehabilitation ethics* (pp. 265–283). Philadelphia: F. A. Davis.

Motzke, K. (2014). *Soziale Arbeit als Profession – Zur Karriere „sozialer Hilfstätigkeit" aus professionssoziologischer Perspektive.* Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich.

Müller, R., Rothgang, H. & Glaeske, G. (2015). *BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* (Band 34). Siegburg: Asgard-Verlag.

Nakashima, H., Yukawa, Y., Suda, K., Yamagata, M., Ueta, T. & Kato, F. (2015). Abnormal Findings on Magnetic Resonance Images of the Cervical Spines in 1211 Asymptomatic Subjekts. *Spine, 40* (6), 392–398.

Nast, I., Scheermesser, M., Wirz, M. & Schämann, A. (2018). *Ergebnisbericht der ZHAW nach § 65 SGB V zum Modellvorhaben Physiotherapie gemäß § 63 Abs. 3b SGB V.* Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Institut für Physiotherapie, Forschung und Entwicklung. Zugriff am 17.12.2018 unter https://www.big-direkt.de/sites/default/files/2018-04/ZHAW%20Modellvorhaben%20Ergebnisbericht.pdf

Nejadsarvari, N., Abassi, M., Borhani, F., Ebrahami, A., Rasooli, H., Motamedi, M. H. K., Kiani, M. & Bazmi, S. (2015). Relationship of Moral Sensitivity and Disstress Among Physicians. *Trauma Monthly, 20* (2), e26075. doi: 10.5812/traumamon.26075

Neuhäuser, C. (2011). Verantwortung. In R. Stoecker, C. Neuhäuser & M.-L. Raters (Hrsg.). *Handbuch Angewandte Ethik* (S. 120–125). Stuttgart & Weimar: J. B. Metzler.

Ng, S. K., Cicuttini, F. M., Wang, Y., Wluka, A. E., Fitzgibbon, B. & Urquhart, D. M. (2017). Negative beliefs about low back pain are associated with persistent high intensity low back pain. *Psychological Health Medicine, 22* (7), 790–799.

Nicol, D. J. & Macfarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education, 31* (2), 199–218.

Nicholls, D. A. (2018). *The End of Physiotherapy.* Abingdon: Routledge.

Nittel, D. (2000). *Von der Mission zur Profession? Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann.

Nittel, D. & Seltrecht, A. (2016). Biographie. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 138–149). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Nordstrom, T. M. (2008). *Physical therapists students as moral agents during clinical intership.* Dissertation, University of San Francisco.

North, K., Güldenberg, S. & Dick, M. (2016). Wissensarbeit(er). In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 125–138). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Oberman, L. M. & Ramachandran, V. S. (2007). The Simulating Social Mind: The Role of the Mirror Neuron System and Simulation in the Social and Communicative Deficits of Autism Spectrum Disorders. *Psychological Bulletin, 133* (2), 310–327.

Oberman, L. M., Pineda, J. A. & Ramachandran, V. S. (2007). The human mirror neuron system: A link between action observation and social skills. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2* (1), 62–66.

Obrecht, W. (2013). Die Struktur professionellen Wissens – Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. Auflage) (S. 49–75). Wiesbaden: Springer VS.

Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70–182). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Oevermann, U. (2005). Wissenschaft als Beruf – Die Professionalisierung wissenschaftlichen Handelns und die gegenwärtige Universitätsentwicklung. Zugriff am 09.09.2019 unter https://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/05_1/Oevermann_Wissenschaft_als_Beruf.pdf

Oevermann, U. (2013). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. Auflage) (S. 119–147). Wiesbaden: Springer VS.

Ojha, H. A., Snyder, R. S. & Davenport, T. E. (2014). Direct Access Compared with Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy, 94* (1), 14–30.

Ophey, M., Beenen, P. & Bant, H. (2007). Case-Study-Research: Was wir von unseren Patienten lernen können. Verbinden von Qualitätszyklus, Evidenz-basierter Praxis und Clinical Reasoning in Fallstudien. *Manuelle Therapie, 11,* 1–6.

Opseth, G., Wahl, A. K., Björke, G. & Mengshoel, A. M. (2018). Negative perceptions of illness and health are associated with frequent use of physiotherapy in primary healthcare. *Musculoskeletal Care, 16* (1), 133–138.

Oser, F. & Althof, W. (2001). *Moralische Selbstbestimmung – Modelle der Entwicklung und der Erziehung im Wertebereich* (4. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Oser, F. K., Althof, W. & Higgins-D'Alessandro, A. (2008). The Just Community approach to moral education: system change or individual change? *Journal of Moral Education, 37* (3), 395–415.

Owen, P. J., Miller, C. T., Mundell, N. L., Verswijveren, S. J. J. M., Tagliaferri, S. D., Brisby, H., Bowe, S. J. & Belavy, D. L. (2019). Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 0.* doi:10.1136/bjsports-2019–100886

Parsons, T. (2012). *The Social System*. New Orleans: Quid Pro.

PartGG (Partnerschaftsgesellschaftsgesetz). (2015). *Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe.* Zugriff am 10.12.2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/partgg/PartGG.pdf

Patterson, K. C. & Patterson, R. A. (2013). Direct Access to Physical Therapy in Michigan is Overdue. *Medical Student Research Journal, 3,* 14–16.

Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 3.* doi: 10.1111/sms.12581

Peer, K. S. & Schlabach, G. (2007). Ethics Education: The Cornerstone of Foundational Behaviors of Professional Practice. *Athletic Therapy Today, 12* (1), 34–37.

Peters, R. (2010). Professionalität und Handlungsethos. In C. Hof, J. Ludwig & B. Schäffer. *Professionalität zwischen Praxis, Politik und Disziplin* (S. 74–85). Baltmannsweiler: Schneider.

Pfadenhauer, M. (2003). *Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz.* Opladen: Leske + Budrich.

Pfadenhauer, M. (2005) Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.). *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (2. Auflage) (S. 113–130). Wiesbaden: VS Verlag.

Pfadenhauer, M. (2016). Gemeinwohlorientierung als Maxime professionellen Handelns. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 40–50). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Piaget, J. (1973). *Das moralische Urteil beim Kinde.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Pieper, A. (2007). *Einführung in die Ethik* (6. Auflage). Tübingen & Basel: A. Francke.

Platon (1987). *Protagoras*. In H.-W. Krautz (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Platon (1989). *Gorgias.* In K. Hildebrandt (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Platon (1994). *Menon*. In M. Kranz (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Platon (2000). *Protagoras.* In H.-W. Krautz (Übers. U. Hrsg. Stuttgart: Reclam.

Platon, (2010). *Politeia.* In K. Vretska (Übers. u. Hrsg.). Stuttgart: Reclam.

Porter, S. (2017). *Psychologically informed Physiotherapy – Embedding psychosocial perspectives within clinical management.* Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sidney, Toronto: Elsevier.

Power, F. C. & Higgins-D'Alessandro, A. (2008). The Just Community Approach to Moral Education and the Moral Atmosphere of the School. In L. P. Nucci & D. Narváez (Eds.). *Handbook of Moral and Character Education* (S. 230–247). New York: Routledge.

Praestegaard, J. & Gard, G. (2013). Ethical issues in physiotherapy – Reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiotherapy Theory and Practice, 7.* doi: 10.3109/09593985.2012.700388

Pravikoff, D. S., Tanner, A. B. & Pierce, S. T. (2005). Readiness of U.S. Nurses for Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*, *105* (9), 40–51.

Probst, A. (2004). Denkmodelle: Basis für die Professionalisierung. Mehr als graue Theorie. *physiopraxis, 2* (2), 34–37.

Probst, A. (2007). Modell der menschlichen Bewegung in der Physiotherapie. Diskussionsbeitrag zur theoretischen Fundierung eines physiotherapeutischen Bewegungsbegriffs. *physioscience, 3* (3), 131–135.

QAA (The Quality Assurance Agency for Higher Education). (2001). *Benchmark Statement: Health care programmes – Physiotherapy*. Zugriff am 04.03.2021 unter https://studylib.net/doc/8253553/physiotherapy--2001-#

Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA.* Wiesbaden: Springer VS.

Rabe-Kleberg, U. (1996). Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist „semi“ an traditionellen Frauenberufen? In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 276–302). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Reinhard, M. (2017). *Ökonomische und berufliche Situation der ambulanten Physiotherapie und Ergotherapie in Deutschland*. ifo Forschungsberichte. Zugriff am 25.05.2018 unter https://www.cesifo-group.de/DocDL/ifo_Forschungsberichte_90_2017__Reinhard_Physio_Ergotherapie.pdf

Resnik, L. & Jensen, G. M. (2003). Using clinical outcomes to explore the theory of expert practice in physical therapy. *Physical therapy, 83* (12), 1090–1106.

Rest, J. R. & Thoma, S. J. (1985). Relation of moral judgment to formal education. *Developmental Psychology, 21* (4), 709–714.

Rest, J. R. (1988). Why does college promote development in moral judgment? *Journal of Moral Education, 17* (3)*,* 183–194.

Rest, J. R. (1994). Backround: Theory and Research. In J. R. Rest & D. Narváez (Eds.). *Moral Development in the Professions. Psychology and Applied Ethics* (pp. 1–26). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Rest, J. R. & Narváez, D. (Eds.). (1994). *Moral Development in the Professions. Psychology and Applied Ethics.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Rest, J. R., Narváez, D., Thoma, S. J. & Bebeau, M. J. (1999). DIT2: Devising and Testing a Revised Instrument of Moral Judgment. *Journal of Educational Psychology, 91* (4), 644–659.

Richter, R. (2016). *Physiotherapie und Wissenschaft – Die wissenschaftliche Emanzipation der Physiotherapie im Spannungsfeld von Disziplinbildung und Professionalisierung*. Dissertation, Universität Potsdam.

Richter, R. & Thierfelder, I. (2018). The Movement Continuum Theory of Physical Therapy. In H. Höppner & R. Richter (Hrsg.). *Theorien und Modelle der Physiotherapie* (S. 31–67). Bern: Hogrefe.

Rieckmann, M. (2011). Schlüsselkompetenzen für eine nachhaltige Entwicklung der Weltgesellschaft. Ergebnisse einer europäisch-lateinamerikanischen Delphi-Studie. *GAIA - Ecological Perspectives on Science and Society, 20,* (1), 48-56.

Rieckmann, M. (2012). Future-oriented higher education: Which key competencies should be fostered through university teaching and learning? *Futures, 44* (2), 127–135.

Ring, N., Malcom, C., Coull, A., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2005). Nursing best practice statements: An exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (9), 1048–58.

Ripberger, D. (2015). Perspektivlosigkeit in der Physiotherapie? Was junge Therapeuten dazu bewegt, aus ihrem Beruf abzuwandern. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten, 67* (9), 18–20.

Robra, B.-P. (2016). Evidenz. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 193–202). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Rohrbach, N., Grafe, M. & Zalpour, C. (2013). Ermittlung notwendiger Kompetenzen im Patient Self-Referral. Vorschlag zur Analyse des Bildungsbedarfs deutscher Physiotherapeuten. *physioscience, 9* (1), 23–30.

Rossettini, G., Carlino, E. & Testa, M. (2018). Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders, 19* (27). doi: https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8

Rothstein, J. M. (1991). Direct Access: Beyond the Diatribes. *Physical Therapy*, 71 (3), 181–182.

Rüschemeyer, D. (1972). Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Profession. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.). *Berufssoziologie* (S. 168–181). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Sackett, D. L. & Rosenberg, W. M. C. (1995). The need for evidence-based medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *88* (11), 620–624.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn´t. *British Medical Journal*, *312* (7023), 71–72.

Saßnick-Lotsch, W. & Rebel, K. (2014). Professionsbezogenes Wissen erweitern – Lebenslanges Lernen im Lehrerberuf. In K. W. Schönherr & V. Tiberius (Hrsg.). *Lebenslanges Lernen – Wissen und Können als Wohlstandsfaktoren* (S. 139–150). Wiesbaden: Springer VS.

Sauer, K., Rothgang, H. & Glaeske, G. (2014). *BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* (Band 28). Siegburg: Asgard-Verlag.

Saunders, L. (1996). Managing Delegation to Physiotherapy Assistants: Application of a Functional Analysis Model. *Physiotherapy, 82* (4), 246–252.

Sautermeister, J. (Hrsg.). (2017). *Moralpsychologie – Transdisziplinäre Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schaeffer, D. (1994). Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hrsg.). *Public Health und Pflege- Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen.* Berlin: Rainer Bohn.

Schämann, A. (2006). *Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie – Der studentische Blick auf die Profession*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Schaub, H. & Zenke, K. G. (2000). *Wörterbuch Pädagogik* (4. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Scheel, K. (2013). *Modelle und Praxiskonzepte der Physiotherapie – Eine Verortung innerhalb von Anthropologie und Ethik*. Münster: LIT Verlag.

Scherfer, E., Heinks, A., Köckritz, C., Zietz, D., Harth, A., Peters, C., Jurgons, S. & Apelt, S. (2017). Die Ethischen Prinzipien der WCPT – Deutsche Fassung. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten, 69* (4), 15–20.

Schewior-Popp, S. (1994). *Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Schillinger, M. (2006). *Learning environments and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German- speaking countries*. Aachen: Shaker-Verlag.

Schlaefli, A., Rest, J. R. & Thoma, S. T. (1985). Does Moral Education Improve Moral Judgment? A Meta-Analysis of Intervention Studies Using the Defining Issues Test. *Review of Educational Research, 55* (3), 319–352.

Schmid Noerr, G. (2012). *Ethik in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidt, A. (2008). Profession, Professionalität, Professionalisierung. In H. Willems (Hrsg.). *Lehr(er)buch Soziologie: Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge* (Band 2) (S. 835–864). Wiesbaden: VS Verlag.

Schmidt, T. (2011). Deontologische Ethik. In R. Stoecker, C. Neuhäuser & M.-L. Raters (Hrsg.). *Handbuch Angewandte Ethik* (S. 43–49). Stuttgart & Weimar: J. B. Metzler.

Schomacher, J., Bauer, P. & Meyer, M. (2006). Clinical Reasoning als Beitrag zur Professionalisierung der PT. *Manuelle Therapie, 10*, 3–12.

Schöler, J. H. (2005). *Über die Anfänge der Schwedischen Heilgymnastik in Deutschland – ein Beitrag zur Geschichte der Krankengymnastik im 19. Jahrhundert.* Dissertation, Universität Münster.

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum: Qualitative Sozialforschung, 15* (1), Art. 18.

Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H.R., Bajbouj, M., Renneberg, B., Heuser, I. & Roepke, S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research, 47*(10), 1363–9.

Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als „bescheidene" Profession. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.). *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 132–170). Opladen: Leske + Budrich.

Schütze, F. (1996). Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkung auf Paradoxien des professionellen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 183–275). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Schwerdt, R. (2002). *Ethisch-moralische Kompetenzentwicklung als Indikator für Professionalisierung. Das Modellprojekt „Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pflegender".* Regensburg: Katholischer Pflegeverband.

Seltrecht, A. (2016). Pflegeberufe. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 499–510). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

SHV (Spitzenverband der Heilmittelverbände). (2019). *Direktzugang: Möglichkeiten für Modellprojekte schaffen.* Zugriff am 13.03.2021 unter https://www.shv-heilmittelverbaende.de/direktzugang-moeglichkeiten-fuer-modellprojekte-schaffen/

Sim, J. (2004). Fundamentals of moral decision-making. In S. French, J. Sim (Eds.). *Physiotherapy: a psychosocial approach* (3. Edition) (pp. 221–236). Edinburgh: Elsevier.

Simera, I., Moher, D., Hirst, A., Hoey, J., Schulz, K. F. & Altman, D. G. (2010). Transparent and accurate reporting increases reliability, utility, and impact of your research: reporting guidelines and the EQUATOR Network. *BMC Med, 8* (24). doi: 10.1186/1741-7015-8-24

Singer, P. (2013). *Praktische Ethik* (3. Auflage). Übers. O. Bischoff, J.-C. Wolf, D. Klose & S. Lenz. Stuttgart: Reclam.

Singla, M., Jones, M., Edwards, I. & Kumar, S. (2014). Physiotherapists´assessment of patients´psychosocial status: Are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy, 20* (2), 328–334.

Singleton, M. C. (1987). Independent practice – on the horns of a dilemma: A special communication. *Physical Therapy*, *67* (1), 54–57.

Sisola, S. W. (2000). Moral Reasoning as a Predictor of Clinical Practice: The Development of Physical Therapy Students Across the Professional Curriculum. *Journal of Physical Therapy Education, 14*, (3), 26–34.

Slade, S. C., Hay-Smith, J., Mastwyk, S., Morris, M. E. & Frawley, H. (2019). Attributes of physiotherapy continence clinicians: a qualitative perspective. *Physiotherapy, 106,* 119–127.

Sprinthall, N. A., Reiman, A. J. & Thies-Sprinthall, L. (1993). Roletaking and reflection: Promoting the conceptual and moral development of teachers. *Learning and Individual Differences, 5* (4), 283–299.

Staub-Bernasconi, S. (2013). Der Professionalisierungsdiskurs zur Sozialen Arbeit (SA/SP) im deutschsprachigen Kontext im Spiegel internationaler Ausbildungsstandards. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. Auflage) (S. 23–48). Wiesbaden: Springer VS.

Sternberg, R. J. (1998). Abilities are forms of developing expertise. *Educational Researcher, 27* (3), 11–20.

Stertz, N., Salzmann, A. & Blättner, B. (2016). *Evaluation der Modellklausel für Hebammenkunde und Physiotherapie an der Hochschule Fulda.* Fulda: Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit.

Stichweh, R. (1992). Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.). *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 36–48). Opladen: Leske + Budrich.

Stichweh, R. (1994). *Wissenschaft Universität Professionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Stichweh, R. (1996). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S.49–69). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Stichweh, R. (2000). Professionen im System der modernen Gesellschaft. In R. Merten (Hrsg.). *Systemtheorie Sozialer Arbeit – Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 29–38). Opladen: Leske + Budrich.

Stichweh, R. (2005). Wissen und die Professionen in einer Organisationsgesellschaft. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hrsg.). *Organisation und Profession* (S. 31–44). Wiesbaden: VS Verlag.

Strassnitzky, A. M. (2009). *Die Professionalisierung der Physiotherapeuten – eine erwachsenen- und berufspädagogische Auseinandersetzung*. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.

Steinke, I. (2017). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (S. 319–331). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Stevans, J. M., Delitto, A., Khoja, S. S., et al., (2021) Risk factors associated with transition from acute to chronic low back pain in US patients seeking primary care. *JAMA Network Open, 4* (2): e2037371. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.37371

Stöckl, M. (2019). Keine Zeit für Befunderhebung und Dokumentation? Auswertung zur beruflichen Realität der Physiotherapie in Deutschland. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten, 71* (12), 16–19.

Stöver, K. (2008). Eine Berufskammer für Physiotherapeuten? *physiopraxis, 6* (1), 8–12.

Sullivan, M. J. L. & Adams, H. (2010). Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions of low back pain. *Physiotherapy Canada, 62* (3), 180–189.

Swisher, L. L. (2002). A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970–2000). *Physical Therapy, 82* (7), 692–706.

Swisher, L. L. & Page, C. G. (2005). *Professionalism in Physical Therapy – History, Practice, & Development*. St Louis: Elsevier Saunders.

Swisher, L. L., Arslanian, L. E. & Davis, C. M. (2005). The Realm-Individual-Process- Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making. *Official Publication of the Section on Health Policy & Administration, 5* (3), 1–8.

Swisher, L. L. (2010). Moral Reasoning among Physical Therapists: Results of the Defining Issues Test. *Physiotherapy Research International, 15* (2), 69–79.

Swisher, L. L., van Kessel, G., Jones, M., Beckstead, J. & Edwards, I. (2012). Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase, and type. *Physical Therapy Reviews*, *17* (3), 167–175.

Synnott, A., O´Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O´Sullivan, P. & O´Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stimatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy, 61* (2), 68–76.

Taylor, N. F., Dodd, K. J., Shields, N. & Bruder, A. (2007). Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: a summary of systematic reviews 2002–2005. *Australian Journal of Physiotherapy, 53,* (1), 7–16.

Terhart, E. (2011). Lehrerberuf und Professionalität. Gewandeltes Begriffsverständnis – neue Herausforderungen. In W. Helsper & R. Rippelt. *Pädagogische Professionalität* (S. 202–224). Weinheim: Beltz.

The Physiotherapy Board of New Zealand. (2009). *Physiotherapy Competencies for physiotherapy practice in New Zealand.* Zugriff am 04.03.2021 unter https://www.physioboard.org.nz/sites/default/files/PHYSIO_Competencies_09_for_web_0.pdf

Thiersch, H. (2013). Authentizität – eine essayistische Skizze. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. Auflage) (S. 249–263). Wiesbaden: Springer VS.

Tiberius, V. (2014). Vorwort. In K. W. Schönherr & V. Tiberius (Hrsg.). *Lebenslanges Lernen – Wissen und Können als Wohlstandsfaktoren* (S. 5–6). Wiesbaden: Springer VS.

Tiefel, S. (2016). Vertrauen. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.). *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 150–155). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Timmermans, S. & Mauck, A. (2005). The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs, 24* (1), 18–28.

Tödt, H. E. (1988). *Perspektiven theologischer Ethik.* München: Kaiser.

Traeger, A. C., Moseley, G. L., Hübscher, M., Lee, H., Skinner, I. W., Nicholas, M. K., Henschke, N., Refshauge, K. M., Blyth, F. M., Main, C. J., Hush, J. M., Pearce, G. & McAuley, J. H. (2014). Pain education to prevent chronic low back pain: a study protocol for a randomised controlled trial. British *Medical Journal, 4* (6). doi: 10.1136/bmjopen-2014–005505

Trevino, L. K. (1992). Moral Reasoning and Business Ethics: Implications for Research, Education, and Management. *Journal of Business Ethics, 11* (5–6), 445–459.

Triezenberg, H. L. (1996). The Identification of Ethical Issues in Physical Therapy Practice. *Physical Therapy, 76* (10), 1097–1106.

Triezenberg, H. L. (1997). Teaching Ethics in Physical Therapy Education: a Delphi Study. *Journal of Physical Therapy Education, 11* (2), 16–22.

Triezenberg, H. L. & Davis, C. D. (2000). Beyond the code of ethics: Educating physical therapists for their role as moral agents. *Journal of Physical Therapy Education*, 14 (3), 48–58.

Triezenberg, H. L. (2005). Examining the Moral Role of Physical Therapists. In R. B. Purtilo, G. M. Jensen & C. Brasic Royeen (Eds.). *Educating for Moral Action – A Sourcebook in Health and Rehabilitation Ethics* (S. 85–97). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Van Sant, A. F. (2013). Optimizing Movement. *Pediatric Physical Therapy, 25* (2), 129.

Van Vonderen, A. (2005). Mehrdimensionales Belastungs-Belastbarkeits-Modell: Ein konzeptuelles Modell für die Physiotherapie. *Manuelle Therapie, 9* (5), 230–236.

VDB, Physiotherapieverband. (2020). *Unsere berufspolitischen Ziele.* Zugriff am 13.03.2021 unter https://vdb-physio.de/ueber-uns/unsere-berufpolitischen-ziele/

VOD (Verband der Osteopathen Deutschland). (2021). *Politische Arbeit*. Zugriff am 10.03.2021 unter https://www.osteopathie.de/politische_arbeit

Wahl, A. K., Opseth, G., Nolte, S., Osborne, R. H., Bjørke, G. & Mengshoel, A. M. (2018). Is regular use of physiotherapy treatment associated with health locus of control and self-management competency? A study of patients with musculoskeletal disorders undergoing physiotherapy in primary health care. *Musculoskeletal Science Practice, 27* (36), 43–47.

Walkenhorst, U. (2008). *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung. Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse.* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Walkenhorst, U. & Klemme, B. (2008). Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie. In S. Matzick (Hrsg.). *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen – Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 195–212). Weinheim und München: Juventa.

Waltersbacher, A. (2015). *Heilmittelbericht 2015. Wissenschaftliches Institut der AOK.* Zugriff am 15.10.2020 unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2015.pdf

Waltersbacher, A. (2016). *Heilmittelbericht 2016. Wissenschaftliches Institut der AOK*. Zugriff am 15.10.2020 unter https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/heil_hilfsmittel/wido_heilmittelbericht_2016_web.pdf

Warburton, D. E. R., Nicol, C. W. & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal, 174* (6), 801–809.

Wasner, M. (2006). *Qualitätsmanagement in der Ausbildung in den EU-Ländern. Eine vergleichende Untersuchung.* Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Watson, J. A., Ryan, C. G., Cooper, L., Ellington, D., Whittle, R., Lavender, M., Dixon, J., Atkinson, G., Cooper, K. & Martin, D. J. (2019). Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain, 20* (10). doi: 10.1016/j.jpain.2019.02.011

WCPT (World Confederation of Physical Therapy). (2011a). *WCPT guideline for physical therapist professional entry level education*. Zugriff am 15.10.2020 unter https://world.physio/guideline/clinical-education

WCPT (World Confederation of Physical Therapy). (2011b). *WCPT guidelines for the development of a system of legislation/regulation/recognition of physical therapists*. Zugriff am 15.10.2020 unter https://world.physio/guideline/regulation-legislation

WCPT (World Confederation of Physical Therapy). (2017a). *Description of physical therapy*. Zugriff am 04.01.2018 unter http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS_Description_of_physical_therapy_FINAL.pdf

WCPT (World Confederation of Physical Therapy). (2017b). *Direct access and patient/client self referral to physical therapy*. Zugriff am 28.12.2017 unter http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS_Direct_Access_FINAL.pdf

WCPT (World Confederation of Physical Therapy). (2019). *Ethical responsibilities of physical therapists and member organisations.* Zugriff am 10.03.2021 unter https://world.physio/sites/default/files/2020-04/PS-2019-Ethical-responsibilities.pdf

Weber, M. (1992). *Politik als Beruf.* Ditzingen: Reclam.

Wenzel, H. (2005). Profession und Organisation. Dimensionen der Wissensgesellschaft bei Talcott Parsons. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hrsg.). *Organisation und Profession* (S. 45–72). Wiesbaden: VS Verlag.

Wenzel, T. R. & Morfeld, M. (2016) Das biosoziale Modell und die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: Beispiele für die Nutzung des Modells, der Teile und der Items. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59* (9). doi 10.1007/s00103016-2401-0

Whiteley, J. M. (1986). Introduction: A Rationale for the Sierra Project. In J. C. Loxley & J. M. Whiteley (Eds.). *Character Development in College Students. Volume II: The Curriculum and Longitudinal Results* (S. xxxv–xliii). Schenectady: Character Research Press.

Whiting, P., Rutjes, A. W. S., Reitsma, J. B., Bossuyt, P. M. M. & Kleijnen, J. (2003). The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology, 3* (3): 25. doi: 10.1186/1471-2288-3-25

Wilimczik, K., Bollert, G. & Geuter, G. (2009). Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Philosophie – Mutter aller Wissenschaften. *physioscience, 5 (1)*, 27–33.

Wimmers, P. F. (2006). *Developing clinical competence.* Zugriff am 04.03.2021 unter https://www.researchgate.net/publication/254804646_Developing_Clinical_Competence

Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Zugriff am 04.03.2021 unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Worrall, J. (2002). What evidence in evidence-based medicine? *Philosophy of Science*, *69* (S3), 316–330.

Zadro, J., O´Keeffe & Maher, C. (2019). Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *British Medical Journal.* doi: 10.1136/bmjopen-2019–032329

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

Zöller, M. (2015). *(Vollzeit-) Schulische Ausbildungsgänge mit einem beruflichen Abschluss gemäß und außerhalb BBiG/HwO. Vertiefende Analyse der Entwicklung in Deutschland* (Heft-Nr. 159). Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.). Bonn: Berufsinstitut für Berufsbildung.

Zusman, M. (1998). Structure-oriented beliefs and disability due to back pain. *Australian Journal of Physiotherapy, 44* (1), 13–20.

Zusman, M. (2013). Belief reinforcement: one reason why costs for low back pain have not decreased. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 6*, 197–204.

118. Deutscher Ärztetag. (2015). *Beschlussprotokoll.* Zugriff am 28.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf

Anhang

Interviewleitfaden

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive

Klientel: Deutsche Physiotherapeuten
Intro: Ich möchte heute mit Dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um Deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen…:

	Fragen	Nachfragekatalog	Bezug
1	Wie würdest Du, aus Deiner persönlichen Sicht, die Physiotherapie definieren?	Wie würdest du die Kernaufgaben von Physiotherapeuten beschreiben? Grenzt sich die deutsche Physiotherapie genügend von anderen Berufen ab?	Berufskultur: Definition der eigenen Tätigkeit bzw. Abgrenzung zu anderen Berufen Systemtheorie Strukturtheorie
2	Welche Praxis/Behandlungsmodelle kennst Du und nach welchem Modell richtest Du Deine Behandlungsstrategie aus?	Warum nutzt Du besonders „dieses“ spezielle Modell?	Berufskultur: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
3	Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung/Studium erworben haben?	Warum schätzt Du besonders diese Kompetenz als wichtig ein?	Berufskultur: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
4	Hast Du das Gefühl, dass Du durch die/das Ausbildung/Studium genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest?	Warum denkst Du das? Was hat dir gefehlt?	Berufskultur: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
5	Nutzt Du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung Deiner Patienten?	Erkläre mir Deinen Standpunkt.	Berufskultur: Evidence based Practice Strukturtheorie
6	Wann hast Du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?	Was war der Grund dafür?	Berufskultur: Evidence based Practice Strukturtheorie
7	Nutzt Du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung Deiner Patienten?	Warum? Wie regelmäßig?	Berufskultur: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
8	Was sagt Dir der Begriff „Professionalisierung“?	Was fällt Dir bei dem Begriff im Kontext zur deutschen Physiotherapie ein?	Professionalisierung:

9	Was könnte Deiner Meinung nach getan werden, um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen?		Professionalisierung: Systemtheorie
10	Welche Merkmale bringst Du mit einer „professionellen Physiotherapie“ in Verbindung?	Erkläre mir bitte, warum gerade diese Merkmale.	Professionalisierung: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
11	Wie wichtig schätzt Du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die Gesellschaft ein?	Warum bist Du dieser Meinung?	Professionalisierung: Funktionalistischer Ansatz Systemtheorie
12	Was denkst du, welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung?		Professionalisierung: Systemtheorie Strukturtheorie
13	Glaubst Du von Dir selber, dass Du jeden Schritt Deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest?	Warum bist Du dieser Meinung?	Professionalisierung: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
14	Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen Deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher?	Warum glaubst Du das?	Professionalisierung: Merkmalorientierter Ansatz Strukturtheorie
15	Wie stehst Du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapie?	Warum bist Du dieser Meinung?	Professionalisierung: Akademisierung/Professionalität Systemtheorie
16	Glaubst Du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für Physiotherapeuten umzusetzen?	Begründe Deine Meinung	Professionalisierung: Professionalität/Direct Access Systemtheorie Strukturtheorie
17	Was bedeutet für Dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten?		Ethik: Reflexion über die Begrifflichkeit im Kontext zum Beruf
18	Wurde das Thema Ethik in Deiner Ausbildung/Studium angesprochen?	In welchem Kontext geschah dies? Warst Du mit dieser Situation zufrieden?	Ethik: Systemtheorie
19	Hast Du Dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt?	Warum geschah dies?	Ethik: Reflexion von Ethik im Beruf Systemtheorie
20	Wie wichtig schätzt Du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein?	Warum bist Du dieser Meinung?	Ethik: Systemtheorie
21	Hast Du Dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt?	Aus welchem Grund geschah dies?	Ethik: Professionalität/professionelles Handeln Systemtheorie
22	Was bedeutet für Dich ein „ethisches Dilemma“?		Ethik: Reflexion

23	In welchen Situationen hast Du Dich schon einmal in einem ethischen Dilemma befunden?	Welche Gefühle hattest Du während dieser Situation?	Ethik: Reflexion
24	Gibt es noch weitere Situationen in denen Du Dich solchen Dilemmata ausgesetzt gefühlt haben?	z.B. außerhalb der direkten Patienteninteraktion.	Ethik: Reflexion
25	Was hast Du getan um ein solches Dilemma aufzulösen?		Ethik: Professionalität/professionelles Handeln
26	Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze sind für Dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig?	In welchen Situationen konntest Du Dich nicht an diese Prinzipien halten?	Ethik: Reflexion Systemtheorie
27	Was bedeutet für Dich der Begriff Moral und wie würdest Du Ihn zum Begriff Ethik abgrenzen?		Moral: Reflexion der Begriffe
28	Wie schätzt Du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein?	Glaubst Du, dass ein moralisch gebildeter Physiotherapeut „professioneller“ arbeiten kann?	Moral: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
29	Erkläre mir, wie wichtig Du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten für die Professionalisierung einschätzt.	Aus welchem Grund Du dies?	Moral: Professionalität/professionelles Handeln Strukturtheorie
30	Welchen Stellenwert hätte für Dich die Integration eines Ethik- und Moralkompetenzunterricht in die/das Ausbildung/Studium?	Warum glaubst Du das?	Moral: Professionalität/professionelles Handeln Systemtheorie

Kategoriensystem

Hauptkategorie: Berufsbild

Kategorie: Funktion der Physiotherapie

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B12, 10–13	„Ich denke Physiotherapie wäre unter Einsatz aller Mitteln, die mir zur Verfügung stehen, einen Patienten aus einer bestimmten Problematik herauszuhelfen. (Okay) Und zwar, was die Physiotherapie angeht, wäre das Bewegung und mit dem Mittel der Bewegung. Und zielen eben auf Verbesserung von Bewegungsfähigkeit und aufheben oder verbessern von körperlichen Einschränkungen.“	Bewegungsprobleme von Patienten durch Bewegung verbessern und eine körperliche Einschränkung beseitigen.	Setting und Strukturmerkmale
B12, 55–59	„Also, wenn ich mir was wünschen dürfte, wäre es natürlich, dass die Physiotherapie sich auf die tatsächlich wirksamen Interventionen fokussiert und dazu eben auch grundsätzlich plausibel und überprüfte Annahmen einsetzt und von plausiblen Annahmen und Tatsachen ausgeht. Und ich denke, das ist der Unterschied zur Osteopathie. Da gibt es keinerlei überprüfte oder auch keine Tatsachen und auch keine Plausibilität, sondern ich würde eher sagen, die Osteopathie verwurschtelt alle Irrtümer, die aus der Physiotherapie irgendwann einmal rausgeflogen sind.“	Physiotherapie sollte sich auf tatsächlich wirksame Interventionen fokussieren um sich auch von anderen Berufsgruppen wie Osteopathie abzugrenzen.	Abgrenzbarkeit durch evidence based practice
B15, 91–93	„Also ich denke schon, dass ich am häufigsten zur Beurteilung von Gesundheit und Krankheit und auch zur Behandlung das biopsychosoziale Modell nutze, weil das rein biomedizinische oder auch rein biochemische Eigenschaften alleine nicht ausreichen um Gesundheit und Krankheit gut zu evaluieren und auch gut zu behandeln.“	Es wird das biopsychosoziale Modell genutzt um Gesundheit und Krankheit ausreichend zu evaluieren.	Praxismodelle

B15, 19–22	„Also, wenn das jetzt rein um den Physiotherapeuten geht, oder um das Fach Physiotherapie. Wir haben wirklich erweiterte Rollen. (Ja, welche denn?) Also ich fülle zum Beispiel eine erweiterte Rolle aus, wenn ich in der Forschung arbeite, in der Physiotherapie. Oder ich erfülle eine erweiterte Rolle, wenn ich, so wie ich es in dem jetzigen Job mache, den Rehaprozess komplett manage. Leitungsaufgaben sind erweiterte Rollen.“	Eine Erweiterung der Berufsaufgaben durch Forschung oder Leitungsaufgaben.	Liquide Funktionsgrenzen
B6, 24–26	„Naja ich sag mal so, bisher sind wir, schlecht, genauso gut bezahlte Fitnesstrainer, so im Wert. Ich denke die Physiotherapie muss sich, kann sich aktuell überhaupt nicht von anderen Berufsgruppen abgleichen, abgrenzen weil wir kein Alleinstellungsmerkmal haben. (Ja) Wir kosten einen haufen Kohle, aber bringen keinen Impact in der Gesellschaft, mehr.“	Keine Berufsgrenze da wir kein Alleinstellungsmerkmal haben und Kosten produzieren.	Erosion der Funktionsgrenzen

Kategorie: Berufsspezifische Kompetenzen der Physiotherapeuten

Textstelle	**Originaltext**	**Paraphrase**	**Kategorie/Generalisierung**
B13, 38–43	„Ich finde, das ist ein ganz, ganz wichtiger Aspekt. Und diese kommunikativen Fähigkeiten… es sollte eigentlich eine einheitliche Berufssprache geben, oder? Im Sinne wie trete ich in der Gesprächsführung zum Beispiel an Klienten ran, wie kann ich in ihm Vorstellungsbilder erzeugen, wie kann ich ihn mitnehmen, wie kann ich ihn befähigen. Ich finde das sind die Kerngebiete. (Okay) Weil, das ist überall gleich, egal ob es muskuloskeletal Rehabilitation, ob es Neuroreha ist, ob es Kardiopulmunal ist, Onkologie ist, es geht ja schlichtweg immer um Menschen und bei Menschen geht es um Kommunikation. Und das ist für mich das Kerngebiet.“	Aufklärung sowie Kommunikation über Verhaltensaspekte und Tatbestände sind essentiell für die Physiotherapie.	Kommunikation

B4, 97–98	„Also meiner Meinung nach ist es einfach ein bisschen zu viel. Was vielleicht auch noch wichtig ist, ist schon auch so diese pädagogische Komponente, die jetzt auch sehr, sehr wenig in der Ausbildung drin ist, also zumindest bei uns war…“	Wunsch nach mehr pädagogischen und kommunikativen Fähigkeiten in der Ausbildung.	Pädagogische Kompetenzen
B7, 131–133	„Ja. Allgemein. Alles was in Psychiatrie, Psychopathologie oder psychologisch-pädagogisch was man dann erklären kann, zum Beispiel oder so. Das finde ich allgemein, wäre, wenn das im Unterricht intensivierter wäre und wie zum Beispiel sowas wie BGM oder Fango legen, ja, das kann man dann mal kurz mit einbauen aber das sollte dann nicht großartig ausweiten […].“	Psychologische sowie pädagogische Kompetenzen vertiefen und unwichtige Kompetenzen reduzieren.	Pädagogische und psychologische Kompetenzen
B15, 111–117	„Also selbstkritisch oder kritisch ist ja schon fast so ein Übermantel für viele andere Dinge. Ich denke eine gewisse Fähigkeit Wissen deduktiv und induktiv anzuwenden. (Okay) Abstrakt und konkret zu werden halt. Da sollte es eine gewisse Fähigkeit geben. Dann denke ich ist es wichtig, dass man auch bestimmte, also, abstrakt werden kann, konkret werden kann aber auch bestimmt analytisch werden kann. […] Was mir natürlich persönlich in der Ausbildung gefehlt hat, in meiner damaligen Ausbildung, die jetzt aber auch schon 15 Jahre her ist. Ist halt ein grundsätzlich epistemologisches Wissen und ein grundsätzliches Wissen über evidenzbasierte Medizin, Forschung, alles was das beinhaltet und, oder? Im Backround.“	Wichtig für alle Physiotherapeuten ist ein wissenschaftliches Grundverständnis sowie abstrakt und konkret zu werden.	Wissenschaftliche Kompetenzen
B10, 178–182	„Sagen wir es mal so, man, ich glaub ich halt das heutzutage für ganz großen Fehler, wenn wir gerade in, in also überhaupt Gesundheit, Gesundheitswissenschaften Therapiewissenschaften, das ist so vielschichtig und vielfältig, dass du glaube ich das wichtigste Handwerkszeug ist zu wissen, wo du wirklich auch Wissenschaft nachlesen kannst. Und das heißt, auch mal den Mut zu haben zu sagen halt stopp, ich weiß hier gerade nicht weiter, ist aber nicht schlimm und	Physiotherapeuten sollen ihre Grenzen kennen und wissen, was sie nicht können oder nicht wissen.	Eigene Grenzen kennen

	ich recherchiere das nach und dann machen wir weiter.“		
B1, 91–94	Empathie ist total wichtig, ja, also auch nicht, nicht zu denken: ok ich habe das Wissen jetzt hier und deswegen ist dein Schmerz nicht echt oder das kann nicht sein oder des find ich wichtig, Aufgeschlossenheit auch dem Patienten gegenüber und den Mitarbeitern sowieso, ja, also Teamfähigkeit aber das ist glaube ich überall wichtig, ist egal in welchem Job du bist.	Den Patienten gegenüber Empathie aufbringen und kollegial mit Kollegen umgehen.	Empathie
B10, 99–100	„Egal ob ausgebildet oder studiert gehört meines achtens evidenzbasierte arbeiten, das ist A und O. (Okay) Also das ist wirklich, da führt kein Weg dran vorbei und mit einer, einer wirklich vernünftigen Diagnostik.“	Evidenzbasiertes Arbeiten wird als besonders wichtige Kompetenz empfunden.	Evidence based practice
B11, 84–90	„Als aller erstes würde ich Reflexionsfähigkeit setzen und alles weitere sind für mich erst einmal viele Ableitungen daraus, nämlich zum Beispiel Sozialwissenschaften beziehungsweise Sozialpsychologie, um überhaupt Möglichkeiten zu haben um die kognitive, die kognitiven Resultate anhand jemandes Handlungen einschätzen zu können und übrigens auch dafür um zum Beispiel auch eine Art von multidisziplinäre Wertschätzung sehen zu können und nutzen zu können, die sich dann mit anderen Disziplinen vielleicht auch entwickeln kann und was dann auch zu einer gewissen Kompetenzschärfe beziehungsweise einer Kompetenzhinterfragung führt, die dann wiederum den, den professionellen und immer spezifischer werdenden Weg eigentlich erst einmal ermöglicht, die Physiotherapie dort einzuordnen wo sie wirklich dann auch eine, ein effektives, eine effektive Alleinstellung bekommt.“	Reflexionsfähigkeit wird als besonders wichtig empfunden um unterschiedliche Wissensformen zu relationieren und praktisches Handeln kritisch zu hinterfragen.	Reflexionsfähigkeit
B14, 120	„Genau. Also diese Soft-Skills, wie du es nennst, die sich aneignen um dieses life-long learning dann beginnen zu können.“	Life-long learning Fähigkeiten.	Life-long learning
B14, 130–134	„Ja es ist halt, ja, ich muss halt wissen wo stehe ich jetzt und wo will ich hin. Und	Clinical Reasoning ist essentiell um ein	Clinical Reasoning

	wie komme ich jetzt von diesem Punkt A nach Punkt B, welchen Weg kann ich nehmen, wie kann ich mir die Schritte bauen, was muss ich dafür tun damit mein Patient am Ende dahin kommt. Völlig egal was das jetzt für ein Problem ist. Und dann muss ich mir eben selber, muss ich in der Lage sein eben selber nach Wissen zu suchen, wenn ich nicht weiß wie ich ein Problem löse, mal gucken, wie machen das andere oder was haben die anderen gemacht, was haben andere berichtet, was ist bekannt?“	klinisches Vorgehen zu strukturieren und ein bestimmtes Ziel bestmöglich zu erreichen.	
B4, 90–91	„Also… auf jeden Fall natürlich anatomisches Wissen, das ist auf jeden Fall wichtig. Krankheitslehre auch definitiv, dann zu den einzelnen Behandlungsmethoden finde ich, gibt es durchaus einige […].“	Theoretisches Fachwissen hinsichtlich Anatomie, Krankheitslehre und Behandlungsmethoden.	Medizinisches Grundwissen
B6, 89–90	„Wenn, rein vom Wissen her, würde ich sagen, die Physiologie, das ist die Grundlage von allem. Dazu gehört für mich auch Physik, Chemie und Biologie. Das sollten für mich Grundfächer sein, die es leider in der physiotherapeutischen Ausbildung nicht gibt.“	Grundkompetenzen in Naturwissenschaften für eine adäquate Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen.	Naturwissenschaftliches Grundwissen
B1, 90–91	„Kritikfähigkeit, fände ich wichtig (Ah, ja) Also sich nicht sofort angegriffen fühlen, sondern im Endeffekt auch positiv-konstruktive Kritik anzunehmen, um sich verbessern zu können.“	Offen für Kritik sein und diese auch positiv-konstruktiv nutzen.	Konstruktiv mit Kritik umgehen können

Kategorie: Berufsspezifische Bildung

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B15, 126–129	„Aus der damaligen Sicht würde ich sagen, für das Berufsleben (Ja), war ich ausreichend vorbereitet (Okay). Also rein für das Berufsleben. Die Patienten zu behandeln, egal was das jetzt inhaltlich bedeutet. Halt sechs Termine in einem Rezept zu machen etc. Rein um zu arbeiten	Um Basisaufgaben zu erfüllen ist man genügend für den Berufsalltag vorbereitet, zu mehr auch nicht.	Berufsfachschulausbildung

	in meinem Beruf, ohne mir Sorgen zu machen, ohne große Gedanken, war ich gut genug vorbereitet. Aus heutiger Sicht würde ich das anders sehen.“		
B10, 115–119	„Im Moment, im Moment wieder heiß diskutiert, was packt man jetzt eigentlich in die Ausbildung schon rein und ich glaube das passiert ja nicht grundlos aber es passiert glaube ich auch in aus einem ganz bestimmten Grund, nämlich der überwiegende Teil auch in den meisten Fortbildung ist einfach Nonsens. Das ist einfach, einfach übelster Quatsch. Das ist viel Wiederholung von Basics und wenig Neues. Ich selbst, hatte ich dir glaube ich auch erzählt, ich hatte, weil ich es musste, eigentlich, um abrechnen zu können, aus abrechnungstechnischen Gründen habe ich nochmal die manuelle Therapie gemacht.“	Es werden zu viele unnötige Maßnahmen als Fortbildungen angeboten.	Weiterbildungsmaßnahmen
B12, 169–170	„Ja und dann einfach sehen, okay, ich fang halt über das Studium. Da hat für mich eigentlich erst wirklich diese Physiotherapie Sinn gemacht. Da fing es an das ich diese Aha-Momente hatte und wusste, aha, jetzt weiß ich warum.“	Erst durch das Studium haben die erlernten Zusammenhänge Sinn gemacht.	Hochschulstudium

Kategorie: Berufsspezifische Merkmale von Physiotherapeuten

Textstelle	**Originaltext**	**Paraphrase**	**Kategorie/Generalisierung**
B6, 133–135	„Also egal aus, was Verschiedenes. Rein aus ökonomischer Sicht, wie verhandele ich Geld. Die Kohle muss schon stimmen. Wie verhandle ich, wie, wie, diese Ganze, aufgeb… Abrechnungsgeschichte. Wie funktioniert ein Rezept, wie, wie wird das in den Abrechnungscentern abgerechnet.“	Wie funktioniert Ökonomie und Abrechnungssystem.	Wenig sozioökonomische Kenntnisse
B14, 169–170	„Naja, um die effizienteste, effektivste Methode dann auszuwählen, für den	Nutzt neueste wissenschaftliche	Evidence based practice

	Patienten, soweit wie möglich, oder die wahrscheinlich effektivste und effizienteste Möglichkeit auszuwählen und dann natürlich auch die Krankenkasse möglich zu entlasten.“	Erkenntnisse um die effektivste und effizienteste Möglichkeit .für den Patienten anzuwenden	
B3, 32–34	„Naja, das ist schon ein bisschen die Basis, klar, du muss halt dann die Anatomie erlernen, die Techniken erlernen, was über Krankheiten erfahren, das ist schon alles wichtig und gut aber einfach vielleicht, psychologischer Part, der da fehlt, der sehr wichtig ist, finde ich oder wichtig wäre, was man so merkt, tagtäglich.“	Das theoretische Wissen und Anatomie, Techniken und Krankheiten ist vorhanden jedoch zu wenig Wissen in Psychologie.	Wenig Kenntnisse in Kommunikation und Psychologie
B11, 146–152	„Also ich sage mal aus mindestens drei Gründen. Und zwar zum einen jetzt aktuell aufgrund von meiner eigenen wissenschaftlichen Arbeit bin ich natürlich motivierend und sympathisierend aber irgendwie auch gezwungen halt zu recherchieren wie sich das Thema entwickelt und wie ich selber ansetzen muss um interessante Thesen formulieren zu können. Zum anderen ist es natürlich dann der, der Übertrag auf was weiß ich, im Umfeld, soziale Medien und vielleicht auch persönliche Diskurse wenn ich dann irgendwo sehe, da wird irgendwas hypothetisiert und wie sehe ich denn das und vielleicht sehe ich das ja anders, muss ich nachschauen um das zu konkretisieren und in weiterer Ansatz ist auch Verteidigung, also wenn ich neue Ansätze in meiner Einrichtung bekannt geben will und vielleicht dafür auch dann gewisse Investoren haben will, dann muss ich mein, meine Anliegen natürlich belegen, und äh…“	Durch eigene Forschungsarbeiten wird sich regelmäßig informiert über neueste wissenschaftliche Ergebnisse.	Master betreiben selber Forschung
B4, 125–129	„Eigentlich gar nicht. Also zum Thema Evidenz, ich glaube das Wort an sich ist bei uns in der Ausbildung so gut wie nie gefallen. Vielleicht habe ich es auch nur nicht gehört, aber ich kann mich zumindest nicht aktiv daran erinnern und uns wurden jetzt auch nie irgendwelche Studien vorgelegt. So hier, Vergleich von der Methode und der Methode oder sonst was, das hatten wir eigentlich gar nicht. Ja, das war eigentlich eher so dieses da gibt es das und das Konzept, nach dem arbeiten wir und	Keine evidenzbasierte Ausbildung, nur Meinungen, nach denen gehandelt werden soll.	Wenig Kenntnisse in wissenschaftlicher Arbeit

	(so wird's gemacht…) und das wurde auch nicht groß hinterfragt. Genau.“		
B9, 264–266	„Ja, also das glaube ich schon, dass tatsächlich, wenn man, wenn man studiert, eine größere Offenheit für solche Sachen entwickelt. Grundsätzlich zumindest einmal. Ich glaube schon auch, dass das sehr viel von der eigenen Persönlichkeit und von dem abhängt oder von dem Interesse abhängt. Also die Person selber halt.“	Mit einem Studium ist man offener für wissenschaftliche Erkenntnisse und entwickelt dahingehend ein Interesse.	Wissenschaftsinteresse
B, 246–251	„Du kriegst es auch einfach so vermittelt, ich finde es echt schwer, also für mich, ich bin jetzt auch aus dem lernen draußen, mir eine Studie zu lesen oder du musst dann auch nicht nur eine lesen, sondern irgendwie fünf lesen, keine Ahnung, wie wenn mir gegenüber jemand steht und mir das vermittelt und zusammenfasst und ich kann nachfragen, wenn ich es nicht genau kapiert habe. In einem Text fällt mir es schwer. (hm) Ja, ich habe dieses best practice-Buch angefangen, ich kann es in die Ecke hauen, ich komme nicht durch. (okay) Also das is für mich, ich bin ein anderer Lerntyp, mir sind (unkenntlich) Menschen besser, der es mir dann erklären kann. Das ist effektiver für mich“	Die bisherige Ausbildung vermittelt nicht das life-long-learning sowie wissenschaftliche Kompetenzen und erschwert die eigenständige Recherche und Interpretation von Studien.	Schwierigkeiten bei autarker Weiterentwicklung
B7, 66–68	„Ich würde sagen es ist eher präsenter ich sag nicht so, dass es so ist aber ich persönlich sehe das gar nicht so weil ich meine, denn die Ergotherapeuten oder auch die Logopäden haben ja alle so ihren Spezialsektor, sage ich jetzt mal. Die sind top, wo ich auch immer was lern von denen. Aber ich glaube allgemein, dass Physiotherapie bekannter ist.“	Physiotherapie ist präsenter als Ergotherapie und Logopädie.	Sind in der Gesellschaft präsent
B11, 108–109	„Genau. Eigentlich ist die Grundkonditionierung generell, ist komplett, ja ich will nicht sagen falsch aber zumindest mehr falsch als richtig und anzustreben wäre eigentlich mehr richtig als falsch und ja, so könnte man das vielleicht ganz kurz beschreiben, ja.“	Die Grundkonditionierung der eigenen Identität ist nicht mehr zeitgemäß.	Identitätskrise der Physiotherapie
B10, 197–201	"Ich bin durch Therapeuten am Limit und dadurch, dass wir die GmbH gegründet haben, bin ich, habe ich zwei Fulltime-Jobs. Dass ich arbeite, das ist halt auch so ein	Investiert sehr viel Zeit in berufspolitische Projekte um auf Probleme aufmerksam zu machen.	Sind berufspolitisch engagiert

	Punkt. Ich kenne arbeiten am Patienten, unter 10 Stunden kenne ich gar nicht. Das heißt, man kann ganz klar auch da, vorher habe ich mir immer zu bestimmten Zeiten, habe ich mir einfach zu bestimmten Zeiten einfach sonst nichts gemacht, da habe ich Dinge nachgelesen und das ist jetzt in den letzten anderthalb Jahren ziemlich eingeschlafen, muss ich sagen.“		

Hauptkategorie: Professionalisierung

Kategorie: Berufsverbände

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B5, 344–347	„Ja und das ist, genau das ist der Punkt, also dass da die Medien, ja so, so n Katalysator sind für diese Geschichte so, ich wäre heute an dem Punkt nicht wo ich wo ich jetzt bin wenn ich nicht zwischendurch über die Physio Deutschland Gruppe über diese ganzen Jungs um ob es jetzt Daniel ist oder Josch ist, wenn ich die nicht um mich rum gehabt hätte wäre ich jetzt noch nicht da wo ich jetzt wär.“	Soziale Medien werden genutzt um sich auszutauschen und ein therapeutisches Netzwerk zu generieren.	Verbesserung der Netzwerke in der Berufsgruppe
B7, 308–313	„Auf jeden Fall engagieren. (Ja, wo genau?) Zum Beispiel im politischen und in Verbänden. (Okay) und ja, auch eventuell, keine Ahnung, sich zusammenschließen und einen Brief schreiben an die Politiker, an die Gesundheitskassen. Allgemein aufführen. In der Gesellschaft, dass die, die Allgemeingesellschaft auch mitbekommt was für Missstände wir eigentlich haben in der Physiotherapie. (Okay) Also was ja Momentan eh schon viel am Laufen ist so mit dem, puh, keine Ahnung, wie heißt das? Therapeuten am Limit oder sowas. Wo der eine mit dem Fahrrad nach Berlin fährt und so weiter. Dass man da wirklich die Gesellschaft aufweckt.“	Sich berufspolitisch engagieren.	Berufspolitisches Engagement der Physiotherapeuten stärken

B12, 358–365	„Also grundsätzlich wäre, ich denke, dass grundsätzlich für die Physiotherapie eine Verkammerung eine riesen Chance wäre und eigentlich eine sehr schöne Möglichkeit. Denn versuche mal den Ärzten ihre Ärztekammer wegzunehmen oder den Architekten ihre Architektenkammer. Die würden sofort auf die Barrikaden gehen. Die schimpfen immer alle, scheiß Kammerbeiträge und was weiß ich aber nimm ihnen mal ihre Selbstverwaltung weg. Das würden die nie machen. Anwälten ihre Anwaltskammer wegzunehmen, brauchst du nicht versuchen. So, eine Kammer ist ja ein Teil Selbstverwaltung. Eine Kammer… also der Staat gibt hier einfach nur von der Regierung eben einer Kammer bestimmte Aufgaben ab, die dann die Kammer, weil die Leute von sich selber doch mehr Ahnung haben als eine Regierung, eben meist für sich besser lösen können und so könnte man eben die Ausbildung regeln. Man könnte viele Dinge in im Rahmen einer Kammer angehen die man, die man so nicht lösen kann. Das wäre alles wunderbar.“	Mit einer Berufskammer würde die Chance einer Selbstverwaltung steigen.	Gründung einer Physiotherapeutenkammer
B12, 341–342	„Ja, das Problem ist halt, dass die größten Feinde der Physiotherapie, ihre eigenen Verbindungen sind. Das sind ja auch keine Verbände, sondern das sind Vereine und die haben in ihrer Satzung ein Ziel formulieren und das ist der Verkauf von Fortbildungen.“	Die Verbände arbeiten gegen die Physiotherapie, da sie primär daran Interessiert scheinen, unwissenschaftliche Fortbildungen zu verkaufen.	Skepsis gegenüber den Berufsverbänden
B5, 426–428	„Ich denke schon, ja, also ich denke zumindest eine, eine, also die Abschaffung aller Zertifikate wäre erst mal das grundlegende, ja, und dann eher ne, ne fachtherapeutische Ausbildung aber das anhand der aktuellen wissenschaftlichen Lage und ich denke schon, dass es zumindest, das man rechtfertigen muss warum ich nicht first line treatment genutzt habe.„	Abschaffung der Zertifikatsfortbildungen hin zu einer fachtherapeutisch-wissenschaftlichen Ausbildung.	Fortbildungen
B6, 306–312	„Ne, das gibt es nicht, das existiert nicht und auch hier wieder sind die Verbände mit dafür verantwortlich diesen Beruf zu gestalten. Tun sie aber nicht. Tun sie	Lehrpläne und Curricula definieren sowie Kompetenzprofil	Das berufspolitische Geschehen mitgestalten

	einfach nicht. Das dann, das ist, das ist dann eine Sache, wo sich dann die Leute darüber aufregen aber sie regen sich auf und sagen, der Verband tut nichts für uns. Der Verband tut schon sehr, sehr viel aber halt nicht an den wichtigen Stellen. Nicht da, wo es wehtut, nicht da wo man ein bisschen dafür kämpfen muss und dann sagen muss, okay, weil da auch keiner ausgebildet ist dafür. Ganz grob gesagt ein Curriculum zu schreiben, einen Lehrplan zu schreiben, und definieren, was ist denn Kompetenz, was ist denn Qualifikation, was können, was sollen die denn alle können. Diese, dafür sind auch die Verbände nicht ausgebildet dafür, da müssen Leute rein die das können.“	wissenschaftlich und eigenmotiviert erarbeiten.	
B13, 385–390	„Nö. (Gar nicht?) Nö. (Okay, warum glaubst du das?) Also, wenn man sich jetzt so die deutschen Verbände anschaut, die ja… bei denen ja meistens immer die gleichen Leute in den führenden Positionen sitzen, die aber halt auch sich selber die Macht sichern, aus welchen Interessen auch immer. Die haben ja gar kein Interesse daran, dass die Physiotherapie sich emanzipiert. Die haben gar kein Interesse daran. Wahrscheinlich, weil selber manche auch vielleicht Konzeptleiter sind, von irgendwas oder Konzeptinstruktoren. Ich denke jetzt zum Beispiel an Maitland-Instruktoren und Bobath-Instruktoren, die gar kein Interesse daran haben, dass die Physiotherapie professionalisiert wird, weil das würde ja heißen, dass der Fortbildungsmarkt zusammenbricht.“	Verbände haben kein Interesse daran, die Physiotherapie zu professionalisieren, weil sie viel zu sehr damit beschäftigt sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten.	Vertreten eigene Macht- und Wirtschaftsinteressen
B10, 329–333	„Wir, wir, wir brauchen eine neue, einen, da sind wir vielleicht wieder bei der Definition von Therapie von Therapieberufen. Wir brauchen eine klare neu Definierung unserer Berufe. Und vor allem auch muss in den Vordergrund gehoben werden, dass wir den Menschen behandeln und nicht ein, nicht ein MRT-Bild, nicht eine Pathologie, sondern die Funktionsstörung und das unterscheidet uns ganz, ganz klar auch von den Medizinern, ja.“	Die Physiotherapie braucht eine Definition, die sich an der Funktionsstörung der Patienten orientiert und sich nicht auf eine pathologische Struktur fokussiert.	Eine zeitgemäße Definition von Physiotherapie entwickeln

B14, 474–478	„Ja. Letzter Stand der Dinge war glaube ich bei 2,6 % und 2,8 % der Akademisierung, also quasi kann man vergessen. Der Wissenschaftsrat gibt da glaube ich 25 % an oder um die 20 % also bis wir dahin sind, ist noch ein riesen langer Weg. Jetzt hat es sich neu gebildet. Ein Verband, ich weiß nicht ob er sich schon Verband nennt aber das sind ja alle Vereine der effektiv gegen die Akademisierung, beziehungsweise nicht offiziell gegen die Akademisierung, sondern für die schulische Ausbildung wirbt. (Okay) Was natürlich dann auch wieder lächerlich ist, wenn wir 20 % als Zielgabe hat und bei 2,6–2,8 % geht es schon wieder dagegen.“	Einige Verbände stellen sich gegen eine Akademisierung.	Kein Interesse an der Akademisierung und Professionalisierung
B13, 395–404	„Genau und viele Verbände leben ja zum Teil auch von dem Fortbildungsmarkt. Wenn ich überlege, ja ich bin jetzt zertifiziert von diesem einen oder diesen anderen Verband, dann kommt natürlich viel Geld rein. Das gleiche Problem haben die Schweizer ja auch. Physio Swiss ist mit einer der bescheuertsten Verbände die ich überhaupt kenne. Die maßen sich an, einen Titel für klinische Experten zu vergeben. (Okay) Klinische Experten für muskuloskeletale Rehabilitation umfasst zum Beispiel Triggerpunkt, Dry Needling und Kinesio-Tape. Das musst du vorweisen können. Unter anderem, oder?! Und die sichern sich damit natürlich ganz schöne Kohle, weil dieses Verfahren kostet knapp 1400 Franken, wenn du das möchtest. Und die kooperieren da mit ein paar Kliniken und die Kliniken dann sagen, okay, gut, wir stellen nur Leute ein, die das als Voraussetzung wiederum haben. Oder über Physio Swiss laufen dann halt eben auch viele Fortbildungsangebote wo die ja direkt mitverdienen und die haben auch hier in der Schweiz tatsächlich gar keinen Bock, dass die Akademisierung letztendlich zu einer Professionalisierung führt. Und das merkt man auch weil sie alles blockieren.“	Berufsverbände bieten unwissenschaftliche Fortbildungen an und deprofessionalisieren die Physiotherapie.	Fortbildungen auf einem niedrigen wissenschaftlichen Niveau

Kategorie: Ausbildungsstrukturen

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B9, 273	„Also ich glaube es muss, müsste dann eine Ausbildungsreform her.“	Ausbildungsreform um die Professionalisierung voranzutreiben.	Ausbildungsreform
B11, 198–202	„Reduktion beziehungsweise Elimination der mechanisch- und strukturfokussierten Behandlungsformen. Wie zum Beispiel manuelle Therapie. Reduktion beziehungsweise Elimination der Zertifikatsausrichtung, Positionen. (Okay) Integration beziehungsweise Weiterentwicklung der wissenschaftlich fokussierten Studiengänge. Wissenschaftlich fokussiert erwähne ich da explizit, weil nämlich ein Studiengang sich dann auch bitte wirklich an wissenschaftliche Methoden halten muss und nicht nur sich damit schmücken sollte. Verbesserung oder Modifikation der Berufspolitik durch einen maßgeblichen Verband und fertig erst mal.“	Die Physiotherapie sollte sich auf wissenschaftliche Strukturen einer professionellen Handlungspraxis reduzieren.	Akademisierung

Kategorie: Auswirkungen auf die Gesellschaft

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B3, 300–305	„Also ich habe schon eher, ich glaube schon sonst würde ich es auch vielleicht nicht mehr machen, dass wir schon einen Mehrwert für den Menschen, für die Menschen, schlussendlich auch für die Gesellschaft irgendwie leisten. Wie hoch der ist kann ich nicht einschätzen, da fehlen mir irgendwelche Zahlen. Also schlussendlich, klar, sorgt man dafür, dass irgendjemand aus seiner Krankheit, sei es Op oder sei es nicht Op, wieder an seinen Arbeitsplatz kommt somit er wieder selbst Geld verdient und die Geldwirtschaft wieder	Durch eine schnellere Alltagspartizipation der Patienten sind diese wieder schneller Arbeitsfähig und sparen somit dem Gesundheitssystem Geld.	Schnellere Partizipation der Patienten spart Kosten ein

	angekurbelt wird, weniger Fehltage dann auftauchen. Also ich denk schon, dass das irgendwo auf die ganze Gesellschaft irgendwie schon niederschlägt. Denke schon.“		
B10, 363–371	„Also da sage ich ganz klar wir bringen einen deutlichen Mehrwert. Wir bringen einen deutlichen Mehrwert auch wenn wir nicht up to date sind, auch wenn wir sehr weit hinten dran sind aber wir bringen trotzdem einen großen Mehrwert und das gerade in Zeiten des demographischen Wandels, der, der gerade wirklich anfängt, der uns jetzt erst, er fängt ja jetzt gerade erst an uns zu überrollen. Wir, glaube ich, wissen alle noch nicht wie sehr uns das in den nächsten, eigentlich bis 2040 glaube ich statistisch, ab dann wird es irgendwann mal besser, aber das wird, das wird mit einem der größten Sorgen sein und wir, wir Therapeuten, dadurch, dass wir eben Zeit haben und das merke ich jeden Tag vor allem an meinen älteren Patienten und nicht weil ich mit den ein bisschen Schwätzchen halte, sondern weil ich, ja auch Entertainer bin aber in, durch meine positive Art sie, motivieren, sich zu bewegen und dadurch einfach Pflege hinauszögere und oder Pflege sogar verhindere. Deswegen, und dadurch Kosten spare. Das muss man ganz klar sagen. Ich spare dem System eine Menge Geld.“	Die Physiotherapie spielt eine große Rolle in Zeiten des demographischen Wandelns.	Demographischer Wandel
B12, 305–311	„Also wir müssten uns dafür schon glaube ich, ganz schön verändern. Wobei, es hängt einfach von uns selber ab. Letztlich wenn wir, wenn wir es nicht schaffen ein Player zu sein, der im Gesundheitssystem mehr erwirtschaftet als er kostet, der mehr Geld sparen kann, weil er Leute halt weniger pflegebedürftig macht oder, oder weil er weniger AU-Tage schafft. Wenn wir das nicht schaffen, dann haben wir ja für dieses System nichts geleistet und das Problem ist, dass der Gegenwert für nichts, der ist null. Und das ist dann das, was uns letztlich auch	Wenn die Physiotherapie effizienter arbeitet und weniger Unkosten verursacht, wird die Systemrelevanz steigen.	Kostenökonomisierung

	übrigbleibt. Also wenn wir nicht nutzbringend sind und nur Geld kosten werden wir wahrscheinlich über kurz oder lang verschwinden.“		
B4, 385–388	„Ja, genau. Also wenn jetzt da geschlossener oder gleichmäßiger oder, ja, einheitlicher behandelt werden würde, dann würde das vielleicht auch insgesamt zu einem Umdenken der Bevölkerung führen oder ja, (klicken), diverse Mythen, sage ich vielleicht mal auch n bisschen ausgeschafft, genau aber So ist es jetzt halt dann gibt es den einen Therapeuten der sagt das, der andere sagt wieder was anderes.“	Durch einheitliche sowie wissenschaftliche Behandlungsstandards kann sich das Bild in der Gesellschaft verbessern.	Imagesteigerung
B8, 214–219	„Der Begriff sagt mir schon etwas aber was es jetzt relativ komplex aber ich verbinde damit im Grunde genommen, dass unser Beruf es schaffen kann, oder sollte, über diesen Weg noch ein Stück weit ernster genommen wird und weg hin zu dem Image, das ich in meiner Ausbildungszeit noch hatte, von dem, von der Turntante und dem Massagemäuschen weg zu einem ernstzunehmenden Gesundheitsberuf. Wo man ernst genommen wird, im Sinne von, die wissen wovon sie reden. Das sind eben nicht nur die, die die Patienten bespaßen. Das ist etwas, wo ich sage, grob gesagt, das verstehe ich unter einer Professionalisierung. Ich könnte es jetzt anders nicht gut in Worte fassen.“	Einen Imagewechsel durchführen von dem Masseur hin zu einen professionellen Gesundheitsfachberuf.	Positive Außenwirkung
B11, 218–222	„Weil erstens Mal die Physiotherapie aus meiner Sicht eine Maßnahme ist die sich mit Lifestyle-disorders auseinandersetzt, die von vielen anderen Disziplinen genauso beachtet werden, wie zum Beispiel dem Gesundheitswesen, der Fitnessindustrie, auch der Psychologie oder dem Ärztewesen generell. Und zum anderen auch dahin gehend, dass eben in der Physiotherapie nichts auf selbstmanagementorientierten Ansätzen gelegt wird, sondern eigentlich nur das krank machen in	Physiotherapie setzt sich zu oft mit Lifestyle-Disorders auseinander, die auch von anderen Disziplinen bewältigt werden können und neigt dadurch zu einem Chronifizierungspotenzial.	Chronifizierungspotenzial durch unreflektierte Therapie

	dem Sinne von Lifestyle-Disorders nur noch verschärft wird eigentlich. Stichwort „Stammpatient“ und so.“		
B4, 354–359	„Also leider muss ich sagen, finde ich, dass wir momentan da relativ wenig Relevanz haben. Weil ähm… Ja ich immer wieder Patienten sehe wo ich mir denke, ok, die kommen zu uns, könnten aber auch sehr, sehr viel selber machen. Haben eigentlich gar nicht wirklich ein so behandlungsbedürftiges Problem. Insofern, vielleicht viele Patienten die beim Therapeuten sind, obwohl sie ihn gar nicht brauchen. Und dann wiederum aber auch die Patienten die vielleicht sehr wohl einen Therapeuten brauchen aber dann genauso schnell abgefertigt werden müssen wie alle anderen halt auch weil halt das Geld insgesamt gesehen einfach nicht reicht um da groß mehr zu…“	Wenig Relevanz für die Gesellschaft, da Patienten ohne Lebenskrise behandelt werden und andere Patienten, aus Kostengründen keine Behandlungen erhalten.	Geringe Relevanz
B8, 315–321	Das Problem ist eher, dass ich sage, den Mehrwert sehe ich nicht zwangsläufig. (Okay) Und ich sehe ihn nicht in der heutigen Zeit und ich sehe ihn nicht so wie Physiotherapie läuft. Wenn ich mir von Arbeitskollegen anhören muss, dass Patient XY, obwohl er zurzeit schmerzfrei ist und obwohl er sich normal bewegen kann, gut er hat einen ziemlich krummen, schiefen Rücken aber er hat Rehasport, er hat Funktionstraining dann sehe ich da eigentlich keinen Grund mehr warum er eine zusätzliche Verordnung auf Kassenkosten zu nehmen, weil es gibt gerade aktuell keinen Grund. Er ist frei Beweglich und er ist schmerzfrei. So, also, warum muss ich mich meinen Kollegen gegenüber rechtfertigen und sagen: Ja aber ich muss doch die Leute behandeln, wenn es der Arzt verordnet. Dann sage ich „Ne“ muss ich eigentlich nicht.	Sinnfreie Therapie verursacht unnötige Mehrkosten.	Ineffektive Therapie verursacht Mehrkosten
B12, 434–440	„Genau. Ich denke, dass ist zum allergrößten Teil verzichtbar. Also wer, wer, wer hätte tatsächlich ein Problem, wenn er morgen keine	Es gibt zu viele Wellnesspatienten.	Nicht-therapeutischer Wellness-Service

	Physiotherapie mehr kriegen würde? Weiß ich nicht, es gäbe halt mehr Massagesalons, mehr Thaimassagesalons oder so und ich denke, das würde von angrenzen Berufsfeldern relativ schnell aufgenommen und dann wird es wahrscheinlich kein großes Vakuum lange geben. Es gibt ein paar Felder, wo ich denke, ja, und mir so überleg, wer braucht uns eigentlich. Das ist vielleicht Neuropatient, der zu Hause sitzt nach der Reha und der eigentlich jeden Tag eine Stunde in Bewegung gebracht werden müsste und Hilfe braucht dabei, das sind die, die wahrscheinlich massiv verlieren würden aber das sind die, die im Moment eh keine Termine kriegen, weil fährt noch solche Hausbesuche.“		
B9, 237–239	„Ich glaube das bedeutet, gerade auf unseren Beruf jetzt bezogen, dass wir Therapien anbieten, die wirklich hilfreich sind und damit auch nach außen ein Bild abgeben können bei dem wir uns rechtfertigen können für unsere Therapien, dass das, was wir machen auch wirklich einen durchschlagenden Erfolg hat.“	Physiotherapeuten bieten wirklich hilfreiche Therapien an.	Wissenschaftlich-reflektierte Therapie
B1, 284–292	„Ja, also gerade viele Kollegen habe ihre Dauerpatienten, weil der Arzt ein 6er Rezept verschreibt und dann wird das 6er Rezept abgearbeitet statt zu sagen: Guck mal (bis hierhin würde es eigentlich reichen theoretisch…) … reichen und jetzt bist du wieder fit oder den Rest schaffst du auch alleine, ja. Also du brauchst mich nicht, du bist eigentlich… ich helfe dir wieder unabhängig zu werden aber du bist nicht abhängig von mir. (ja). Das finde, das fände ich wichtig und wenn wir das auch noch ein bisschen mehr der Politik oder auch den Kassen vermitteln könnten, wären vielleicht da auch mal der Stellenwert besser (also auf jeden Fall auch den Entscheidungsträgern, die ja quasi uns das ja so ein bisschen aufgeben was	Durch die hohe Zahl an Dauerpatienten und permanenter Verordnung von Ärzten werden unnötige Mehrkosten produziert.	Mehrkosten durch Dauerpatienten

	wir zu tun haben, dass wir dann noch mehr …) Ich denke es ist auch so in den Köpfen der Patienten von den, von den, vom Volk, so blöd das sich das jetzt anhört auch noch nicht angekommen ist.“		
B1, 270	„Ja, sie hat mit Sicherheit einen aber der ist, der wird nicht so erkannt.“	Mehrwert für die Gesellschaft wird nicht erkannt	Mehrwert von der Gesellschaft wird nicht erkannt

Kategorie: Professionalität

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B11, 207–210	„Der muss ich erst mal selber nicht so wichtig nehmen. Der muss Freude haben sich zu reflektieren. Der muss Freude haben an lösungsorientierten Maßnahmen. Das heißt, dass er den so genannten Patienten so schnell wie möglich eigentlich dahin trainieren können muss, dass der sich selber versorgt (Okay) und, und er muss der, der, den wissenschaftlichen Gütekriterien offenstehen. Also dafür offenstehen.“	Freude an der Reflexion.	Reflexionsfähigkeit
B4, 260–264	„Also ich glaube, dass jetzt was, was professionell ist muss auf jeden Fall von allen Seiten als das angesehen werden. Es kann jetzt nicht irgendeiner sagen ich bin professionell, sondern es muss von, von allen oder von sehr vielen Seiten als was Professionelles angesehen werden. (Okay.). Und muss vielleicht jetzt nicht nur durch persönliche Meinung als professionell angesehen werden, sondern auch in irgendeiner Weise messbar sein. (… 3 Sekunden) Und ja auch, ja, dass man sagen kann, ja ok das lässt sich jetzt so wieder reproduzieren oder sowas.“	Einheitliche Standards, die von der gesamten Berufsgruppe anerkannt werden und nicht auf persönlichen Meinungen basieren.	Standardisierung von Abläufen
B11, 157	„Eine gewisse Professionalisierung von der, von der Argumentationsmöglichkeit, ja.“	Wissenschaftliche Argumente nutzen.	Wissenschaftliche Kompetenzen

B1, 222–225	„Ja, genau. Professionalisierung, sagen wir im medizinischen Bereich hast du ja auch, dass du dich in die verschiedenen Richtlinien, Richtungen einarbeitest, so wie es die Ärzte auch machen wie Orthopäde, Neurologe, Pädiater und so. Das können wir ja theoretisch genauso machen. Also Ich habe wenig Ahnung von Neuro, ich habe wenig Ahnung von Pädiatrie, dafür war meine… aber ich sag da ein bisschen Spezialisierung dazu, jetzt Professionalisierung wäre dann auch der akademischere Begriff, ja.“	Professionalisierung bedeutet Spezialisierung.	Spezialisierungen
B12, 390–394	„Und das hat natürlich immer verschiedene Dimensionen. Also eine psychologische, eine soziologische, eine biologische und die muss ich… also Psychotherapeuten sind Generalisten, die wissen eben von allem eine Menge, weil wir eben an einer Schnittstelle sind, wo viele Felder zusammenstoßen. So, diese Felder müssen wir zumindest in Grundzügen bekannt sein, dann kann ich erfolgreich mit dem Menschen auch agieren. Ich muss kein Psychologe sein, kein Soziologe sein. Das alles ist nicht wichtig aber Grundwissen in diesen Bereichen muss ich haben für den Bereich in dem Bereich, in dem wir tätig sind.“	Physiotherapeuten sind multidimensionale Generalisten, die an diversen Schnittstellen arbeiten.	Multidimensionale Generalisten
B15, 338–343	„Ein professioneller Physiotherapeut sollte bei seiner Entscheidungsfindung halt und der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten immer für mich professionalisiert evidence based medicine also EBM prozessmäßig vorgehen. Er sollte das verstehen, dass EBM kein Dreisäulenmodell ist sondern ein Prozessmodell und sollte damit auch bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oder wir sagen auch englisch shared decision making den Patienten auch wirklich gut Optionen bieten können und ihm auch wirklich die Vor- und Nachteile für den Patienten aufklären können und… ja,	Die Therapie soll unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten entschieden werden	Evidence based practice

	ich denke, mit den Fähigkeiten ist man schon 5 % der oberen Pyramide.“		
B8, 281–286	„Oh, da habe ich so ein paar Bilder im Kopf. (lach) Ja, was macht es aus, es ist jemand, der, souverän rüber kommt, der, der ruhig, kompetent dabei ist, der sein Wissen untermauern kann, der, also, der nicht einfach nur daher labert sondern, der dir auch wirklich im Notfall sagen kann, weiß, ist vielleicht auch ein Dr. med. der da vor dir steht, der dir dann aber auch die Studien geben kann auf die er sich beruht, der die im Grunde genommen vernünftig Trainingspläne schreiben kann im Sinne von, wir fangen so an und da ist das Ziel, der dann einen vernünftigen, nicht nur Befund macht sondern auch vernünftig aus diesem Befund mit dem Patienten zusammen Ziele erstellt, die dann abgeglichen werden immer mal wieder zwischen den Zielen in der Therapie.“	Ein Therapeut, der Souveränität, Ruhe und Kompetenz ausstrahlt sowie sein Wissen vernünftig argumentativ untermauern kann.	Kompetenzdarstellung
B12, 263–266	„Durchaus, dass ich dann danke, okay… also, wenn ich professionell arbeite, hat jeder Patient ja das gleiche Recht auf ein möglichst gutes Therapieergebnis. Nur weil ich jetzt keine Lust habe oder weil ich jetzt irgendetwas bestimmtes machen möchte, kann ich dem ja nicht die vielleicht hilfreichere Behandlung vorenthalten und das wäre halt eine professionelle Entscheidung, eben zu gucken, okay, es geht hier um die Bedürfnisse des Patienten und nicht um worauf habe ich heute Lust.“	Jeder Patient hat das Recht auf eine professionelle Arbeit des Therapeuten und ein bestmögliches Therapieergebnis.	Ethisches Verständnis
B12, 476–482	„Das ist halt so eine Frage. Ich würde sagen ja, warum nicht, für die, die einen Bachelor haben. Das wäre die Qualifikation. Also wenn ich eine EAP mache, muss ich ja auch bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Ob die sinnvoll sind oder nicht aber wenn ich die nicht habe, kann ich es nicht machen und darum würde ich auch sagen, um Gottes Willen, den Direktzugang nicht an eine Manuelle-Fortbildung knüpfen, sondern wenn an ein Studium. Und sagen, okay,	Direktzugang für akademisch ausgebildete Physiotherapeuten.	Direct Access

	Bachelor oder Master können das machen, wie auch immer, das kann man ja festlegen und die andern, wenn sie halt… ja, die müssten dann einfach studieren nebenbei oder man macht sozusagen einen Nachholkurs aber dann wäre es im Prinzip nichts anderes als ein berufsbegleitendes Studium. Und dann kann man auch Studium daran schreiben.“		
B2, 118–122	„Hatten wir in der Schule nicht, wenn man anschaut wie, keine Ahnung, halbe Stunde befunden, dreiviertel Stunde behandeln, danach noch dokumentieren halbe Stunde, das war ein Patient, ist n Thema, ich glaub also wenn du so aus der Schule rauskommst und dann heißt es: So, in den nächsten 60 Minuten hast du drei Patienten, mach mal die Doku, Aufnahme, Terminierung bitte auch, weil die Rezeptionskraft erst um 10 Uhr kommt… puuuuh, ist n anderes Leben als das was wir drei Jahre gelernt haben, glaube ich, also dass da der cut sehr hart sein kann, ich habe das große Glück gehabt, dass ich einen sehr guten Chef gehabt hab.“	Mit der vorhandenen Zeit möglichst effektiv umzugehen.	Zeitmanagement
B15, 131–132	„Also er sollte ein gutes clinical reasoning betreiben können unter allen Einflussfaktoren, was wir ja heute mit dem biopsychosozialen Modell wissen, er sollte in der Lage sein eine gewisse Grundlage an patientengerechter Kommunikation an den Tag zu legen.“	Clinical Reasoning unter den biopsychosozialen und kommunikativen Aspekten ist Grundlage einer therapeutischen Professionalität.	Clinical Reasoning
B15, 336–343	„Genau also das finde ich einen ganz, ganz wichtigen Part. Es gibt heute tolle einfache, es ist echt einfach sowas zu lernen, motivational Interviewing ist recht easy. Also es gibt ganz andere Kommunikationsseminare und da sind die Techniken auf einem ganz anderen Level. Ob es das braucht, ist eine andere Frage aber sowas als Basis zu machen finde ich super. Ein professioneller Physiotherapeut sollte bei seiner Entscheidungsfindung halt und der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem	Die Entscheidungsfindung immer mit dem Patienten zusammen gestalten.	Arbeitsbündnis

	Patienten immer für mich professionalisiert evidence based medicine also EBM prozessmäßig vorgehen. Er sollte das verstehen, dass EBM kein Dreisäulenmodell ist sondern ein Prozessmodell und sollte damit auch bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oder wir sagen auch englisch shared decision making den Patienten auch wirklich gut Optionen bieten können und ihm auch wirklich die Vor- und Nachteile für den Patienten aufklären können und… ja, ich denke, mit den Fähigkeiten ist man schon 5 % der oberen Pyramide.“		
B2, 403–407	„Also was ich vorhin gesagt hab, wir können den Patienten die Eigenverantwortung nicht übergeben, wenn ich selber in meinem Leben keine Eigenverantwortung übernehme, kann ich es auch nicht vermitteln. Glaube ich, ist mein Denken halt. Also es heißt, der Therapeut muss es auch lernen, letzten Endes, aber dafür muss ich als Arbeitgeber wieder eben auch die Plattform geben können und den Rahmen geben auch um das System Professionalisierung, glaub ich. Und dann muss es der einzelne Mitarbeiter auch in die Hand nehmen, glaub ich.“	Der Therapeut muss wissen, was Eigenverantwortung bedeutet, um auch dem Patienten Eigenverantwortung zu vermitteln.	Autonomie

Hauptkategorie: Ethik im berufspraktischen Alltag

Kategorie: Professionalisierung

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung

B2, 585–587	„Braucht es auf jeden Fall dazu. Also das ist… Der Umgang mit, wir arbeiten mit Menschen, das heißt wir haben Kollegen wir haben Chefs, wir haben Mitarbeiter, wir haben fachfremde Kollegen, wir haben die Patienten da, wir haben begleitende Personen, das ist ein wichtiges Thema, der Umgang, also das muss rein. Sonst würden wir aber auch hier nicht sitzen, wir zwei jetzt grad.“	Ethische Auseinandersetzung ist sehr wichtig für die Professionalisierung da der Umgang mit Menschen als Grundlage der Physiotherapie angesehen wird.	Ethisches Handeln als Grundlage einer professionellen Interaktion
B11, 396–405	„Das was ich vorhin erzählt habe. (Ja) Unter anderem. Also ich kann mir da mehrere Versionen vorstellen aber zum Beispiel, der Zwiespalt zwischen einer möglichst effektiven, wirklich effizienten und effektiven Herangehensweise, die ja immer mit der Zielsetzung und der Lösungsorientiertheit einhergeht und aber auch der Nachhaltigkeit und dann die existenzielle Grundlage, die dadurch vielleicht gefährdet werden könnte, im Sinne von Verdienst, im Sinne von, ja Möglichkeit, zu existieren aus ökonomischer Sichtweise betrachtet. Das ist für mich eine Form des Dilemmas. Die andere Form des Dilemmas ist aber vielleicht sogar die philosophische Grundlage, die man zur physiotherapeutischen Relevanz mit einbringen kann und die Fragen die sich dann überhaupt ergeben, wie zum Beispiel, muss Physiotherapie existieren damit der Mensch oder ich selber, wenn ich denn Betroffener bin, überhaupt als betroffen gelten kann und ob ich dann vielleicht auch wirklich nur und allein mit der Physiotherapie, meine Qualität erstrebenswert steigern kann oder könnten das vielleicht auch andere. Und würde ich vielleicht mich lieber bei den anderen einstufen.“	Warum gibt es Physiotherapie und kann sie überhaupt in der derzeitigen Situation die Lebensqualität der Patienten langfristig effektiv verbessern?	Berufliche Identität
B15, 529–533	„Das halte ich schon für sehr wichtig. Das halte ich für sehr wichtig, weil ich glaube ein Verständnis für Ethik hilft auch dabei selbstkritischer zu sein. Das, denke ich, ist auch eine Voraussetzung, irgendwo, auf einer	Ein ethisches Verständnis erhöht eine Reflexion der Physiotherapeuten.	Reflexion über eigene Werte

	Metaebene unseres Denkens, oder? (Ja, genau) Ein ethisches, einen ethischen Glaubenssatz zu haben, kann unser Verhalten sehr, sehr stark beeinflussen und ich glaube für Reflektion, Selbstkritik, kritische Blicke auf andere Dinge und der Umgang mit unserer Profession ist glaube ich ein mutiger ethischer Glaubenssatz. Denn gute ethische Werte finde ich sehr, sehr wichtig.“		
B10, 579–584	„Ständig. Das gehört zur Entwicklung dazu. Und unsere, das ist eine, das ist ein, auch das ist ein Prozess. Es ist eine Entwicklung, es ist eine Entwicklung die wir, die man, das kann man nicht, ohne geht es nicht. Also wir, wir, wir werden eigentlich nur durch unser Sozialverhalten und durch Sozialisation werden wir, haben wir eine Grundvoraussetzung für unseren Beruf. Also es geht gar nicht anders. Gerade in dieser, in dieser schnelllebigen Welt in der wir leben, es ist, es gehören die Gesundheitsberufe, haben, tragen da noch mehr Verantwortung. Wir sind ein, wir sind ein Teil eines sozialen Gewissens und das wird immer, das schrumpft immer mehr zusammen.“	Ausdifferenzierung von einem ethischen Verständnis für das wohl der Patienten in diesem Entwicklungsprozess	Solidarverhalten
B9, 455–467	„Ethik ist für mich so ein bisschen das Richtige zu machen. (Okay, genau) Bedeutet in der Physiotherapie oder in der Therapie oder in der Medizin generell, für mich, nicht einfach nur Therapien anzubieten, weil es Geld bringt, es gerade schön klingt oder der Patient es will oder sondern wirklich, weil es einen Mehrwert bringen soll, ja.“	Effiziente Therapie gegenüber wirtschaftlichem denken.	Reflexion über richtiges physiotherapeutisches Handeln
B14, 630–633	„Wenn wir uns über ethische Sachen unterhalten, wäre die Physiotherapie, so wie sie gerade durchgeführt wird, einfach nicht mehr möglich. Sprich auch wieder da Beispiel, unspezifische Rückenschmerzen. Am Samstag ist im Garten gearbeitet worden am Montag ist der Patient oder am Mittwoch ist der Patient in der	Eine Diskussion über ethische Fragen würde eine Reduktion auf wesentliche Therapiemethoden bedeuten.	Handeln nach der Wahrheit ausrichten

	Praxis. Dann wäre es eigentlich, ja, eigentlich nicht möglich den Patienten weiter zu behandeln.“		
B5, 618–623	„Also wirklich zu sagen, es ist halt second line, ich habe es halt diesmal vorgezogen, weil. Diese Argumentation noch und halt, wo es halt aufhört mit der Ethik ist, wenn ich was bewiesenermaßen negatives, beziehungsweise unwirksames einsetze, dann, dann das kann ich nicht fertig, ja. Neuromodulatives tun im Sinne von MT oder, oder Psycho sozialen Kontext der braucht mal eine Massage mal runter zu fahren. Kann ich rechtfertigen aber ich kann halt kein Kinesiotape rechtfertigen, ich kann, kann kein Schröpfen wo ich auch noch Schäden setzen rechtfertigen, ich kann keine Akupunkturnadeln, DryNeedling oder sowas rechtfertigen. Das geht einfach nicht und da hört die Ethik einfach auf.“	Patienten sollen die bestmögliche therapeutische Maßnahme erhalten.	Evidence based practice
B8, 508–511	„Super wichtig. (Okay, warum, was für einen Standpunkt vertrittst du da?) Naja, ist doch ganz einfach, wenn ich, ich kann jetzt vor mich hin wurschteln und mache halt auf so einem MT-Rezept die 18 Massage, ja, weil ich ja der Meinung bin, weil der Patient der König ist, also Kunde ist König, nein, es ist ein Patient, das ist kein Kunde für mich. Und zwar genau aus diesem Grunde, weil nicht er entscheidet was für eine Therapie läuft, sondern das sollte eine Konsensentscheidung sein.“	Das freiwillige ausrichten nach qualitativen und professionellen Standards.	Das freiwillige Ausrichten an professionelles Handeln
B10, 510–512	„Also ethisches Verhalten ist eine Grundvoraussetzung für jeden Gesundheitsberuf. Sich moralisch immer wieder auch zu hinterfragen und es erfordert aber auch eben Mut, moralisch oder ethisch korrekt zu, zu, zu arbeiten und zu handeln heißt auch mutig zu sein. Weil das heißt auch mal zu jemanden zu werden der auch unangenehm ist im Interesse seines Patienten.“	Professionelle Standards für das Interesse des Patienten einfordern.	Patientenzentriertes Handeln

B6, 592–598	„Ich halte den tatsächlich für sehr, sehr wesentlich, ich glaube, das ist einer der grundlegenden Sachen sogar. (Ja) Ohne, das geht es nicht, weil, aus dieser Ethik heraus, die man da erarbeitet, sozusagen, ergibt sich dann das weitere Vorgehen. Was kann ich mir als Therapeut erlauben, sozusagen, in ganz dicken Anführungsstrichen. Was ist okay, wo, wo, wo kann ich, wo darf ich sozusagen eingreifen oder wo darf ich nicht eingreifen. Wo sehe ich mein berufliches Selbstverständnis, welche Aufgaben habe ich, im gesellschaftlichen, gesamtgesellschaftlich gesehen. Wir hatten es vorhin. Kann ich jetzt nur zum Beispiel sagen, okay, ich mache jetzt den Placebo, die Placebobehandlung, in dem ich den Patienten angeblich irgendwelche Wirbel hin und her schiebe, dass es ihm gut geht oder sage ich (Verbindung ist aus technischen Problemen abgebrochen) …“	Was kann sich ein Physiotherapeut erlauben, was darf er tun, wann darf er etwas tun und welches berufliche Selbstverständnis mit seiner berufsspezifischen Aufgabe hat er somit in der Gesellschaft?	Was darf ein Physiotherapeut?

Kategorie: Ethische Auseinandersetzung

Textstelle	**Originaltext**	**Paraphrase**	**Kategorie/Generalisierung**
B4, 470	„Nicht, dass ich mich erinnern könnte (Okay.). Ne, also… Ich glaube, das hatten wir gar nicht.“	Ethik wurde in der Ausbildung nicht angesprochen.	Keine explizite Auseinandersetzung in der Berufsfachschule
B12, 542–547	„Ja, darum geht es. Und dass, das Problem ist was ich sehe ist, dass viele Therapeuten diese Frage wahrscheinlich gar nicht erfassen wirklich, warum die wichtig ist. Weil das Denken oft an der Stelle aufhört - ich kann doch Geld damit verdienen, ist doch egal was dabei rauskommt. Und dieses Bewusstsein, dass es eben vielleicht nicht egal ist was bei meinem Behandeln rauskommt. Und möglicherweise bin ich die letzte	Eine geringe Reflexion der Physiotherapeuten hinsichtlich der Ethik und der beruflichen Situation.	Physiotherapeuten erfassen die ethische Dimension im Beruf nicht

	Chance die dieser Patient hat und ich spreche dann mit einem Urteil über möglicherweise, wird er die nächsten 20 Jahre sich bewegen können oder nicht und das ist eben nicht egal. Und diese Wichtigkeit ist vielen wahrscheinlich nicht bewusst.“		
B4, 492	„Mhhh… Ne, eigentlich nicht. (Ausbildung, auch nicht? Auch nicht besprochen). (Kopf schütteln).“	Keinen Kontakt mit einem Berufskodex.	Keine explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex
B3, 484	„Ne. (Nein)“	Bislang keine ethische Auseinandersetzung in einem beruflichen Kontext.	Keine explizite Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex im Beruf
B11, 355–357	„Ja, ja. Rechtfertigung gegenüber der Legitimation meiner Handlung. Vor der Kritik durch andere. (Okay) Wie zum Beispiel meines Arbeitgebers oder Berufsverband oder so welche Sachen oder, oder auch gegenüber, gegenüber von, von Patienten auch. Die mich dann fragen, warum, warum genau muss ich das machen oder soll ich das machen.“	Es kommt zu einer Rechtfertigung des eigenen Handelns gegenüber dem Vorgesetzten, Berufsverbänden und Patienten.	Explizite ethische Reflexion im Beruf
B9, 467	„Berufs… wir haben tatsächlich ein Fach direkt Berufsethik gehabt.“	Ethik war ein eigenes Berufsfach im Studium	Explizite Auseinandersetzung im Studium
B15, 501–502	„Also da ging es erstmal so um ethische Grundsätze, also Metaethik, angewandte Ethik und dann ging es schon so in das medizinische, so ein bisschen hypokratischen Eid von den Ärzten, ob wir Therapeuten auch so etwas brauchen und solche Themen eben.“	Es wurde über ethische Grundsätze und einen Eid diskutiert.	Explizite Auseinandersetzung im Masterstudium
B8, 484–487	„Ja, beruflich, ja. (Okay, also dann quasi als…) mit oberer (unverständlich) wahrscheinlich schon. Ja, und es spätestens da, Berufskunde mache ich schon sehr lange. Also ich habe, wann habe ich angefangen zu unterrichten? Oh Gott, das ist schon ein bisschen her. Also bestimmt schon sieben, acht Jahre (Okay… und…) Also da habe ich schon angefangen, weil ich von vornherein Berufskunde gemacht habe.“	Hat sich mit der Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt, da dies ein Teil des Berufskunde-Unterricht war.	Explizite Auseinandersetzung in einem beruflichen Kontext

B10, 594–596	„Ja, ich kann mich sogar erinnern das wir, ich weiß nicht, ob du das musstest, aber in den Niederlanden, du musst ja auch ein, eine Art (Einen Eid ablegen?) Ja, ja, du musst einen Eid ablegen und den auch unterschreiben, dass du, dass du dich verpflichtest eben moralisch und, und auch ethisch dich deinen Patienten gegenüber verhältst und so weiter.“	Ein Berufskodex wurde im Studium besprochen sowie ein Eid abgelegt.	Explizite Auseinandersetzung mit einem Berufskodex

Kategorie: Ethiktheorien

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B10, 580–584	„Also wir, wir, wir werden eigentlich nur durch unser Sozialverhalten und durch Sozialisation werden wir, haben wir eine Grundvoraussetzung für unseren Beruf. Also es geht gar nicht anders. Gerade in dieser, in dieser schnelllebigen Welt in der wir leben, es ist, es gehören die Gesundheitsberufe, haben, tragen da noch mehr Verantwortung. Wir sind ein, wir sind ein Teil eines sozialen Gewissens und das wird immer, das schrumpft immer mehr zusammen.“	Verantwortung gegenüber den Patienten in diesem wirtschaftsoptimierten System.	Verantwortungsethik
B8, 465–468	„Wir haben im Grunde genommen ja auch eine Solidargemeinschaft, die für die Kosten in der Behandlung aufkommt. Und diese Solidargemeinschaft sollte im Grunde genommen weder überstrapaziert werden noch sollte sie, na, es sollte ja auch kein Schaden entstehen indem bestimmte Sachen nicht behandelt werden. Also solche Sachen finde ich spielen da mindestens eine genauso eine Rolle, wie, wie eben auch, ja, dass ich auch für jeden Patienten oder für jeden Menschen rein theoretisch Behandler sein sollte.“	Auch die Solidargemeinschaft mit in die therapeutische Kalkulation einbeziehen.	Utilitarismus
B15, 489–492	„Also Ethik bedeutet für mich eine gewisse Fairness oder Fairness erstmal. Fairness ist erstmal ein recht gutes,	Ethik bedeutet Fairness, dass jeder die	Tugendethik

	gutes Wort für, auf Bezug für Ethik. Fairness und das heißt in der Behandlung, dass ich meinem Patienten immer die bestmögliche Behandlung, die effektivste Behandlung in seinem Sinne, das heißt auch inkludiert schon Kosten und Zeit effektiv und, dass ich jeden Patienten, egal ob privat- oder allgemeinversichert, die gleiche Behandlung zukommen lasse.“	bestmögliche Therapie erhält, die er braucht.	
B11, 319–320	„Mit, mit der Ableitung, dass ich weiß was, was erstrebenswert zu tun ist und zwar so, dass ich mich selbst in der Rolle des Betroffenen wiederfinden kann, mit dem was mir dort der Physiotherapeut gegenüberstellt und anbietet.“	Was wäre, wenn ich selber Patient bin und eine physiotherapeutische Intervention bräuchte.	Pflichtenethik

Hauptkategorie: Bedeutung der Moral

Kategorie: Auswirkung auf die Professionalisierung

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B4, 615–618	„Ja, glaube ich schon. Also gerade so dieses so drüber nachdenken nochmal reflektieren oder nochmal in sich gehen, ist glaube ich schon sehr wichtig auch eben in Bezug dessen wir mit den Menschen arbeiten und nicht mit irgendwelchen Maschinen oder sonst was und dass man einfach auch sich darüber im Klaren sein muss, dass man jede Aussage, die man trifft, dass die wiederum bei dem Patienten irgendwas auslöst, ja.“	Die Rolle der moralischen Fähigkeit wird als wichtig erachtet, weil mit Menschen gearbeitet wird, bei denen richtige oder falsche therapeutische Entscheidungen, Handlungen oder Informationen das weitere Leben des Patienten beeinflussen können.	Grundlage für das Arbeiten mit Menschen
B9, 602–603	„Ja ich glaube, ja, ein moralisch gebildeter kann glaube ich professioneller arbeiten, auf jeden Fall. Mh… ich glaube das ist nicht so gut gegeben bei vielen Therapeuten. „	Ein moralisch gebildeter Therapeut kann professioneller handeln.	Grundlage für professionelles Handeln

B1, 584–586	„Ich habe das heut überlegt. Ich habe keine Idee dazu, ich habe… (lach) (unverständlich)… Wie definier ich das jetzt und ich finds mega schwer… Also weil ich nie Ethik hatte, ok, das heißt, mir fehlt auch die Definition aber Moral ist, sag ich mal, für mich übersetzt, mit gutem Gewissen irgendwie (genau) machen kann, handeln kann, also…“	Tut sich schwer, Moral zu definieren und zu begreifen.	Schwer zu definieren
B10, 720–722	„Zumindest hat es für mich den Stellenwert, also, zum Beispiel ist für mich evidence based arbeiten ein, ein, eine fast moralische Verpflichtung. (Ja, ja.) Es ist eine moralische Verpflichtung. Das ist eng aneinandergekoppelt. Das kann man nicht auseinanderdividieren. Das ist ethisch vertretbar.“	Evidenzbasiertes Handeln ist eine moralische Verpflichtung für alle Physiotherapeuten.	Evidence based practice
B11, 530–534	„Also ich glaub ja, weil er einfach sich dann auch den für die ethischen Entwicklungen notwendigen Faktoren, mehr bewusst ist, und diese auch besser nutzen kann und er dann auch zu dem Konsens kommt, beziehungsweise zu dem Resultat kommt, dass die hier viel angesprochene wissenschaftliche Auslegung richtig ist und, dass eine geprüfte Herangehensweise moralethisch besser zu vertreten ist, ethisch besser zu vertreten ist als eine nicht geprüft, beziehungsweise, dass er sich dann auch dessen bewusst ist, was ist, was ist denn jetzt ethisch nicht kompatibel im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Auslegung der Therapie zum Beispiel.“	Durch die moralische Fähigkeit nimmt der Physiotherapeut eine wissenschaftlich geprüfte Herangehensweise bewusster war.	Verantwortung einer wissenschaftlichen Berufspraxis
B5, 840–841	„Ich glaube jetzt nicht, dass da jetzt das größte Problem mit unserer Professionalisierung steckt, dass das jetzt nicht da wäre. Es ist halt nur die Frage wie setze ich es um oder wie gehe ich damit um.“	Moralkompetenz spielt keine große Rolle für eine Professionalisierung.	Skeptisch für eine Professionalisierung
B4, 624–626	„Ja, also in Bezug jetzt zum Beispiel wieder auf die, den Umgang mit Geldern oder auf die Wirtschaftlichkeit, denke ich, ist es auch wichtig, dass man da ja verantwortungsvoll einfach damit umgeht und da glaube ich spielt schon	Für die Professionalisierung wirkt sich eine Moralisierung positiv aus, weil ein verantwortungsvoller Umgang mit	Verantwortungsgefühl

	auch diese moralische Komponente eine große Rolle.“	vorhandenen Ressourcen reflektiert wird.	
B11, 537–544	„Dass es zum Beispiel wichtig ist, jemanden über den Folge, über die Folge der Therapie zu informieren und bei manchen, und er hat dann auch das Bewusstsein, dass er dann zum Beispiel sagt, okay, Muskelkater verursacht Schmerzen, ist vielleicht für jemanden der Schmerzen extrem intensiv verarbeitet, wichtig, dem sowas auch dann zu erklären, dass sowas entsteht und den sozusagen darauf hin zu coachen und da hingehend halte ich die moralethische Auslegung generell für was wichtiges und natürlich auch viel tiefer angesetzt, dass ich einfach auch erst mal vernünftige Ansätze überhaupt wählen kann, weil ich eben weiß, ich möchte auch so, mit sowas konfrontiert werden, was mir wirklich hilft und nicht mit etwas, dass mir eigentlich nur dazu verhilft, neue Hilfe zu verlangen, zu benötigen.“	Eine wahrheitsbezogene Kommunikation mit allen Risiken, Nebenwirkungen und Vorteilen sollte dem Patienten angeboten werden.	Suche nach Wahrheit
B7, 631–635	„Ob er professioneller wird, weiß ich nicht aber ich sage mal so, er wird wenigstens mal ein bisschen selbstständiger und tut wenigstens selber handeln und nicht bloß immer blind nach den Richtlinien und Struktur sondern, dass er mal selber ein bisschen sich hinterfragt nach seinen Werten ein bisschen, seine intuitiven Gedanken einfach mal nachgeht (Okay). Es muss ja nicht von Nachteil sein, es kann ja sein… Wir brauchen ja viele die wo einmal über den Tellerrand hinausschauen und dann vielleicht entsteht da was. Entwickelt sich da irgendeine andere Technik wo er dann Erfahrungen sammelt.“	Durch die Reflexion des eigenen Handelns wird der Physiotherapeut autonomer, was als eine Professionalisierung angesehen wird.	Handlungsautonomie
B9, 614–616	„Ich glaube ja, weil das unsere Qualität wahrscheinlich nach oben heben würde, weil wir wirklich reflektieren über das was, was wir machen. Dann kommen wir eigentlich nicht darum herum auch die wissenschaftlichen Teile in Betracht zu ziehen, was ja unseren Qualitätsstandard durchaus wieder nach oben heben würde.“	Die Qualität der Behandlung würde steigen.	Effizienzsteigerung

Kategorie: Ethik- und Moralkompetenzunterricht

Textstelle	Originaltext	Paraphrase	Kategorie/Generalisierung
B2, 720–724	„Also ich glaube auch das sollte ein offener Unterricht dann eigentlich sein oder so in der Ausbildung platziert, wo ich sagen kann, zu hören, was gibt es denn da. Gibt es da, dass ich aus verschiedenen Richtungen einfach mal komme und dann ein zukünftiger Physiotherapeut sich ein Bild machen kann, dass, ja wo kann es, wo sind, ja wo sind auch Grenzen beim Anderen, letzten Endes. Also wäre ich… poah, is ne riesig, ist ein mega offenes Thema, aber ich sag mal, ja, mega offenes Thema, aber (okay) is sicherlich interessant, ist die Frage, ob es platzierbar ist im, im bei den 19, 20, 21–jährigen.“	Sollte in eine offene Unterrichtsform einfließen.	Ethik und Moral sollte vermittelt werden
B8, 695–699	„Ich glaube, das wäre einerseits ganz gut aber es müsste auch die Gewichtung haben, dass es ernstgenommen wird und dass es nicht von Schülern so, was soll das hier. Und ich glaube, das Problem ist, dass, da sind wir auch wieder bei der Erwartungshaltung an Physiotherapie, wir müssen im Grunde genommen, das Bild, unser Bild in der Gesellschaft verändern, hin zu, wie es in Neudeutsch so schön heißt, wir sind Coaches und eben nicht mehr unbedingt Therapie, wo die Leute von uns abhängig sind, sondern wo wir ihnen helfen, etwas zu verändern.“	Diese Fähigkeiten müssen vorerst Aufmerksamkeit erlangen um überhaupt wahrgenommen zu werden.	Sensibilität für Moralkompetenz schaffen
B12, 656–658	„Ich denke vielleicht hängt es davon ab wie man das macht. Also wenn man, wenn man es schafft die Leute für diese Fragen zu begeistern, dann geht es ist es sicherlich was, was, was hilfreiches. Ich kann mir aber vorstellen, dass das für viele kein,	Man muss das Interesse der Physiotherapeuten für dieses Thema wecken.	Interesse für die Moralkompetenz wecken

	kein, kein wichtiges, zentrales Thema ist, weil es eben jetzt ja scheinbar nichts Greifbares oder Wichtiges in der Ausbildung ist, sondern…“		
B1, 634–636	„Weil man auf das reale Leben vorbereitet wird damit. Wenn du diese Situationen davor schon vorwegnimmst, wo man dann nicht alleine da steht, sondern das auch ein bisschen mehr ausdiskutieren kann, in der Gruppe oder so oder einfach nochmal verschiedene Standpunkte kennenlernt oder so.“	Durch diesen Unterricht kann auf das reale Leben vorbereitet werden sowie verschiedene Argumente reflektieren.	Vorbereitung auf kritische Situationen im Berufsalltag
B4, 587–592	„Also ich glaub, dass eben das Thema Verantwortung ein ganz großer Punkt ist (Teller klirrt), dass man darüber im Klaren ist, welche Verantwortung man trägt in dem System. Gerade auch im Punkt Kommunikation mit dem Patienten. Und, (Teller klirrt) (…) vielleicht auch (… 5 Sekunden) ja, so dieser, dieser Austausch oder die Kommunikation unter den Therapeuten ist glaube ich auch ein ganz wichtiger Punkt oder auch unter den einzelnen Berufsgruppen wieder, also dieses interdisziplinäre ist glaub ich auch sehr wichtig, was auch oft zu kurz kommt. Und das Einbeziehen vom Patienten… und dass alles aber in dem Hintergrund dem, ja wissen was quasi, ja als, als erwiesen gilt oder als Fakt ist, dass ich das hinter diesem Hintergrund einfach mit einzubeziehen.“	Werte wie Verantwortung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Patientenzentrierung und Wissenschaft sind wichtig und sollten vermittelt werden.	Vermittlung und Bedeutung individueller Werte
B11, 556–566	„Es hört ja nicht auf mit dem Türschluss im Rahmen deiner physiotherapeutischen Einrichtung, sondern das geht ja, das geht ja dann auch weiter und genau so sollte ja auch die ganze Denkweise nicht aufhören nachdem du deine berufliche Tätigkeit an dem Tag beendet hast. Also, du recherchierst ja auch im Nachhinein, des beendest du ja auch nichts mit, mit deiner Arbeitszeit oder so. Und so ist es dann natürlich auch wichtig, dass du dir über, über Sinn und Unsinn des	Auch um als gesamter Mensch zu transzendieren und etwas zu finden, was sich lohnt, um daran zu arbeiten und anderen Menschen gerne zu helfen.	Allgemeinen Altruismus entwickeln

	eigenen Handelns auf einer höheren Ebene bewusst bist. Ich meine, du wirst dich ja wahrscheinlich auch hinterfragen sollen, zumindest, ob es jetzt sinnvoll ist. Manchmal ist es vielleicht sogar eben sinnvoll aber genau das sind ja die Aspekte, die es da zu klären gilt. Eine alte Dame beim, bei der Supermarktkasse zu überholen und dabei vielleicht Mittel einzusetzen, die du selber nicht erfahren möchtest, nur weil du dir zu lange wartend vorkommst und es dementsprechend vielleicht für dich ein Einschnitt in deine Lebensqualität verzeichnet, die sich dann im Detail so definiert, dass du vielleicht nicht rechtzeitig zu DSDS kommst oder sowas und dann da irgendwie deiner favorisierten Hupfdohle sozusagen nacheifern kannst oder so, keine Ahnung. Oder, dass vielleicht das neue iPhone dann ausverkauft ist und du dann zwei Wochen warten muss oder sowas. Das gilt es ja auch zu hinterfragen. Naja und so weiter.“		
B1, 597–600	„Wenn du des jetzt mit Moral und Ethik aufschlüsselst, glaube ich nicht, dass du Moral, ausbilden kannst, aber Ethik. (okay). Also entweder hat jemand Moral oder hat sie nicht. Ich glaube nicht, dass man Moral wirklich vermitteln kann aber du kannst, also meine, diese ethischen Argumente dann zu vermitteln, des denke ich schon, das glaube ich nicht aber ich glaube schon, dass jemand, der wenig moralische Fähigkeiten hat, ein guter Physio sein wird, das glaube ich nicht.“	Moral lässt sich schwer vermitteln, Ethik jedoch schon.	Moral lässt sich nur schwer vermitteln
B13, 813	„Wobei das ja eine Kernkompetenz darstellen sollte, ja, weil es eine Kernkompetenz darstellen sollte.“	Moralkompetenz gilt als Kernkompetenz für den Umgang mit Patienten.	Kernkompetenz
B15, 654–658	„Ich habe vorhin von einem Solidaritätsprinzip gesprochen und ich glaube ein gewisses Verständnis, also ein grundlegendes Verständnis dafür in einem Unterricht vermittelt zu bekommen und darüber zu	Den Unterricht mit lebhaften Debatten füllen um ein demokratisches Verständnis zu untermauern.	Interaktiver Diskussionsunterricht

	debattieren und sich damit auseinanderzusetzen und da meine ich nicht nur einfach einen Frontalunterricht, sondern auch darüber zu sprechen und in eine Interaktion zu gehen, glaube ich kann sehr, sehr förderlich sein auch für die Weiterentwicklung für diesen Beruf.“		
B13, 824–829	„Genau, ich würde es gar nicht von den einzelnen Dozenten und Fächern dann loslösen, sondern ich würde eigentlich jeden Klienten, jeden Dozenten dazu verpflichten ein moralisches und ethisches Beispiel in jedem unterrichteten Fach zu bringen. (Okay, ja) Das heißt, egal ob ich jetzt gerade im inneren eine Lesung habe oder zu muskuloskeletal habe oder zu Neurologie habe, es muss neben diesen klinischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, sollte und müsste dann eben immer auch jeweils ein Beispiel kommen mit dem sich aber das Plenum auseinandersetzen muss. Nicht, dass der Referent vorne sagt, schaut her, so und so ist es und bums aus fertig, sondern die müssen das selber erarbeiten, was ist genau die Zwickmühle an diesem Beispiel.“	Rollenspiele um eine direkte Auseinandersetzung mit kritischen Situationen aufzuzeigen.	Fallbezogene Rollenspiele

Hauptkategorie: Moralische Dilemmata

Kategorie: Dilemmasituationen

Textstelle	**Originaltext**	**Paraphrase**	**Kategorie/Generalisierung**
B11, 396–400	„Unter anderem. Also ich kann mir da mehrere Versionen vorstellen aber zum Beispiel, der Zwiespalt zwischen einer möglichst effektiven, wirklich effizienten und effektiven Herangehensweise, die ja immer mit der Zielsetzung und der Lösungsorientiertheit einhergeht	Effektiv handeln oder möglichst wirtschaftlich handeln.	Ökonomische Situation

	und aber auch der Nachhaltigkeit und dann die existenzielle Grundlage, die dadurch vielleicht gefährdet werden könnte, im Sinne von Verdienst, im Sinne von, ja Möglichkeit, zu existieren aus ökonomischer Sichtweise betrachtet.“		
B8, 566–569	„Wenn Kollegen, wenn du Urlaubsvertretung, Krankheitsvertretung machst und die Kollegen haben vorher mal so richtig Scheiß gemacht (Ja) oder sie haben beim Patienten das Gefühl hinterlassen, sie wurden massiert wobei ich da auch immer weiß ob ich dem Patienten trauen soll oder ob er es bei mir einfach versucht, ja, auch das ist ein ethisches Dilemma, also so oder so, wo du da nicht weißt, wer ist dann letzten Endes derjenige.“	Wie geht man mit einer falschen Therapie von den Kollegen um?	Unterschiedliche Erwartungen der beteiligten Personen
B10, 634–642	„Du eigentlich, eigentlich dieses ganze Heck-Meck im Moment was die Heilmittelrichtlinien anbelangt. Das habe ich eigentlich tagtäglich. Eigentlich wenn wir das jetzt auch nennen. Heilmittelrichtlinien können nicht umgesetzt werden, beziehungsweise werden von aus Ärztesicht nicht umgesetzt aus Budgetgründen. Ich kann eigentlich den Begriff Budget schon nicht mehr hören. Weil, wenn man, ich dann mal aus spaßeshalber mal das Beschwerdemanagement des Gesundheitsministeriums angerufen, da gibt es mich tatsächlich so ein Callcenter und dann wurde ich am Telefon angeschrien, es gibt keine Budgets. Also dann nennt es Richtgrößen oder wie auch immer, ist mir scheißegal aber der der Arzt sagt meiner Patientin hier gerade zum wiederholten Mal, er hätte kein Budget für, zur Nachbehandlung ihrer Hüfte-TEP. Und das ist zum Beispiel so ein wirkliches Dilemma, das mich zum, zum Handeln zwingt.	Wenn durch Heilmittelrichtlinien und Budgetierung keine optimale Patientenversorgung gewährleistet ist.	Direkte Patienteninteraktion

	Deswegen bin ich ja auch ein Teil warum ich auf die Barrikaden gegangen bin aber wo ich mich immer wieder, wo ich immer wieder an Mauern oder an meine Grenzen stoße.“		
B3, 468–472	„Wir wissen alle, wie kompliziert irgendwie so Kassengeschichten sind mit einem Rezept, das von da bis da gültig ist, weil es so und so ausgestellt ist. (…) Bin mir sicher, dass nicht alle Praxen, alle Kliniken, die Rezepte zu 100 % wieder zum Arzt zurückschicken, sondern da steht halt mal ein anderes Datum drauf oder es stehen drei andere Daten drauf, also man wird auch schon durch diese Struktur manchmal ein bisschen dazu getrieben (lach), so ethische Grundregeln so ein bisschen zur Seite zu legen.“	Therapiepraxen sind nicht immer korrekt bei der Abrechnung und den Datierungen der Patiententermine, weil dies einen deutlichen Mehraufwand bedeuten würde.	Bürokratische Situationen

Kategorie: Umgang mit Dilemmasituationen

Textstelle	**Originaltext**	**Paraphrase**	**Kategorie/Generalisierung**
B2, 671–673	„Ja, ich habe (lach) also entweder einen Kompromiss, ja also Dilemma ist letzten Endes, habe ich ein Problem was für mich kein Lösungsansatz, wo ich erstmal keine Lösung dafür kenne. Also muss ich irgendwo n Kompromiss, der dann auch wieder Lösung genannt werden kann.“	Um ein Dilemma aufzulösen, wird ein Kompromiss gefunden.	Kompromisslösung
B7, 559–565	„Ja. Also ich versuche Momentan immer viel was mich ärgert oder wo ich sage, Ding, dass ich nicht gleich darauf reagiere, sondern mir das zuerst einmal anhöre (ja) und dann vielleicht noch einen Tag darüber schlaf, oder zwei Tage, weil da doch alles sehr emotional ist und da kann oft sein, dass etwas herausrutscht was man eigentlich,	Bei einem Dilemma erstmal ein paar Tage vergehen lassen und die Situation reflektieren sowie versuchen, diese kommunikativ aufzulösen.	Reflexion der Situation

	was man verkehrt macht. Und das ist mir schon aufgefallen, dass ich am meisten da versuche ein bisschen ruhiger zu bleiben und jetzt einmal ein bisschen darüber nachzudenken selber und dann halt auch nochmal die Kommunikation aufnehmen aber meistens hat sich das schon oft geklärt oder dann ist der Patient auch nicht mehr so emotional und dann reden wir ganz normal darüber und dann ist es eine angenehme Kommunikation, sage ich jetzt mal."		
B11, 461–464	„Ja, da baut sich in mir dann so eine immer größer werdende Welle an Verständnislosigkeit und Wut und Frustration auf, die dann wirklich durch langjährig geschulte Fähigkeiten kontrolliert werden muss, bis hin zu einer Brechung ganz am Ende, weil ansonsten ein Szenario entsteht, was ich gar nicht zu beschreiben in der Lage bin und was ich gar nicht möchte, weil ich mir denke, es ist doch nur Physiotherapie."	Es baut sich Verständnislosigkeit und Frustration auf professionell handeln zu wollen es aber nicht zu dürfen.	Frustration
B2, 674–679	„Wo man ganz klar dann auch abtrennt und einfach auch sagt, hier geht ein professionelles arbeiten nicht weiter, das kann ich mir auf beiden Seiten vorstellen, dass, jetzt nehme ich mich als Beispiel, bevor ich über Kollegen spreche, dass ich ein anderen Menschen zu attraktiv finde, dass ich nicht mehr klar denken kann, dann müsste ich mich von ihm trennen, damit ich professionell bleiben darf oder andersrum auch, der Patient oder die Patientin, wäre mir in dem Fall lieber, hier mehr Interesse an mir hätte, wo ich sagen muss, wir müssen hier einen Schlussstrich ziehen, weil wir so nicht zusammenkommen. Ein Therapeutenwechsel zum Beispiel oder ein Einrichtungswechsel…"	Wenn kein professionelles Arbeitsbündnis geschlossen werden kann, muss über einen Therapeutenwechsel nachgedacht werden.	Auflösung des Arbeitsbündnisses

B8, 599–600	„Schwierig, wenn es den Arzt angeht inzwischen gar nicht mehr. Ich bin wieder angestellt (Okay, das heißt einfach über dich ergehen lassen quasi?) Das ist ein Stück weit schon.“	Dem Dilemma einfach ausgeliefert sein und nichts tun.	Machtlosigkeit
B13, 722–723	„Die Tür geht zu, ich gehe nachhause. (hehe, okay.) Sobald sich die Türe schließt, das ist mein Agreement mit mir selbst, ist mir alles scheißegal.“	Physiotherapeuten sind oft gefrustet und es stellt sich eine Gleichgültigkeit ein.	Gleichgültigkeit
B11, 373–377	„Ich schätze die für sehr hoch ein, weil, und aber auch für teilweise schwierig, der höhe entsprechend, also je höher die moralethische Erwartung desto schwieriger auch, weil sie gekoppelt ist mit den ständig anzutreffenden Variablen, die wiederum die Existenz betreffen. Und demensprechend muss ich teilweise von meiner hochgradigst- moralethischen Vorstellungen, sofern ich denn eine habe, abweichen um mich nicht selber zu gefährden. So stark, dass ich meine Existenzgrundlage, im Sinne meines Berufes verliere, vielleicht.“	Durch ethisches Handeln bedrohen Physiotherapeuten ihre wirtschaftliche Existenz.	Existenzangst

Interviews

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	01
Name der Audiodatei	Interview 01
Datum der Aufnahme	29.07.2019
Ort der Aufnahme	Privathaushalt der befragten Person
Dauer der Aufnahme	47,04 Minuten
Befragte Person	B1
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	26.10.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: So, gut. B1, vielen Dank, dass du mit teilnimmst an diesem Interview. (Sehr gerne.) Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht's insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen… Das heißt, es geht nicht darum was richtig ist und was falsch ist, das gibt's hier in diesem Weg oder in dieser Situation nicht sondern, dass was du gerade Meinst, was du fühlst, wie du es denkst, das wird dann zusammengetragen. Okay, dann fangen wir doch mal mit der ersten Frage an. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht, die Physiotherapie definieren?

B1: Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Verbesserung von (…) Fähigkeiten von… an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzunehmen die aus körperlichen Erkrankungen nicht möglich sind oder waren, sagen wir mal so.

I: Okay. Gut, okay. Und die Kerngebiete… Also wenn du dir jetzt so denkst: okay, das ist jetzt wirklich Physiotherapie, mit was befasst sich so die Physiotherapie für dich oder mit, mit welchen Situationen bist du besonders im Alltag zum Beispiel konfrontiert?

B1: Also bis jetzt im Alltag mit ganz klassischen Gelenkerkrankungen vor allen Dingen muskuloskeletalen Erkrankungen. (Also typisch orthopädisch?) Orthopädisch-chirurgisch, genau. (Okay) Genau, das ist eigentlich das Hauptgebiet bei mir, ja.

I: Das machst du, und wenn du jetzt so n bisschen nachdenkst, wofür wäre die Physiotherapie auch noch ganz wichtig?

B1: Ganz wichtig? (Oder wichtig, auf jeden Fall) Also neurologische Erkrankungen, (okay), geriatrische Patienten sind ganz viele auch, ja, Kinder, klar, mit Entwicklungsstörungen oder sowas, Schmerzpatienten kommen auch immer mehr (Okay) haben wir auch ein paar.

I: Okay, mehr als jetzt irgendwie noch vor… (jajaja) fünf Jahren oder sowas (ja, genau)?

I: Okay, gut. Glaubst du auch, dass die Physiotherapie sich genügend von anderen Berufen abgrenzt, also mit ihrem Tätigkeitsfeld, mit ihrer Spezifität an Dinge ranzugehen, dass sie sich jetzt genügend abgrenzt, zum Beispiel jetzt von der Pflege oder der Ergotherapie?

B1: Ne, das denke ich nicht. Ich denke, dass da sehr viel Hand-in-Hand läuft was zum einen gut ist aber was natürlich schwer macht zu sagen, das ist jetzt genau unser Kerngebiet, klar, ja. (Okay.) Also gerade zum Beispiel Verbesserung, Muskelkraft machen sehr viel die Trainer im Fitness auch mit, ja. Ergotherapie, gerade zum Beispiel für Schlaganfallpatienten, die irgendwie brachiofaszial betont sind übernimmt viel Feinmotorik, Koordination, was wir ja auch üben. Insofern ist das schon n Zusammenarbeit ganz gut aber es ist natürlich jetzt sehr schwer zu sagen, da hört jetzt Physio auf und da fängt Ergo an, oder umgekehrt. Ja.

I: Glaubst du, dass das gut ist, dass sich das so Überschneidungen…?

B1: Die Überschneidungen… Ja weil, weil, es im Endeffekt mehr zielorientiert auf den Patienten zugeschnitten ist und jetzt nicht so: Das ist jetzt meins, das ist jetzt deins. Für unseren Berufsstand ist es natürlich schwer zu sagen, wir haben die Berechtigung das zu machen, das ist ein Alleinstellungsmerkmal, das fehlt irgendwie schon, ja.

I: Okay. (Ja). Gut. Gut. Die nächste Frage. Welche Praxis- oder Behandlungsmodelle kennst du, und nach welchem Modell richtest du jetzt primär so deine Behandlungsstrategien aus. Also gibt es zum Beispiel das Bio-medizinische oder das bio-mechanische Modell oder das Bio-psycho-soziale Modell (Ja). Es gibt da auch dieses neue Denkmodell, und da gibt es noch ein Stück weit andere (Ja), dich da schon einmal damit konfrontiert, das mache ich jetzt (Ja)… weil?

B1: Früher war es viel strukturelles Behandeln und jetzt bin ich wirklich auch seit ein paar Jahren Bio-psycho-sozial. Ich versuche das immer mit mehr einzubringen was in der Klinik natürlich bei frisch operierten Patienten sehr schwer ist (Ja), aber ich, auch bei

diesen chronischen Schmerzpatienten die wir auch haben, die dann konservativ zum behandeln kommen sehr häufig mit ansetzbar oder anwendbar ist. Und auch in der Praxis.

I: Okay, aber du bist ja im Krankenhaus ja hauptsächlich, da ist es ja dann (Häufig)…

B1: Aber die konservativen zur Schmerztherapie die kommen dann ja auch (Aha, ja okay) Wir haben da auch Wirbelsäulenpatienten, die wirklich zur Schmerztherapie kommen, die waren früher zwar zwei Wochen da, jetzt wird es immer kürzer, kommen manchmal nur um ein Kernspin möglichst schnell zu bekommen, was ja im Endeffekt auch nicht leitlinienkonform ist (ja) aber ja.

I: Okay, hast du das Gefühl, dass du da mit diesem bio-psycho-sozialen Modell besser irgendwie an die Patienten rankommst, eine bessere Bindung vielleicht mit denen bekommst als mit dem reinen biomechanischen…

B1: Ne, tatsächlich nicht. Es sind die… Es ist echt abhängig von den Leuten. Sehr Viele sind aufgeschlossen dafür aber ganz viele haben noch dieses alte Denkmodell in den Köpfen. Ich habe einen Bandscheibenvorfall (Okay) also will ich jetzt des und des und des haben und sind da auch von dem was sie ihr ganzes Leben lang erfahren haben… (Von den Ärzten und von anderen) von allen… Auch von Nachbarn, also meine Nachbarin hatte des, also muss das auch so bei mir sein. (Okay). Ja, ja wie alt ist deine Nachbarin, was hat deine Nachbarin gemacht, ja du warst in der Bank. Also das alleine kannst du schon eigentlich nicht vergleichen, die andere hat ein ganz anderes Leben ja, (ja) Also, wenn man da genug Zeit hat sind die da auch schon aufgeschlossener aber viele hängen in diesem alten Denken fest. (Okay) Also ist leider auch immer noch… Aber die, die Offenheit gegenüber diesen neuen Denkmodellen wird mehr.

I: Hast du das Gefühl… (Ja, habe ich schon.) Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung erworben haben. Was ist dir wichtig, wo du sagst, <u>das</u> sollte eigentlich jeder können oder jetzt zum Beispiel was du jetzt damals von deiner Ausbildung kennst, wo du sagst, das hat mir jetzt gefehlt, das hätte ich jetzt noch intensiver gebraucht oder sowas wäre wichtig gewesen, gerade so vielleicht in den ersten eins-zwei Jahren wo man in die Praxis geschmissen wird und sich dann eben zurechtfinden muss.

B1: Ordentlichen Befund aufzunehmen und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu ziehen. Also du kriegst zwar gezeigt, nimm en Befund auf… sehr wenige wissen… wir haben Schüler ja auch, sehr wenige wissen dann auch was sie mit diesem Wissen anfangen sollen. Also wenn ich jetzt A, B und C vorfinde, was bedeutet das für mich, ja?!

I: Also quasi so dieser Clinical Reasoning … (Jaaaa) Prozess, dass man den noch ein bisschen…

B1: Ja, Clinical Reasoning auch aber zum Beispiel Differenzialdiagnostik so ein bisschen für uns, ja, also, wenn jetzt jemand irgendwie Verdauungsprobleme hat und Schulterschmerzen oder so, dass du so sagst, das könnte rechte Schulter, linke Schulter von den oder den Organsystemen kommen. Das hatten wir gar nicht (okay), die Schüler heutzutage eigentlich auch überhaupt nicht. Was die, die ich halt sehe, ja, also da ist auch noch sehr auf strukturellem Bezug bezogen. Ja, genau.

I: Noch weitere, vielleicht irgendwie dann so, interpersonelle Kompetenzen, wo man sagt…

B1: Kritikfähigkeit, fände ich wichtig (Ah, ja) Also sich nicht sofort angegriffen fühlen, sondern im Endeffekt auch positiv-konstruktive Kritik anzunehmen, um sich verbessern zu können. Ich habe, was habe ich noch, Empathie ist total wichtig, ja, also auch nicht, nicht zu denken: ok ich habe das Wissen jetzt hier und deswegen ist dein Schmerz nicht echt oder das kann nicht sein oder des find ich wichtig, Aufgeschlossenheit auch dem Patienten gegenüber und den Mitarbeitern sowieso, ja, also Teamfähigkeit aber das ist glaube ich überall wichtig, ist egal in welchem Job du bist (ja).

I: Genau, also das auf jeden Fall wichtig, gerade jetzt bei uns, weil wir ja auch interdisziplinär (ja, ja, jaja) arbeiten aber vielleicht, dass man das dann noch mehr in die Ausbildung dann irgendwie integrieren sollte und dann irgendwie…

B1: Ich weiß nicht, ob du Teamfähigkeit lernen kannst…

I: Aber vielleicht dann als, vielleicht mehr Gruppenarbeiten oder irgendwie, dass man da eine Sensibilität dafür…

B1: Dann müsste man da aber im Endeffekt vielleicht auch in der Gruppenarbeit und hinterher nochmal eruieren wie lief das jetzt ab, wer war Leader, wer hat mitgemacht, wie habt ihr euch gefühlt, das ist die Frage, also nicht nur auf das Ergebnis der Gruppenarbeit, sondern auch auf die Prozesse dann.

I: Also wenn man das dann so in die Ausbildung integrieren möchte, dann wäre das glaub ich schon (ja, genau)…

I: Okay. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung genügend auf den Berufsalltag vorbereitet worden bist?

B1: Hehe (lachen), ne, ne.

I: Was hat dir persönlich so gefehlt wo du gesagt hast, wow, jetzt bin ich in der Arbeit uh, was passiert jetzt, was ist dir denn so… markant im Hinterkopf?

B1: Einfach die, die Erfahrung hat gefehlt klinische Muster zu erkennen, ja, und einfach… du, du palpierst, du hast in der Ausbildungszeit, ich weiß nicht, 50 Knie in der Hand vielleicht, keine Ahnung. Aber du hast einfach das Gefühl noch nicht, was, ja, wo hängt es. Ist es jetzt muskulär, ist es kapsulär, ist es irgendwie zwischen den Ohren, dass da die Blockaden sind… Also das kommt mit den Jahren. (Okay) Aber da kann das ist aber was, was, das kann die Ausbildung nicht machen…

I: Genau, man ist ja auf (klar, genau) drei Jahre limitiert, man muss (Ja, genau, genau, genau) viel Theorie lernen, hat dann vormittags… oder wie war das bei euch, Praktikum?

B1: Bei uns war es Blockpraktika… (Okay) Genau. Aber das war der Nachteil im Endeffekt, wir hatten nach einem Jahr, die, die ersten vier Wochen, ja, Chirurgiepraktikum und wir hatten zwei Patienten am Tag die hatten wir vormittags eine Stunde und nachmittags eine Stunde. Den Rest waren wir dann im OP.

I: Okay, das heißt, nur zugucken oder eigentlich auch primär, oder?

B1: Wir… die wollten in dem Krankenhaus mit uns nichts zu tun haben (okay). Also wir haben, wir hatten wirklich kaum irgendwie Führung oder sonst irgendwas von Seiten der ausgebildeten Therapeuten. (Okay) Also wir haben mal eine Atemtherapie gemacht, mal irgendwie eine Gehschule gemacht, da kommst du in Patientenkontakt aber kaum was gelernt.

I: Okay, das heißt, du kamst dir dann auch ein bisschen so vor, dass du ins kalte Wasser geworfen (klar) wurdest und hast das dann einfach das gemacht (ja)? Wie hättest du es denn gefunden, wenn es jetzt so eine Art Fellowship gewesen wäre, dass dann einer irgendwo für dich verantwortlich gewesen wäre?

B1: Das hatten wir danach (halben Jahr oder sowas?) kein halbes Jahr oder so sondern im Endeffekt im nächsten Orthopädiepraktikum, das war ganz cool, das war in einer Rehaklinik und da war es tatsächlich so, dass du deinen Ansprechpartner hattest und das war super weil natürlich wenn du die eigenen Patienten hattest und du hattest Pause konntest du da mit, das hat unwahrscheinlich viel gebracht (okay).

I: Aber das war jetzt nicht von der Ausbildung strukturiert, sondern… (nein) sondern weil du Glück hattest (genau) dass das in diesem… (genau, in diesem Einsatzort war das so) Okay, gut.

B1: Genau aber das war ja aber da gab es immer wieder Einsatzorte, wo wir überhaupt nicht willkommen waren, wirklich gar nicht und unseren eigenen Raum hatten und hab… und bitte lasst uns in Ruhe, ja. (okay) Und dann aber eben auch so Zusammenarbeiten, ja, ja.

I: Okay. Wie hast du dann auch so das Gefühl gehabt, von, von dieser Theorie und Praxis-Situation weil du hast ja gesagt, ihr hattet so Block… (ja genau) Blockunterrichte (genau, genau)… Ha… Glaubst du, dass das dann gut gewesen ist oder, dass das eher ein Nachteil war, dass das dann eben vielleicht zu weit auseinander war, dass man die Theorie nicht direkt irgendwie in die Praxis bringen konnte? Oder wie war da dein Gefühl?

B1: Ne ich fand das theoretische, fand das schon okay, weil du konntest dich da auch in der Praxis richtig… sagen wir mal so, du hattest den Kopf nur für die Praxis dann und konntest dann auch wieder gut vergleichen. Es war dann nicht so: Du kommst dann da an und machst eine Stunde um da erstmal mental da anzukommen und dich da irgendwie einzustellen darauf sondern das war dann wirklich du warst da, und bei uns war es wirklich Chirurgiepraktikum also ja, wirklich dann die einzelnen Patienten zu sehen ich mein du hast ja dann, wir hatten ja noch nicht so viel an Theorie gerade in diesem ersten Praktikum ja (ja) wo du sagst okay das und das und das irgendwie Weber C Fraktur ja, okay so haben wir es gelernt ja ok und das setzt du jetzt so um und das sieht man halt auch, das war schon cool. Ja, (okay) das war schon in Ordnung.

I: Also du hattest es schon ganz gut in Erinnerung, dass du erstmal wirklich intensiv die Theorie (genau, genau) gelernt hast über (genau, genau, genau) ein Jahr oder mehrere Monate (ja, ja, ja) und dann mit diesem, wahrscheinlich schon gefestigten Wissen, dass du das dann besser in die Praxis…

B1: Du kanntest es ja nicht vorstellen vorher du hast kein gefestigtes Wissen oder hast es davor noch nie gesehen. Hast keine Ahnung, wie fühlt sich eine Schwellung an, wie fühlt sich eine Bewegungseinschränkung an, wenn jetzt ein 16jähriger Patient da ist und zu einem 60jährigen, das ist ja auch nochmal unterschiedlich ja, also des, des zu erleben war hochspannend damals, ja. Vielleicht wäre das in einem tagesabhängigen… also vormittags-nachmittags besser, keine Ahnung ich kenne es jetzt nur so (ja) und des fand ich okay, mir hat da irgendwie nichts gefehlt.

I: Gut. Genau, es geht ja um deine (genau) Wahrnehmung dann (ja). Okay. Jetzt wird es auch nochmal spannend. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B1: Ja. (ja?!) Ja.

I: Erkläre dein Standpunkt, wie kommst du dazu, wie, wie hat sich das so entwickelt? Dass…

B1: Ne, über Facebook. (okay) Also ich bin jemand, der liest brutal viel mit. Aber ich schreib nicht, weil ich kein Bock habe auf dieses Zerhacke (ja, ja das ist wirklich so) in diversen Channels. Aber ich habe meine letzten Fortbildungen, schon so n bisschen ausgesucht auch damit, was ist Momentan, wo geht es hin ja also, ich habe Lorimer Moseley gesehen letztes Jahr (okay) und da bin ich (Wo, in Stuttgart war der oder wo war der?) In Hamburg war das, genau. (Okay) Und des hätte ich nie gemacht, wenn ich nicht über Facebook vorher auf bio-psycho-soziale Modelle und (unkenntlich) aufmerksam geworden wäre und dann eben so diese Richtung, so genau. Oder ich versuche Leitlinien mehr einzubauen oder sowas aber das ist auch, ich habe den Eindruck weder Kollegen wissen bescheid und die Ärzte halten sich da gleich dreimal nicht an Leitlinien. Du bist der Depp, wenn du dich dran hälst. (Das stimmt so) Ja.

I: Okay, Wann hast du das letzte Mal, grob geschätzt, im Internet oder in Fachzeitschiften nach berufsrelevanten Studien recherchiert, oder gelesen, oder?

B1: Tatsächlich, also recherchiert tatsächlich noch (…) doch, ich habe mal gegoogelt (okay), kenn mich mit diversen Zugängen tatsächlich nicht aus. Das heißt, was ich mitbekomme, lese ich…

I: Ja, okay. In diesen sozialen Netzwerken und…

B1: Und in Zeitschriften, des schon auch. Also ich habe letzte Woche erst die neue Physiozeitung gelesen, die ist jetzt rausgekommen, die habe ich durchgeblättert und gestern. Online, genau.

I: Okay. Was war der Grund dafür, einfach aus eigenem Interesse oder hast du dir gedacht (ja, ja) ich brauche jetzt…

B1: Ich screene das regelmäßig. Ich screene es regelmäßig durch, genau.

I: Okay, gut. Nutzt du nationale oder eben auch internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deiner Patienten?

B1: Wenn ich sie kenne, ja, low back pain, ja, kucke ich so n bisschen ansonsten weiß ich auch zu wenig, was es gibt. Ja, ich bin da, ich, ich recherchiere relativ wenig, sondern ich guck eben was (was grad dann so quasi auf dich dann so zukommt) ja, genau. Was, was, habe ich im Angebot, was wird jetzt gepostet, was wird jetzt neu veröffentlicht (ahem), screene das so n bisschen durch und wenn es interessant ist, lese ich es und wenn nicht, dann nicht.

I: Okay. (genau) Gut. Was sagt dir der Begriff Professionalisierung? Das heißt, wenn du den schon mal gehört hast und dir denkst, Professionalisierung, was bedeutet das für dich?

B1: Bezogen auf die Physiotherapie?

I: Erstmal allgemein und dann… du kannst aber auch gleich jetzt schon (lach…) das in Bezug auf die Physiotherapie…

B1: Professionalisierung ist eigentlich im Endeffekt jetzt in der Physiotherapie, ist für mich Studium. (Okay) Ja.

I: Das heißt, die Akademisierung ist ein Teil (ja, genau) davon…

B1: Ja, genau. Professionalisierung, sagen wir im medizinischen Bereich hast du ja auch, dass du dich in die verschiedenen Richtlinien, Richtungen einarbeitest, so wie es die Ärzte auch machen wie Orthopäde, Neurologe, Pädiater und so. Das können wir ja theoretisch genauso machen. Also Ich habe wenig Ahnung von Neuro, ich habe wenig Ahnung von Pädiatrie, dafür war meine… aber ich sag da ein bisschen Spezialisierung dazu, jetzt Professionalisierung wäre dann auch der akademischere Begriff, ja.

I: Okay, ja (ja, ja) gut. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie noch zu unterstützen? Du hast ja jetzt schon gesagt die Akademisierung (ja) zum Beispiel (ja, ja genau) Was wäre denn da noch so für dich, wo du sagst, oh wenn das jetzt passiert, dann würde sich die Physiotherapie, ich sag jetzt einfach mal so, weiterentwickeln, ob sie sich spezialisieren muss das ist jetzt erstmal so n bissschen dahergestellt, wir wollen ja quasi, dass die Physiotherapie aus dieser Situation, wo sie ja eigentlich auch relativ viele Probleme mit hat, sich irgendwie weiterentwickelt und was denkst du denn oder was hast du für ein gerade so n bisschen n berufspolitisch, politisch, wie auch immer so im Kopf, wo man sagt, hey wenn man da noch n bisschen was dreht, dann könnte sich die Physiotherapie eigentlich wirklich weiterentwickeln.

B1: Also ich finde den Direct Access wichtig, der sollte kommen. Ich fände (…) Fortbildungen, Symposien wo aktuelle Wissensstände vermittelt wichtig also eben auch so Sachen wie: Guckt mal, da gibt es Leitlinien für low back pain, Schmerztherapie ist momentan hier bio-psycho-sozial, okay, das ist gerade angesagt. Sowas findet total selten statt, finde ich. (Also nicht mehr diese typischen Zertifikatsformen sondern…) Nein, nein (unkenntlich, weil beide sprechen) Man kann also auch ohne Zertifikate ein guter Physiotherapeut sein. Das ist so bisschen das Handwerkszeug, das bekommst du (ja). Des, genau. Also das sind eigentlich so, dass du es nicht nur online vermittelt bekommst, weil, ich finde es oft online teilweise auch oft sehr, sehr schwer sich da einzuarbeiten, ja.

I: Gut, da muss man dann, da musst, wenn du dich dann wirklich in so ein Thema einarbeiten willst, da musst du ja von hier und da fünf, sechs Untersuchungen lesen, dann bekommst du es so ein bisschen…

B1: Du kriegst es auch einfach so vermittelt, ich finde es echt schwer, also für mich, ich bin jetzt auch aus dem lernen draußen, mir eine Studie zu lesen oder du musst dann auch nicht nur eine lesen, sondern irgendwie fünf lesen, keine Ahnung, wie wenn mir gegenüber jemand steht und mir das vermittelt und zusammenfasst und ich kann nachfragen, wenn ich es nicht genau kapiert habe. In einem Text fällt mir es schwer. (hm) Ja, ich habe dieses best practice-Buch angefangen, ich kann es in die Ecke hauen, ich komme nicht durch. (okay) Also das is für mich, ich bin ein anderer Lerntyp, mir sind (unkenntlich) Menschen besser, der es mir dann erklären kann. Das ist effektiver für mich (okay, ja, das ist auch gut so).

I: Was könnte deiner Meinung nach getan werden, ah, das hatten wir ja schon. Welche Eigenschaften bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Das heißt, wenn du dir jetzt so vorstellst, so das ist jetzt der Physiotherapeut, der so… dieser Top-Physiotherapeut, wie man ihn sich vorstellt. Was braucht der denn für Merkmale, für Fähigkeiten?

B1: Also… gut ausgebildet und auch regelmäßig sich auf den neuesten Stand haltend, Empathie (okay, also so das Zwischenmenschliche, also mit dem Patienten, den Patienten auf seine Seite…?) Auf jeden Fall, genau. Den Patienten mit einzubeziehen finde ich wichtig (dieses shared decision making, wie das… also quasi mit den Patienten zusammen…) Genau also Ziele entwickeln und, und dann auch Schritte entwickeln und den Patienten mit ins Boot zu holen ja, eine gut ausgestattete und gut erreichbare Praxis (okay). Also eben nicht altertümlich mit Schlingentisch und sonst was, sondern tatsächlich (was die Kasse noch sagt… okay), ja sowas find ich auch gut alltagsbezogen (Die Rahmenbedingungen, quasi) Genau. Eben nicht jetzt die supertollste neueste Bank, sondern tatsächlich mit einem Fitnessbereich mit drinnen wo sie es umsetzen können, ja?! Zum Beispiel jetzt so, also die Ausstattung finde ich muss auch passen, weil der beste Physiotherapeut in einer schlecht ausgestatteten Praxis nicht so viel reißen kann wie, wenn die Rahmenbedingungen da stimmen, ja?! (Ja) Ja, genau (okay).

I: Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die gesamte Gesellschaft? Hast du das Gefühl, dass die Physiotherapie wie sie jetzt gerade im Moment ist, dass sie ein Mehrwert für die Gesellschaft hat, für, für die Menschen, oder…?

B1: Ja, sie hat mit Sicherheit einen aber der ist, der wird nicht so erkannt.

I: Okay, was ist das für ein Mehrwert, was denkst du denn was wir für den Patienten, für die Menschen machen könnten?

B1: Naja, viele, viele Erkrankungen heilen von sich aus aber mit Physio geht es schneller. Oder die Leute werden schneller wieder fit, das heißt, im Endeffekt machen wir die schneller wieder Arbeitsfähig, wenn sie im arbeitsfähigen Alter sind, wir halten bestimmte, wir erhalten bestimmte Fähigkeiten, ja?! Also je nachdem ist das ja auch in jedem Alter auch, sei es jetzt vom Kind oder vom Senior oder irgendwelche Menschen mit Handicaps oder sowas, das heißt wir ermöglichen denen schon teil zu nehmen am öffentlichen Leben. das ist für die Zufriedenheit sehr wichtig. Spart auch wieder Geld, ja, also es ist halt dieser Kostenfaktor aber auch finde ich ist schon ein großer und der wird noch nicht so gesehen. (Ja, okay). Also egal ob die sich jetzt irgendwie ein Bein gebrochen haben oder Kreuzbandriss oder dann auch am Sport wieder teilnehmen können und so, was die Leute ja auch wieder gesünder hält, wenn

wir das so vermitteln können. (Also dann quasi auch langfristig gesehen und nicht nur auf kurzer Sicht…) Genau, nicht kurzfristig, sondern langfristig. Beides ist wichtig, ja?! Aber ich glaub, dass es da ich weiß nicht, auch einfach Untersuchungen und Zahlen dazu gibt, wieviel das einbringt, glaube ich noch nicht weil aber vielleicht auch, und das ist jetzt dann auch so ein, Gegenmodell weil viele Leute vielleicht noch nicht diese, diesen Punkt definieren so, schau mal jetzt bist du fit wieder alleine was zu machen. Ja, also gerade viele Kollegen habe ihre Dauerpatienten, weil der Arzt ein 6er Rezept verschreibt und dann wird das 6er Rezept abgearbeitet statt zu sagen: Guck mal (bis hierhin würde es eigentlich reichen theoretisch…) … reichen und jetzt bist du wieder fit oder den Rest schaffst du auch alleine, ja. Also du brauchst mich nicht, du bist eigentlich… ich helfe dir wieder unabhängig zu werden aber du bist nicht abhängig von mir. (ja). Das finde, das fände ich wichtig und wenn wir das auch noch ein bisschen mehr der Politik oder auch den Kassen vermitteln könnten, wären vielleicht da auch mal der Stellenwert besser (also auf jeden Fall auch den Entscheidungsträgern, die ja quasi uns das ja so ein bisschen aufgeben was wir zu tun haben, dass wir dann noch mehr …) Ich denke es ist auch so in den Köpfen der Patienten von den, von den, vom Volk, so blöd das sich das jetzt anhört auch noch nicht angekommen ist.

I: Das heißt dahingehend könnte auch noch mehr, ja, was heißt werbestrategisch (doch, besser vermarkten) dass, was wir uns vorstellen, dass man da noch mehr Potential rausholen könnte (vielleicht) noch besser an den Empfänger noch bringen könnte.

B1: Das ist so. Ich vergleiche es immer gerne mit den, mit den Erziehern, ja?! Bei den oder Kitas oder sowas die Eltern merken sofort wenn das nicht stattfindet. Ja?! Bei uns ist das mal wenn da ein Termin ausfällt oder sowas, viele merken, dass was passiert. Manche sind total fit und sagen, ne, ich will das jetzt haben und das ist mir wichtig und manche sagen: naja, meine Güte, wenn nicht, dann halt nicht, ja. Da haben die den Stellenwert für sich selber auch noch nicht erkannt.

I: Okay. Was denkst du, welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut in diesem Prozess der Professionalisierung, was kann jeder Physiotherapeut tun um, um die Berufsgruppe sich weiterentwickeln zu lassen?

B1: Andere Leben lassen… (lach)

I: Okay. Das heißt vielleicht mehr zusammen…halt, oder?

B1: Es gibt nicht nur den einen wahren Weg, das finde ich schon. Also jeder hat so seinen Weg, ja, und viele sagen naja, und das habe ich total bei ganz vielen Kollegen den Eindruck, man hält sich für den besten und alles was die anderen machen ist scheiße. Das finde ich doof, wenn es im Endeffekt klar ist: Patient ist jetzt selbstständiger geworden, ja, und, und, geht schneller und geht fitter wieder hieraus dann ok, ja, muss man auch mal so vermitteln. Ich finde es halt auch wichtig, dass man up-to-date bleibt. Ich habe mal eine Kollegin gehabt, die 20 Jahre lang… oder in 20 Jahren eine Fortbildung gemacht und das war Schlingentisch… Finde ich eine Katastrophe, weil du bist, was Op-methoden angeht, es hat sich so viel geändert. Es ist nicht mehr so wie vor 20 Jahren, ja. Und dann kann sie auch nicht so behandeln wie vor 20 Jahren also das finde ich zum Beispiel wichtig und wenn sich da jemand nicht up-to-date hält, dann hat der auch im, in der Konversation mit Ärzten oder irgendwie mit Kollegen ein schlechtes Standing.

I: Okay, das heißt einmal die Kommunikation untereinander, dass die wahrscheinlich besser werden sollte oder nicht so wie es jetzt so vielleicht in sozialen Netzwerken oft passiert so, so herablassend und, und (das ist klar, das sowieso) eher so eine vertikale Kommunikation.

B1: Ich finde das werten einfach schlimm, ja, oder das abwerten.

I: Und eben das der einzelne Therapeut immer relativ nah an der an dem wissenschaftlichen dran sein sollte?

B1: Ja, das auch aber das ist auch, wissenschaftlich ja aber ich sag an den neuesten Erkenntnissen so ein bisschen. Er muss sich gebildet halten. Ja, das ist natürlich blöd, wenn du irgendwelche Fortbildungen hast die den Wissenstand von vor 20 Jahren haben. Ja, das ist auch schwer zu erkennen für jemanden der sich jetzt nicht ständig (ja) in Facebook verfolgt oder sonst was verfolgt oder mit Kollegen redet, was ist jetzt wichtig, was ist jetzt up-to-date was ist jetzt nach neuesten Erkenntnissen momentan der Wissensstand, welche Fortbildungen gibt mir des.

I: Okay, das heißt quasi auch so reflektieren können was gerade…

B1: Aber woher willst du das reflektieren, wenn du die Information nicht hast?

I: Aber, dass man das zum Beispiel vielleicht dann schon in der Ausbildung schon so mitbekommt, so dieses, ja dieses kritische…

B1: Ja aber auch in der Ausbildung, vielleicht irgendwo gucken zu können, was ist denn Momentan aktuell, ja, also des wäre ganz gut des fände ich ganz gut, genau.

I: Sehr gut, okay. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt oder viele Schritte deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen oder argumentieren könntest?

B1: Wenn ich es muss, ja (lach). (Okay) Dann arbeite ich anders als ich es nicht muss, klar. Wenn ich einen Schüler neben mir sitzen habe dann mache ich das, wenn ich es nicht muss, dann ne.

I: Also nicht immer? (ja) Okay, warum hast du das Gefühl, oder wie hast du das Gefühl oder warum kannst du das manchmal nicht?

B1: Dann bin ich wenn, wenn ich es begründen muss, bin ich strikter, (okay) aber da kommt, da fehlt auch so dieses Zwischenmenschliche manchmal, oder wo du einfach sagst, der Patient fühlt sich dann noch ein bisschen besser aufgehoben und ich geh noch ein bisschen mehr auf ihn ein (okay) als wenn ich einen Schüler neben mir sitzen habe und sag: Des und des und des mache ich jetzt um B und C und D, also…

I: Also das heißt, manchmal machst du auch Dinge, wo du sagst, ok, das hat jetzt vielleicht nicht so diese hochwissenschaftliche Effektivität (genau) aber dafür tut es ihm jetzt mal vielleicht ganz gut oder so?

B1: Ne, das ist zu kurz gefasst, (okay) das ist schon auch wissenschaftlich aber es ist zum Beispiel wieder dieser psychische Aspekt (ja), ja, des mache ich vor Zuschauern schwer weil ich jetzt irgendwie, wenn ich einen Schüler neben mir sitzen hab, guck mal der, dem ist jetzt vor 4 Wochen die Frau weggerannt oder so, das ist schwer vor Patienten so zu sagen, ja. Das ist aber natürlich ein Aspekt der in der Therapie wichtig ist (ja, ist auch). Denn das muss ich nicht wissen.

I: Ja aber auch, tschuldigung nochmal, also nicht dieses harte faktenbasierte: ich mache jetzt das, weil (genau) Studie XY sondern du sagst dann: Ey ok, ich mache jetzt mal auch das weil, weil ich weiß merke, der hat jetzt einfach mehr auf dieser psycho-sozialen (zum Beispiel) Komponente mehr…

B1: Genau. Oder die Patientin ist heute extrem schlecht gelaunt, weil: Anschiss vom Boss. Da musst du darauf auch eingehen sonst kriegst du die Ergebnisse sonst nicht.

I: Und wenn du jetzt zum Beispiel auch diese Situation hast, weil, wir sind ja auch Weisungsgebunden, wenn der Arzt sagt, macht das, und du einfach sagst, hey eigentlich braucht der das gar nicht, ist es dann auch so, dass du dann dem Arzt dann quasi argumentierst und begründest warum…

B1: Das mache ich schon… ja, ja, ja.

I: Okay, Gut. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Ausbildung, Studium, Fortbildungen, wie sollte das so ein bisschen strukturiert werden? Dass, dass dann die Professionalität jedes einzelnen Physiotherapeuten dann noch mehr profitieren könnte?

B1: Also Studium klar, fände, fände ich gut, ja. Es gibt ja für die Leitungen schon diese Fortbildungspflicht, die gibt es ja für den normalen nicht. Das fände ich eine gute Sache eigentlich (okay), wo man auch sagt, du musst nachweisen, dass du dich weitergebildet hast, ja. Oder irgendwelche Symposien besucht, oder was auch immer, ja. (Aber auch so auf jeden Fall, so n bisschen…) Regelmäßige, ja genau, weil freiwillig, ich mein da machen zwar total viele Kollegen viele Fortbildungen aber warum? Weil es einfach mehr Kohle bringt.

I: Okay, das heißt da ist die Situation: Ich mach das, nicht um mir selber (genau) motivationsmäßig neues Wissen anzueignen, sondern ich mach das eigentlich nur um abrechnen zu können um einfach wirtschaftlich (bei vielen, ja genau.)

B1: Und wenn es neue Wissen ist dann ist halt irgendwie, häufig um Patienten gut zu tun. Sprich irgendwie zu tapen oder irgendwie flossen oder sowas.

I: Um eher den Patienten quasi zu binden also an (zum Beispiel, genau) Praxis dann reinzuziehen.

B1: Ich fände es zum Beispiel so, pff, zweistufig klingt doof aber… so Sachen wie Motivational Interviewing, ja. Also wo du sagst, das ist jetzt eigentlich eine dieser grundlegenden Eigenschaften auch wo du den Patienten beeinflussen kannst, n bisschen, ja. Wo wollen wir hin ohne, dass das… weiß ich nicht, ich habe es noch nicht gemacht aber das ist sowas, wo ich wichtig finde, ja. Wie redest du mit den Leuten auch, im Vergleich jetzt zu flossen, also das, das sind einfach total unterschiedliche Fortbildungen und Therapien oder wie auch immer. (Die werden, sind gar nicht so…) Die werden überhaupt nicht unterschiedlich vermarktet und benannt. Und da irgendwie einen Unterschied zu machen, sowas fände ich cool.

I: Okay, das heißt, dass man das dann klarer abgrenzt (genau), ich mach jetzt hard-skills, vielleicht (Ja oder Basics und on-top keine Ahnung) Okay und dann noch so dazwischen Schlüsselkompetenzen oder sowas zum Beispiel (zum Beispiel) in der Ausbildung nicht so groß hat aber sagt, hey ich will jetzt gerade in Kommunikation (sowas wäre zum Beispiel cool, Kommunikation fände ich in der Ausbildung so wichtig) Hast du das Gefühl, dass das so bei dir in der Ausbildung ausreichend (gar nicht) auch nicht, ge?! (gar nicht)

B1: Aber ey, 20 Jahre her… über 20 Jahre her. Da war es auch noch nicht so ich weiß nicht, ob das jetzt irgendwie von den Lehrern schon, keine Ahnung, weil, es müsste ja Lehrer geben, die es genauso interessiert…

I: Könnte ich mir schon so auch vorstellen. Problem ist natürlich, dass es 16 unterschiedliche Kurrikula gibt und, es kann sein, dass dann NRW, dass da mit 8 Schulen so machen aber der Rest… (oder einzelne Lehrer, keine Ahnung) Ja, genau.

I: Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapie?

B1: Ja bitte.

I: Okay, aus welchem Grund und wie würdest du es dir vorstellen? Weil, es ist ja oft so, dass viele vielleicht auch sagen: Nja, Akademisierung, nein. Wie müsste es dann sein, dass du sagst, hey, so schaut dann nach so einer Akademisierung, nach dem Studium, der Physiotherapeut aus. Was müsste da nochmal integriert werden, ins Studium, was ist dir wichtig?

B1: Das ist total schwer, weil ich jetzt nicht weiß wie das ist. Ich weiß jetzt nicht, was das beinhaltet (okay.), ja. Aber ich gehe davon aus, dass ein Studium, Kollegen fit macht für die Arbeit. Nicht nur wissenschaftlich zu arbeiten, klar, das kommt natürlich auch, ja. Aber, dass im Endeffekt wirklich auch vermittelt wird, wo, wo geht's hin, wo hinterfrägst du deine Therapien, wie hinterfrägst du deine Quellen, ja, also glaubst nicht alles was dir vorgesetzt wird, sondern, na, also, kommt auch immer mehr, sehe ich bei Kollegen schon, also hinterfrag dich, hinterfrag deine Quellen, hinterfrag dein Arbeiten und, dass du up-to-date bleibst, das finde ich wichtig und im Endeffekt wäre es ja auch wichtig zu sagen, eben nicht mehr 16 einzelne Kurrikula sondern… deutschlandweit. Und vielleicht dann auch gucken eben, wie ist es im Ausland. Da ist es in den meisten Ländern n Studium, ja. Okay, hey, dann können wir International mitreden, wenn ich jetzt irgendwo mitbekomme in Amerika sind es für einen normalen Physiotherapeut glaub sieben oder acht Jahre oder sowas, ja. Dann ist das n ganz n anderer Inhalt der da vermittelt wird. Ja, bis man da… das fände ich cool. Also zum einen, muss nicht länger, ja. Ne, länger muss es eigentlich nicht sein. Ja

I: Okay gut. Es ist ja so, für den Bachelor sind ja jetzt drei oder dreieinhalb bis vier Jahre, das wird irgendwie noch diskutiert um erstmal auch dann die Theorie und die Praxis besser zu verzahnen und dann später wenn man da ja noch weiter machen möchte den Master und so weiter (ja, ja, ja, ja) ist ja dann aufbauend.

I: Okay, glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für die Physiotherapeuten in Deutschland umzusetzen?

B1: Nein. (okay) Weil die wenigsten einfach geschult sind, dafür.

I: Okay, das heißt wie könnte man das dann machen, dass man dann irgendwann mal freigibt?

B1: Ich hätte, ich weiß jetzt aber auch wieder wenig von dem Studium aber ich kann mir gut vorstellen, dass diejenigen, die den Bachelor oder den Master haben, dass die schon vorbereitet sind, drauf. Und für diejenigen, die jetzt eine normale Ausbildung haben, einen Kursus, einfach wiederholen in Differentialdiagnostik, in Befundaufnahme, solche Schlüsse zu ziehen. Ja.

I: Okay, also mit Zusatzqualifikationen (genau) dass halt jeder auch die Möglichkeit hat der das möchte, dass dann machen zu können (genau).

I: Okay, gut. Jetzt wird es auch nochmal interessant. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf der Physiotherapeuten? Wenn du jetzt mal so n bisschen (da müsste ich Ethik erstmal so definieren können, was ich jetzt so nicht kann) Okay und in welchen Situationen zum Beispiel, glaubst du, dass es jetzt wichtig gewesen wäre, paar Basics vielleicht zu wissen um ein paar Dinge differenzieren zu können oder Entscheidungen treffen zu können.

B1: Des ist… des ist mir so zu… (okay) Das ist nicht definierbar für mich. Was ich wichtig finde ist oder was, oder eine… Wenn du sagst ethisch und moralisch zum Beispiel. Es geht mir so um des um den Punkt n Rezept auch abbrechen zu können, wenn es, wenn du sagst der Patient ist eigentlich fähig dazu, ja. Sowas finde ich wichtig, nicht einfach nur irgendwas zu machen, weil es der Arzt vorgegeben hat, sondern sein Hirn weiter einzuschalten. N Patient auch seine Mitwirkungspflicht zu verklickern ja, sowas finde ich wichtig. Viele Patienten viele Kollegen betrügen die Kassen, dass sie irgendwas unterschreiben lassen. Sowas finde ich wichtig. Da auch den Arsch in der Hose zu haben und zu sagen: Ne du hast den Termin verpasst, nein das wird jetzt nicht unterschrieben, sondern so sind die Gesetze halt dich dran, ja. Das sind so eigentlich die Groben, sich da auch an die Spielregeln zu halten, die vorgegeben sind. (hm, okay, ja) Und auch nicht dem Patienten nichts vorzumachen oder so, sondern einfach straight da zu arbeiten, (das richtige quasi zu machen) genau.

I: Okay, das ist ja schon mal, das ist ja auch schon mal was gewesen. Okay. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung überhaupt mal angesprochen?

B1: Nö. (gar nicht? Okay) Nein. Oder ich war krank aber (also nix großartig wo es noch so im Hinterkopf wäre und so, ah, das war jetzt interessant oder so) ne, ne.

I: Okay. Hast du dich auch schon mal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt?

B1: Ne.

I: Okay, also das heißt nicht bewusst es ist ja auch oft so, wie du vorhin erklärt hast, das ist ja dieses (genau) unbewusste und das passiert ja irgendwie (also nicht mit dem Thema Ethik, eine)…

B1: Also wo wir zum Beispiel… Situation: Wir haben eine, ich habe eine Patientin mal gehabt, in der Klinik. Die, die nicht mehr laufen konnte und die war Mitte 40 und sie hat sich dann zuhause, also eine Mutter von einem relativ jungen Kind, ja, verheiratet, die konnte nicht mehr laufen, die hat sich einen Rollstuhl besorgt, die hatte Harn- und Stuhlinkontinenz und der Arzt wollte ihr ein neues Knie verpassen. Ja?! Also da sind wir eingeschritten. Das ganze Kollegenteam hat gesagt, Leute, das kann nicht sein. Da war, die hatte n Wirbelsäulenkernspin, das hat sich der Arzt, der ihr das Knie verpassen wollte, nicht einmal angeguckt. (okay) Das, das geht so nicht. Also das ist für mich dann zum Beispiel schon so n ethisches Problem, ja. Ja. Ansonsten… das ist jetzt so n Paradebeispiel. Ansonsten… ne.

I: Okay. (ja). Gut. Aber es ist ja auch das interessante, dass wir da ganz häufig konfrontiert werden, mit solchen Situationen aber das… weil wir dann so ein Gesundheitsfachberuf sind ist das ja so, dass dann unbewusst. Wir haben ja schon hohe, n ethischen Standard im Gegensatz jetzt zu anderen Berufsgruppen wie Bänker oder Verkäufer oder ich sag jetzt zum… (ja, ja, ja) Genau, aber weil wir ja eben mit Menschen zu tun haben, ist das ja schon so n bisschen unbewusst auch durch die Ausbildung und durch die Erfahrung ja so eingepflanzt worden und das ist halt das interessante das dann raus- rauszuholen, mal wirklich reflektiert nochmal zu machen.

I: Okay, wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess dieser Professionalisierung, dass sich die Physiotherapeuten weiterentwickeln, wie, wie wichtig oder in welcher Position würdest du jetzt da die Ethik, zum Beispiel sehen?

B1: Es ist schon wichtig, dass man nicht nur auf seinen Vorteil guckt, ja. Ah, das ist total schwer, einen Stellenwert zu nennen man darf das nie außer Acht lassen, immer im Kopf.

I: Genau aber wenn du jetzt so, sagen würdest, ah des ist eher jetzt so, was heißt n bisschen zu vernachlässigen kann man jetzt auch nicht sagen aber andere Sachen, die wichtiger sind…

B1: Es gibt nichts, was es zu vernachlässigen gibt, weil einfach je nach Situation höher oder niedriger anzusiedeln, ja. Also in diesem Fall mit der Patientin mit dem Knie war es jetzt einfach hoch, ja. In dem Moment wo ich jetzt einen Patienten hab, irgendwie der eine Knie-op hatte ist die Frage ob der jetzt n ethisches Problem oder Situation hat wo das sich ergibt (ob das jetzt richtig ist?) Genau, ich denke das gibt sich dann auch aus den, der Situation und aus dem Kontext, genau.

I: Okay. Hast du dich schon einmal mit dem, mit einem Berufskodex, der Physiotherapie, auseinandergesetzt oder schon mal gelesen oder gehört oder irgendwo mal in einer Zeitschrift irgendwie zufälligerweise…?

B1: Ne. Ne, nicht bewusst jetzt (gar nicht?)

I: Okay. Was bedeutet für dich ein Dilemma.

B1: Ein Zwiespalt.

I: Okay. Zwiespalt zwischen, zwischen was? Was müsstest du da entscheiden, was ist da (Dilemma?)…?

B1: Mhhh… wenn ich zwei mögliche Reaktionen oder Aktionen habe, die ich machen kann und mich nicht entscheiden kann, welches das bessere Ergebnis bring.

I: Okay, genau so kann man es eigentlich auch so fast definieren, dass zwei unterschiedlich, unterschiedliche Normen sind, die aber in diesem Moment gleich schwer Wichten und egal wie du dich entscheidest, du müsstest immer eine Norm für dich quasi verletzen, das heißt es gibt immer nur (okay) entweder, oder. In welchen Situationen, im beruflichen Alltag, hast du dich schon einmal in so einer Situation befunden, wo du gesagt hast: Oh Gott, ich habe jetzt vielleicht diesen Auftrag und müsste das machen und was, wie soll ich mich jetzt entscheiden? So, wo du mal so n komisches Bauchgefühl hattest oder so n bisschen n ungutes Gefühl.

B1: Ungute Gefühle habe ich schon ab und zu aber das hat jetzt der Job n Vorteil, ich kann mich da sofort austauschen und kann mir da Feedback holen, auch von Kollegen also das sind dann Dinge, die ich dann nicht alleine entscheide, wenn es möglich is. Oder ich hole die Schwestern ins Boot und frag nochmal also, wenn ich irgendwelche red flags oder sowas merke. Also, ich (lach) soll, soll mit einer Patientin aufstehen und die Wahrscheinlichkeit, dass die Hüfte luxiert ist bei 99%, ja. Solche Sachen zum Beispiel. Ich möchte das vorher abgeklärt haben, ja. Da ist dann aber auch tatsächlich mein Wort genug an Gewicht, dass ich sag, das wird auch abgeklärt. (okay). Das ist zum Beispiel ganz gut, wenn ich so n Verdacht hab wenn ich irgendwie (…) Ich lass den, genau wenn ich zum Beispiel was hab, wo ich sag, Patient es wäre gut wenn er es macht aber ich kann ihn nicht zwingen dazu, lass ich den Patient entscheiden und versuche ihm auch noch mal die einzelnen Vor- und Nachteile gegenüberzustellen und dann ist es auch irgendwie nicht meine Entscheidung weil das ist sein Leben, ja. Also das ist dann auch was wo ich auch sag mache ich des jetzt gerade zu meinem Dilemma aber es ist nicht mein Dilemma, okay und versuch dann (unverständlich) von außen Hilfe oder ich gebe es dann auch ab.

I: Okay, das heißt entweder abgeben, Hilfe holen oder… Du hast auch vorhin gesagt, dass ihr das dann alles irgendwie alles besprecht? (genau, im Team, das ist ja auch besprechen) Also Fakten sammeln und dann besser abwägen zu können?

B1: Entweder wirklich andere Meinungen noch dazu holen, eben um es abzuwägen oder wirklich, wenn, wenn ich merke es ist nicht mein Dilemma des ist eigentlich die Entscheidung vom Patienten, dann gebe ich es auch ab. Genau.

I: Okay. Du hast auch schon so gesagt, dass wäre jetzt zum Beispiel ein Dilemma, wenn der Patient jetzt nicht mitmacht (ja, klar). Wie würdest du denn dann damit umgehen, wenn er sagt: Ne, will ich jetzt nicht.

B1: Muss ich respektieren. Also ich sage ihm, wenn du das machst passiert das und wenn du es nicht machst, passiert des. Es ist dein Knie, ja. Die, die Heilungschancen stehen so, was willst du denn eigentlich erreichen und ihn versuchen danach noch mit ins Boot zu nehmen aber wenn er nicht will, will er nicht. Sind erwachsene Menschen. Es sei denn, jemand ist dement, dann ist es natürlich nochmal anders und so aber prinzipiell, wenn jemand wirklich im Vollbesitz seiner geistigen Fähigkeiten ist, habe ich es zu respektieren.

I: Okay, gut. Nochmal irgendwie eine andere Situation gewesen, also jetzt nicht mehr direkt vielleicht am Patienten, sondern mit Kollegen oder mit dem Vorgesetzten oder in der gesamten Krankenhausorganisation, wo du gesagt hast: Ahja, eigentlich hätte ich jetzt irgendwie anders entschieden oder…

B1: Ja, wenn es vom Vorgesetzten kommt habe ich es zu akzeptieren. Das habe ich in der Klinik gelernt. Das musste ich lernen.

I: Okay, das heißt, da waren auch schon einmal paar Situationen, (ja, ja, ja) da bin ich eigentlich nicht der Meinung (das ist jetzt nicht… genau)

B1: Ist aber nicht da… Aber Chef, Chefin, wie auch immer sagen so und so, dann wird das auch so gemacht.

I: Okay, weil…? (wird dokumentiert… so und so ist die Ansage, dann ist das so) Weil wir ja weisungsgebunden sind dementsprechend und nicht irgendwas (genau, genau) anderes sagen können oder dürfen. Okay.

B1: Also, wenn die klare Aussage kommt, also wenn ich frage und die klare Aussage kommt, du machst es so und mir es nicht passt, dann halt so, ja.

I: Okay, (ja) Gut. welche Prinzipien, Werte, Normen oder Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Das sind dann so, so Schlagworte oder Schlagwörter. Was ist denn für dich, wo du sagst, das ist jetzt mir wichtig, ich richte mich so n bisschen, also, nicht nur das reine handeln danach, sondern so mein, vielleicht das ganze Ethos, also…

B1: Also mir ist Authentizität total wichtig. (okay) Ja?! Also ich lobe und ich kritisiere und mir ist auch wichtig, dass der Patient merkt, wenn ich lobe ist es ehrlich und wenn ich kritisiere ist es auch ehrlich. Aber nicht verletzend zu sein… Respekt, finde ich total wichtig. Den Menschen auch zu wertschätzen und zu akzeptieren wofür er sich entschieden hat, ja. Sei das jetzt mit Kollegen, sei es jetzt mit Patienten total egal aber das sind eigentlich… ja genau, Authentizität, Aufrichtigkeit, Offenheit finde ich wichtig, ich hasse hintenherum Gerede, egal ob es jetzt Patienten oder Kollegen gegenüber ist, mag ich nicht. Freundlichkeit finde ich sehr wichtig. (okay). Ja. Wir sind ein Dienstleistungsberuf und des ist mega wichtig, das sind so die, die (die wichtigsten für dich jetzt) wichtigsten.

I: Okay, gut. Jetzt wird es auch nochmal bisschen tricky. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie könntest du ihn zum Beispiel jetzt zum Begriff der Ethik, so n bisschen abgrenzen.

B1: Ich habe das heut überlegt. Ich habe keine Idee dazu, ich habe… (lach) (unverständlich)… Wie definier ich das jetzt und ich finds mega schwer… Also weil ich nie Ethik hatte, ok, das heißt, mir fehlt auch die Definition aber Moral ist, sag ich mal, für mich übersetzt, mit gutem Gewissen irgendwie (genau) machen kann, handeln kann, also…

I: Genau, das ist es dann quasi auch überhaupt. Moral ist, das heißt, ich richte mein Handeln nach diversen Prinzipien, so wie du es vorhin auch gesagt hast, und die Ethik ist quasi, dass, was das dann so n bisschen argumentiert. Das heißt wenn ich jetzt irgendwas mache, aus meinem Werteverständnis heraus dann ist quasi die Ethik, dass, was es reflektieren würde. Wo man sagen würde: Ah, aus diesem Grund ist das gut und aus diesem Grund wäre es jetzt nicht so gut. Zum Beispiel. (okay) Gut.

I: Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Glaubst du, dass ein moralisch gebildeter Physiotherapeut professioneller arbeiten könnte als ein, einer der jetzt überhaupt gar kein Verständnis dafür hätte.

B1: Wenn du des jetzt mit Moral und Ethik aufschlüsselst, glaube ich nicht, dass du Moral, ausbilden kannst, aber Ethik. (okay). Also entweder hat jemand Moral oder hat sie nicht. Ich glaube nicht, dass man Moral wirklich vermitteln kann aber du kannst, also meine, diese ethischen Argumente dann zu vermitteln, des denke ich schon, das glaube ich nicht aber ich glaube schon, dass jemand, der wenig moralische Fähigkeiten hat, ein guter Physio sein wird, das glaube ich nicht.

I: Okay, weil, weil wie du es ja gesagt hast, Empathie, Einfühlungsvermögen (genau, das fehlt dann einfach halt), Freundlichkeit…

B1: Und ich denke, da wird… da werden die Leute mit den Füßen abstimmen… Also so ist da mein Denken, ja.

I: Und, glaubst du dann auch, dass dies mit der Ethik und speziell das mit der moralischen Fähigkeit dann auch wichtig wäre, für diesen Prozess der gesamten Professionalisierung?

B1: Die Ethik dann, ja, ich denke, dass jemand der keine Moral hat, da gar nicht weiterkommt, ja. Ich denke aber durch, also umgekehrt auch, dass jemand der ne sehr hohe Moral hat, nicht sich unbedingt professionalisieren wird. Ja?!

I: Warum glaubst du das?

B1: Muss er ja nicht, es kann ja aber jemand der… es ist umgekehrt einfach. Jemand der des nicht hat, wird nicht unbedingt gut werden aber jemand der es hat, der hat vielleicht gar nicht das Interesse daran. Ja?! Also… blöd aber ich habe zum Beispiel ne Kollegen von mir, die ist Masseurin und die is von der Moral her super, ja, aber die is glücklich mit dem, was sie tut. Ja, die hat diesen Impuls gar nicht irgendwie sich zu professionalisieren oder besser zu werden, sondern ist glücklich mit dem was sie tut. Also des is so des, wo ich denke, du wirst nicht supergut werden, wenn du keine Moral hast aber umgekehrt heißt es, wenn du sie hast… (dass es dann unbedingt weitergehen würde, genau, okay) Aber ja, ich finde diesen, des anzusprechen fände ich wichtig, genau und des zu vermitteln. Ja.

I: Okay, genau das wäre nämlich die nächste Frage gewesen. Welchen Stellenwert hätte für dich die Integration eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichts, zum Beispiel für die Ausbildung oder Studium?

B1: Ja, wichtig, wichtig.

I: So wie du es jetzt auch so, so merkst (ja, genau, genau) damals habt, ich habe es ja damals auch nicht so gehabt (ja, gar nicht) und das dann vielleicht doch… glaubst du auch?

B1: Ja, fände ich schon.

I: Okay, warum glaubst du das? (lach) Die letzte Frage für heute (lach).

B1: (lach) Weil man auf das reale Leben vorbereitet wird damit. Wenn du diese Situationen davor schon vorwegnimmst, wo man dann nicht alleine da steht, sondern das auch ein bisschen mehr ausdiskutieren kann, in der Gruppe oder so oder einfach nochmal verschiedene Standpunkte kennenlernt oder so.

I: Okay, das heißt für einen selber, für den Physiotherapeuten selber also dann auch selbstständiger, eigenständiger dann… in den Entscheidungen.

B1: Im realen Leben, genau. Also du, du lernst dann diese selbstständigen Entscheidungen zu treffen, genau. Weil du aber auch am Anfang erstmal vielleicht auch Impulse bekommst von Seiten auf die du alleine gar nicht gekommen wärst, und Aspekte beleuchten kannst, genau, ja.

I: Okay, gut. Das war es schon B1. Vielen Dank, (sehr gerne).

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	02
Name der Audiodatei	Interview 02
Datum der Aufnahme	27.07.2019
Ort der Aufnahme	Praxisräume der befragten Person
Dauer der Aufnahme	65,51 Minuten
Befragte Person	B2
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	28.10.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: Vielen Dank „B2“, dass du dich mir zur Verfügung gestellt hast für dieses Interview. Es geht nämlich um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive. Und ich möchte mit dir insbesondere über deine persönliche Sicht sprechen, über deine Wahrnehmung von den Dingen, die du im Alltag erlebst, und die Meinung dazu. Das heißt, es geht nicht darum was richtig ist und falsch ist, sondern so wie du es persönlich siehst, versuchen wir das dann zusammen rauszufiltern.

I: Dann fange ich doch schon gleich mal mit der ersten Frage an. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren. Was ist für dich Physiotherapie?

B2: Heilungsunterstützung, am Patienten. Das heißt hier in Deutschland nach Verordnung, die Arbeit im Rahmen unserer Ausbildung.

I: Okay, gut. Hast du da auch irgendwie spezielle Kerngebiete, die du so im Kopf hast, das ist Physiotherapie und das sollte ein Physiotherapeut so im Alltag machen um sich vielleicht auch genügend abzugrenzen, von anderen Berufsgruppen, die auch im Gesundheitswesen, auch mit sind?

B2: Ja (dass so eine Trennschärfe…) ist also die Frage wo man im Gesundheitswesen steht. Für mich ist glaub ich ganz wichtig, dass wir eine Diagnose im Raum stehen haben, dass trennt uns ab von den Trainern und dann, also ich glaub, das, ist das wichtigste im Gesundheitsbereich und dann sollte das ganze zielgerichtet sein, dass heißt wir verfolgen irgendwo eine Heilungsunterstützung oder Krankheitsunterstützung, damit umgehen zu können, also Kompensationsmechanismen zu begleiten oder eben Heilungsunterstützung. Postoperativ also sehe ich den Schwerpunkt, wir sind eine orthopädische Praxis, also, ich sehe natürlich ganz viel postoperativ und orthopädische Beschwerden, und die Themen aus der Neurologie, aber genauso Themen wie Pädiatrie, Gynäkologie, was man so aus der Ausbildung mitnehmen kann.

I: Gut, okay, aber hauptsächlich Orthopädie?!

B2: Bei uns ist hauptsächlich Orthopädie, wenn du mich frägst, Physiotherapie im Allgemeinen sind das die einzigen Bereiche, glaub ich, ich glaube, dass man draußen, also nicht ich, dass aber man draußen ganz viel mit der Orthopädie die Physiotherapie verbindet. Glaube, dass viele nicht wissen, dass du im Bereich Gyn auch was mit Physio zu tun hast. (Okay) Ich glaube, das ist die Wahrnehmung draußen. Von unserer Berufsgruppe aber das ist eingeschränkt, weil ich ja auch Schwerpunktmäßig orthopädisch arbeite.

I: Okay, gut. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du primär deine Behandlungsstrategie aus? Das heißt, es gibt ja dieses biomechanische Modell, dieses Bio-Psycho-Soziale, es gibt dann noch gewisse andere Modelle, die es so im Raum gibt. (Okay, die Modelle kenn ich nicht) Okay.

B2: Also da kann ich diese jetzt nicht explizit benennen, mit irgendeinem Namen, wenn du mich so fragst, das erste was mir eingefallen ist, ist eigentlich, dieses, dieses Maitland, also Maitland hat mich sehr viel geformt, nach der Fort-, nach der Ausbildung nochmal, dieses Brickwall-Konzept letzten Endes, aus der, oder was die, mit beschreiben das ist für mich eigentlich stimmig also dieses Befunden, Test, Testbehandlung, Re-Befund, das ist für mich ein sehr seht stimmiges System, was da Maitland vermittelt (okay)

I: Also Maitland, was haben die da genau für eine Ansichtssache? Ich kenn nur dieses von der IAOM, dieses Cyriax und die machen das sehr Strukturorientiert. Die sagen, okay, der Test ist positiv und das ist die Supraspinatussehne und das ist jetzt der Schleimbeutel. Wie macht das jetzt Maitland?

B2: Die differenzieren auch, ich würde aber sagen, ich hoffe, dass ich denen jetzt nicht unrecht tue, ich glaube das ist mehr dieses ausprobieren, letzten Endes schon dieses gezielt ausprobieren und dann den Erfolg bemessen und dann entsprechend den Behandlungsplan aufzubauen. Dann zu sagen: Okay, ich habe einen Plan ich teste mit einer Distraktion oder Kompression und gehe davon aus, dass die Struktur gestresst wird, damit, und dann setze ich mir meine Ergebnisse zusammen, dann habe ich meine

Probebehandlung, Verbesserung, richtiger Weg, keine Verbesserung, Verschlechterung, muss ich wieder agieren. (okay) Und deshalb ist es ein ganz gutes Konzept eigentlich. Also sehr, sehr aktives, aktiver Umgang mit dem Patienten. Das heißt der Patient kann eigentlich nicht 30 Minuten liegen bleiben sondern eigentlich, wenn du sauber arbeitest, so wie wir es hier in der Regel auch machen, so wie ich es auch verstanden habe, ich bin kein Maitland Instruktor, ist es wirklich so, du machst was, der Patient stellt sich wieder hin, läuft nochmal oder bewegt den Arm dann legt sich wieder hin und machst wieder eine Technik, dann setzt er sich wieder hin bewegt den Arm, also es ist schon axial… aktiv. Es ist also nicht dieses 30 Minuten wegmassieren.

I: Okay, das heißt da ist schon die Interaktion mit dem Patienten schon dann auch ziemlich im Vordergrund, kann man so sagen. (ja) Hast du auch das Gefühl, dass das dann auch funktioneller dann irgendwie ist als nur dieses reine ich gehe jetzt nur auf diese eine Struktur, wie ist es so bei anderen Modellen so?

B2: Ich glaube, dass ich schneller für mich wie auch für den Patienten ein Feedback bekomme, dass dieser Ansatz gut ist. Natürlich, wenn ich chronifizierte Themen habe, ist es, kann ich es nicht erwarten, dass ich eine Technik anwende und ich eine Verbesserung habe, da muss natürlich auch entsprechende, Pathophysiologie, muss man kennen. Aber ich glaube es ist ein schnelles darstellen für den Patienten, was machen wir hier eigentlich und auch für den Therapeuten bestätigt es sehr schnell auch seinen Weg. Weil du fragst aber auch wie es mit anderen Modellen ausschaut, ich kenne keine anderen Modelle. (okay). Also ich sage jetzt mal Manuelle ist jetzt doch so umfassend von der Zeit und vom Inhalt, von dem Invest her insgesamt, dass man ja, also ich zumindest jetzt nach 15 Jahren Berufserfahrung keine drei Konzepte parallel angeschaut habe. (okay). Ich kann nur zu Maitland sprechen.

I: Okay, gut. Aber du merkst schon, dass du dann schnell irgendwie ein Feedback dann bekommst und du relativ schnell darauf dann reagieren kannst und dass es dann zu, zu einer Bindung kommt, irgendwie mit Therapeuten und Patienten und dass man dann zusammen eine Strategie dann entwickelt. Also wie du auch gesagt hast, dass du nicht den Patienten liegen lässt, halbe Stunde rummachst und dann bis zum nächsten Mal oder sowas.

B2: Genau, ich arbeite nicht mit meinem theoretischen Wissen eine halbe Stunde runter, weil ich sage ich mache immer bei einer Ansatzreizung, das Thema aus, aus der Theorie heraus und rubbel den dann Weg, sondern ich habe mehr Interaktion. So ist das glaube ich gewünscht, ist dann auch positiv habe ich das Gefühl, auf der anderen Seite das Problem, wenn ich keinen Erfolg habe, wenn ich eine Thematik vorliegen habe, die ich nicht sofort beeinflussen kann oder nicht zeitnah beeinflussen kann, dann hab ich nicht diesen positiven Effekt und wenn ich davon abhängig bin, von meinem grundsätzlichen arbeiten, dann wird es glaube ich schwierig, das heißt man muss auch aus dem Konzept her schon offen sein, dass es nicht immer so funktioniert, wie es wünschenswert wäre. Dass ich jetzt immer sag, ah ich mach jetzt eine Technik und ich sehe: besser oder schlechter, sondern manchmal passiert dann einfach nichts und damit umgehen zu können, da ist man nicht nur in dem Maitland-Konzept, aber ich bin nur Anwender. (okay, ja, okay, gut.)

I: Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung erworben haben. Also was ist für dich wichtig, wo man sagt, okay, wenn man jetzt aus der Ausbildung raus ist, das sollte man eigentlich können oder das ist jetzt auch wichtig für dich. Wo du sagst oder wo du vielleicht auch selber gemerkt hast, das ist vielleicht in der Ausbildung zu kurz gekommen ist, wo du dich dann vielleicht in der Praxis, vielleicht am Anfang ein Stück weit überfordert gesehen hast und wo du sagst, das hätte man eigentlich noch intensiver…

B2: Also ich persönlich habe es letzte Woche schon grad im Gespräch gehabt, es wird wohl besser abgeholt, ich selber habe zu wenig unternehmerisches Wissen entwickelt, des heißt also vielleicht muss man das auch nicht haben, unternehmerisches Wissen aber den, den Wert des Physiotherapeuten auf dem Markt. Also mit Euros hinterlegt, mit Zeit hinterlegt, das habe ich damals zu wenig in der Schule kennengelernt aber ich kann dir nicht sagen, hat es die Schule zu wenig vermittelt oder habe ich nicht zugehört (lach), des kann man nicht nur der Schule zuschieben. Ich weiß, ich habe da auch nicht immer alles mitbekommen.

I: Genau aber es geht ja wie gesagt um deine… deine Intuition.

B2: Genau, das ist ein Thema, das fehlt mir, das habe ich auch letzte Woche gerade in der Augsburger Schule angesprochen und die tun da viel. Das ist deren ihre Aussage, also die machen da jetzt mehr, das finde ich gut, das ist glaube ich ganz wichtig, weil da weiß man dann auch, was ist man Wert, was ist man nicht Wert und dass man nicht später überrascht wird, dass wir teilweise zu wenig Geld bekommen in manchen Augen. Oder wieviel wir arbeiten müssen um Geld zu verdienen. Also das ist ein ganz wichtiger Punkt, glaube ich, ansonsten, dann wenn du in den Job reingehst, ich glaube es ist wichtig, dass du n guten Chef hast und einen gutes Team um dich rum hast, die dir dann die Sicherheit geben, wenn du rauskommst, dass du da wirklich selbstständig Verantwortung übernehmen darfst, ich glaube dieses Verantwortung übernehmen bekommt man in der Schule noch zu wenig vermittelt also der Übergang zwischen du bist noch Schüler hin zu jetzt bist du Physiotherapeut (der ist halt…) der ist n bisschen hart, glaube ich. Das könnte vielleicht, ich weiß nicht, ob das wünschenswert ist aber, wenn ich mir so diese Anerkennungspraktikas bei den Masseuren, weiß nicht, ob es das noch gibt aber, wenn ich mir das anschaue, glaube ich, das ist gut wenn so jemand n Zwischenlevel hat. Ob das in der Ausbildung stattfindet oder nach der Ausbildung, weiß ich nicht aber das finde ich glaub ich gut, wenn man noch n bisschen an diesem, aber dafür brauchst du auch wieder einen guten Chef, also des ist immer so ein geben und nehmen. Ich glaube das war immer so n bisschen harter cut, aber ich habe einen sehr guten Chef gehabt aber…

I: Aber dass das so n bisschen standardisiert wird, dass man jetzt so zum Beispiel noch so eine Art Fellowship, dann irgendwie hat, dass man mit einem, so mit einem Chef, der irgendwie auch diverse Kompetenzen dann auch dementsprechend hat, dass der dich dann auch geführt und langsam so in die Praxis so dann auch integriert?

B2: Ja. Also ich glaube, dass das sinnvoll wäre, wenn ein Berufsanfänger hier… dieses Thema ist auch Taktung, Zeittaktung auch. Hatten wir in der Schule nicht, wenn man anschaut wie, keine Ahnung, halbe Stunde befunden, dreiviertel Stunde behandeln, danach noch dokumentieren halbe Stunde, das war ein Patient, ist n Thema, ich glaub also wenn du so aus der Schule rauskommst und dann heißt es: So, in den nächsten 60 Minuten hast du drei Patienten, mach mal die Doku, Aufnahme, Terminierung bitte auch, weil die Rezeptionskraft erst um 10 Uhr kommt… puuuuh, ist n anderes Leben als das was wir drei Jahre gelernt haben, glaube ich, also dass da der cut sehr hart sein kann, ich habe das große Glück gehabt, dass ich einen sehr guten Chef gehabt hab. Also, genau und ansonsten aus der Schulzeit was ich so mitnehmen musste war ist halt dieses differenzieren, wo sind meine Grenzen. Ich glaub das ist so wichtig, zu wissen einfach, wo, was kann ich, was kann ich nicht.

I: Also was die Physiotherapie auch kann oder auch nicht kann?

B2: Ja und was ich… ich mein, man hat drei Jahre in diesem Sumpf der Physiotherapieschüler und der Schule ja gearbeitet oder den Beruf kennengelernt und dann kommst du raus… das dauert und das höre ich von ganz vielen, und das ist auch mein Bild gewesen, du kommst dann raus und denkst so was für ein geiler Physiotherapeut und hast deinen ersten Arbeitstag und denkst dir so: okay, eigentlich kannst du nix. Also du kannst so n bisschen die Grundlagen halt aber wirklich differenziert zu arbeiten ist glaub ich noch eine Herausforderung aber das ist natürlich auch ein Entwicklungsprozess. Die muss man vielleicht auch leben lassen also das ist… ein Kind, dass auf die Welt kommt, kann nicht laufen, muss es lernen. Das sind ja auch immer Entwicklungsprozesse, die man auch im Raum stehen lassen muss, sicher.

I: Okay. Dann gleich schon mal die nächste Frage die so n bisschen darauf anknüpft. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung genügend, oder dass dann die Physiotherapeuten genügend auf den direkten Berufsalltag dann auch vorbereitet werden?

B2: Ne. (Okay, warum denkst du das?) (lach) Also ich glaube das Thema ist ganz groß die Taktung. Also ich spreche jetzt nicht von unserm Alltag hier aber ich glaube (ihr habt 30 Minuten?) Ja, wir haben in der Regel 30 Minuten aber wir haben in der Regel auch nicht nur KG sondern es steht auch noch was anderes dazu, dann hast du einfach länger. Ich glaube, dass das hart ist. Aus der Schule irgendwie, wie gesagt, 30Minuten Befund, 45 Minuten behandeln ist jetzt ein bisschen überspitzt aber dann kommst du raus und musst im 20 Minuten-Takt durchballern. Ich glaub, und das ist eigentlich der Berufsalltag, und du hast keinen Patienten den du mehrmals hintereinander siehst. Und sagst auch als Schüler siehst, sechs Wochen lang bist du auf der selben Station und sowas, du hast sehr viel Wechsel glaube ich in vielen Praxen drin, ich glaub das, puuh, ich denke unser Handwerkszeug lernen wir kennen aber das Drumherum wird zu wenig vermittelt, in der Schule. Das ist das was mir hängengeblieben ist. (okay, gut).

I: Nutzt du oder nutzt ihr bei euch die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Behandlung von Patienten? Und wie integriert ihr des, wie macht ihr das, du hast mir schon erzählt, ihr macht hier interne Fortbildungen. (ja). Dann irgendwie auch Fortbildungen außerhalb, dass ihr die Leute auch irgendwo hinschickt oder sowas?

B2: Ja also, es gibt ein klares Fortbildungsbudget für jeden Mitarbeiter letzten Endes. Es gibt einen offenen Betrag über dieses Budget hinaus, das im Team abgerufen werden kann, wenn jemand sagt, er kann mir als Entscheider erklären warum wir des hier brauchen oder warum es ihn interessiert, dann gibt es auch mehr Geld als das, was angesetzt worden ist. (okay) Das ist also externe Fortbildungen werden von mir auch sehr aktiv glaub ich, gefördert und unterstützt und angeregt. Wenn jemand auf einer externen Fortbildung war ist er immer in seinem Fortbildungsantrag, muss er angeben wann er die interne Fortbildung dazu hält. Das heißt also, er muss die Inhalte natürlich auch mit reinbringen, weil, ich sag, pff, dass der da rausgeht und was mitnimmt aber wir in der Praxis haben dann nix davon, also er muss es platzieren in interner Fortbildung. Im grundsätzlichen Alltag versuchen wir schon auch Recherchearbeiten zu fahren, mit Studienlagen. Gerade weil wir sehr viel mit Ärzten kommunizieren halt einfach auch, weil ich kritisch mit den Ärzten auch umgehe. (okay) Weil ich auch Sachen antreffe, die nicht in Ordnung sind und dann kann ich nicht einfach nur da hingehen und sagen das finde ich schlecht sondern da muss ich irgendwelche Leitlinien, Studiensituationen… weil der Arzt mit dem ich in eine Diskussion gehe hat ja in der Regel auch die Gegenstudie. Oder die Gegen (Gegenargument oder irgendwas) ganz genau oder es geht halt von dem Ablauf her nicht, ja und dann muss ich ihm sagen, ja. Ein konkretes Beispiel was in der letzten Woche angetroffen worden ist. Wenn ein Patient, richtig beschissen gewickelt worden ist, mit einer fetzen Lymphsituation und ich eigentlich das Gefühl habe der muss 25 Thrombosen in dem Bein entwickeln, nach der Wickelung von der Arzthelferin, dann muss ich auch erklären können, was da nicht so gut war. Und dann hat der Arzt eventuell auch halt ein Problem. Weil er sagt: ok, es war echt nicht gut. Und dann müssten wir uns auf einer Ebene treffen können und dann muss man dann auch vorbereitet sein, von der fachlichen Seite, dass man mit dem Arzt ein Gespräch führen kann und deswegen also sag ich mal, wir arbeiten nicht dominant mit wissenschaftlich, aktuellsten Daten aber was wir im Alltag brauchen und uns erarbeiten können, versuchen wir schon zu integrieren.

I: Okay, also so dieses an- anwenden von neuen Situationen oder von neuen Studien, dass man dann, das dann eher in die Praxis integriert und wenn es sinnvoll ist für die Praxis, dann macht ihr das dann dementsprechend so.

B2: Also ich glaube, wir gehen da andersrum ran wie du das jetzt so sagst, also wir holen jetzt nicht die neueste Studie und bringen die rein, sondern wir haben ein Problem in unserem Arbeitsalltag und gucken ob wir da eine Studie dazu finden. (okay, ja) Das heißt also, wir kommen aus dem praktischen letzten Endes und holen uns dann die Themen dazu. Heißt, dass, was haben wir denn aktuell… Wenn wir sagen, wir nehmen das Thema Schulter hier durch, dann setzen wir erstmal unsere Screeningtests an, tauschen uns aus, was machen wir denn so bei den Schulterpatienten jeder so in seiner Kabine immer so für sich die letzten 27 Jahre. (ja) Und dann schauen wir, dass wir dann, dann stellen wir fest. Wir machen alle verschiedene Tests und dann schauen wir doch mal nach, was für Leitlinien gibt es denn, was sind denn so die Grundtests, die man eigentlich holen könnte, was gibt es denn auf dem Markt, wo gibt es Studienlagen da, die für uns das dann unterstützen damit wir nicht 27 Tests machen sondern nur 7 vielleicht dann haben und sagen: Okay, das müsste eigentlich auch erstmal reichen um eine Schulter klarer definieren zu können. (okay, gut). Also eher aus der Praxis an die, an die Studien (unverständlich).

I: Okay, sehr gut. Wann hast du das letzte mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert? Grob geschätzt.

B2 Heute nicht, gestern wahrscheinlich?! (gestern wahrscheinlich?)

I: Okay, gut. Der Grund war? So wie du es besprochen hast, dass du da irgendwie so standardisierte Abläufe haben wolltest oder Eigeninteresse oder? (ja) Wie kam es dazu?

B2: Also aktuell, ich weiß ich nicht was wir gestern … aber es ist tägliche Arbeit für mich, Recherchearbeit letzten Endes ob das jetzt berufspolitische Themen sind, ob das praxisbezogene Themen sind, ob das, mei, ich als Chef muss natürlich auch irgendwelche Arbeitsrechtlichen Themen oder sonst was aber das gehört ja alles zur Physiotherapie dazu. Ich bin ja nicht Arbeitnehmer, sondern Arbeitgeber und ein Thema was wir jetzt hier haben wir haben ein neues Elektrogerät hier unten stehen und da ist ein Laser, ein Low-Level-Laser mit integriert. Derjenige der es verkaufen will, kann es nur nicht richtig erklären, also er kann es mir nicht so richtig verkaufen also müssen wir uns selber erarbeiten, welchen Mehrwert hätte es, warum geben wir das Geld dafür aus? (okay) Und das ist dann und dann muss halt gesucht werden. Und das macht und das betreut dann eine Mitarbeiterin also wo ich dann sag, das soll aufgearbeitet werden. Da soll sich jemand Zeit nehmen dazu, (räusper) der soll es präsentieren (räusper) und dann bei uns platzieren dann.

I: Okay. Sehr gut. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung von deinen Patienten?

B2: Mhhh… nicht, nicht bewusst. Laufen mit ein, würde ich mal sagen. Also nationale, internationale nicht. Weil ich nicht weiß wie weit, internationale mir dann wieder eigentlich von ärztlicher Seite auf nationaler Ebene wieder zerschossen werden können. Da bin, da bin ich mir nicht sicher ob internationale immer nationale Stechen können. Ich sag mal wo ich nationale habe, glaube ich, dass ich mit dem Arzt gut in Diskussion gehen kann.

I: Okay, sehr gut. Gut. Also das heißt, du reflektierst dann quasi schon darüber und integrierst es dann eben dementsprechend so, dass du es, ich sage es jetzt mal, begründen kannst, was du dann jetzt auch dann quasi machst.

B2: Wenn ich ein Problemfall in einer Diskussion zum Beispiel mit dem Arzt habe, versuche ich, entsprechende Leitlinien unter anderem, zum Beispiel, ja, herauszufinden oder irgendwelche Studienlagen, (unverständlich) dass die nicht als Leitlinien gelten aber, aber dass ich ne, ne theoretische Hintergrundinformation auch dazu noch habe und nicht nur die, die ich aus dem Alltag entwickelt habe, da bin ich immer n bisschen vorsichtig, jetzt sagen wir mal mit 15 Jahren Berufserfahrung glaube ich, dass viele Sachen richtig sind aber das ist vielleicht auch nur bei mir so richtig und deswegen muss dann teilweise auch einfach was hinterlegt werden, was vielleicht ein bisschen größer ist als mein Kopf.

I: Ja, okay, gut. Jetzt geht es in ein neues Thema. Was sagt dir der Begriff, Professionalisierung? Jetzt mal rein intuitiv, von dem was du jetzt so mit diesem Begriff in Verbindung bringst ob das jetzt richtig oder falsch ist, sondern was du jetzt (mh, okay)…

B2: Mhh Professionalisierung, also ich weiß, dass das ein Thema bei der Physiotherapie ist, kann ich aber nicht klar definieren. Weiß ich gerade nicht was da genau hinterlegt ist. Professionalisierung heißt, ein Thema in, Strukturen zu bringen, in einen Rahmen zu bringen, wo man weiß wo die Grenzen sind und Professionalisierung, den Begriff sag ich mal jetzt, sollte dann dafür auch Geld geben also ist dann keine Hobbythematik mehr irgendwo sondern es ist ein Thema, was zielgerichtet ist, dann irgendwo auch ist.

I: Okay. Wo man strukturiert an irgendwas rangeht? (Ja). Auf welcher Ebene würdest du das dann jetzt für dich intuitiv wichtiger sehen? Das heißt, der einzelne Therapeut, dass der sich professionalisieren soll, professionalisieren muss oder das gesamte Berufsbild? Was ist für dich jetzt, würdest du sagen, wäre jetzt wichtiger oder wäre zielstrebiger jetzt auch für dich als, als Unternehmer?

B2: Kann ich jetzt nicht beantworten, weil das Thema jetzt mal erstmal allgemein gehalten worden ist von deiner Frage her Professionalisierung, wie sieht Professionalisierung… habe ich jetzt null auf den Beruf bezogen. Und ich kann dir nicht sagen, was das Thema, also ich sag mal, also wir sind, also ist die Frage was ist Definit… also was dein Begriff für… also was deine Definition von Professionalisierung auf deiner Frage, weil ich nicht weiß ob du dieselbe Definition dazu hast und dann habe ich jetzt hierzu im Augenblick keine Gedanken zur Physiotherapie gemacht. Was heißt Professionalisierung für dich?

I: Professionalisierung gibt es dann quasi auf zwei Ebenen. Also einmal das gesamte Berufsbild, dass sich dann quasi weiterentwickelt durch standardisierte Ausbildung und zum Beispiel durch ein definierten Ethikkodex, durch Verbände, die sich organisieren und dann irgendwo Rechte mit einfordern und eben, wie gesagt, auch der einzelne Therapeut als solches der sich auch durch Fortbildungen, durch, durch Wissen, durch Können und durch das Hinterfragen von sich selber, dann dementsprechend auch noch weiterentwickelt, das ist quasi eine Anhebung von Eigenschaften vielleicht aus diesem Level, zu diesem Level, dann quasi so ne, so n Prozess so eine Entwicklung.

B2: Und deine Frage war jetzt nochmal also (ja, also was für dich jetzt zum Beispiel) der Einzelne oder das Gesamt… (genau) geht das eine ohne das Andere? (Weiß nicht, was denkst du? Das ist ja genau das…) Geht nicht, das ist ja, ich sag mal, dass die Berufsgruppe sich professionalisiert und die Therapeuten nicht professionalisiert werden funktioniert nicht. Und wenn sich nur der einzelne Therapeut professionalisiert funktioniert nicht, weil ich nicht den Rahmen der Berufsgruppe ja nicht habe. Also das geht nur Hand in Hand, in meinen Augen also, wenn ich dich richtig verstanden habe ist das für mich nur n Thema was Hand in Hand geht. (okay). Also muss beim einzelnen ankommen und muss genauso im System ankommen, sonst geht's nicht.

I: Genau, Okay, gut. Perfekt. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie nochmal zu unterstützen? Gerade vielleicht einmal auf der politischen Ebene, auf der rechtlichen Ebene, vielleicht und Ausbildungsebene?

B2: Die Professionalisierung, das heißt also, dass wir professioneller auftreten. Pff… Also ich steck ja selber nicht so viel in Berufspolitik drin, also ich bin da sehr auf den eigenen Betrieb bezogen, aber ich glaube das ist, ähm…

I: Oder ja, vielleicht dann so auf deinen Betrieb so an- ansetzen, was für dich wichtig ist, was, wo du selber denkst… woah, da können wir jetzt in diesem Betrieb noch weiterhin vielleicht ausbauen oder wachsen daran, oder sich entwickeln?

B2: Ja ich denke schon, also, dass das wir haben schon gewisse Strukturen schon da und ich glaube, je strenger wir diese ziehen um so mehr Freiheiten und mehr Entwicklungsmöglichkeiten haben wir da auch. Also das ist das Thema interne Fortbildungen, externe Fortbildungen eben Austausch mit anderen, diese Netzwerktreffen, die wir organisieren, der Stammtisch, das war auch eine sehr angenehme Variante auch sich nochmal bisschen, bisschen über den Tellerrand rauszugucken, auf die, genau ich glaube, dass das so eine Mischung sein muss zwischen den 40 Stunden Arbeitsalltag und der Freizeit, dass da also… Professionalisierung, des is das Thema Work-life-balance, was da andere sehen, da muss man ganz viel Leben draußen, work-life-balance ist, keine Ahnung, ich will, ich finde es beängstigend, dass ich da schon eine andere Generation bin, also work-life-balance gab es schon immer Arbeit und Leben gehört zusammen letzten Endes, das sind 40 Stunden hier das sind aber auch die anderen Stunden draußen letzten Endes. Und ich glaube, dass wenn man so einen Beruf wie die Physiotherapie verfolgt dann muss, dann soll man es noch ein bisschen weiter leben als nur die 40 Stunden die man arbeitet. Das heißt, du musst, ja, auch ein bisschen leben, glaub ich, bei der kannst du nochmal die Frage angeben, wie du sie vorgelesen hast?

I: Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen?

B2: Ich glaube was ein großes Problem ist, genau, ist die, was ich wahrnehme, ich als, einfach als kleiner Physiotherapeut, ist das wir einen Haufen Verbände, glaube ich in der Berufsgruppe haben die total gegeneinander schießen, ich habe jetzt mitbekommen, dass zwei sich irgendwie zusammen VPT und der ehemalige ZVK, Physio Deutschland heißt das glaube ich jetzt, dass die sich zusammenschließen, ich glaube das ist sinnvoll, soweit ich, ich glaube es ist wenn zu viele in verschiedene Richtungen gehen und

ihre eigenen Mitglieder gewinnen wollen ist das immer ein schwieriges Thema und ich glaub, dass es zielgerichteter ist zusammen für die Berufsgruppe, besser sein muss und wenn man sich dann, ich weiß nicht falls ich jetzt zu weit ausgreife aber das sind dann Dinge, die mir gleich mit einfallen, aber wenn ich mir anschaue wie bei Facebook unteranderem gegeneinander geschossen wird, wo ich sagen muss, hallo, da hat man Plattformen, die für uns, für uns, unter uns sind und dann schießt man sich gegenseitig weg weil der andere n Depp ist, ist für mich nicht nachvollziehbar. (Also auch auf der Netzwerkebene, dass halt auch die Therapeuten untereinander irgendwie eine andere Kultur, miteinander irgendwie leben sollen?) Miteinander, ja, das Miteinander also ich find das, aber ich kenn da meine Berufsgruppe wieder. Ich kann da nicht sagen, wie ist es bei den Müllabfuhrunternehmen, kicken die sich auch gegenseitig aber bei den Physios… ich finde es manchmal erschreckend, was da gegeneinander geschossen wird obwohl wir alle die gleichen Probleme haben und wir alle den gleichen Luxus haben. Wir haben alle zu viel Arbeit eigentlich. Ich kenne keine Physio der da sagt, ich habe keine Arbeit mehr. Und die haben so ein gutes Luxusleben, dass wir uns das Problem machen müssen. Das verstehe ich nicht und das ist im Einzelnen, weil du das vorhin angesprochen hast, das ist auf die Berufsstruktur oder auch der einzelne, wie muss der sich professionalisieren. Der einzelne bei Facebook sollte sich professionalisieren und ein bisschen Respekt an den Tag legen und das ist die erste Regel glaube ich mal sich zu professionalisieren, Respekt, und das Andere ist die Berufsgruppe… oder die Berufsstruktur, im Hintergrund und also das heißt das Verbandsleben wo ich da sagen muss, auch hier haben wir das gleiche, da wird gegenseitig aufeinander geschossen, da wird abgeworben, da werden verschiedene Interessen einfach nur vermittelt weil man eigenständig sein möchte und sich abtrennen möchte von den anderen 27 Verbänden die wir bei den Physios haben und das verstehe ich nicht.

I: Okay, guter Einwand, ja. Gut. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung, das heißt, was muss so dieser… der Archetyp von Physiotherapeuten, wo du sagst, boah, ok, der muss das können, das können und das ist jetzt besonders wichtig, gerade vielleicht in der Interaktion mit einem Patienten?

B2: (…) Äh…

I: Oder wenn du jetzt zum Beispiel in einer Behandlung bist und sagst, boah, das habe ich jetzt richtig gut gemacht, du selber, dieses Gefühl hast, was hast du denn da richtig gemacht, was glaubst du denn, was, was es denn ausmacht, so den Physiotherapeuten und der erst jetzt aus der Ausbildung kommt, der vielleicht noch gar nicht so richtig das Handwerkszeug… vielleicht kann oder weiß.

B2: Ha, lustig, also, lustig, jetzt muss ich mir selber so gegen ein Thema widersprechen wo ich vor 14 Tagen oder eine Woche noch anders gesprochen hab oder vor fünf Tagen erst her. Ich glaub, eine gute Behandlung kann von einem berufserfahrenen wie der 20 Jährige, der schon 20 Jahre im Beruf ist… Ich glaube das wichtige, eine gute Behandlung hat dann stattgefunden, wenn ich in die Behandlung reingehe, dem Patienten zugehört habe, sein Problem erkannt habe und beim Rausgehen, wir beide das Gefühl haben, dass wir uns in die richtige Richtung bewegt haben. Das kann der Physioschüler mit seinen Grundarbeiten, das kann ich nicht besser und nicht schlechter als er. Ich glaube es ist eigentlich auch für den Patienten gemeinsam in die richtige Richtung arbeiten und hinten raus zu bewerten, okay, war die richtige Richtung oder wir haben mehr mitgenommen, muss ja gar kein Fortschritt sein. Aber wir haben erkannt, dieses Problem können wir nicht zusammen behandeln. (unverständlich) Wo wir sagen können, sorry aber da kommen wir nicht weiter. Und ich glaube das ist, das fällt dem Schüler vielleicht schwieriger, zu sagen, okay, da komme ich nicht weiter aber ich glaube n Physioschüler oder Berufsanfänger kann das genauso gut, dass er dann sagt er geht in die Behandlung rein, hört zu, kombiniert und am Schluss, nach der Behandlungszeit haben beide das Gefühl, das war gut.

I: Okay, das heißt so die Interaktion, quasi, dass die von beiden als, ich sag jetzt mal so als Erlebnis festgeschrieben wird. Das Beide sagen, hey, das war jetzt gut. Unabhängig vielleicht davon was der dann auch gemacht hat, sondern eher so primär die, die Interaktionsebene oder das Arbeitsbündnis, was dann Patient und Therapeut da geschlossen haben?!

B2: Mhh, du hast da deine geschriebene Frage, hast du vorhin ergänzt in der, in dem, jetzt müssen wir es nochmal deine Aufnahme anhören eigentlich aber wenn ich es richtig im Kopf habe, also hast du mich so n bisschen gelenkt, wie das so mit dieser Zusammenarbeit mit dem Patienten ist (ja). Und da sehe ich so andere Themen die ich als Chef hier sehe und auch und auch in der Pflicht bei uns sehe in der Berufsgruppe ist, dass eine ordentliche Dokumentation stattgefunden hat. Also eine gute Behandlung ist: Ich habe mitgeschrieben und danach habe ich ein Ergebnis drinnen stehen, das nachvollziehbar ist, auch für den Kollegen (ja), das sehe ich als ganz, ganz wichtig auch letzten Endes.

I: Okay, hast heißt auch quasi, wenn, tschuldigung, dass wenn die das dann, wenn die irgendwas gemacht haben, dokumentieren, dass man das dann quasi als Außenstehender dann auch irgendwie nachverfolgen kann, dann sozusagen, oder?

B2: Zum einen sind wir dazu verpflichtet dazu, zu dokumentieren zum andern also ja aber das find ich gut so, also das ist kein schlechtes muss. Und das dann nachvollziehbar ist, für mich selber, Morgen wenn ich wieder behandle oder in einer Woche, für den Kollegen genauso nachvollziehbar ist und auch jetzt hier in Worte fassen kann was habe ich denn eigentlich gemacht und nicht wenn dort steht, massiert. Sondern, sinnvoll da eine Struktur drin und ich in Worte fassen muss, glaub ich, habe ich schon, dann bin ich schon professionell, wenn ich in Worte fassen kann was ich gemacht habe und nicht einfach nur gestreichelt oder andere Massage oder so. Nächster Punkt ist aber genauso auch eine gute Behandlung ich als Arbeitgeber, als Unternehmer, dass da Umsatz stattgefunden hat. Dass da keiner KMT 45Minuten behandelt hat, wäre für mich auch nicht sinnvoll also das sind, da sind viele Aspekte drin, je nachdem wo du mich hinlenkst und ich glaub du hast mich anfangs Richtung Interaktion, Patient Therapeut gelenkt deswegen als erstes die Antwort zur Interaktion Patient und Therapeut.

I: Okay, gut. Wie wichtig schätzt du die Rolle der Physiotherapie für die Gesellschaft ein? Hast du das Gefühl, dass, dass was wir da auch tun auch als Gesamtberufsgruppe, dass das eher förderlich ist für die Gesellschaft oder eher Mehrkosten produziert, oder irgendwie eher negativ ist. Was hast du denn jetzt für, aus deiner eigenen Intuition für ein Gefühl oder für eine Wahrnehmung?

B2: puuuuhhh… (…) Für die Gesellschaft… Ich finde der Begriff Gesellschaft schon ein ganz schwieriges Thema einfach also das ist, da kann ich mit der Definition Physiotherapie schon mehr anfangen als mit Gesellschaft. Mei, ich hoffe schon, dass wir einen entsprechenden Mehrwert haben, wir produzieren Kosten, sicherlich, also wenn man auf die Gesundheitssysteme guckt oder die Krankenkassensysteme guckt, boah, woah, Riesenthema, ganz schwer, kann ich fast nicht beantworten, also kann und will ich fast nicht beantworten, einmal weil wir eine Privatpraxis sind, ticken wir bei einigen Sachen, glaube ich, das heißt aus dem Alltag heraus ist das schon mal schwierig, mhh… Ich glaube wir sind eine wichtige Berufsgruppe, die den Patienten oder dem Gesellschaftsmitglied Eigenverantwortung zurückgeben kann, ich glaube das liegt uns mehr in den Händen als den Ärzten zum Beispiel, glaube ich so (okay), so wie wir arbeiten. Und das ist wertvoll für die Gesellschaft.

I: Okay, weil die Ärzte dementsprechend weniger Zeit haben oder sich dann auch weniger… drum kümmern, oder?

B2: Deren System ist einfach anders aufgebaut. In der Regel haben wir eine Verordnung mit einer gewissen Wiederholungszahl an Behandlungen also an Zusammentreffen mit den Patienten. Der Arzt ist von dem System her in der Regel, wenn ich es richtig verstehe, darauf bedacht, dass er möglichst wenig zusammenkommt. Hat seine Vorteile. Wir haben, da steht 6x drauf, wir machen, bei uns ist es anders, in der Regel glaub ich ist, läuft so, du machst halt 6x die Behandlung. Bräuchte aber vielleicht nur 4x. Aber dadurch haben wir die Möglichkeit, den Patienten auch viel mitzugeben, letzten Endes. Die Möglichkeit zumindest, was wir draus machen, pfff, ist das andere. Aber ich glaube, dass wir gesellschaftlich schon, wenn ich mir hier mal unsere Arbeit anschaue, wir geben dem Patienten schon sehr viel Eigenverantwortung wieder mit und ich glaube, das ist gesellschaftlich wertvoll.

I: Ja, genau.

B2: Das hat der Arzt glaub ich nicht ganz so in der Hand, glaube ich, soweit ich mit den Ärzten kommuniziert habe. Ja…

I: Weil die Distanz so n bisschen, bisschen größer ist, oder weil?

B2: Weil der Arzt des nicht ganz so, der hat andere Mittel in der Hand. Der hat diagnostische Mittel in der Hand, nach der Diagnose kann ich nicht Eigenverantwortung mitgeben. Er hat die Medikamente in der Hand, Medikamente hat für mich nicht unbedingt viel mit Eigenverantwortung in der Hand also muss ich auch Eigenverantwortung an den Tag legen aber nicht ganz so viel wie wenn ich jetzt sag ich arbeite an meinem Lebensumfeld, an meinem, meiner, wie bewege ich mich, ja, also durchs Leben, nicht nur vom Bewegungsapparat und ich glaub, das kann der Physiotherapeut auf Grund der mehr Zeit, die wir haben besser platzieren und auch regulieren, das heißt ich sehe ihn ein drittes, ein viertes, ein fünftes und sozusagen ein sechstes mal beim GKV-Patienten, zum Beispiel. Und kann dann immer noch nachsteuern. Der Arzt schaut das im Quartal einmal sieht, höchst, bisschen überspitzt jetzt dargestellt.

I: Okay. Gut. Was denkst du, welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess dieser Professionalisierung? Also was kann jeder Einzelne vielleicht tun damit sich das gesamte Berufsbild eben von dieser Situation, dorthin mit entwickelt? Also paar Sachen sind ja vorhin schon genannt worden, mit diesem netzwerken und dieser, diesen eher kooperativen Miteinander, (ja) was würde dir jetzt nochmal so einfallen, was dann jeder einzelne mitbringen könnte, damit sich das gesamte Bild verbessert?

B2: Es, ich wiederhole, ich möchte es auch nochmal aktiv wiederholen. Also der Respekt vor dem Anderen in der eigenen Berufsgruppe, das öffnen glaube ich ist auch ganz wichtiges Thema, eben zusammenzukommen weil das Problem in unserer Berufsgruppe ist, dass wir eigentlich 40 Stunden in der Einzelkabine drinnen sind und nicht wissen was der andere macht und deswegen glaube ich, muss man das mehr, das machen wir hier in den internen Fortbildungen und unseren Frühstückseinheiten und so weiter eben auch, dass man zusammenkommt und sich austauscht, auch fachlich unter einen lockeren Runde, fachlich. Und das fehlt glaub ich, das ist, ist eine Berufskrankheit, dass wir einfach zu versteckt 1:1 behandeln voneinander und deswegen muss man sich genügend austauschen können. Und deswegen glaube ich, ist es wichtig, dass der Mitarbeiter, der Patient, der Therapeut, sich nach außen auch bewegt, raus aus der Einzelkabine, heißt, Fortbildungen besucht, intern, das muss der Arbeitgeber anbieten. Extern, muss auch der Arbeitgeber unterstützen, glaube ich find ich, ist meine Ansicht. Er muss den Mitarbeiter aber auch wahrnehmen, dass er raus muss und bisschen rauskommt aus dem Denken seiner sechs Meter, sechs Quadratmeterkabine.

I: Okay, dass quasi auch so die Eigenverantwortung dann intendiert wird, dass man dann sagt: okay, du bist jetzt verantwortlich für das, was du jetzt dort tust, mache es gut und dann entwickle dich auch. Das man das so mehr dann auch lebt?

B2: Also was ich vorhin gesagt hab, wir können den Patienten die Eigenverantwortung nicht übergeben, wenn ich selber in meinem Leben keine Eigenverantwortung übernehme, kann ich es auch nicht vermitteln. Glaube ich, ist mein Denken halt. Also es heißt, der Therapeut muss es auch lernen, letzten Endes, aber dafür muss ich als Arbeitgeber wieder eben auch die Plattform geben können und den Rahmen geben auch um das System Professionalisierung, glaub ich. Und dann muss es der einzelne Mitarbeiter auch in die Hand nehmen, glaub ich.

I: Okay. Das heißt, dass man dann jetzt in der Ausbildung oder Studium oder was auch immer, dass man dann nicht nur primär Krankheitsbilder und Techniken und deren Anwendung strukturiert und lernt sondern auch so dieses übergeordnete, diese, wie gehe ich mit Menschen um, wie gehe ich mit Kollegen um und so eine Art Interaktion irgendwie auch mehr schult und mehr trainiert, wie war das zum Beispiel in deiner Ausbildung oder ich kenne es bei mir, das wir eigentlich nur gelernt haben Anwendung. Gelernt, Anwendung aber wie ich jetzt mit Menschen wirklich umgehe, das war dann eigentlich so, was dann halt in der Praxis erst dann passiert ist, kannst du das so irgendwie…

B2: Kann ich dir bestätigen, glaub ich so grundsätzlich mal. Aber das Problem haben wir grundsätzlich glaub ich bei diesen bei ich vermute mal bei allen Berufen also das Problem haben wir ja in der Medizin, die Ärzte, wer darf Arzt werden, nur der mit einem guten Abitur, haben die da Sozialkompetenzen, drinstehen in der Abiturnote, weiß ich nicht. Also ich glaube nicht. Es stellt sich dann erst im Beruf heraus, die machen ihr Studium dann und das ist bei der Berufsausbildung bei uns auch und dann kommt man nur bisschen mit den Patienten in Kontakt aber da ist wirklich Verantwortung, Verantwortung übernehmen, das muss ich dann erst im Beruf letzten Endes machen. Das ist vielleicht auch das Thema von vorhin oder zu anfangs hatten, man muss halt an der Hand genommen werden auch nochmal, wenn ich rauskomme aus dem geschützten Schülerbereich, rauskomme, wie geht man mit dem Thema Verantwortung übernehmen, um… Ja, das könnte man glaube ich im Unterricht mehr platzieren und dann in den Arbeitsalltag integrieren dann auch mehr. Also des is sehr technikbezogen, also das stimmt schon. Wir lernen das Handwerkszeug kennen.

I: Okay. Glaubst du von dir selber, dass du viele Schritte oder fast jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest? Dass du dann auch sagst, ich mache das jetzt so, weil.

B2: Nein. Ja, begründen könnte ich es schon aber nicht auf den Patienten bezogen. Ich mache aber auch Sachen, wo ich sag, das Mittagessen war einfach sehr schwer im Magen (okay). Deswegen machen wir heute Massage. (okay). Das ist... ja. Also ich glaube, das ist nicht immer 100% optimal…

I: Nicht machbar vom System dann irgendwie auch mit aus oder…

B2: Was ich jetzt gerade gesagt hab? Es ist schon auch mit begründet muss ich Eigenverantwortung übernehmen, deswegen hoffe ich, dass das alles auch anonymisiert bleibt (lach). (…) Vom System her, dass es, pff… ich hab n gutes Handwerkszeug an, an die Hand gegeben bekommen, von der Schule, ich habe mich gut weitergebildet und das was ich im Rahmen meines Verständnisses für unsere Berufsgruppe machen kann, mache ich und dass es da Einschränkungen gibt ist gut auch so weil im nach… im, im Rahmen des Rahmens, also innerhalb meines Rahmens, der vorgegeben ist, für meine Berufsgruppe, in dem darf ich mich bewegen und das finde ich sehr angenehm auch. Weil ich sagen muss, ich muss mir keine Gedanken machen über Infektionsgefahren beim Blut abnahmen, mache ich nicht. (okay). Ist ja gut so, also, finde ich nicht schlecht.

I: Okay, gut. Welche Ausbildungsmaßnahmen, stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Fortbildungen, ja, nein? Findest du jetzt zum Beispiel die Situation, dass dann diese Zertifikatsfortbildungen dann irgendwie schon in die Ausbildung integriert werden sollten, oder sollte dann danach jeder Therapeut sich irgendwie spezifisch irgendwo in eine Richtung orientieren und wie siehst du das jetzt zum Beispiel?

B2: Also ich glaube das man mit 16, 17, 18 zu jung ist, zu wissen, wo ich in der Physiotherapie hin, später hingehe, ich hoffe jedem, der 16, 17, 18, dass er noch nicht so viel von der Physiotherapie erleben musste, dass er weiß, wo er hinmuss. Deswegen glaube ich, es ist gut wenn alle eine allgemeine Ausbildung bekommen, die allgemein gehalten ist und mir ging es so wie vielen Jungs, ich bin wegen dem Sport zur Physiotherapie gekommen und hab mich während meiner Ausbildung eigentlich entschieden, dass ich nicht beim Sport weitermachen möchte, die Osteopathie hat mich vor der Ausbildung und in der Ausbildung noch interessiert und ich habe mich während der Ausbildung dafür entschieden, dass ich die Osteopathie nicht mache. Also es heißt, ich habe Entwicklungsschritte in meiner Ausbildung gemacht und ich glaube, es wäre schwierig, wenn ich das, wenn ich jetzt Manuelle Therapie und Lymphdrainage und KGG und all die Zertifikatspositionen, alles in die Ausbildung rein, was, was mach ich dann später, weil dann muss ich auch Kinesiotapen, dann muss ich Klangschalenmassage oder was da sonst auch platzieren weil dann muss man fair sein und alles mit reinnehmen und ich glaube es ist gut, wir sind sehr breit aufgestellt, also wir hatten auch Einblick in die MT das erste, keine Ahnung, Wochenende oder was das da reingeplant worden das fand ich gut, wir haben KGN kennengelernt und sonst was und dann hab ich n Bild wo ich sag, ich weiß, Päd war nie mein Thema, das hat mich nie angesprochen und es gibt andere, die machen es gut. Also deswegen glaube ich, dass ist gut das wir die Einblicke in der Berufsausbildung bekommen und dann uns entscheiden können welchen Weg wir gehen werden damit wir eine Spezialisierung haben, wo ich gut sein kann. Weil alles gut ist auch alles minderwertig also das ist auch was wir in der Praxis auch leben. Hier hat jeder seine Stärken, ich kann hier zu jedem sagen, wo er seine Stärken hat und deswegen haben wir Bewerber. Wir haben deswegen Bewerber, weil sie ihre Stärken hier ausleben können, weil sie nicht im Dunst der 27 anderen Kollegen halt Physiotherapie machen. Ich glaube auch, das liegt an der 1:1 Betreuung am Patienten haben, weil ich nicht LWS wie die anderen drei Kollegen behandeln möchte.

I: Okay, das heißt, eine standardisierte Grundausbildung bei dem eben alle wichtigen Dinge inkludiert sind und danach dann, dass jedem Therapeuten dann quasi freisteht, wohin er sich jetzt dann spezialisieren soll und diese Spezialisierungen vielleicht auch nochmal intensiver fördern, oder?

B2: Der Schüler müsste in seiner Ausbildung kennenlernen wo es so grob hingeht, zum Beispiel Päd, Gyn, Ortho, einfach mal so krasse Bilder zu sehen. Aber er soll das in den ersten drei Jahren lernen und dann sollt er gut begleitet vom Lehrer, vielleicht sich in den richtigen Stellen bewerben, das heißt in die Gyn-Praxen sich dann bewerben dann letzten Endes dann und da sollte er dann Berufserfahrung sammeln, mit dem Kollegen aus der Gynäkologie, sich austauschen welche Fortbildungen sinnvoll sind und da dann weiter machen. Des zügig und zeitnah sich weiterbilden, dann, damit er dann aber auch erkennt, vielleicht, dass er auf dem falschen Weg ist, weil er dann denkt, puh, das habe ich mir anders vorgestellt. Und, dass er dann noch ein Gefühl hat. Genauso mit der Päd oder der Orthopädie, dass er da noch switchen kann und sagen kann, okay, jetzt habe ich ein bissl Gyn dazugelernt und kann jetzt in die Ortho noch reinwechseln. Grundsätzlich muss man nur sehen, dass ist so ein Hand in Hand, also Päd kann man viel, kann man vielleicht viel rausnehmen aber, auch ein Gyn-Patient hat orthopädische Probleme. Und das ist dann auch gut, dass wir das in der Ausbildung kennenlernen, aber ich glaube, dass eine Professionalisierung, bedeutet auch schmal zu machen.

I: Nicht von dieser Diffusität alles irgendwie Wissen zu (unverständlich) sondern…

B2: Alles n bisschen ist glaub ich alles ein bisschen scheiße.

I: Gut. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung? Sinnvoll deiner Meinung nach oder eher weniger sinnvoll oder ab… in einer anderen Variante?

B2: Was heißt flächendeckende Akademisierung?

I: Dass es dann komplett irgendwann mal als Studium…

B2: Das heißt es gibt keine Ausbildung mehr? Weiß ich nicht, wie das Studium läuft? Ich habe keine Ahnung. Wie ich mir das vorstelle, Studium ist des im Hörsaal sitzen, Personenzahl X und die lernen dann, keine Ahnung, fünf Jahre Physiotherapie und machen nichts Aktives, dann funktioniert es nicht. Also heißt, es muss praktische Elemente dabei sein, das heißt es muss irgendwo der heutige Unterricht mit integriert sein, glaube ich, weil den fand ich gut, genau. Den habe ich ja kennengelernt, alle akademisiert. Pff… das ist das Problem, dann haben wir keine Handwerker mehr. Und das ist das Problem, was haben wir heute? Wenn du ein Haus baust, kriegst du keine Handwerker, du kriegst zwar Architekten her, die kriegst du her aber keiner der dir dein Haus hinstellt. Also, ich glaube, ich finde es superwertvoll, dass wir die Akademisierung haben, ich glaube, dass das unter anderem deswegen unsere Berufsgruppe ernster geworden wird und dass, deswegen haben wir auch die Physiopraxen nicht mehr mit Massage und Fango voll, sondern mit Physiotherapie voll. Es soll welche geben, die sich stark machen für unser Berufsbild, nach außen, wir brauchen therapeutische Sprecher, da mag das auch sein, dass dieses Thema, Kammer, dass die Verbände, das mag alles gut sein, muss aber auch gut gemacht werden, Akademisierung in dem Sinne auch gut, weil einfach die Studienlagen erarbeitet werden. Aber auch zum Schluss müssen irgendwelche Leute da sein, die einfach nur Lymphen, und nicht den wissenschaftlichen Hintergrund dazu haben, braucht es nicht. (okay) Ich brauche ihn nicht, ich muss zum Schluss auch erstmal auch nur Lymphen einfach.

I: Okay. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, diesen Direktzugang für die Physiotherapie umzusetzen?

B2: In der jetzigen Situation? Null! Gar nicht.

I: Okay, ähm, warum, genau?

B2: Weil der Physiotherapeut es nicht kann. Da kann ich dir der kann nicht diagnostisch arbeiten, der kann nicht differentialdiagnostisch arbeiten. Das ist… Da möchte man groß mitspielen und kann es nicht. Das ist, möchtest du Champions League spielen, beim Fußball, mit irgendeinem riesen Fußballspieler auf dem Platz stehen? Klar möchtest du das. Aber wenn du 90 Minuten mitspielen musst, und Verantwortung übernimmst, dass der Gegner an dir vorbeirennt, pff, weiß ich nicht ob du da Bock draufhast. Also, das hört sich immer toll an in einem riesen Stadion zu stehen und des ist des was die mit einem Direktzugang eigentlich wollen. Sie wollen in einem Riesenstadion mitspielen, haben aber keine Ahnung nicht. Also, und was wir gerade und wo wir uns gerade hin entwickeln is gefährlich, das muss mit Zeit angesetzt werden, das muss in der Ausbildung integriert werden, das mag vielleicht ein akademisierter Physiotherapeut vielleicht dann können, weil man diesen neuen Weg der Akademisierung vielleicht so strukturiert dahin. Die heutige Ausbildung, so wie ich sie noch kenne, vor 15 Jahren beendet, glaub ich, die, die kann es null und diese lächerlichen Sachen wie ich selber auch besucht habe, diese SHP, also der Sektorale Heilpraktiker habe ich gemacht, habe ihn mitgenommen natürlich, weil ich sag, pff, kriegst du gerade nachgeschmissen halt, Unverschämtheit, dass es das gibt, da machen wir unseren eigenen Beruf kaputt. Ich könnte es anbieten hier, ich mache es nicht, weil es lächerlich ist, das ist unverschämt. Aber ich habe es mitgenommen also, weil ich sag, pff, heute habe ich es fast geschenkt bekommen, letzten Endes, ich habe keinen Aufwand gehabt, ich habe einfach zwei Wochenenden besucht und darf jetzt bestimmen, was der Patient hat, im Rahmen der physiotherapeutischen… Und jetzt und ich bin so verantwortungsvoll, dass ich es nicht anwende (lach).

I: Okay gut, das ist auch schon einmal eine gute Sache. Gut. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? (…) In welchen Situationen warst du schon einmal, wo du dir dann selber gedacht hast, ah, oh, okay, da ist jetzt vielleicht eine Entscheidung die getroffen werden kann oder getroffen werden muss, vielleicht. Bei der du selber ah, n ungutes Gefühl hast?

B2: Mei, bei jeder Entscheidung letzten Endes. Also wir arbeiten hier in der Regel also wir haben Privatpatienten also das heißt die haben ein 10er Rezept da, die Ansage von mir ist, der Patient, unser Ziel sollte sein, dass der Patient nie den 10ten Termin wahrnimmt. (okay) Aber natürlich haben wir auch genügend Patienten die 30 haben, die da Folgerezepte da bringen. Unser Ziel sollte da sein, immer wieder differenziert zu überlegen wo hört man auf mit der Therapie zum Glück haben wir volle Praxen, also ich glaube den andern geht es ja auch so. Also wir könnten eigentlich früher mit der Therapie aufhören, um vielleicht mehr abzuholen bei Patienten, zeitnah abzuholen, das heißt die Entscheidung allein zu treffen, wie lange behandle ich jemanden, wie oft behandle ich jemanden ist ein ganz wichtiges Thema. Ethik in der Physiotherapie war jetzt nur auf den Patienten bezogen? (Allgemein dann auch.) Weil allgemein ist dann auch der Umgang mit den Kollegen letzten Endes ein ganz wichtiges Thema dann auch nochmal. Wie viel Respekt hat man vor der Leistung vom Kollegen. Auch muss man das auf das therapeutische beziehen. Pff… dann ist natürlich das Thema. Der Patient, der Erstpatient. Ein 16-jähriges Mädel, das zu mir zum ersten Mal in Behandlung gekommen ist und noch nie Physiotherapie kennengelernt hat großes wichtiges Thema. Wie schütze ich die, wie, wie weise ich sie darauf hin um was es jetzt geht. Wie viel Aufklärung bringe ich vorne weg schon, dass sie sich wohlfühlt, Bekleidung abzulegen, bis zur Unterwäsche, als Thema zum Beispiel ist das unser Alltag und das ist komplett fern von ihr und für Patienten. Das Thema Datenschutz, Riesenthema, die Patienten stehen vorne am Tresen vorne dran merk… denken einfach gar nicht dran, dass da drei Leute hinter ihnen stehen und sagen dann welche Sachen, die zur eigenen Person oder zu einer fremden Person oder zu einer Erkrankung sind, wo man sagen muss… Also das sind alles spielt, puh, das spielt alles… da haben wir so viel, das haben wir so viel bei uns. Brutal viel.

I: Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung, irgendwie angesprochen oder wurde irgendwie mal angeschnitten oder mal aktiv, irgendwie, besprochen?

B2: Was nachhaltig, was nachhaltig hängen geblieben ist, glaube ich nein. Also vielleicht ja. Ich glaube aber also es ist nicht, ah, ah, doch. Jetzt wo ich es so sag, das heißt, mh, also das, der Begriff Ethik, glaube ich nicht aber der Umgang mit dem Patienten ist natürlich angesprochen worden. Also es gibt einfach Negativgeschichten die bei mir hängen geblieben sind, einfach weil, die bleiben am besten hängen, weil das gab, die, den Satz, wir sollen uns nicht an die Behandlungsbank ran setzen oder ran lehnen an den Patienten, weil das ist sein Bereich. Da würde ich sagen, das läuft so n bisschen Richtung Ethik, zum Beispiel (okay). Oder der Griff zwischen die Beine, das heißt nicht, dass es im Geschlechtsbereich aber dass das ein geschützter Bereich ist. Also solche Themen sind angesprochen worden, also der Respekt vor dem, vor dem Einzelmenschen, das haben wir so n bisschen vielleicht…

I: Okay, also vor die Grenzen vielleicht vor den eigenen, eigenen Menschen.

B2: Genau, dass man das so n bisschen respektiert aber in meiner, in meiner Wahrnehmung bisschen übertrieben, weil ich sagen muss, ich muss an die Liege hin und ich muss natürlich auch an den Ansatz von den Adduktoren, ähm.

I: Okay. Hast du dich schon mal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt, wo du wirklich sagst, ah, okay, das ist jetzt diese Situation, jetzt mache ich aus irgendwelchen Gründen her das oder war das eher immer so unbewusst, intuitiv, dass das dann, ich sag jetzt mal, nebenher irgendwie immer mitgelaufen ist.

B2: Also beides. Also Intuitiv läuft es den ganzen Tag glaube ich mit, dass man immer wieder Respekt hat vor den Grenzen, dass des Anderen und der eigenen Grenzen auch, das ist auch ganz wichtig. Und teilweise setzen wir uns auch ganz gezielt, ich hier an. Einmal als Chef. Themen die wir besprechen eben wie zum Beispiel das Thema zu sagen wir behandeln nicht durch bis das 10er Rezept durch ist, sondern schauen, dass wir fertig werden um nicht mehr zu melken, sondern nur zu behandeln. Das sind Themen, das sind aber auch Themen, gezielt, wenn Dinge ablaufen, ja, wie das Ablegen von Kleidungsstücken, das ist, das haben wir auch schon hier gehabt wo wir sehr bewusst ansetzen. Vor allem dann, wenn es uns negativ auffällt oder wir ein Problem auf einer Seite haben. Ich glaube dann wird es schon bewusst eingesetzt, schon teilweise in der internen Fortbildung in der internen Besprechung 1:1 oder in einer großen Runde, also… ja.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für eben diesen Prozess der Professionalisierung? Das halt durch gewisse Diskussionen Werte und Normen dann vielleicht vermittelt werden, dass dann, oder wie sich dann dadurch die Berufsgruppe dann weiterentwickeln kann. Was ist denn so dein…

B2: Braucht es auf jeden Fall dazu. Also das ist… Der Umgang mit, wir arbeiten mit Menschen, das heißt wir haben Kollegen wir haben Chefs, wir haben Mitarbeiter, wir haben fachfremde Kollegen, wir haben die Patienten da, wir haben begleitende Personen, das ist ein wichtiges Thema, der Umgang, also das muss rein. Sonst würden wir aber auch hier nicht sitzen, wir zwei jetzt grad.

I: Okay. Hast du dich schon mal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt oder schon mal gehört oder gelesen oder in irgendeinem Zusammenhang, in den du das bringen kannst?

B2: Pfff… (…) mh, ich befürchte, dass die nachfolgende Frage dann eine ist, dass ich es nennen muss und dann muss ich sagen, dann sag ich jetzt schon lieber nein (lach), nicht bewusst. Also, ist die Frage, was verstehst du unter Berufskodex, wohin zielt die Frage ab, ähm, dann werde ich wahrscheinlich sagen: Klar habe ich mich mit diesem Thema auseinandergesetzt schon irgendwo aber ich wüsste jetzt nicht bewusst, nein.

I: Okay, also wo du jetzt dann irgendwie was gelesen hättest oder so oder in der PT oder irgendwo, wo du einfach mal dahingekommen bist und gesagt hast, aahh, okay, da gibt es ja so einen Berufskodex, der steht jetzt dort und dort, ich lese das jetzt mal durch oder ich informiere mich jetzt mal irgendwie.

B2: Kannst du mir ein Beispiel bringen, was, was da stehen würde zum Beispiel oder welche Themen das sind?

I: Dass man jetzt zum Beispiel den Patienten nicht schaden sollte, (ja gut aber…) das ist ja jetzt, ist halt (unverständlich, weil beide sprechen).

B2: Selber auch schon mal gelesen aber was soll ich sagen, ja sicherlich auch irgendwo auch aber des is, des sind Dinge, die so selbstverständlich im System dann ein, boah…

I: Aber jetzt nicht bewusst, dass du gesagt hättest, ah okay, aahhh da ist der…

B2: Ich kann dir nicht sagen, dass das bei uns abgelegt ist irgendwo, eine Datei, die ich irgendwo runtergeladen haben, wo wir gesagt haben, das Thema holen wir dann raus, wenn wir darüber sprechen wollen.

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich, ein ethisches Dilemma oder eine ethische Fragestellung oder sowas, was in diese, in diese Richtung dann geht?

B2: Was des… was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma… (…) Ein Dilemma heißt also, bei einem Dilemma habe ich schon mal keine Lösung vorliegen, so habe ich ein… dann, dann, dann habe ich ein Dilemma. Das heißt aber, und da habe ich das Problem, dass ich für und wider abwägen muss. Das Problem ist, bei, beim Thema Ethik, so wie ich es verstehe, zumindest oder wie, ja, das sich zwei Seiten habe, die wirklich auf zwei Seiten sind. Also am Beispiel, Patient dann einfach auch das ist ein Therapeut und ein Patient dann auch habe, wo ich keine Gemeinsamkeit habe, sondern wir haben zwei verschiedene Ansichten, ähm, wir haben zwei verschiedene Herangehensweisen und die können wir nicht vereinen. Weil wir dazu, vielleicht kein Regelwerk haben, weil man dazu vielleicht gar kein Regelwerk vorgeben kann, weil es eine Individualentscheidung dann auch ist eben und wir da, dann, dann im Dilemma fehlen mir dann die Rahmenbedingungen, weil ich diesen Fall noch nie kennengelernt habe zum Beispiel. Das wäre für mich ein ethisches Dilemma.

I: Okay, genau, gut. Hätte ich nicht besser definieren können. In welchen Situationen hast du dich schon einmal in so einem ethischen Dilemma befunden, wo du gesagt hast: Jetzt is, diese Situation und folgende und was mache ich jetzt genau, um das so n bisschen, naja, zu vereinen? Welche Situationen wären das dann zum Beispiel? Also jetzt zum einen mit dem Patienten, so wie du es auch gerade gesagt hast (ja) vielleicht dann auch in diesem gesamten System, dem gesamten Gesundheitssystem vielleicht, oder dann eben vielleicht jetzt auch hier mit Ärzten oder in deiner Praxis?

B2: Also ich glaub das ist immer dann, wenn man, an der Person (…) wenn, wenn man nicht ganz gleiches mit nem… ahh, schwierig. Mit der Ansicht von der anderen Person also oftmals und wie geht man diplomatisch teilweise auch damit um also mit der Kommunikation mit dem Arzt zum Beispiel. Der Arzt macht etwas, ich glaube es ist anders. Wie komme ich dann, wie können wir eine gemeinsame Lösung finden, dass ich als der Auftragsempfänger, ja, damit sauber umgehen kann, dass ich von mir Therapie abgebe wie ich es möchte aber nicht den Auftrag vom Arzt widerspreche, weil der hat ja das alles in Auftrag gegeben hat.

I: Also das heißt bei Verordnungen zum Beispiel, wenn irgendwas draufsteht, du aber vielleicht nicht der Meinung bist und dir denkst: Ahh, eigentlich ist doch was anderes sinnvoller, wie gehe ich jetzt dann damit um. Wie kommuniziere ich jetzt mit dem Arzt?

B2: Ja, genau weil so wie du es jetzt richtig, wiederholst, ist es dann mehr was Fachliches einfach dann auch wirklich da ist es, da sind, das Problem, was ich dahinter sehe ist die Kommunikation mit dem Arzt letzten Endes halt, dass ich ihn da nicht auf die Füße trete, das ist, das sehe ich wieder n bisschen bei der Ethik, angesiedelt dann also. Nicht um die fachliche Klärung, sondern wie kriegen wir das klar, dass er sich in seiner Kompetenz auch nicht genötigt, unterdrückt fühlt. Aber ich auch meine nicht nachgeben muss letzten Endes. Man muss jetzt bisschen einfacher, oder einfach härter zu finden letzten Endes, ich glaub n Problem ist es häufig dann, wenn die persönlichen Grenzen aufgelöst werden. Das heißt also, erster Schritt ist glaub ich, dass Du und Sie finde ich ein großes Thema. Mit, wenn ein Patient auf mich zu kommt und mir das Du anbietet, da trifft man für einen Sekundenbruchteil vielleicht schon auf ein ethisches Dilemma, weil ich nicht weiß, wie gehe ich damit um. Möchte ich das oder nicht, möchte ich das bei dem Patienten, was hat das zur Folge letzten Endes, das ist im Kleinen, das Du und Sie. Das andere ist aber auch, das Thema, letzten Endes körperliche Nähe, die wir natürlich professionell anbieten, die aber vielleicht unprofessionell auch geholt werden möchte. Ich glaube, das ist ein ganz großes Thema was bei uns in der Physiotherapie, wo wir achten müssen, (und die dann quasi aus dem einen Extrem zum anderen, wie man dann, quasi den Patienten berührt, quasi dann auch und quasi nicht zu viel dann auch, dass er sich nicht in seiner Grenze dann beschnitten fühlt oder…) Ganz genau. Ja genau. Das man einfach sagt, wir haben körperliche Berührung die wir einmal in der Hoffnung, im ersten Fall, wir therapeutisch Professionell abgeben und der Patient aber, das Dilemma nochmal darzustellen falls das immer noch die Frage ist (ja) Ja, okay. Nicht, dass ich in der falschen Frage zurückgerutscht bin. Aber der Patient der sich hier eine, eine emotionale Berührung mehr holt, dann ist es ein Problem, genauso muss ich sagen, ist natürlich auch der Therapeut nicht geschützt, er ist auch nur ein Mensch. Nicht das der irgendwann mal emotionale Berührung platziert, wo eigentlich nur professionelle Berührung hingehört. Ich glaube, das ist ein ganz, ganz wichtiges Thema und das ist schon, und da haben wir schon sehr Extreme dann. Also wir starten beim Du und Sie in dem Fall jetzt für den Patienten und enden hier in der Thematik wo ich sagen muss, wann ist körperliche Berührung nicht mehr therapeutisch, sondern dient mehr dem persönlichen emotionalen Dingen.

I: Okay, gut. Wenn du dich schon einmal in so einer Situation befunden hast, was hast du dann getan, um diese Situation oder dieses Dilemma aufzulösen? Oder für dich auf jeden Fall, und für die Gegenseite, so zu strukturieren, dass beide zufrieden sind.

B2: Der Patient durfte mich Du´zen. (okay) (lach). Dilemma gelöst. (lach)

I: Okay, das heißt, du hast dann irgendwie einen Kompromiss…

B2: Ja, ich habe (lach) also entweder einen Kompromiss, ja also Dilemma ist letzten Endes, habe ich ein Problem was für mich kein Lösungsansatz, wo ich erstmal keine Lösung dafür kenne. Also muss ich irgendwo n Kompromiss, der dann auch wieder Lösung genannt werden kann. Oder klar zu trennen, auch. Also wo die Lösung der Kompromisse auch keine Therapie keine weiter… also auch das Thema haben wir schon gehabt. Wo man ganz klar dann auch abtrennt und einfach auch sagt, hier geht ein professionelles arbeiten nicht weiter, das kann ich mir auf beiden Seiten vorstellen, dass, jetzt nehme ich mich als Beispiel, bevor ich über Kollegen spreche, dass ich ein anderen Menschen zu attraktiv finde, dass ich nicht mehr klar denken kann, dann müsste ich mich von ihm trennen, damit ich professionell bleiben darf oder andersrum auch, der Patient oder die Patientin, wäre mir in dem Fall lieber, hier mehr Interesse an mir hätte, wo ich sagen muss, wir müssen hier einen Schlussstrich ziehen, weil wir so nicht zusammenkommen. Ein Therapeutenwechsel zum Beispiel oder ein Einrichtungswechsel… (okay) Und dann ist ein klares Gespräch… und habe ich so auch schon gehabt.

I: Gut. Paar Fragen sind es noch. Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze beziehungsweise so Werte und Normen, sind für dich persönlich einmal, ganz wichtig und wie integrierst du die dann auch mit in deinen beruflichen Alltag? Das heißt, bestimmte, jeder Mensch hat ja irgendwie so Werte und Normen, die sind dann natürlich schon grob, das sind dann 4 oder 5 Schlagwörter, oder sowas. Welche würdest du dann speziell für dich nennen.

B2: Pünktlichkeit ist für mich ein ganz großes Thema. Haben wir auch auf den Beruf bezogen auch nochmal und dass bei mir hat sich der Beruf da dann auch im Privatleben platziert, das ist ein wichtiges Thema für mich, Pünktlichkeit. Da damit einhergehend auch Verlässlichkeit. Ist ein ganz großes Thema. Offenheit ist ein ganz großes Thema für mich. Das lebe ich hier und das lebe ich im privaten Leben, in der Familie auch. Pünktlich, verlässlich, offen. (…) Ja. Das sind Begrifflichkeiten die dann auch aus derselben Schiene kommen wie Ehrlichkeit oder ähnliche Sachen sind dann natürlich die spielen da auch mit rein aber das ist, ich hoffe, dass du die, (unverständlich) weil ich die genannt habe, dass sie nicht angekommen sind. Also ich sag mal, Offenheit ist ein ganz großes Thema, Kommunikation, also Kommunikation, Austausch, das meine ich mit offen, das heißt… Verlässlichkeit heißt auch sich selber widersprechen zu können. Also sagen zu können: Ja, ich habe gesagt, du kriegst ab sofort 5000 Euro im Monat. Und nächsten Monat sag ich dir: Sorry, tut mir leid aber ich habe mir nochmal die Zahlen angeguckt, es geht doch bloß 1800 wie so ein Physiotherapeut normalerweise verdienen sollte. Das ist offen, das ist aber auch verlässlich, also auch da kann man sich auf mich verlassen. Und Pünktlichkeit ist bei mir auch wirklich was wichtig ist, ja, leider, auch meiner Frau.

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich moralisches Handeln, oder in welchen Situationen hast du dann das Gefühl, jetzt habe ich moralisch gehandelt und wie würdest du jetzt diesen Begriff gegenüber der Ethik abgrenzen? Wenn du das jetzt so, auch wieder so in deinem Geiste dir vervollständigst, das wäre jetzt Moral oder moralisches Handeln und das wäre jetzt Ethik. Wie würdest du, wenn du es eben müsstest, diese Begrifflichkeiten ein Stück weit auseinanderbringen?

B2: (…) Mhh, also ganz schwer, glaube ich aber du möchtest ja unbedingt was von mir hören, du hakst ja wieder nach. Deswegen würde ich, glaube ich sagen, Moral finde ich mehr in meiner Person und Ethik mehr in der übergeordneten Struktur. Würde, wäre, wäre das was ich, wenn ich es auseinandernehmen muss, ja.

I: Genau. Also quasi, die Moral ist, die einzelne Handlung als solches, die ja gut sein soll und die Ethik, genau, und das ist ja das, was ich persönlich mache, die Handlung quasi und die Ethik ist quasi dann, wie du auch gesagt hast, das übergeordnete, dass was quasi dann diese Handlung reflektiert (ja). Und sagt, okay, das war jetzt aus diesen Gründen gut oder eben, wenn ich jetzt eine andere Ethikform nehmen sollte, das war jetzt eher weniger gut und das könnte man jetzt nicht rechtfertigen, oder wie auch immer (ja). Aber es ist, wie du auch so gesagt hast. Gut, wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Das was wichtig wäre oder wo du sagst, ok, das passiert ja sowieso intuitiv, sollte man das dann auch nochmal weiter fördern oder sagst du, wenn man das jetzt speziell über Kommunikation oder andere Themen lernt, ob das dann reicht?

B2: Also ich glaube, dass das, ich glaube, dass Moral bei mir einen hohen Stellenwert hat, an Sich, aber ich glaube, wenn ich so höre, kann man auch einen geringeren Stellenwert der Moral zu ordnen, weiß ich nicht wie das geht, weiß ich nicht ganz genau. Ich glaube aber es ist gut, wenn man auch hier gewisse Rahmen und Beispiele bringt. Also ich glaub… mhh, ich glaube, da sollte jeder so sein eigenes Thema dann auch finden. Also ich glaube auch das sollte ein offener Unterricht dann eigentlich sein oder so in der Ausbildung platziert, wo ich sagen kann, zu hören, was gibt es denn da. Gibt es da, dass ich aus verschiedenen Richtungen einfach mal komme und dann ein zukünftiger Physiotherapeut sich ein Bild machen kann, dass, ja wo kann es, wo sind, ja wo sind auch Grenzen beim Anderen, letzten Endes. Also wäre ich… poah, is ne riesig, ist ein mega offenes Thema, aber ich sag mal, ja, mega offenes Thema, aber (okay) is sicherlich interessant, ist die Frage, ob es platzierbar ist im, im bei den 19, 20, 21-jährigen.

I: Ob der das dann auch so reflektiert, dann schon, mitbekommt und quasi dann dementsprechend auch so in die Ausbildung, quasi in den Berufsalltag so integrieren kann?

B2: Ich denke mal so ein gewisses moralisches Denken ist ja irgendwo, hoffentlich, bei einem Therapeuten oder der die Ausbildung machen möchte so, so grundsätzlich mal da. Ein anderes Level oder eine andere Auseinandersetzung mit der Thematik (sozialer Beruf und sowas), mit Menschen, ja genau. Ich glaub, das hoffe ich mal so n bisschen. Wie weit man das nochmal nachlegen kann, wie weit das in einer Unterrichtsform oder Unterrichtsstruktur, in einer Gruppengröße von 20 Schülern oder sonst was dann auch funktionieren kann, weil das doch etwas sehr Individuelles ist, fände ich sehr spannend. Es ist glaube ich nicht so einfach, fände ich sehr, sehr spannend.

I: Glaubst du, dass man das dann, wenn man das in den Unterricht integriert, dass es dann nochmal oder in wie weit es das eben nochmal dann diesen Schub dann nochmal nach vorne gibt. Glaubst du das oder… oder in wie weit, glaubst du, dass es dann wichtig ist oder ist es eher ein Rand, n Randgebiet, das andere Eigenschaften (unverständlich, weil beide sprechen)

B2: Ich glaube, dass man das ganz schlecht mitnehmen kann, also ich glaub also, ich glaube das ist so was, was sich sehr entwickeln muss auch glaube ich. Also ich sag mal ne Technik irgendwie, wie mach ich Friktionen, das packe ich heute ein, nehme ich mit, packe ich übermorgen wieder aus, wende ich an. Ethik, Moral einfach die beiden Begriffe, die ich jetzt so n bisschen hier

reinschmeißt und ich keines davon ausschließen möchte gerade aber da du es differenziert hast auch, ich glaube das ist was sich entwickeln muss, dass das was dauernd gelebt werden muss, da musst du die Tüte immer offenlassen. Und das finde ich schwierig, deswegen müsste das immer wieder abgeholt werden. Deswegen finde ich so wichtig, so wie wir uns kennen gelernt haben mit diesem Therapeutenstammtisch. Da hört man so viel zu der Thematik, so viel mehr als im Unterricht oder auch weil du einfach hörst, wie geht einer um damit, ich weiß, bei einer Kollegin dabei, die auch ausländische Therapeuten mit aufnimmt. Wo man sagt (unverständlich), da kriegst du mit, wie man sich da auseinandersetzt. Da, des, da kriegst du mit wo jeder einzelne seine Grenzen auch hat. (okay) Das finde ich da ganz spannend, dann muss auch jeder selber mit sich reden. Ob man das aus dem Unterricht aus drei Jahren Ausbildung dann sagt, so okay, Thema Ethik, habe ich das mitgenommen, keine Ahnung nimmt man etwas aus dem Ethikunterricht in der Schule in der, in der Grundschule, so (unverständlich)

I: Da ist glaub ich schon schwierig aber wenn man da jetzt zum Beispiel älter ist und anderes Entwicklungsstadium dann vielleicht hat, dass es, dass es vielleicht auch irgendwie so n gelebter Prozess ist, wie du gesagt hast, dass die Tüte eben offen ist, dass es halt irgendwie das Übergeordnete ist und nicht so wie man das mit einer einzelnen Technik so nimmt, macht, anwendet und wieder nicht sondern dass das dann so irgendwie so n, so n, so n Grundbewusstsein vielleicht dann entwickelt.

B2: Also ich glaub das wichtig ist, im Unterricht glaub ich, ist, also in dem Fall, ist das man ver…, dass man das Gefühl der geöffneten Tüte vermittelt. Dass es ein Thema ist, was immer sich entwickelt. Also ich glaube für einen 21-jährigen Berufsanfänger ist es etwas anderes, und du hast andere Themen einfach, du hast auch andere Probleme als wenn du einen 65-jährigen Therapeuten kriegst. Ist auch was anderes, wenn du eine Frau bist oder ob du n Mann bist, ob du mit Kindern arbeitest oder ob du mit auf der Intensivstation arbeitest. Also ich glaub das ist, das ist was sich entwickeln muss dann auch, sagen wir mal. Deswegen ist es sicherlich gut, wenn es im Unterricht platziert wird, dass die Tüte mal, soweit sie nicht in der Grundschule oder in der Schulausbildung nicht schon geöffnet wurde und platziert worden ist, auch hier wird man es sehen, dass man sich immer mal wieder damit befasst, (okay) sollte es aber auch eigentlich konsequent dann nochmal ein Fortbildungsthema dann auch nochmal sein.

I: Okay, dass man das nochmal vielleicht sogar dann, vielleicht spezifisch, wenn ich Manuelle Therapie mache, oder Bobath oder sowas, dass das dann mit paar Stunden dann auch nochmal in, in diesem Rahmen der Fortbildung, nochmal mit zwei Stunden besprochen wird?

B2: Ich sag mal Maitland hat mir zum Beispiel vermittelt, zu überlegen, dass ein 10er Rezept kein 10er Rezept sein muss. Sondern, dass es auch einen Sinn macht, dass ich das abrechnen kann und das Thema einfach mal abzuholen, dass ich irgendwo meine Grenzen sage, einfach wo einfach diesen Haken-Kohle-Thema, wann höre ich auf einfach nur ans Geld zu denken, sondern sag: okay es ist, da muss ich schon auch… und das habe ich sicherlich bei Maitland kennen gelernt. Also es ist die Frage ob man sowas in die einzelnen Fortbildungsstrukturen platzieren kann. Ist aber auch die Frage wie weit kann ich es willentlich platzieren. Da muss ich sicherlich ganz unten anfangen, in der Grundschule, in der Schulausbildung gibt's das schon. In der Berufsausbildung gibt's das Thema Ethik glaube ich nicht, ist wahrscheinlich nicht einmal verpflichtend, also ist es was, es wird ja parallel gesetzt in der Schulausbildung oder Religionsunterricht glaube ich, wenn ich das richtig im Kopf habe, muss man glaube ich in der Berufsausbildung nicht mehr machen, besuchen, puuh, sollten uns gesellschaftlich mal fragen warum wir es in der Berufsausbildung mit 16, 17, 18 oder auch ein bisschen später, nicht mehr das Thema haben.

I: Okay, spannende Frage. Das war es schon. „B2", ich danke dir (selbstverständlich), das haben wir sehr gut gemacht. (läuft aber auch sehr gut) Vielen Dank.

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	03
Name der Audiodatei	Interview 03
Datum der Aufnahme	25.07.2019
Ort der Aufnahme	Privathaushalt der befragten Person
Dauer der Aufnahme	50,43 Minuten
Befragte Person	B3
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	04.11.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: So. Sehr gut. Vielen Dank B3, dass du mitmachst, bei meinem Interview. (Sehr gerne) Es geht nämlich um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive. Und da geht es mir insbesondere darum, deine Sicht der Dinge zu erfahren, das heißt, deine Wahrnehmung und deine Meinung dazu. Also es gibt kein falsch oder richtig, sondern wir reden einfach zusammen und versuchen dann irgendwie eine Synthese zu schaffen.

I: Okay. Nummer eins. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Oder was macht für dich Physiotherapie aus?

B3: Boah, das ist eine miese Frage Interviewer. (lach) Boah, was macht das aus? Naja, prinzipiell ist es schon so, klar, man hat sich irgendwie für den Beruf entschieden und möchte in gewisser Weise Menschen helfen. Dazu haben wir ein gewisses Handwerkszeug mal als Grundlage irgendwo erlernt und, klar, das versucht man dann irgendwo umzusetzen mit dem Patienten, Best möglichst im Mittelpunkt, denn dann irgendwo auch da abzuholen, klingt abgedroschen, aber dennoch dort wo er ist und versucht den halt dann in der Situation durchzuleiten, was jetzt nicht unbedingt immer nur Hands-on bedeutet, so für mich auf jeden Fall es sind viele Sparten, die da mitspielen. Ob das jetzt tatsächlich manuelle Therapie ist, ob das Trainingstherapie ist, ob das irgendwelche Ratschläge, Coachings, whatever sind, so. (okay). Und so sehe… ist ja sehr breit gefächert eigentlich. Also nicht so nur an der Bank wie es leider manchmal ist, bei uns so, (lach) sondern, denke schon ganz großes Feld, das man da bedient.

I: Ja, das macht es ja auch so bisschen schwer, so eine allgemeine Definition zu finden, weil es natürlich auch so n (klar) breites Spektrum dann auch mit bietet.

B3: Ja, ich kann dir jetzt nicht sagen, in wenigen Worten, pass auf, das macht es aus oder das ist für mich der Job, den ich da mache, weil es eben so breit gefächert ist und da ist schon so, dass uns da schon ein gutes Stück an Ausbildung in der Ausbildung, wie es momentan ist, fehlt.

I: Okay. Inwiefern, dass, dass wir uns, also dass wir dann spezielle Gebiete uns rauspicken können, die wir dann besser bearbeiten können oder dass dann die Identifikation vielleicht in der, in der Ausbildung dann irgendwie schwierig vermittelt wird, oder was hast du da für ein Gefühl?

B3: Naja, das ist schon ein bisschen die Basis, klar, du muss halt dann die Anatomie erlernen, die Techniken erlernen, was über Krankheiten erfahren, das ist schon alles wichtig und gut aber einfach vielleicht, psychologischer Part, der da fehlt, der sehr wichtig ist, finde ich oder wichtig wäre, was man so merkt, tagtäglich.

I: Also so das zwischenmenschliche also nicht nur diese…

B3: Zwischenmenschliche würde ich jetzt auch nicht sagen, das muss schon professionell sein aber dennoch vielleicht, einfach klar, Psychologie als Fach.

I: Also nicht nur Psychopathologie, wo man lernt, das sind die bestimmten Krankheiten sondern (genau, nein, schon auch…) wie man auch mit Menschen…

B3: Vielleicht jetzt nicht Therapie oder Therapeut, klar, das geht viel zu weit sondern, dass man dennoch eine bestimmte Basis erlernt wo man vielleicht mit Leuten, wo man Leute besser mit ihrem Problem auch durchcoachen kann.

I: Okay. Das heißt nicht nur mit der Hand, sondern auch coachen und beraten und…

B3: Naja, das macht man ja zwangsläufig, das machen wir alle jeden Tag. (ja) Dass du sagst: Hey pass auf wir müssen vielleicht dies machen oder jenes ändern, in deinem Alltag oder auch in der Beziehung, whatever. Und, aber das sind sehr viel ins Blaue rein… Also so Erfahrungen, die man halt so bisschen sammelt. Aber da kannst du nicht sagen da, dass etwas professionelles von mir gebe, so.

I: Okay. Was denkst du denn, was sind die Kerngebiete, also die Punkte die, die Physiotherapie so n bisschen ausmacht. Wo du jetzt denkst: okay, wenn der Typ Therapeut das macht, das ist so bisschen der Physiotherapeut den ich jetzt im Kopf habe. So die Hauptpunkte, die Haupt, Hauptthemenschwerpunkte sozusagen.

B3: Naja, das war sicherlich schon mal, klar, an der Bank stehen dem jetzt irgendwas mit meinen Händen angedeihen zu lassen, ich finde, dass sich die letzten Jahre, auch bei mir verändert hat, dass man einfach sieht, ist vielleicht nicht im Moment in der Form zielführend aber sicherlich langfristig. Ich denke schon, dass sich so die aktive Therapie sicherlich irgendwo im Kern stehen sollte oder stehen wird oder stehen sollte.

I: Die Verknüpfung von Handwerk als solches und dann aber auch zum, zum Weiterführen dann auch mehr in die Aktivität sozusagen…

B3: Klar, sei es denn im Training, speziell oder so einfach KGG oder auch, dass man die auch in einem Fitnessstudio, wo sie bestimmte Dinge machen können, hinbringt. So dass man doch irgendwie die Menschen vielleicht dazu bringt, dass sie sich auch selbst in gewisser Weise helfen können. Und nicht in eine bestimmte Form der Abhängigkeit bringen, so.

I: Ja. Genau, sehr gut. Glaubst du dann auch, dass die Physiotherapie sich, speziell in Deutschland auch, von, von anderen Berufsgruppen ausreichend abgrenzt oder hast du das Gefühl, dass es manchmal so Überschneidungen gibt, von Zuständigkeitsbereichen, von, von unterschiedlichen Berufen?

B3: Im Sinne von anderen therapeutischen Berufen wie Ergo, Logo oder so etwas? (oder Pflege oder was auch immer) Hach, ganz so abgrenzen kann man das wahrscheinlich nie (…) So komplett, weil irgendwo überschneidet es sich immer also ich muss auch mal ein Bein verbinden, als Beispiel. Und klar, eher pflegerisch aber so ist es halt. Ich denke schon, dass wir selbst mit dem Ausbildungsstandard, den wir haben, glaub ich schon andere Berufsgruppen wie glaube ich jetzt mal Pflegern, Krankenpflegern oder sowas oder Arzthelferinnen von unserem Wissen schon, überlegen sind.

I: Okay. (glaube ich, vom technischen know how). Okay, das heißt, vom know how, vom Wissen her schon, von der Tätigkeit dann aber oder weil du gesagt hast, du machst auch dann auch andere pflegerische, in Anführungszeichen pflegerische Tätigkeiten…

B3: Klar, weil es sich halt so ergibt ich kann jetzt nicht sagen, aber klar, je nachdem wo du arbeitest und wie du arbeitest, wenn einfach frisch operierte da sind. Klar schaue ich mir auch mal eine Wunde an, kontrolliere das und muss dann wieder irgendwas drüber machen. (okay) Aber klar, richtige Pflege in dem Sinn mache ich jetzt nicht.

I: Ne aber, dass man jetzt dann auch übergreifend andere Tätigkeiten hat oder andere Berufsgruppen dann auch vielleicht Richtung Physiotherapie, ist dir das schon einmal irgendwie im Berufsalltag vorgekommen, dass, dass man dann halt andere Gruppen von Berufen dann halt physiotherapeutische Maßnahmen durchgeführt hätten?

B3: Oah, gelegentlich. Bei uns jetzt so, schwierig zu erklären, nein aber wird ja analysiert (ja). Ist ja schon auch, das Pflegepersonal hin und wieder Motorschienen dann einstellt, irgendwelche Kühlmanschetten anlegt (unverständlich) oder irgendwas, was weiß ich was, das ja.

I: Okay, aber jetzt keine komplexen physiotherapeutischen Handlungen (nein, das nicht) oder sowas. Okay. Gut. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchen Modellen richtest du deine Behandlungsstrategie primär aus? Das heißt so in der, als Behandlungsstrategie gibt's ja mehrere Modelle wie wir das jetzt so denken oder wie der Physiotherapeut handeln könnte. Kennst du da einige oder jetzt so bewusst…

B3: Boah, weiß ich nicht. Nenn da mal eins was darunter fällt.

I: Bio-psycho-soziales zum Beispiel oder biomechanisch oder…

B3: Ja klar, biomechanisch würde ich schon sagen. Ist sicherlich ein Ansatz für die manuelle Therapie als Haupttherapieform, die wir jetzt so anwenden, bei uns. Klar, da denkt man. (und du bist ja auch mehr im orthopädischen) … bin im orthopädischen Bereich fast ausschließlich (okay) tätig und insofern ist das sicherlich ein Modell das ich täglich anwende und wo wir versuchen klar, durch eine Befundaufnahme schon irgendwo rauszukitzeln was könnte denn der Schmerzgenerator sein oder das Problem und da dann wollen wir eigentlich arbeiten, klaro. Bio-psycho-sozial, bio-psychologische oder so soziale Aspekte spielt sicherlich auch eine Rolle. So, bezieht sich vielleicht auf das was ich vorhin schon gesagt habe, so in dem Rahmen einfach, so psychologische Grundstrategien durchaus interessant wären, in unserem Beruf.

I: Gut aber du jetzt im Krankenhaus hast ja viel mit operierten, frisch operierten Patienten zu tun, da is ja glaube ich schon, der Fokus dann schon mehr auf, auf diese bio, biomechanische oder hast du auch Erfahrungen auch irgendwie, oder so teilweise das Gefühl, dass du dann auch irgendwie mit mehr psycho-sozialen Mitteln da rankommen könntest?

B3: Ja, schlussendlich schon auch. Kommt immer n bisschen drauf an warum sind die gerade bei uns oder wie stehen die im Leben. Klar, lass mal irgendeinen blöden Unfall passieren, dann sieht es schon einmal, klar, kann so und so lange nicht mehr arbeiten, verdient kein Geld mehr, sind selbstständig whatever, dann kommen schon mal ganz andere Probleme mit ins Boot. Oder bei nichtoperierten, keine Ahnung, mit einer längeren Rückenschmerzgeschichte, so. Denk, da muss man dann schon auch bisschen weiter über den Rand gucken, ja.

I: Okay. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder nach dem Studium erworben haben oder was würdest du sagen, dass ist jetzt für dich wichtig, das sollte vielleicht in der Ausbildung oder im Studium intensiver noch gemacht werden. Also jetzt so im Vergleich jetzt zu deiner Ausbildung, zu dem was du dann eigentlich so im Praxisalltag dann

erlebt hast und was du dann eigentlich erst vielleicht in der Praxis gelernt hast wo du gesagt hättest: Hey, das ist wichtig, das hätte man vielleicht auch noch in die Ausbildung integrieren sollen, oder müssen.

B3: Mhh… Also ich glaube es wäre durchaus wichtiger, dass man besser im praktischen Unterricht, den praktischen Unterricht am Patienten erfährt. Klar, man geht ins Praktikum, das ist schon von der Zeit her ausgedehnt aber, mei, meistens je nachdem wo man halt grad war, werkelt man so vor sich hin mit dem was man so mal gelernt hat. Es ist wenig Betreuung, wenig Kontrolle da, wenig Hilfestellung. Fände ich, das fände ich einen wichtigen Punkt. Glaube ich, dass man das ein wenig verbessert, weil, weiß nicht wie es dir damals ging, du kommst von der Schule, gehst auf deine ersten Patienten so selbstständig los und denkst dir: Fuck, eigentlich habe ich doch grad alles gelernt (lach) und was ist denn jetzt los, was mache ich denn. So, also da war ich schon sehr, am Anfang, häufig am Schwitzen.

I: Okay, hattest du dann das Gefühl, dass dann die Verknüpfung von der Theorie und der Praxis so ein bisschen das Problem war oder das, dass die Hilfestellung von, von, von den Lehrpersonal dann irgendwie zu, zu gering war, dass du davon irgendwie hättest profitieren können.

B3: Naja so der Transfer von der Theorie und Praxis ist ja, wissen wir jetzt alle, nachdem wir ein paar Jahre arbeiten, immer schwierig. Weil selten, das Problem so auftaucht, wie man es gerade gelernt hat, immer irgendwie mehrere Faktoren, die dazu führen und das ist sicherlich ein Punkt und ich denke schon, dass während der Ausbildung so ein bisschen mehr ein Lehrer, Lehrkörper wie auch immer oder Praktikumsbetreuer mit einem am Patienten arbeiten sollten.

I: Okay. Wie fandest du es dann auch, von der Struktur, das was man dann gelernt hat, systematisch oder strukturiert, in Anführungszeichen gelernt hat, dass man das auch so strukturiert wie man es gelernt hat dann auch anwenden konnte oder hattest du das Gefühl, dass, bisschen, wow, so bisschen überfordert sich angefühlt hat, dann, dann die ersten Praktika, Praktikumseinsätze.

B3: Ja… nein, im Praktikum, ja, mei, das waren meistens wohldosierte Patienten die man da bekommen hat. Da war das schon okay. Mir geht es eher tatsächlich danach. Als man da in der Praxis oder Klinik war wo halt dann, joah, wo es einfach halt dann losging. So des fand ich schon ein bisschen schwierig, klar, während der Ausbildung kommst du nicht drumherum, dass du schematische Dinge oder strukturierte Dinge erlernst, weil, du weißt ja eigentlich noch gar nichts und da kommst du auch einfach nicht drumherum. Dass du theoretisch die Anatomie erlernst, dass du, mei, dass man halt weiß was ist kontraindiziert, was ist indiziert, klar.

I: Okay. Hast du das Gefühl, dass durch die Ausbildung oder, dass du genügend durch die Ausbildung auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest?

B3: (lautes atmen) Rückwirkend, Nein.

I: Okay. Wie wir es gerade besprochen haben, dass dann die Struktur vielleicht fehlt und dass man da irgendwie vielleicht das Gefühl hat, etwas falsch zu machen oder irgendwie. Der Komplexität vielleicht nicht gerecht zu werden von dir aus.

B3: Ja, Ja. Von allem ein bisschen. Also durchaus was falsch zu machen, man ist sich unsicher, hat keine Erfahrung, zu bestimmten Problemen. Also das war ein Punkt bestimmt klar dann kommt es sicherlich auf die Konstellation drauf an, wo arbeitest du denn als erstes, wie wirst du da aufgenommen, hast du Kollegen, hast du erfahrene Kollegen, kannst du die mit allen Fragen fragen, oder landest du in vielleicht meinem Fall dann eher in einer kleinen Einheit, wo vielleicht eine da war oder zwei wenn überhaupt, die aber auch irgendwie nicht so viel wussten.

I: Okay, wo man sich untereinander austauschen kann (genau) und, okay.

B3: Also ich denke, das ist schon ein wichtiger Punkt, wo man dann so wohnt, wie man einsteigt.

I: Okay. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B3: Joah, ich versuche es. Also ich schau schon auch immer was so los ist, ja. Hol mir Studien machen eigentlich bei uns das ganze Haus und da versuchen wir schon, klar, alles lässt sich nicht umsetzen. Irgendwie bleibt manches trotzdem klassisch was man tut aber wenn dann versuchen wir schon Sachen zu ersetzen wo man jetzt einfach liest oder gelesen hat, dass das nicht mehr funktioniert oder einfach nicht so funktioniert, wie man es gedacht hat. Denk schon, dass man da…

I: Okay. Gut. Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?

B3: Heute. (lach) (okay)

I: Was war der Grund? Hast du irgendwie aus, aus reinem, eigenem Interesse oder hast du irgendwie…

B3: Heute war es tatsächlich über social media. (okay) Also wir kennen alle Physio Meets Science, als Beispiel, die sind da sehr aktiv, und klar, da stolpert man immer einfach drüber, wenn man gerade so seine Netzwerke irgendwie anschaut und, klar, dann les ich mal, war ganz interessant. Heute ging es um Scapuladyskenesien, da wo gerade ein sehr großer Hype rum geht und joah, wenn man den Studien so glaubt…

I: Gut. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung von Patienten? Oder versuchst du dich daran zu halten, oder schon mal irgendwie recherchiert, dahingehend?

B3: Eher weniger muss ich sagen.

I: Okay. Also wenn dann eher so relevantere Einzelstudien, sage ich jetzt mal?!

B3: Ja, genau. (okay). Das schon aber zu Guidelines oder Goldstandards die so aktuell… vielleicht sind sie irgendwo drin aber nicht, dass ich mir davor explizit nachgehe, dem Ganzen.

I: Okay, gut. Jetzt geht es dann weiter mit der Professionalisierung. Was sagt dir persönlich der Begriff `Professionalisierung`? Erstmal im Allgemeinen.

B3: Jaja. Joah, natürlich, dass man auf einem Gebiet, auf dem man Tätig ist oder auch interessiert ist ja halt schon sich weiterbildet, fortbildet, dass man interessiert ist, dass man nicht einen 0815 Job macht. Man geht da morgens hin geht dann wieder nach Hause, nimmt sein Geld. Glaub schon, da muss man schon, ja da braucht man Motivation, dass was man da macht, gut zu machen, vielleicht auch weil man es gerne macht und dann kann man in gewisser Weise professionell sein.

I: Okay. Das heißt, du fixierst das schon so n bisschen an professionelles Handeln oder… Also, du sagst ja auch, dass das, was man macht, dass man es auch gut macht.

B3: Ja, genau. Das eine ist (also das handeln dann) das handeln, das was, klar, wie ich es umsetze beim Patienten aber schon auch das, was davor oder danach stattfindet also sprich das ich hier eine Studie les, dass ich hier gucke was ist denn aktuell, Wissenschaft, klar, ist sehr schnelllebig ändert sich immer wieder was, also ich denke, das gehört auch schon dazu, professionell zu sein, dass man da nicht das Wissen nutzt, was man halt irgendwann mal vor 15 Jahren oder so erworben hat. (Sondern, dass man sich dann auch weiter, weiterentwickelt, also Prozess sozusagen) genau, genau.

I: Okay. Und wenn du es speziell auf die Physiotherapie, so ein bisschen fokussieren müsstest. Was fällt dir denn mit dem Begriff, Professionalisierung, das ist ja gerade so in aller Munde, speziell für den Berufsstand der Physiotherapie, ein?

B3: Mhh… Naja, im Prinzip ähnliches. Also… (die Entwicklung von…?) Die Entwicklung von einem selbst, zu nem professionell handelnden Menschen auf seinem Gebiet, auf dem Gebiet der Physiotherapie. Ahm, sicherlich auch, vielleicht, bin mir nicht sicher, auch vom klassischen Ausbildungssystem irgendwo wegzukommen. Denk schon, dass es wichtig ist, vielleicht nicht für jedermann oder nur Leute die irgendwelche universitären Abschlüsse haben, das vielleicht auch nicht, aber dennoch ist das schon der richtige Weg, glaube ich. (okay) Dass man halt einfach nicht nur Dinge macht die einem irgendeiner erzählt hat, das man Dinge kritisch hinterfragt, dass man sich dazu schlau macht, nach bestem Wissen und Gewissen und denke, dass das eher professionell ist zu sagen, ich habe das von einem Profi gelernt und ich glaube dem jetzt alles was der mir sagt, so.

I: Okay. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapeuten oder Physiotherapie zu unterstützen? Um das noch mal, dass sich das gesamte Berufsbild, sich dann irgendwie auch mit weiterentwickeln kann?

B3: Mh… (…) Joah, gute Frage. (Ausbildungsstandard oder, oder dann vielleicht von Organisationen her oder Politik, was die da machen könnten?) Ja ich denke, klar, wenn man die Schulen anschaut, die haben sehr diverse Standards, es gibt sicherlich Schulen, da kommt man ein bisschen besser geschult raus oder intensiver, andere, klar, da kommt man schon irgendwie durch, durch die Ausbildung.

I: Das heißt die Ausbildung standardisieren?

B3: Ich denke die Standards, das sollte es werden. Klassisches Kurrikulum ist auch dehnbar, denke ich.

I: Es gibt glaub mehr als 16 verschiedene…

B3: Ja genau, also dass man da irgendwas vielleicht halbwegs Zentrales macht, dass man wirklich ein Niveau schafft, oder alle auf einem ähnlichen Niveau rauskommen, klar gibt's da auch gute und schlechte Schüler aber im Grunde halt zumindest von dem Inhalt des ganzen (eine Mindestvoraussetzung dann) Genau. Mh… mei des gleiche eben, ja, das wissenschaftliche Arbeiten ist sicherlich wichtig. Fehlt, denke ich mal in der normalen Ausbildung heutzutage immer noch, da wird wahrscheinlich fast gar nichts drin sein, klar, von oben her so was jetzt n bisschen passiert, dass zumindest der Ausbildungsberuf, als solcher, schon mal, zumindest bei den staatlichen Schulen mit Entgelt versehen wird. (okay, ja. Das heißt, dass man als, dass es auch wieder attraktiver wird, dass dann mehr Menschen halt vielleicht sich dafür entscheiden). Logisch, klar. Das wie wir es hatten… Da gibst du mal schnell 15-20 tausend Euro mal aus und hast eigentlich noch gar nichts, so und kannst froh sein, wenn da irgendwie Eltern im Hintergrund stehen, die das vielleicht stemmen können. Und andere Berufe, klar, da fängst du irgendwo an und hast schon einmal tausend Euro (okay, das ist ein guter Punkt). Also das finde ich schon auch wichtig (räusper) wo man Leute vielleicht dazu bringt, das zu machen. Klar, schlussendlich wird es immer ein Problem sein, wenn man irgendwo von Allgemeinkassen abhängig ist auch natürlich bisschen mehr Gehalt wenn da irgendwas von Regierungsseiten oder von Kassenseiten geschaffen werden könnte, aber klar, dann stellt sich die Frage ob das System, wie wir es in Deutschland haben mit den vielen Forschungseinheiten weiterhin funktioniert oder dass wir, wie, keine Ahnung, wie Österreich es macht, wo man einfach deutlich weniger hat und mehr auf die Compliance der Patienten setzt.

I: Das heißt auch so n bisschen im Gesundheitssystem da ein paar Sachen irgendwie modelliert?

B3: Ja bestimmt. Denke auf Dauer wird das notwendig werden.

I: Okay. Guter Einwand, ja. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Was macht für dich so den professionellen Physiotherapeuten aus? Was hat der für Fähigkeiten?

B3: Fähigkeiten… (räusper) Okay also, ich denke, wenn ich so überlege wie ich meine Patienten angehe, wenn ich die sehe haben wir jetzt meistens die Möglichkeit schon, dass ich zumindest mal irgendeinen Arztbrief habe, eventuell sogar eine bildgebende Maßnahme, ob man sie braucht oder nicht immer, anderes Thema, aber dennoch, wir haben sie meistens. Das heißt bevor ich den Patienten sehe, habe ich schon sehr viel Informationen von dem Patienten. Klar, nichts desto trotz, hol ich mir eine entsprechende Anamnese, klar, mich interessiert es so in seinen Worten was so los ist, was ihn stört warum er zu mir kommt, eigentlich. Und dann versuche ich schon strukturiert, mit diversen Tests halt herauszufinden, okay was, was hat der. Von diesen Ergebnissen, am Ende, überlege ich mir dann, meist zusammen auch mit den Patienten, was könnten wir tun, um dieses Problem, das ihn stört oder seine Schmerzen, was auch immer, dann vielleicht in den Griff zu kriegen.

I: Okay, das heißt so diesen Clinical Reasoning… kann man das dann so, so umschreiben (ja). Und welche Fähigkeiten, welche Fertigkeiten, also wir haben ja vorhin schon was mit Kommunikation mit besprochen (klar). Kennst du da noch andere, jetzt nicht nur hard-skills sondern vielleicht mehr soft-skills, die man da irgendwie, also nicht nur technisches know how sondern irgendwie auch Schlüsselkompetenzen irgendwie dazwischen, die dir jetzt zum Beispiel wichtig wären? Oder die dir vielleicht auffallen oder wo du denkst, da bin ich gut oder da kenne ich einen, der ist darin gut.

B3: Mhh… sag mal weiter.

I: Mhh… zum Beispiel, Clinical Reasoning zum Beispiel war ja so ein Grund, wissenschaftliche Arbeiten, dass das zum Beispiel ein professioneller Physiotherapeut sollte oder sich nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen richten, was, was denn noch was für dich jetzt wichtig wäre, wo du sagst: hey, das ist n guter Physiotherapeut, weil der kann das, das, das und das und vielleicht mehr, wie auch immer.

B3: Joah, ich finde schon, das sind wichtige Themen, oder so die wichtigsten, eigentlich. Also, ganz klar, dass ich einen gewissen Wissensstand habe und den auch weiter vertiefe oder verbessere oder weiß, wenn sich etwas verändert. Joa, das finde ich schon wichtig.

I: Okay. Und jetzt so zwischen, zwischen Patienten und Therapeut? Dass da irgendwie, dass man da auch diverse Fähigkeiten da bräuchte um den dann ins Boot mitzunehmen, für die Therapie, dass man da sagt: Ey, das…

B3: Ja klar, da sind wir wieder bei der Kommunikation dann irgendwann, also, sicherlich das was ich meinte, dass wir zusammen sprechen (unverständlich). Dass ich natürlich den Patienten auch erkläre was ich denke, was da los ist, warum er das hat, weshalb er das hat und welche Strategie wir dann vielleicht dann eben entwickeln damit das am Ende auch besser wird oder er es nicht mehr hat.

I: Ja, okay, gut. Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die Gesellschaft? Oder für das Gesundheitssystem und dann eben auch nochmal größer gedacht, für die, für die Gesamtbevölkerung, ob wir einen Mehrwert bringen oder ob das dann irgendwie ob wir dazwischen rumschwimmen oder eher…

B3: Also ich habe schon eher, ich glaube schon sonst würde ich es auch vielleicht nicht mehr machen, dass wir schon einen Mehrwert für den Menschen, für die Menschen, schlussendlich auch für die Gesellschaft irgendwie leisten. Wie hoch der ist kann ich nicht einschätzen, da fehlen mir irgendwelche Zahlen. Also schlussendlich, klar, sorgt man dafür, dass irgendjemand aus seiner Krankheit, sei es Op oder sei es nicht Op, wieder an seinen Arbeitsplatz kommt somit er wieder selbst Geld verdient und die Geldwirtschaft wieder angekurbelt wird, weniger Fehltage dann auftauchen. Also ich denk schon, dass das irgendwo auf die ganze Gesellschaft irgendwie schon niederschlägt. Denke schon.

I: Okay. Gut. Was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung? Also die Rolle des einzelnen, was der eigentlich bewegen könnte oder was er machen könnte damit sich das gesamte Bild der Physiotherapie vielleicht ändert oder das Selbstverständnis von, von den frisch Ausgebildeten oder sowas.

B3: Theoretisch, ja, kommt immer auf die Person drauf an. Also ich für meinen Teil, habe auch, also arbeite sehr viele Kollegen ein. Mittlerweile sind das oft auch nicht mehr so erfahrene oft auch frisch von der Schule oder eben halt noch recht neu im Beruf und da fällt einem schon auf, dass der eine oder andere eben sehr motiviert ist, die Dinge A) aufzudecken, die ich ihm so sag, sich dann aber auch hinsetzt beim nächsten mal und kommt, hey B3, pass mal auf, ich habe mir das nochmal angeschaut, vielleicht das und das oder wie war das nochmal. Ganz groß, wie ist der einzelne motiviert um professionell zu werden oder eine gewisse Professionalität irgendwann an den Tag zu bringen. Denke ich, da ist eine große Bandbreite halt drin. Wie gesagt, der eine hat da richtig Bock drauf und der andere sagt, joah, mei, mir reicht es eigentlich, dass ich jetzt hier bin.

I: Und glaubst du, dass so wie du das jetzt sagst, so eine Art Fellowship, dass man da irgendwie, die jüngeren Kollegen dann irgendwie dann näher und besser betreuen sollte um dann da irgendwie besser zu werden?

B3: Ja, finde ich schon. So, na, des finde ich echt wichtig, so da sind wir auch wieder bei dieser Praktikumsbetreuung irgendwann (so wie du es damals gespürt hattest). So wie ich das erlebt hab und wenn ich das jetzt so in meiner Arbeitsstelle sehe bin jetzt auch, ob ich jetzt gut oder schlecht bin, einer von den erfahreneren dort und jüngere Kollegen oder auch solche die schon länger da sind, die haben einfach immer wieder unheimlich viele Fragen, so, und da finde ich schon wichtig, dass man dann sich die Zeit nimmt und versucht die zu beantworten, Dinge erläutert, erklärt, warum mach ich dies vielleicht oder jenes. Das finde ich schon wichtig.

I: Okay, sehr gut. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens, am Patienten, begründen könntest?

B3: Nein.

I: Nein? Okay. Warum bist du dieser Meinung (lach)?

B3: Warum? (…) Ah, ah, ich glaube wir machen immer wieder mal Sachen oder Techniken, die sind für den Patienten vielleicht gut aber ich glaube nicht, dass ich, dass diese Technik oder diesen Schritt, den ich da mache, unglaublich viel bringt. So, du hast, klar, egal wie da die manuelle Therapie hinterher, ich möchte irgendwas mobilisieren, mach da in diesem Sinne, keine Ahnung, eine bestimmte Definition und wiederhole das ein paar Male. So, dann bleibt mir ja noch relativ viel Zeit übrig aber ich kann nicht nochmal, keine Ahnung, noch eine halbe Stunde diese Techniken so hart machen da wird das wahrscheinlich nach hinten losgehen. Somit lässt man, oder ich auf jeden Fall mal Dinge einfließen, die jetzt vielleicht mal reizmildernd sind oder joah, vielleicht auch zur Überbrückung (okay) Und das sind sicherlich dann oft Dinge, wo klar, nicht erwarte, dass der Patient etwas professionell erhält.

I: Genau. Dann ist aber auch noch vielleicht die interessante Frage, wie kommst du darauf oder wie, welchen Entscheidungsmechanismus oder vielleicht von oben sortiert? Weil wir müssen ja irgendwas machen, es wird ja quasi von uns

erwartet und welche Entscheidung triffst du denn da, weil aus Erfahrung, weil das geholfen hat oder, wie kommst du denn dann zu diesem Entschluss?

B3: Das ist eine gute Frage. Ich glaube, die kann ich nicht ehrlich beantworten.

I: Okay. Weil irgendwie is ja, sind wir ja quasi gebunden, der Arzt verordnet uns, dass wir 30 Minuten, mit dem irgendwas machen müssen und wenn wir jetzt zum Beispiel das Gefühl haben: Naja jetzt eigentlich… 10 Minuten würden ja eigentlich auch reichen und dann ist dem eigentlich geholfen, was dann? So ungefähr auch die Situation?

B3: Ich denke ja. Also, ja.

I: Es ist ja auch eine gewisse Erwartungshaltung, glaube ich, dass (ja klar) da jetzt der Patient sagt, so, ich habe da jetzt bezahlt, gerade in einer Privatklinik vielleicht…

B3: Ja, Ja. Die schauen schon gern mal auf die Uhr. Also ich kann jetzt nicht sagen, auch wenn ich der Meinung bin, das was wir gemacht haben war jetzt echt intensiv genug. Kann ich jetzt nicht sagen, naja los, gehen wir Kaffee trinken. Also da kommen wir da schon vielleicht… Wir machen da Techniken, wie auch immer die rauskommen das heißt aus meiner früheren Ausbildung als Masseur, dass man da einfach Muskulatur, Weichteile behandelt, ja und ich weiß, ok, das tut ihm jetzt gut aber wird ich wahrscheinlich nicht nach vorne bringen.

I: Okay. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, ein professionelles Handeln der Physiotherapeuten sicher? Da ging es darum, Ausbildung, Studium, Fortbildungen, Weiterbildungen… Was denkst du jetzt da zum Beispiel speziell so über Fortbildungsmaßnahmen, ist es was, dass einen Physiotherapeuten spezialisieren könnte oder professionalisieren könnte und in welcher Hinsicht?

B3: Ja. Also da kommt es ganz groß auf die Fortbildung drauf an, also wissen wir beide, der Markt ist voll, da könnte ich jedes Wochenende auf eine Fortbildung gehen und wenn man sich mal ein bisschen intensiver damit beschäftigt, glaube ich, merkt man auch relativ schnell wie dünn manche Sachen vom Backround sind. Ich glaube, das ist nicht hilfreich. Auf der anderen Seite ist es unglaublich schwierig, gerade am Anfang seines Berufslebens, so bisschen zu differenzieren was ist eine gute Fortbildung also, was ist eine fundierte Fortbildung, wo was dahinter steht, wo sich die Leute was dabei gedacht haben, wo man vielleicht wissenschaftlich arbeitet heranzieht um ein gewisses Niveau zu schaffen. Das ist nicht einfach, glaube ich. Aber es gibt sicherlich welche wo ich der Meinung bin, hey das hat sich rentiert, das ist gut. Mich für meinen Teil lese jetzt relativ viel, bilde mich so auf dieser Art auch n bisschen fort, zum anderen Teil gehe ich auch ganz gern auf Symposien, dort wo dann ein Thema ausgelobt wird und dann kommen Profispezialisten, Ärzte, Mediziner, Therapeuten aus aller Welt daher und berichten über ein Thema, so und das finde ich schon einmal… das findet am Ende schon immer einen Konsens. Klar, du kriegst nicht eine Behandlungsstrategie oder was vorgebetet wie jetzt ah, weiß ich nicht, nach McKenzie oder sowas.

I: Also spezielle Fortbildungen wo du…

B3: Genau, wo man ein Schema quasi (du musst das machen… und so weiter) Genau. (räusper) Und, klar, und unsere lieblingsmanuelle Geschichte IAOM. (lach). Klar, die haben auch ihr Schema aber ich fand schon immer noch so, wenn man die vielen anderen Fortbildungen der manuellen Therapie so vergleicht war das schon eine derer die wirklich versuchen schon auch bisschen wissenschaftlich Dinge herauszuarbeiten und sich Dinge zu erklären warum macht man am Ende vielleicht das oder das. Ob das immer richtig oder falsch ist oder richtig ist weiß man so auch nicht immer aber das fande ich jetzt so zum Beispiel ok.

I: Es ist ja auch auf jeden Fall schon einmal Struktur…

B3: Es ist eine Struktur und sie versuchen sich schon, denke ich, an bestimmte Guidelines zu halten.

I: Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapie?

B3: (lautes atmen) Finde es an sich gut aber ob es, ob jeder akademisiert werden muss, in dem Beruf, weiß ich nicht.

I: Okay. Warum?

B3: Naja ich glaube es kommt schon immer individuell darauf an was der Einzelne halt, also wie der auch so gestrickt ist, sage ich mal. So jetzt jemand wie du, klar, du bist jetzt sehr abgetaucht ins wissenschaftliche und andere, glaube ich, haben eher den Bezug direkt zum Patienten. Weiß ich nicht ob die dann unbedingt das Studium brauchen. Ah, fände die Kombination ganz gut. Dann auch eine Kombination in den entsprechenden Arbeitsplätzen, optimaler Weise.

I: Okay. Wie wäre es, wenn man dann zum Beispiel dieses Studium als berufsbegl… nicht als berufsbegleitend aber so ein duales Studium dann ausrufen würde? Wäre das dann für dich kompatibler oder angenehmer dann irgendwie?

B3: Ja gut aber dann hast du es wieder so, dass man es nicht müsste, theoretisch, dann würden es die einen machen und die anderen würden es nicht machen (okay). So, und dann wären wir vielleicht eher dem Konsens, denn ich jetzt so sehe. Ganz klar ein Niveau nach oben zu bringen wäre sicherlich schon über die Akademisierung, keine Frage, aber irgendwann muss man auch tatsächlich auch vielleicht mit dem Patienten was machen.

I: Ja, okay. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für alle Physiotherapeuten in Deutschland umzusetzen?

B3: Ne.

I: Nein? Begründe deine Meinung.

B3: Ich glaube das Niveau ist einfach zu breit gefächert, egal ob jetzt studiert oder akademisiert oder mit Ausbildung. Also ich glaub viele haben das einfach, ich mag jetzt keinen älteren Kollegen da irgendwie blöd kommen aber manche machen das halt einfach so dahin und machen ihren Stiefel. Ich glaube nicht, dass die all die Kompetenzen mitbringen und um entscheiden zu können was braucht er jetzt, wie viel braucht er, darf ich es überhaupt machen. Das finde ich jetzt da schon noch ein bisschen schwierig.

I: Okay. Was, was wäre dann für dich dann wichtig oder wie müsste es dann laufen, dass man dann diesen Direktzugang bekommen könnte?

B3: (…) Auch eine schwierige Frage. Ich denke da müsste man, ja, da müsste man gewisse Rahmenbedingungen schaffen. Okay für wen, dass man es vielleicht auch nicht flächendeckend macht also ähnlich wie jetzt, keine Ahnung eine andere Berufssparte. Wenn man jetzt den Heilpraktiker jetzt hernimmt, dass man vielleicht eine gewisse Prüfung noch dazu schalten muss, dass einer der jetzt das noch nicht, vielleicht neu irgendwann aus dem Studium kommen, die haben das dann schon mit erlernt, vielleicht. Aber die, die es noch nicht haben, dass man dann vielleicht eine Art Fortbildung, die dann irgendwann eine Prüfung beinhaltet, am Ende, vielleicht auf ein Level bringt wo man sagt, okay, die können das jetzt auch entscheiden und auch Verantwortung tragen, dafür.

I: Also Standardisierung der Ausbildungsstrukturen, vielleicht, dass dann jeder, wie du das vorhin auch gesagt hast, jeder das Mindestmaß vollbringt und dann, dann dementsprechend auch noch eine, n Zertifikat oder eine Fortbildung oder was auch immer (ja, klar) bringen muss. Okay. Jetzt wird es nämlich noch ein bisschen komplizierter. (okay) Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Also wenn du jetzt diese, erstmal beide Begrifflichkeiten vielleicht so n bisschen verknüpft oder erstmal differenzieren würdest und dann zusammenbringen müsstest oder wie… Du hast ja vielleicht auch schon mal eine Situation gehabt, vielleicht im Job, wo du gedacht hast: ja okay, was soll ich jetzt machen zum Beispiel und was würde das jetzt für dich bedeuten? Ethik, besonders im Beruf der Physiotherapie? Muss auch kein spezielles Beispiel sein, sondern was du auch einfach verknüpfst mit diesen beiden… Worten.

B3: (…) Ja ich denke, Ethik dahingehend, also es vermischt sich einfach ganz gern mal. Nehmen wir mal ein Beispiel vielleicht einen Kassenpatienten (lach). Der kommt mit 6-mal irgendwie Therapie daher am Ende machst du vielleicht 3-mal was mit dem und dann ging es schon gut. Dann könnte ich jetzt schon so aus meiner Überzeugung sagen: alles klar, dann schicke ich ihn eigentlich weg. Weil, er braucht es ja nicht mehr. Auf der anderen Seite steht dann irgendwo halt das finanzielle Interesse einer Praxis, einer Klinik, die dann sagt: naja, gut, mei, jetzt ist er schon da mache ich halt noch irgendwas.

I: Also es geht so um spezielle Entscheidungen, ge?! Die jetzt nicht nur fachlich vielleicht sind, sondern auch so…

B3: Naja, das schwebt halt ein bisschen mehr mit. Wirtschaftlichkeit in irgendeiner Form also jetzt in dem Beispiel. Und da steht man manchmal schon davor: okay, brauch ich das oder mhh… wenn der da irgendwie mit Fango und Elektrotherapie… sehe ich das als wirklich ergänzend wichtig oder macht man es halt auch weil, klar, man verdient auch damit.

I: Okay, gut. Also das heißt, es geht so um Entscheidungen die so ein bisschen, ja, so einen ethischen Charakter haben, mache ich das jetzt so oder so und was dann vielleicht so mit Diversen, ja, Gegenentscheidungen oder sowas mit zu tun haben wo es jetzt wirklich knifflig wird (ja). Das ist dann das interessante. Okay. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung mal angesprochen?

B3: Ich glaube nein. (ich glaube auch nicht) (lach) (Ich wüsste da auch nicht, dass ich da etwas gelesen hätte). Also ich kann mich nicht erinnern, dass wir das irgendwie… Also klar, berufspolitisch haben wir ein paar Sachen gemacht oder dann eben halt auch Berufsgesetze aber ob es da dann tatsächlich noch weiterging in die ethischen Fragen, keine Ahnung.

I: Okay. Wie, wie findest du da diese Situation, gerade so wie du es gesagt hast, man könnte ja und sollte und das ist ja auch was, was dich auch, vielleicht täglich begegnet und auch viele, viele andere Physiotherapeuten begegnet. Denkst du, dass es wichtig wäre oder, dass man das irgendwie mit irgendwie integrieren sollte?

B3: Ja, im Grunde schon. Auch wenn wir bei dem Beispiel bleiben. Wir wissen alle, wie kompliziert irgendwie so Kassengeschichten sind mit einem Rezept, das von da bis da gültig ist, weil es so und so ausgestellt ist. (…) Bin mir sicher, dass nicht alle Praxen, alle Kliniken, die Rezepte zu 100 Prozent wieder zum Arzt zurückschicken, sondern da steht halt mal ein anderes Datum drauf oder es stehen drei andere Daten drauf, also man wird auch schon durch diese Struktur manchmal ein bisschen dazu getrieben (lach), so ethische Grundregeln so ein bisschen zur Seite zu legen. (okay) Also. Es bleibt ja anonymisiert aber unser Haus zum Beispiel ist da sehr streng (lach), bei uns geht echt kein Rezept das irgendwie ein falsches Datum hat oder selbst wenn es ein Tag alt ist, das geht sofort zurück, das müssen die abstempeln lassen.

I: Gut, das ist natürlich dann auch der Ruf, oder das Prestige was dann irgendwann, wenn das mal rauskommt (ja klar) sollte, (genau) …

B3: Schlussendlich sind da die Kassen ja, die sind da rigoros, die schicken dann Testpatienten und so weiter also, denke da muss man schon aufpassen aber was man eben so hört, auch von anderen Praxen, so da, da wird das schon noch sehr lax gehandhabt, alles.

I: Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt?

B3: Ne. (Nein)

I: Okay. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein? Also einmal für das gesamte Bild der Physiotherapie, wie wichtig da diese Auseinandersetzung ist und für den einzelnen Physiotherapeut, wo du sagst: hey, ob das auch so bisschen das, das professionelle Handeln und die Professionalisierung des einzelnen auch noch mit beeinflusst.

B3: Das ist jetzt schwer zu beantworten da ich mich eigentlich mit dem Thema zu wenig auseinandergesetzt habe (okay) und da kann ich jetzt, da kann ich jetzt glaub ich nix gutes, schlaues dazu sagen.

I: Okay, und deine eigene Meinung vielleicht, ein, zwei Sätze… (…) Nicht zwingend? Wenn du nicht willst, dann…

B3: Nein, ich finde schon, dass man da so seine eigenen Grundsätze irgendwo in gewisser Weise vertreten muss oder können muss und das man am Ende des Tages auch mit sich irgendwie im Reinen ist und ehrlich ist, das finde ich schon wichtig (okay) und klar, hängt das auch irgendwie mit dem Job oder mit der Arbeit, die ich mache, und ob ich sie gut oder schlecht mache oder in gewisser Weise professionell mache, dann schon zusammen.

I: Okay. Also das heißt, gewisse Werte und Normen dann irgendwie…

B3: Klar, die ich für mich oder für… (Für dich selber und dass auch…) das muss dann da auch irgendwo einfließen können. Also ich kann jetzt nicht Dinge den ganzen Tag tun die mir persönlich quasi aufstoßen, so.

I: Okay, gut. Sehr interessant, das ist gut. Hast du dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt, oder irgendwo mal was gelesen oder schon einmal gehört, dass es mehrere gibt oder einen gibt, oder…?

B3: Nein. (nein?!)

I: Okay. Was bedeutet für dich persönlich ein ethisches Dilemma?

B3: (lautes atmen) Mhh… (…)

I: Wir haben es vorhin schon kurz angesprochen gehabt, dass man irgendwie ein, eine Situation gegenüber der Anderen so ein bisschen abwägen muss.

B3: Ja aber ob das schon ein ethisches Dilemma ist… (lach). Kommt sicherlich manchmal auf die Ausprägung drauf an. Klar über andere kleinere, sieht man hinweg, so, da habe ich jetzt noch kein großes Dilemma, manche andere Sachen, oder wenn es einfach zu viel wird meiner eigenen Überzeugung nach dann stehe ich dann schon im Dilemma, ganz klar. Konkrete Beispiele… (…) Schwierig. Momentan gottseidank nicht.

I: Okay. Also da momentan noch kurz einzuhaken (ja) es gibt einmal so diese, wie du es auch schon unterschieden hast, ethische Fragestellungen wo man sich dann denkt: was mache ich jetzt in der Situation. Soll ich jetzt so oder so, wo es auch keine allzu große Bewandtnis hat. Das kommt glaub ich, ja, implizit intuitiv irgendwie relativ häufig dann vor und so ein Dilemma ist dann wo man wirklich, so eine Sache die du dann wirklich mit nach Hause nimmst oder wo du mal Bauchschmerzen hast, wo du dann sagst: woah, okay, da hätte ich jetzt dann doch anders oder auf jeden Fall, was dich auch deutlich mehr beschäftigt also so eine, ich sag jetzt mal eine normale Fragestellung, die man dann auch relativ einfach beantworten könnte und wenn man sie falsch beantwortet, dann passiert jetzt auch nicht so viel allzu Großes. Beim Dilemma ist so ein Abwägen von zwei in etwa gleich wichtigen Werten und egal für was du dich entscheidest, es wird immer ein wichtiger Wert oder eine wichtige Norm verletzt sozusagen also ist dann schon wirklich, wie du es auch so definiert hast, so n bisschen großflächiger.

I: In welchen Situationen, jetzt mal irgendwie so heute oder im Alltag in den letzten Wochen, wo du gesagt hättest: oh, ah, das…

B3: Gott sei Dank, keine. (okay) Wirklich nicht. Ne, ne. (okay) Gab es wirklich keine.

I: Gibt es noch weitere Situationen in denen du dich… okay, das wäre es ja schon gewesen. Gut, die nächste Frage beantwortet sich auch von selbst. Was du eben getan hättest, wenn man in einer solchen Situation ist, wie man dann reagiert.

I: Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze also Werte, Normen, Prinzipien sind für dich persönlich wichtig? Besonders wenn du vielleicht im beruflichen Alltag. Nach denen du dich richtest nach den du handelst, nach denen du sagst, das kann ich guten Gewissens so machen.

B3: Ja gut, dass ich da auch irgendwie ehrlich bin auf der einen Seite, dass man, lies nochmal vor, ich habe den Faden verloren.

I: Prinzipien, Handlungsgrundsätze, Werte und Normen. Einmal für dich persönlich (ja) und dann speziell im Alltag was dir da besonders wichtig ist.

B3: Okay. Ich finde schon, dass man schon eigentlich jeden Tag irgendwie motiviert sein muss um dann nach eigentlich nach seinem Wissen gut handeln zu können. Das finde ich wichtig. Eben, ja, dass man professionell ist. Das ist für mich ein wichtiger Wert und sich vielleicht nicht irgendwelchen persönlichen, wie soll ich sage, persönliche (tach) (Lebensgefährtin kommt heim) (Servus, hi. Wir machen gerade ein Interview, alles gut.) Also genau, dass man vielleicht nicht befangen ist (Neutralität) ja, Neutralität, genau (okay), das finde ich wichtig.

I: Okay. Jetzt wird es noch komplizierter. Wie gesagt, wenn, wenn es nicht ist, dann… (ja, ja). Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du das jetzt so n bisschen mit Ethik so bisschen auseinanderbringen, weil man hört ja oft von Moral und Ethik und oftmals wird es auch gleich benutzt und gleich verwandt. Da schon einmal Unterscheidungsmöglichkeit oder was würdest du dir darunter vorstellen, wie man es unterscheiden könnte?

B3: Das ist eine schwierige Frage, da ich mich wirklich nicht so viel damit auseinandergesetzt habe, kann ich dir glaube ich nichts Gutes dazu sagen.

I: Okay. Also da ist es so, Moral ist quasi so das eigene Handeln nach diesen Werten und Normen und Prinzipien…

B3: Genau, hätte ich jetzt auch so eingeschätzt. Moral ist eher das was ich vertrete, in erster Linie erstmal und die ethische Sache ist dann wieder kombiniert, oder?

I: Joah, so quasi dann die übergeordnete Instanz, die das dann quasi dann begründet warum ich das jetzt oder warum das jetzt gut ist oder warum nicht, ja.

I: Okay. Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Wie schätzt du die Rolle? Wichtig, glaubst du, dass es wichtig ist, dass ein Physiotherapeut auch moralisch richtig handeln sollte und in welchem Ausblick wäre das denn wichtig, dass man das müsste?

B3: Also ich glaube schon, dass das wichtig ist, dass man auch da wieder nach seinen moralischen Grundsätzen irgendwie arbeiten kann und sollte und eben nicht nur nach irgendwelchen Gegebenheiten von außen aufoktroyiert werden.

I: Okay, das heißt autonom… oder eigen verantwortlich arbeiten.

B3: Ja, in gewisser Weise. Komplett geht es nicht, weil klar, man ist eben in dieser Struktur aber klar, dennoch glaube ich muss man sich selbst gegenüber ehrlich sein und so würde ich sagen sollte man auch dem Patienten irgendwie gegenübertreten. (okay) Dass ich das schon vertreten kann oder für mich gut vertreten kann.

I: Glaubst du, dass ein moralisch gebildeter Physiotherapeut professioneller arbeiten könnte und der dann vielleicht eher diesen Direktzugang dann bekommen könnte, weil es geht ja dann wie gesagt auch diese Blankoverordnungen… (ja) Wie viel mache ich jetzt und es ist gut oder nicht noch mehr dann irgendwie rausziehen.

B3: Ja, ich glaube schon. Dass das ein Punkt sein sollte oder könnte um Leute dazu qualifizieren, zu qualifizieren diese Blankoverordnung (nur bis zu einem bestimmten) auszustellen dürfen. Denke schon. Aber ganz klar, habe ich die Möglichkeit, gibt es sicherlich schwarze Schafe, die sagen: jaa, geil, den behandle ich jetzt 30-mal mit den teuersten Anwendungen die wir so haben, super, kann ich ja jetzt selber entscheiden. Auf der anderen Seite wird es sicherlich eine Krankenkasse stehen die dem auch entgegenwirkt also wird das schon n bisschen im Zaum gehalten (unverständlich) Glaube ich, macht es mehr Sinn jemanden entscheiden zu lassen, der vielleicht auch gewisse Grundsätze für die Gemeinheit oder für die Sozialverträglichkeit, quasi hat und für das Sozialwesen hat.

I: Okay. Gut, erkläre mir mal kurz wie wichtig du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten dann auch speziell für die Professionalisierung einschätzt? Vorletzte Frage, weil jetzt wird es ein bisschen… (jetzt wird's voll abgedreht) (lach) Das heißt, ja, (unverständliche Wiederholung der Fragestellung) Ja, also es ergibt sich ja quasi aus den vorherigen Diskussionen ja auch, dass es ja eine gewisse Unabhängigkeit ja dann quasi schafft… und dadurch ja, der Direktzugang dann irgendwann mal zugesprochen werden könnte. Dass man dann auch selber sagt: hey, bis zu diesem Punkt und dann ist der Patient fertig und ohne, dass ich den jetzt weiter (Therapieren sollte) Ja.

I: Was denkst du denn, den Stellenwert oder wie hoch würdest du den Stellenwert dann ansetzen für so ne, für gerade so ein Ethik- und Moralkompetenzunterricht, speziell dann für die Ausbildung und Studium hinsichtlich einmal der Professionalisierung und eben zu dem Zukunftsbild, der Physiotherapie?

B3: Mhh… Also durchaus wichtig und sinnvoll aber da ich so wenig tatsächlich selbst darüber weiß oder zu wenig beschäftig habe, mit diesen ethischen Fragen und moralischen Fragen kann ich schwer einschätzen, wie viel notwendig sein müsste (okay) um daraus dann Entscheidungen generieren zu können, die dann eben nach ethischen und moralischen Richtlinien richtig oder falsch sind, so.

I: Okay. Das war es. Vielen Dank, B3, dass du mitgemacht hast (gern geschehen). Ich wünsche dir noch einen schönen Tag. (Danke ebenfalls)

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	04
Name der Audiodatei	Interview 04
Datum der Aufnahme	22.07.2019
Ort der Aufnahme	Praxisraum der befragten Person
Dauer der Aufnahme	67,02 Minuten
Befragte Person	B4
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	10.10.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: So, jetzt… Dankeschön „B4“, dass du mitgemacht hast, bei der… oder mitmachen wirst, bei dem Interview. Vielen Dank nochmal. Du wurdest darüber informiert über den Inhalt und die Dauer, wird sich wahrscheinlich auf 45 Minuten begrenzen, vielleicht auch kürzer, je nachdem, wie wir durchkommen. Ok, gut. Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen… Und bei diesem Thema geht es mir insbesondere um deine persönliche Sicht, deine Wahrnehmung und deine Meinung zu den folgenden Dingen…: Das heißt, es gibt kein Richtig, kein Falsch, du darfst das sagen, was du möchtest und auch wenn du irgendwas nicht sagen möchtest, dann darfst du das natürlich auch nicht sagen.

B4: Alles klar.

I: Gut. Du bist Physiotherapeutin?! Wie würdest du denn aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was macht für dich Physiotherapie aus?

B4: Okay, also grundsätzlich kommen ja Menschen mit entweder, ja von mir aus Bewegungseinschränkungen oder Funktionseinschränkungen zur Physiotherapie, würde ich mal so grob sagen. Und der Physiotherapeut unterstützt die, in welcher Form auch immer, dabei diese Probleme zu beheben oder zu verbessern (okay), so vielleicht irgendwie.

I: Okay. Also es geht um den Patienten sozusagen (genau), der dann im Zentrum ist und wir als Physiotherapeuten (ja) quasi dann versuchen die Lebensqualität… (Ja.) oder das interagieren auf jeden Fall im Alltag zu verbessern. Okay, gut. Grenzt sich die deutsche Physiotherapie genügend von anderen Berufen ab? Wie ist denn so deine Sicht und was für Kerngebiete sollte die Physiotherapie haben, damit sie sich vielleicht besser oder genügend von anderen Berufen dann auch in diesem Gesundheitssektor abzugrenzen?

B4: Mhh… Also (räusper) einmal ist glaub ich manchmal sind, gibt es parallelen im Krankenhaus oder in einer Klinik mit Pflegepersonal, glaube ich, also könnte ich mir vorstellen, ich selber habe jetzt noch nicht im Klinikum so gearbeitet aber so aus dem Praktikum kenn ich es halt, dass dann teilweise der Physiotherapeut manche Aufgaben mit übernimmt, die vielleicht die Pflege übernehmen könnte oder sollte, und im, in der Praxis jetzt gerade im Trainingsbereich sehe ich manchmal schon auch vielleicht so ein paar Überschneidungen zur Fitnessbranche.

I: Okay. Weil, die, die Kompetenzen da nicht genau (mhh) differenziert wurden oder wie, (also jetzt…) die Anwendungen oder?

B4: Aha, in, also in der Klinik, glaube ich, ist es eher so ein Zeitproblem, in der Klinik ist es glaube ich eher, dass die Pfleger halt von mir aus weniger Zeit haben und dann Aufgaben abgeben an den Therapeuten der in der Zeit vielleicht aber eigentlich was anderes machen sollte, (…) ja, vielleicht auch Aufgaben, die er gar nicht so gelernt hat in der Ausbildung, also, keine Ahnung jetzt, irgendwie, ja, den Patienten irgendwie… keine Ahnung, Windeln wechseln oder sonst was ja, das ist jetzt nicht unbedingt der Kompetenzbereich des Physiotherapeuten wird aber vielleicht dann doch oft durchgeführt. Und (räusper) jetzt so im, im Bereich Training, glaub ich, dass es schon auch Überschneidungen gibt, weil manchmal die ja auch die, die Trainingskompetenz beim Physiotherapeuten nicht zu sehr auf das ja, auf die Funktionseinschränkung oder sowas der Fokus liegt, sondern vielleicht dann auch eher wie jetzt im Fitnessbereich, okay wir trainieren einfach mal, egal wie, (okay) egal was.

I: Also dann mehr schon auch auf Körperstrukturen (Ja) fixiert? Dass wir jetzt das trainieren um den Muskel und das Gelenk (Ja, genau, genau.) zu verbessern aber nicht die Funktion als solches?

B4: Ja, genau, ja!

I: Okay, würdest du das dann so sehen, dass das ein Kerngebiet ist? Der Physiotherapie, oder dass sie sich dadurch besser und klarer abgrenzen könnte, zu anderen Berufsgruppen, oder so wie jetzt mit der Fitnessbranche zum Beispiel?

B4: Ja, ich denke schon. Also ich glaub schon, dass da Bereiche gibt, wo die Physiotherapie durchaus auch mehr Wissen hat, jetzt im Sinne von anatomisches Wissen oder ja, auch Krankheitslehre und solche Geschichten, wo sie sich durchaus abgrenzen könnten, ihnen aber vielleicht die, die Kompetenzen dann im Trainingsbereich auch oft fehlen, dass (okay) man dann sagt, ok ich kann das jetzt nicht verknüpfen jetzt diese zwei Sachen, also trainiere ich einfach irgendwie, was weiß ich, den Oberschenkel, ja genau, Oberschenkelmuskulatur und dann fertig, so.

I: Okay, gut. Die zweite Frage. Welche Praxis- oder Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du primär jetzt deine Behandlungsstrategie aus?

B4: Was genau ist mit Behandlungsmodell gemeint?

I: Ist ja gerade diese Diskussion, dass es, zum Beispiel, dieses rein biomechanische Behandlungsmodell gibt oder dann vielleicht noch unterschiedliche andere. Hast du da schon einmal mehrere gehört oder schon mal irgendwie mitbekommen in Diskussionen?

B4: Aha, Ähm… also Bio-Psycho-Sozial, vielleicht, glaub ich, dass das noch nicht so unbedingt oft umgesetzt wird, in der Praxis sondern schon eher das Biomechanische noch im Vordergrund steht und, ja auch die ja selbst da wo jetzt vielleicht der Fokus ein bisschen mehr im Bio-Psycho-Sozialen liegt, dass dann die sagen wir mal, wir haben einen Patienten, der vielleicht auch, psycho-sozial, behandelt werden müsste, dass dann schwierig ist, wie leite ich den weiter. Oder wie, oder an wen kann ich den denn jetzt weiterschicken oder ist das tatsächlich meine Aufgabe auch als Physiotherapeutin jetzt, psycho-sozial auch (okay) zu behandeln oder zu unterstützen.

I: Glaubst du, dass es auch vielleicht ein, ein Gebiet wäre, für die Physiotherapie, die sich vielleicht aneignen könnte und das dann vielleicht für sich nutzen könnte?

B4: Also man hat es ja so grob angeschnitten, Psychologie auch in der Ausbildung aber meiner Meinung nach, deutlich zu wenig und vor allem auch die, nicht nur rein welche Krankheitsbilder gibt es da oder sonst was, sondern auch die, den, den Transfer halt wieder zum, zur Physiotherapie. Was macht es jetzt oder, oder wie wirkt sich das jetzt auf die körperliche Einschränkung oder was wieder aus?

I: Okay, oder wie kann ich jetzt am besten mit dem Patienten interagieren, dass der (ja), dadurch am effektivsten (genau, wieder aktiv wird oder so) behandelt wird… (ja, ja) Okay. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder Studium erworben haben? Was sind so die Dinge, wo du sagst, <u>das</u> sollte eigentlich jeder haben, das ist… das brennt dir selber so ein bisschen auf der Seele und was du so jetzt auch so ein bisschen in der Arbeitsstelle so mitbekommst oder in diesen Diskussionen in den sozialen Netzwerken, was is dann das so, wo du sagst, das müssen die alle haben?

B4: Meinst du jetzt einen Punkt oder mehrere?

I: Mehrere, wo du jetzt sagst, das ist dir jetzt… (ja)

B4: Also… auf jeden Fall natürlich anatomisches Wissen, das ist auf jeden Fall wichtig. Krankheitslehre auch definitiv, dann zu den einzelnen Behandlungsmethoden finde ich, gibt es durchaus einige, die sinnvoll sind jetzt auch eben wieder strukturell gedacht im Sinne von manueller Therapie auch im Sinne vom Befund von der manuellen Therapie aber ich glaub da ist es zum Beispiel ein bisschen überbewertet in der Ausbildung, ja.

I: Okay, dass die Verteilung (genau) nicht so (ja) ist… okay. (ja)

B4: Also meiner Meinung nach ist es einfach ein bisschen zu viel. Was vielleicht auch noch wichtig ist, ist schon auch so diese pädagogische Komponente, die jetzt auch sehr, sehr wenig in der Ausbildung drin ist, also zumindest bei uns war…

I: Pädagogische Komponente hinsichtlich, als Praxisbeispiel… wie würdest du denn?

B4: Also zum Beispiel jetzt, wenn ich Gruppen anleite, ja?! (Also die Interaktion mit den Patienten?) Genau, ja. Aber auch jetzt, ja, wenn ich zum Beispiel irgendwie ich mein als Physiotherapeut habe ich doch n gewisses Wissen auch, das ich den Patienten vermitteln will und das jetzt auf verschiedenen Methoden machen kann, ja. Also ich könnte jetzt mich einfach hinstellen und ihm was erzählen oder ich mache irgendwelche… male irgend n Bildchen dazu um das dem bisschen besser zu veranschaulichen (Also plastischer?) Genau und solche Methoden wie ich das jetzt, den Patienten näherbringen kann, das Wissen, das ich ihm vermitteln will, finde ich lernt man sehr, sehr wenig. (Okay). Das fände ich definitiv wichtig, dass da noch mehr drin ist. Dann einfach überhaupt so die, ja das, welche, ja, welche, welche Rolle spielt jetzt die Physiotherapie insgesamt im ganzen Gesundheitswesen, ganze Gesundheitswesen an sich und Gesundheitspolitik auch (Okay.). Dass da man auch da bisschen einen Einblick hat, das hatten wir auch relativ wenig.

I: Okay, das heißt, wie sich die Physiotherapie dann selber dort positioniert, und oder, oder wie halt die Interaktion mit anderen (Ja.) Gesundheits… (ja) …dienstleistern und so n (Interdisziplinäre Zusammenarbeit auch) Okay. Und Politik, habt ihr da auch Berufspolitik ein bisschen so in der Ausbildung gehabt oder war das so, wo du sagst, das war zufriedenstellend?

B4: Also wir hatten eigentlich nur, Berufsgesetzeskunde oder wie das hieß. Wo wir quasi über Heilpraktikergesetz und diese Sachen, gelernt haben, was wir dürfen, was wir nicht dürfen. Aber jetzt gerade im Zusammenhang mit, ja, also auch, auch in Prinzip so diese, diese Rezept… Was muss ich machen, wenn ich ein Rezept bekomm. Ja, welche Dinge muss ich prüfen, welche Verantwortung habe ich da vielleicht auch und wie kommuniziere ich das mit dem Arzt oder halt so, dieses Ganze, der ganze Ablauf auch eher so.

I: Okay. Also zwischen diesen ganzen Dienstleistern, dann sich so vernetzen können, und (ja, ja.). Okay. Hattet ihr im Unterricht irgendwie auch wissenschaftliche Methodenkompetenzen oder sowas?

B4: (Kaffeetasse wird abgestellt) Eigentlich gar nicht. Also zum Thema Evidenz, ich glaube das Wort an sich ist bei uns in der Ausbildung so gut wie nie gefallen. Vielleicht habe ich es auch nur nicht gehört, aber ich kann mich zumindest nicht aktiv daran erinnern und uns wurden jetzt auch nie irgendwelche Studien vorgelegt. So hier, Vergleich von der Methode und der Methode oder

sonst was, das hatten wir eigentlich gar nicht. Ja, das war eigentlich eher so dieses da gibt es das und das Konzept, nach dem arbeiten wir und (so wird's gemacht…) und das wurde auch nicht groß hinterfragt. Genau.

I: Okay. Hast du persönlich das Gefühl, dass du durch die Ausbildung genügt auf den physiotherapeutischen Berufsalltag vorbereitet wurdest?

B4: Ähm…

I: Also gerade jetzt so am Anfang, das erste Jahr (Ja, ja…) oder die ersten zwei Jahre (genau.).

B4: Also ich weiß, ich kann mich erinnern, dass ich ganz am Anfang mir dachte, das ist ja total krass mit den Patienten tatsächlich so im eins-zu-eins-Gespräch zu sein und so ja plötzlich verantwortlich zu sein einfach und die Therapie zu gestalten so wie ich mir das vorstelle. Also nicht mehr so im Sinne von es schaut jemand zu den ich zur Not fragen kann oder es ist ja eh bloß mein Mitschüler an dem ich das übe oder sonst was sondern wirklich so dieses da kommt jetzt einfach jemand, der hat wirklich ein Problem und ich bin jetzt dafür verantwortlich und ich muss jetzt das auch steuern und planen wie ich den, den Ablauf der Therapie handhabe und das fand ich am Anfang irgendwie so: Oh krass, ich weiß gar nicht ob ich dem gewachsen bin. Also jetzt so von, vom Wissen her fast schon zu viel eher den Drang dem Patienten alles mögliche um die Ohren zu hauen, was er vielleicht gar nicht wissen will. Aber eher so dieses interagieren mit dem Patienten, fand ich am Anfang wirklich so, oh, ok, das ist ja tatsächlich noch einmal was anderes, als man es in der Ausbildung hat.

I: Okay. Das heißt quasi, so die Interaktion wirklich mit dem Patienten, das war in der Kommunikation, oder, oder wie hast du dich da gefühlt, überfordert gefühlt, oder unstrukturiert, wie…?

B4: Ja, unstrukturiert glaub trifft es ganz gut so. Dass man nicht irgendwie mal dazwischen mal nochmal ein break machen kann und sagen ok, jetzt machen wir das nochmal anders oder fangen wir noch einmal von vorne an oder so, sondern, dass das jetzt wirklich der Ernstfall ist und dass man jetzt sich auch gut verkaufen will als Therapeut und da nicht irgendwie total unprofessionell rüberkommen will. Da hatte ich am Anfang das Gefühl, so ich weiß jetzt gar nicht wo ich anfangen soll und… ja, genau.

I: Okay, und das ging dann… Hattest du das Gefühl, dass das dann über die Erfahrung dann besser geworden ist oder durch Fortbildungen oder?

B4: Vielleicht auch erstmal im Sinne von man wird entspannter am Patienten oder in der Kommunikation, das ist am Anfang einfach so bisschen ungewohnt noch und das gibt sich dann mit der Zeit, wenn man es immer wieder übt. Fortbildungen dazu helfen jetzt glaube ich wenig, weil, es geht eher wieder um die Kommunikation und das ist jetzt nicht das gängige, die gängigste Fortbildung wo es um Kommunikation geht. Weil wie gesagt, so vom, vom Wissen her, glaube ich war man schon relativ gut aufgestellt erstmal und da hätte man jetzt eher den Patienten überfordert.

I: Okay. Oder dann quasi… Vielleicht wäre es ja auch so gewesen, wenn man dann einige Fortbildungen mitgemacht hätte, dass man vielleicht selbstsicherer geworden wäre, (Ja.) im Auftreten? Könntest du dir das vorstellen oder hast du wirklich eher das Problem gehabt mit der, mit der Kommunikation? Was dann einfach durch die Erfahrung dann gekommen ist, im Laufe der Zeit.

B4: Ja also, Ich persönlich fand es eher so mit der Kommunikation und mit der Ruhe am Patienten, mit dem strukturiert denken, ich mach jetzt erstmal, was weiß ich, rede ich mit dem Patienten, wie es ihm geht, und bespreche einfach, was jetzt von mir aus einfach das Problem ist, einfach so diesen, diesen Struktur oder den roten Faden, den ich durch die Therapie ziehe, ja?! Und das fand ich am Anfang noch so, uuh, wo fange ich jetzt an, soll ich zuerst schauen was ihr weh tut oder muss ich als erstes irgendwie mit ihm reden oder muss ich erstmal noch befunden? Oder? Also irgendwie so, ja (okay), und jetzt habe ich einen besseren Ablauf einfach drin.

I: Was dann durch die Erfahrung wahrscheinlich gekommen (Ja.) Aber hattest du auch das Gefühl, dass du, ich sage jetzt mal so, dieses Handwerkszeug, diese Anwendung, dass das gereicht hat, oder hattest du auch das Gefühl, uh, da ist jetzt zu wenig?

B4: Also was schon ein bisschen zu wenig ist, ist dass man nicht so genau weiß, was mach ich denn jetzt eigentlich wirklich, was ihm helfen könnte. Also, welche Methode oder welche, welche Möglichkeit habe ich denn jetzt wirklich bei dem Krankheitsbild, wo ich weiß, das sollte jetzt im Normalfall dem wirklich helfen. Das war eher immer so dieses, ich schau mir erstmal alles an und befunde alles mögliche und hab dann so viele Dinge auf einmal, dass ich mich jetzt nicht richtig fokussieren kann, was mache ich jetzt tatsächlich.

I: Also wieder den roten Faden in diesem Sinne (genau.). Okay, gut. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten? Erkläre mir doch ein bisschen in wie weit du das nutzt und wann du besonders solche Informationen dann nutzt? Und wann (ääh, ja), wann du vielleicht selber so in diese, diese Pflicht oder dich selber in die Pflicht nimmst, zu sagen, hey okay, jetzt muss ich mal schauen, erklär mir doch ein bisschen was.

B4: Also, ja, teilweise nutze ich es, ich versuche mich halt so zu den gängigen, ich sage mal Krankheitsbildern da einzulesen, wenn ich jetzt irgendwelche sehr ausgefallenen Dinge habe, ausgefallene Diagnosen, dann wird's immer n bisschen schwierig, ja, da kommt es auch immer darauf an, was der Patient so möchte, ja, das ist natürlich auch noch immer einmal die Frage. Ja, also ich tausche mich schon mit Leuten aus, die da auch sage ich mal mit wissenschaftlichen ja, Erkenntnissen dann auch befassen und versuch das schon anzuwenden aber auch bloß bis zu einem gewissen Grad. Es, es geht nicht immer.

I: Okay, warum glaubst du das? Weil ihr dann vielleicht in der Ausbildung dann diese Schlüsselkompetenzen und diese Kernkompetenzen so jetzt nicht trainiert habt?

B4: Das einmal, einmal ist das natürlich schwierig, weil ich es so nicht gelernt habe, wie mache ich das überhaupt, wo schaue ich nach, wie muss ich überhaupt nachschauen? Wo kriege ich diese Informationen her, welche Informationen sind gut, welche sind nicht gut, oder richtig, ja, oder welche sind besser zu bewerten, welche sind schlechter zu bewerten, das ist einfach sehr schwierig, weil ich das nicht gelernt habe also musste ich mir selber so gut es geht, aneignen. Aber auch natürlich so die Patienten, die mit einem gewissen, ja, ne Erwartungshaltung kommen und schon vielleicht so ein bisschen im Kopf haben, was sie jetzt bekommen wollen.

Und wenn ich dann natürlich mit dem kompletten Gegenteil sofort komme, ist es vielleicht auch manchmal schwierig und treffen dann zwei Fronten aufeinander.

I: Okay. Glaubst du, dass du dann jetzt durch die Kommunikation, das Arbeitsbündnis vielleicht so herstellen kannst, dass dann auch beide dann irgendwie zufrieden nach der Behandlung sind, dass du jetzt auch selber sagst, ok das was ich jetzt getan habe war das bestmöglichste und der Patient hat sich auch gesagt, ah ok, gut.

B4: Ich glaube es ist nicht immer leicht und es geht auch nicht immer bei jedem gleich gut, manchmal gelingt es einem besser, das kommt immer so auf beide Seiten drauf an was ich für einen Tag hab, wieviel Zeit ich habe auch wie motiviert ich bin bei dem Patienten und kommt natürlich auch drauf an wie der Patient so drauf ist, ob er das versteht was ich ihm sag, ob er motiviert ist, ob er mich auch, ja so als Therapeut wahrnimmt, dass ich da jetzt schon eine Ahnung hab oder ob er dann vielleicht sagt, ich weiß es doch eh selber besser. Also da kommen doch ganz viele Sachen zusammen und manchmal klappt es besser und manchmal klappt es nicht so gut.

I: Okay. Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften bewusst nach Studien recherchiert?

B4: Ja. Ich glaube vor ein paar Tagen erst.

I: Okay, also schon… machst du schon häufig (relativ häufig.). Was war der Grund dafür?

B4: Da ging es eigentlich um den Austausch von einem Kollegen, also die, die Studie habe ich nicht selber rausgesucht, sondern die wurde mir quasi geschickt (Okay.) und die, ja habe ich mir nur jetzt so sagen wir mal grob durchgelesen aber ja, genau…

I: Okay. Versuchst du deine Behandlung, soweit wie es geht, auf nationale oder internationale Versorgungsleitlinien anzupassen? Oder hast du schon mal davon gelesen (Ja.) und versuchst dich dort entlang zu hangeln, oder?

B4: Also bei internationalen Versorgungsleitlinien finde ich es immer bisschen schwieriger weil man natürlich da ja erstmal das ganze übersetzen muss, das ist sehr, sehr viel Arbeit dann kann ich es durch die Übersetzung auch immer schwierig bewerten, wie, ja, wie gut ist jetzt diese Leitlinie, ist das jetzt eine gute Qualität oder nicht so, bei den nationalen Leitlinien, ja, gibt es ein paar, da gibt es irgendwie nicht so viele, und da versuche ich es teilweise schon anzupassen, aber es kommt halt auch wieder auf den Patienten an.

I: Okay, wie zum Beispiel Rückenschmerz, also für diesen unspezifischen Kreuzschmerz, da gibt es ja von der AWMF seit 2017 ja irgendwie eine neue Überarbeitung da glaubst du schon, dass du dich daran so weit es geht…

B4: Soweit es geht. (… halten kannst?!) Soweit es geht versuche ich es… es ist wie gesagt nicht immer ganz einfach, aber, ja.

I: Aber du kennst sie?

B4: Ja.

I: Okay, gut. Jetzt wird es auch nochmal interessant. Was sagt dir denn der Begriff Professionalisierung? Was könntest du dir denn da darunter vorstellen und was… die zweite Frage dann oder ein bisschen weitergeführt, was fällt dir bei dem Begriff im Kontext zur deutschen Physiotherapie ein?

B4: Hmm… Ähhhmmmmm… Professionalisierung allgemein, würde ich jetzt mal sagen, ist einfach ein (…) Ja, also, wir haben, irgendeine Methode oder ein, ein, ein Vorgehen, das wir jetzt versuchen, über zielgerichtete Faktoren oder über, über bestimmte (…) Punkte die wir verändern wollen ja hochwertiger zu machen.

I: Okay, das heißt, das Berufsbild irgendwie sich weiterentwickeln (genau, weiterentwickeln…) zu lassen.

B4: Weiterentwickeln, aber auch an gewissen Zielen oder Idealen natürlich.

I: Okay. Das wäre jetzt die andere Frage auch nochmal kurz gewesen, welche Ideale oder welche Ziele, würdest du denken, dass was für dich so, so unter den Begriff Professionalisierung so bisschen ausmacht, warum diese Ziele, gerade, gerade diese Ziele, die du jetzt (Ja.), für dich denkst, welche wären das denn?

B4: Also ich glaube, dass jetzt was, was professionell ist muss auf jeden Fall von allen Seiten als das angesehen werden. Es kann jetzt nicht irgendeiner sagen ich bin professionell, sondern es muss von, von allen oder von sehr vielen Seiten als was Professionelles angesehen werden. (Okay.). Und muss vielleicht jetzt nicht nur durch persönliche Meinung als professionell angesehen werden, sondern auch in irgendeiner Weise messbar sein. (… 3 Sekunden) Und ja auch, ja, dass man sagen kann, ja ok das lässt sich jetzt so wieder reproduzieren oder sowas.

I: Okay, also dass das auch unter den Physiotherapeuten oder den der Berufsgruppe oder jetzt in der Physiotherapie, dass, dass jeder weiß, was Professionalisierung bedeutet und wie quasi so einen Prozess vielleicht begleitet werden kann und wie er dann auch evaluiert werden kann? (Ja, Ja).

B4: Und auch die, die ständige Weiterentwicklung, so. Also wenn ich jetzt irgend einen Prozess habe, der vielleicht schon zwar ganz gut ist aber wo ich sage, ok da gibt es noch so kleine Stellschrauben wo ich vielleicht nochmal dran arbeiten sollte, dass man da nicht sagt, ja, es läuft doch aber im Großen und Ganzen schon ganz gut, sondern dass man dann wirklich versucht das immer wieder zu überarbeiten und weiterzuentwickeln, ja.

I: Okay. Genau, es ist so das prozesshafte um sich von irgendeinem Standpunkt zu einem qualitativ höheren Standpunkt, sage ich jetzt mal, zu manifestieren. (Ja.). Oder sich auf jeden Fall in diese Entwicklung zu begeben und was würde dir jetzt… oder wenn wir jetzt den Begriff Professionalisierung jetzt noch mit der Physiotherapie verknüpfen müssten, wie würdest du oder was würde dir jetzt spontan einfallen, wenn du, wenn du jetzt dieses Thema, jetzt so hörst. Professionalisierung in der Physiotherapie.

B4: Also erstmal glaube ich, dass wichtig ist, dass nicht jeder irgendwas macht, so habe ich halt oft das Gefühl, dass ja ganz viele verschiedene Methoden und Richtungen und ja, bei einem Krankheitsbild einfach 50 verschiedene Behandlungsmethoden sind. Ja und da wäre es eigentlich, meiner Meinung nach, schon wichtig, dass man sagt, ok, das ist jetzt wirklich das erste was Sinn macht, das was man machen sollte und wenn das nicht funktioniert, kann man vielleicht eine zweite (…) Methode als, als Mittel der Wahl nutzen. Genau also das wäre glaube ich schon wichtig, dass man so eine gewisse Struktur einfach bei einzelnen Krankheitsbildern hat, dass man sagt, das ist jetzt das normale Vorgehen und das wäre jetzt das professionelle Vorgehen und wenn das noch nicht funktioniert oder in dem Moment oder bei dem Patienten nicht funktioniert, dass man dann vielleicht eine zweite Möglichkeit sucht.

I: Okay, das heißt so ein bisschen die Standardisierung von (Ja.), von, von den Möglichkeiten oder von diesen Therapiemöglichkeiten, die, sage ich jetzt mal so, so bisschen als Konsens, als wissenschaftlicher Konsens heraus… herausgebracht worden sind.

B4: Das ist ein wichtiger Punkt, dieser Konsens. Dass man sagt, dass die Therapeuten nicht in tausend verschiedene Richtungen arbeiten, sondern dass es schon eine klarere, gemeinsamere Basis gibt.

I: Okay, gut. Das ist ja auch schon mal das, was du beschrieben hast, das war auch schon mal gut, schon so bisschen auf dieser Mikroebene, das heißt der einzelne Therapeut, in der Interaktion mit dem Patienten und wenn du jetzt zum Beispiel, das da, ein bisschen weiter davon weggehst, so ein bisschen für die gesamte Berufsgruppe, jetzt nicht den einzelnen Therapeuten, sondern die gesamte Berufsgruppe geschlossen oder eben nicht geschlossen (Ja.), wie es halt gerade so ist in Deutschland, wie würdest du denn dann gerade da diesen Prozess (…) erklären oder beschreiben?

B4: Du meinst jetzt so in dem Zusammenspiel (genau)…

I: Also jetzt mal von allen Physiotherapeuten in Deutschland als Berufsgruppe, wo, wo denkst du, wo wir gerade sind und wo sollte vielleicht, wo sollten wir vielleicht hin?

B4: Da glaube ich, dass es schon verschiedene Richtungen einfach noch gibt. Ja, die, die einen, die vielleicht schon zum Beispiel sagen, ich möchte jetzt sehr in einer schulischen Ausbildung bleiben und hier weiterhin sehr strukturbezogen arbeiten und die anderen, die sagen, ok ich möchte das ganze viel wissenschaftlicher aufbauen und in ein Studium gehen. Also ich glaube, dass es teilweise ziemlich auseinanderdriftet von den Meinungen oder von den, ja, Visionen auch der einzelnen Berufsverbände, Therapeuten, wie auch immer. Was die Entwicklung des Berufes betrifft, aber ich glaube, dass es schon auch Punkte gibt, wo sich alle relativ einig sind. Also, gerade jetzt was weiß ich, zum Thema Vergütung oder mehr Zeit am Patienten weniger andere Aufgaben, sondern mehr Fokus auf den Patienten selber, glaub da gibt es schon einige Punkte, wo man sich sehr einig ist.

I: Okay. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die, diese Professionalisierung, der gesamten Berufsgruppe, zu unterstützen? Das heißt, was sollte jetzt in den nächsten Jahren passieren, damit sich die Physiotherapie von diesem Beruf, hier, sich weiterentwickelt zu einem qualitativ hochwertigeren Berufsbild?

B4: Also ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass die Ausbildung überarbeitet gehört, beziehungsweise eben hin zur Akademisierung, weil, sehr viele Inhalte in der Ausbildung, ja, sehr veraltet sind und ich denke, dass jetzt gerade in dem medizinischen Bereich, dass das einfach ganz schlecht ist (lachen) wenn man auf sehr altes Wissen zurückgreift, gerade in der Medizin, wo sich sehr schnell auch was ändert… Oder weiterentwickelt und da glaube ich, ist es ganz wichtig ist, dass die Physiotherapie dabei bleibt, ja, nicht abgehängt wird, sondern einfach dabei bleibt bei diesem Entwicklungsprozess, in der Medizin allgemein oder im Gesundheitswesen allgemein und deshalb ist es auch ganz wichtig, dass die Therapeuten auch immer so auf aktuellen Stand sind und nicht auf das Wissen zurückgreifen, was sie vor 20 Jahren irgendwann in der Ausbildung gelernt haben. Ja…

I: Okay, also da die Akademisierung…?

B4: Ja. Und auch vor allem diese Aktualität einfach, ja, dass ich nicht auf Behandlungsmethoden oder Erkenntnisse von vor 20 Jahren zurückgreifen muss, weil ich es so in der Ausbildung so gelernt hab, sondern, dass ich auch weiß, wie kann ich denn selber neuere Erkenntnisse oder was (mit generieren oder mithelfen?) Genau…

I: Okay. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Wenn du jetzt so mal dieses Bild hast, der professionelle Physiotherapeut, so dein Archetyp, was muss der mitbringen, was muss der können um dieser Top-Therapeut zu sein?

B4: (…) Ähm… also ich glaube, dass Kommunikation tatsächlich ein sehr wichtiger Punkt ist, mit dem Patienten auch überhaupt so die Interakt… Interaktion mit dem Patienten. Dass das sehr wichtig ist, dass der das gut kann, dann eben auch die, das aktuelle Wissen einzubringen und vor allem das aktuelle Wissen dann auch umzusetzen in eine Behandlung. Und, das ist dann aber auch glaub ich gleichzeitig der schwierigste Punkt. Aber, ja. Also das, diese und natürlich auch den Patienten für sich zu gewinnen, dass er diese, diesen Prozess, diese Behandlung auch mitmacht, aus freiwilligen Stücken nicht um ihn zu überreden.

I: Okay, das heißt, dass er auch autonom mitwirkt an diesem gesamten Prozess, der Therapie, sozusagen (ja, genau, ja). Okay und warum gerade diese Merkmale, also du hast es ange… angesprochen was dir besonders wichtig ist, dieses, diese Wissenschaft auch in die Therapie aktiv einzubringen. Warum ist das für dich gerade besonders wichtig?

B4: Mhh… Ja, weil ich halt eben denke, dass die, ja, weil sich einfach viel ändert, schnell entwickelt und man dann nicht auf einem Behandlungsstandpunkt von vorgestern stehen bleiben kann. Und gerade um den Patienten halt auch effektiv helfen zu können, dass man einfach schaut, was ist jetzt momentan die effektivste Methode, die man anbieten kann. Also versuche ich das auch irgendwie in meine Behandlung reinzubringen. Ja.

I: Okay. Also quasi diese Anwendung der Theorie?! Die praktische Anwendung der Wissenschaft (Genau, ja). Okay, wie wichtig schätzt du die derzeitige Rolle der Physiotherapie für die gesamte Gesellschaft? Hast du das Gefühl, dass wir auch wirklich was für die gesamte Gesellschaft was, was tun, was Positives bringen und dienlich sind oder eher das Gegenteil, oder neutral?

B4: Also leider muss ich sagen, finde ich, dass wir momentan da relativ wenig Relevanz haben. Weil ähm… Ja ich immer wieder Patienten sehe wo ich mir denke, ok, die kommen zu uns, könnten aber auch sehr, sehr viel selber machen. Haben eigentlich gar nicht wirklich ein so behandlungsbedürftiges Problem. Insofern, vielleicht viele Patienten die beim Therapeuten sind, obwohl sie

ihn gar nicht brauchen. Und dann wiederum aber auch die Patienten die vielleicht sehr wohl einen Therapeuten brauchen aber dann genauso schnell abgefertigt werden müssen wie alle anderen halt auch weil halt das Geld insgesamt gesehen einfach nicht reicht um da groß mehr zu…

I: Okay, ist quasi auch ein wirtschaftlicher Faktor, der die Therapeuten dazu nötigt, sage ich jetzt mal, dass so n bisschen Dienst nach Vorschrift (ja) zu machen oder wie könntest du das beschreiben?

B4: Ja, also jetzt überhaupt zum Beispiel in dem 20 Minuten-Takt dann muss man ja einhalten, und bei manchen Patienten, wo ich mir nach 5 Minuten schon denke, ey, eigentlich müsstest du gar nicht hier sein und bei anderen Patienten wo man nach 20 Minuten nochmal 20 Minuten bräuchte um wirklich dem weiterhelfen zu können. Und das ist halt einfach dadurch, dass es ja bei allen 20 Minuten sind, kann ich da nicht variieren, ja?! Und deshalb, das ist halt schwierig. Und ich glaube auch, dass jetzt nochmal n Bezug auf die Relevanz von der Physiotherapie, dass es durchaus im medizinischen Gesundheitsbereich Jobs gibt, die deutlich wichtiger sind weil normalerweise geht es jetzt bei uns auch relativ selten um Leben oder Tod sage ich jetzt mal und sind doch sehr viele Erkrankungen die jetzt so Luxuswehwehchen sind.

I: Gut. Was denkst du ist die Rolle jedes einzelnen Physiotherapeuten in diesem Gesamtprozess dieser Professionalisierung. Wieviel Bedeutung hat denn da jeder Einzelne, oder wie wichtig denkst du denn, dass diese Bedeutung wäre?

B4: Mh… Also eigentlich ist die Bedeutung von einem Physiotherapeuten schon wichtig, weil ich ja immer direkt 1-1 mit dem Patienten zu tun habe und damit ja auch eine große Verantwortung habe. Also wenn ich dem jetzt was sag und er dadurch seinem Verlauf, sag ich jetzt mal, deutlich verschlechtert wird dann hab ich ja damit einen Einfluss auf seine weitere Gesundheitsweg sozusagen und das, deshalb denke ich schon, dass wir da in einer großen Verantwortung sind und auch vielleicht schon auch für den einzelnen Patienten viel bewegen können oder viel Einfluss nehmen können auf seinen Krankheitsverlauf. Insgesamt gesehen jetzt wieder auf alle Patienten ist ein einzelner Physiotherapeut, ja, relativ, ja, nicht so entscheidend vielleicht.

I: Also vor allem vor dem Hintergrund das alle irgendwas verschieden machen (ja.) und kein geschlossenes System, sage ich jetzt mal bildet, dass jetzt alle andern gleich hochwertig, sage ich jetzt mal, (ja) behandelt werden würden.

B4: Ja, genau. Also wenn jetzt da geschlossener oder gleichmäßiger oder, ja, einheitlicher behandelt werden würde, dann würde das vielleicht auch insgesamt zu einem Umdenken der Bevölkerung führen oder ja, (klicken), diverse Mythen, sage ich vielleicht mal auch n bisschen ausgeschafft, genau aber So ist es jetzt halt dann gibt es den einen Therapeuten der sagt das, der andere sagt wieder was anderes. (Okay.)

I: Gut. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens, sei es Befund, Behandlung und Evaluation oder was auch immer, am Patienten auch begründen könntest. Warum du genau das jetzt so machst und nicht anders.

B4: Ne, glaube ich nicht. (Okay.). Und zwar auch deshalb, weil man vielleicht manchmal bei so einem Achtstundentag wirklich Termine drin hat, wo man mal n bisschen, ja, abschalten muss vielleicht und mal Behandlungen macht, wo man vielleicht nicht im Nachhinein sagt, okay das war jetzt eigentlich nicht so sinnvoll. Weil es einfach nicht möglich ist, 8 Stunden 100% sozusagen zu geben und das dann auch zu, zu rechtfertigen oder erklären zu können.

I: Oder quasi dann für dich selber zu begründen, ich habe das jetzt aus diesem Grund oder jenen Grund gemacht?

B4: Genau. Also ich glaube manchmal ist es eher so ein, ja ich muss jetzt mal ein bisschen abschalten also mache ich mit dem jetzt Übung XY ob das jetzt die perfekte Übung ist… ja.

I: Okay, das heißt einmal der Zeitfaktor (ja), wo du sagst das wenn ihr 20-Minutenrythmus habt, 8 Stunden am Tag, das ist dann schon ein ganz schöner Akkord. (Ja.). Was könntest du denn noch beschreiben was dann noch ein Grund wäre, dass das jetzt nicht so läuft wie du es dir jetzt wünschen würdest? Wo du sagst, ich würde jetzt gern das so machen aber ich kann es nicht, oder wie auch immer.

B4: Einmal vielleicht auch die Erwartung vom Patienten, dass er was anderes erwartet, dass ich, jetzt vielleicht was anderes machen wollen würde mit dem aber er eine andere Erwartungshaltung hat und ich da ja schon auch drauf eingehen muss. Und insofern nicht gleich Vollgas meine Richtung durchboxen kann. Und dann natürlich auch nochmal andere Therapeuten, Ärzte, was auch immer, die ja auch einen Einfluss haben auf den Patienten, die vielleicht auch wieder was ganz anderes sagen und die damit vielleicht auch den Patienten wieder in eine Richtung schieben, in den, die ich aber nicht haben will. Ja, und da ist es manchmal so… auch n bisschen schwierig. Ja.

I: Okay. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Fortbildungen, Ausbildung, Studium? Was würdest du jetzt dazu sagen, und warum?

B4: Ähm… Also… Fortbildungen, Jain. Ich denke schon, dass es Fortbildungen gibt, die sinnvoll sind aber viel sinnvoller wäre es erstmal gute Inhalte in der Ausbildung oder in einem Studium zu haben, weil man dann vielleicht diese Fortbildungen zwar machen könnte um sich zu spezialisieren aber ich denk der Grundstock oder die Grundkompetenzen und professionell muss man eigentlich nach einer Ausbildung oder nach einem Studium schon sein können. Ja.

I: Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapie, und warum bist du denn dieser Meinung?

B4: Also Grundsätzlich denke ich ist eine Akademisierung auf jeden Fall sehr notwendig, einfach um den Ansprüchen, die man mittlerweile hat, an die Therapeuten und die, ja, auch die ja es gibt immer mehr Patienten, kompliziertere Patienten, es ist einfach von der Versorgung her vielleicht schwieriger geworden und deshalb denke ich, dass es schon auch wichtig ist, eben auch professioneller zu arbeiten und da denke ich, dass die Akademisierung schon ein Schlüssel ist. Und ich denke auch, dass es sinnvoll wäre, jetzt nicht zu sagen: Ok, wir machen paar Therapeuten auf akademischen Weg, dass wir die ausbilden, sondern schon in einem größeren Umfang um einfach mal eine gewisse Anzahl auch an akademisch ausgebildeten Therapeuten zu haben und nicht bei den, keine Ahnung, 2% oder was wir jetzt momentan haben (ja). Vollakademisierung finde ich insofern gut, weil es damit n ganz anderes Licht auf den Beruf des Physiotherapeuten werfen würde, auch von der, vom, vom Ansehen her, vielleicht auch von der Bezahlung her und vom, von der Wertschätzung von, von den Patienten vom Allgemein vom, vom Gesundheitswesen von den anderen Professionen und ja, ich glaube, dass es trotzdem vielleicht schon auch noch wichtig ist, die Leute, die jetzt bisher Physiotherapeuten

geworden sind, ohne Abitur, dass man die irgendwie versucht trotzdem in diesen Prozess mit einzubringen, also, dass man die nicht irgendwie sagt: Ja ok, ihr könnt jetzt nicht mehr das machen, das es einfach diesen Job, gibt es jetzt nicht mehr für euch die Frage ist halt, ob man dann eben das vielleicht ein wenig splittet oder sagt, es gibt einmal ausgebildete, was weiß ich, Therapiehelfer oder Masseure, oder was auch immer und eben aber zum Großteil schon die akademisch ausgebildeten.

I: Okay, aber es soll ja dann auch mit diesem Bestandsschutz (genau), da gibt es so eine Übergangsregelung…

B4: Einmal die, dass die jetzt noch nicht, quasi akademisch ausgebildet sind oder bisher in einer schulischen Ausbildung waren, dass man die denen auch die Möglichkeit gibt, weiter zu arbeiten aber auch die Frage ist natürlich, was macht man mit denen, die jetzt kein Abitur haben und trotzdem in diesen Bereich wollen. Also vielleicht gibt es da irgendwelche Bereiche, die man, oder Berufe die man dann entwickeln kann oder die die dann erlernen können, oder ja.

I: Okay. Das wird, das wird dann wahrscheinlich auch irgendwann dementsprechend so aus… (ja) tariert werden, ok. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für den Physiotherapeuten umzusetzen?

B4: Nein. (Okay?!). Momentan (Begründe doch mal)… sehe ich es schwierig, weil ich glaube, dass da die Kompetenzen noch deutlich fehlen. Viele Voraussetzung noch nicht erfüllt sind. Also einmal, gesetzlich, weiß ich nicht, inwiefern das schon, schon klar ist oder inwiefern auch sich jeder dafür schon, ja, gewappnet fühlt sozusagen aber auch fachlich absolut bin ich mir nicht sicher, ob da die Therapeuten sich schon imstande dazu fühlen beziehungsweise imstande dazu sind, wirklich so zu handeln, dass es professionell ist und man den Erstkontakt tatsächlich so herstellen sollte. Ja.

I: Okay. (räusper) Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten?

B4: Also ich denke, es ist einmal geht's um (…) die Aufgabe, dass man als Therapeutin oder als Therapeut, versucht den Ansprüchen, die der Patient stellt einmal, zwar gerecht zu werden, aber gleichzeitig auch aus bestem Wissen zu handeln und ohne jetzt irgendwie, ja, also des zusammenzubringen einfach, ja , dieses Ansprüche der, des Patienten einmal mitberücksichtigen aber auch mein Wissen einzubringen und darauf eine gemeinsame Basis zu kommen und mit dem Gesamtkonzept, also den, den Gesundheitssystem an sich, den, den finanziellen Mitteln, die zur Verfügung stehen auch sorgsam umzugehen und nicht irgendwo rauszuschmeißen meine Therapie so zu gestalten, dass ich auch zu einem Ergebnis komme in meinem Verlauf, in einer entsprechenden Zeit nicht ewig dafür brauch, ja so.

I: Okay, das heißt dementsprechend eine gewisse Verantwortung und Sorgfaltspflicht sozusagen einmal dem System gegenüber und dem Patienten (genau, ja, genau.

I: Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung angesprochen?

B4: Nicht, dass ich mich erinnern könnte (Okay.). Ne, also… Ich glaube, das hatten wir gar nicht.

I: Auch nicht irgendwie als Unterfach oder irgendwann mal angeschnitten oder angesprochen?

B4: Also Sozialwesen hatten wir an sich schon als Fach aber ich glaube da war Ethik, nicht das Thema, da hatten wir eher Kommunikation und solche Geschichten.

I: Okay, gut. Also jetzt nicht explizit irgendwie paar Stunden darüber mal gesprochen (ne, ne). Okay. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt?

B4: Ne. Eigentlich auch nicht wirklich (Okay?!).

I: Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung?

B4: Mhh… Ähm, also sehe ich schon auch als sehr wichtig, weil man natürlich eben mit diesen Ressourcen, die zur Verfügung stehen, sei es jetzt vom Patienten oder vom System oder Allgemein vom Therapeuten selber, also dass man da verantwortungsbewusst umgeht damit aber ich denke auch, dass zur Professionalisierung eben vor allem auch die Weiterentwicklung auch im fachlichen auch wichtig ist und… ja, genau.

I: Okay. Hast du dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt, oder schon einmal gelesen oder schon irgendwas mal davon gehört?

B4: Mhhh… Ne, eigentlich nicht. (Ausbildung, auch nicht? Auch nicht besprochen). (Kopf schütteln).

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma? Einfach mal in deinen Worten (Ja.).

B4: Ich glaube das gibt es tatsächlich häufiger, dass wir uns in sowas befinden, vor allem vielleicht jetzt in Bezug auf (pff) ja, Luxus oder, oder, Geld oder sowas und dann Umwelt oder sowas. Oder Gesundheit, ja?! Also ich möchte vielleicht einerseits gerne in den Urlaub, nach Thailand fliegen und gleichzeitig weiß ich aber, ok, wenn ich diese Flugreise mach, belaste ich die Umwelt. Das ist jetzt so ein ethisches Dilemma, weil einerseits möchte ich was erleben die schöne Zeit genießen aber weiß halt, ich mach auch was Schlechtes damit. (Okay, ja) Oder ja, gesundheitlich jetzt zum Beispiel wieder gesehen, einerseits möchte ich vielleicht irgendwie Abends schön zum Essen gehen, Vorspeise, Hauptgang, Nachspeise und weiß aber gleichzeitig ok, dafür sollte ich jetzt vielleicht lieber mehr Sport machen um das überhaupt so machen zu können, genau.

I: Okay, genau. Also im Grunde genommen sind das einfach zwei sich konkurrierende (aha) Werte oder Normen (Ja), bei denen du dich, egal wie du dich entscheiden wirst, es immer zu einem Nachteil (Ja) vielleicht kommen wird oder irgendwas, was dann mit einem negativen Sinn irgendwie mit behaftet ist und das ist dann quasi so n, so n Dilemma also das, was einem selber so n bisschen Bauchschmerzen verursacht bei dem man sich entscheiden müsste, zwischen zwei unterschiedlichen Dingen und egal wie es ausgeht, immer irgendwo so ein Restgeschmack, so ein Rest… (ja)…Bauchschmerz übrig bleibt. (Ja) Das ist dann so ein Dilemma.

I: Sehr gut, jetzt gehen wir nämlich schon mal so richtig in die Berufsspezifik der Physiotherapie. In welchen Situationen, als Physiotherapeutin, hast du dich schon einmal in einem ethischen Dilemma befunden? Oder, genau, erstmal so, wo hast du dich dann mal gesehen, wo du gesagt hast, oah…

B4: Ja, also manchmal kriegt man ja Verordnungen wo bestimmte Dinge verordnet werden, was weiß ich jetzt (…) Krankengymnastik und Fango und ich weiß jetzt zum Beispiel ok, das Fango kostet jetzt paar Euro weniger aber gar nicht mal so viel weniger als die Krankengymnastik, aber eigentlich braucht es der Patient gar nicht aber dadurch, dass es ja Geld bringt für die Praxis, macht man es halt, so ungefähr. Also das sind jetzt so Punkte wo das schon häufig ist oder zum Beispiel auch mit einem Folgerezept. Patient sagt: Soll ich mir noch ein Rezept holen? Es geht ja zwar schon besser aber ist noch nicht ganz gut und ich könnte jetzt wieder zum Patienten sagen: Ne, sie brauchen sich jetzt kein Rezept holen, das schaffen sie alleine, ich zeige ihnen noch zwei, drei Übungen und dann schauen sie, dass sie selber aktiv bleiben oder wie auch immer, oder ich kann dem Patienten sagen: Ja, kommen sie nochmal, ich betreue sie auch nochmal ganz schön und mach mit ihnen noch ganz tolle Sachen, weil ich vielleicht weiß, okay, ja das gibt nochmal n bisschen Geld.

I: Gab es da noch andere Situationen?

B4: Mhh…

I: Jetzt einfach mal so bisschen mit dem Patienten, wie du es jetzt so gesagt hast, mit dieser Wirtschaftlichkeit. Wie ist es denn mit Kollegen oder mit Ärzten oder vielleicht übergeordnet, jetzt nicht direkt am Patienten, sondern vielleicht in der Organisation oder sowas.

B4: Ja, also manchmal natürlich auch mit Ärzten, dass die irgendwelche… Ja, weiß ich nicht, Aussagen treffen… und der Patient mir die zum Beispiel wiedergibt und ich vielleicht anderer Meinung bin aber da jetzt nicht irgendwie den Patienten in so einen Konflikt bringen will.

I: Okay, das heißt wenn es um, um eine Fachlichkeit geht? (Genau, zum Beispiel.) Er sagt es jetzt so…

B4: Diagnose, oder ja, was auch immer… Also der Arzt sagt das und das, ich sage vielleicht was komplett Gegenteiliges und muss aber jetzt schauen, wie kriege ich das irgendwie so zusammen, dass der Patient jetzt nicht komplett zwei unterschiedliche Meinungen hört und ich jetzt vielleicht nicht über den Arzt irgendwie schlecht rede oder der Arzt dann über mich schlecht redet. Ja, so vielleicht.

I: Wie is mit Kollegen, da irgendwie schon mal ne Situation gehabt?

B4: Ja, auch bei Behandlungen zum Beispiel. Wenn man über Patienten, über Patienten spricht, was machst du da für Behandlungen und ich eine ganz andere Ansichtsweise hab als der Kollege und dann ich ihm vielleicht Meine ganz gern mitteilen möchte und er mir seine mitteilen möchte, ist es manchmal auch schwierig dann da auch natürlich zusammenzukommen und sich da, ja irgendwie so zu einigen, ohne dass es zu einem Konflikt kommt.

I: Und das einer dann das Gesicht verliert (ja, genau, auch das, ja).

I: Okay, Wie… wie sind so deine, deine Gefühle, wenn du dann in so einer Situation zum Beispiel bist, wie fühlst du dich dann persönlich?

B4: Mhh… (…) Also, ja is manchmal mal schon schwierig, weil man ja doch meistens schon überzeugt ist von seiner Ansicht und denkt, dass man selber alles am besten weiß und (…) in dem Moment ist das natürlich dann, geht man vielleicht, ja, versucht man entweder dem Konflikt n bisschen aus dem Weg zu gehen und gibt dann so halbwegs klein bei oder diskutiert es nicht aus, aber ich glaub das wichtige ist dann, dass man sich dann einfach hinterfragt und sagt: Ok, der Andere hat ja auch einen Grund warum er jetzt der Meinung ist und vielleicht sollte ich mir da nochmal Gedanken dazu machen und der andere hat ja auch einen Grund warum er meine Meinung jetzt auch nicht als die Richtige sieht, warum denn des, also so, des wie, wie schafft man es dann auch so zusammenzubringen und das ist, glaube ich, immer das wichtige dabei, und das ist aber auch das schwierigste.

I: Okay. Was hast du da getan, um dann vielleicht so ein Dilemma dann aufzulösen? Wo du sagst, ok, jetzt habe ich diese Situation, was mache ich jetzt? Was hast du denn gedacht, zu tun?

B4: Also bei uns ist das so, dass ich ja auch immer mal wieder kleine Fortbildungen halten kann und oder bei Teambesprechungen, wo man dann zum Beispiel sagt: ok, heute nehmen wir mal das Patientenbeispiel und besprechen das mal allgemein, wie ist denn das allgemeine Konsens, oder wie, wie sehen das die Anderen, dass man da vielleicht auch noch andere dazu mit befragt, oder mit, ja, einfach nach deren Ansicht auch fragt und dadurch vielleicht auf einen Konsens kommt, dass man dann über die größere Beteiligung oder Diskussion und einer großen Gruppe vielleicht dann zu einem Ergebnis kommt wo man sich einigen kann.

I: Okay. Das heißt auch über Kommunikation?! (Ja). Und wenn ihr dann diskutiert dann redet ihr quasi über diese Fakten (aha) das heißt ihr schaut was ist jetzt passiert genau, oder wie, wie hat das jeder so gemeint oder…

B4: Ja und ich glaube das ist schon auch wichtig, dass man jetzt nicht das jeder so sagt ich bin aber der Meinung das so und so sondern, dass man schon auch wirklich sagt: ok, was ist denn, was gibt es denn für, für einen Hintergrund, warum bist du der Meinung. Gibt es da irgendwie Belege dafür oder woher hast du dieses Wissen oder diese Meinung? Und, dass man da nochmal, ja auch schaut, was, was ist denn wirklich ja, was gibt es für Fakten, die dafür sprechen und, ja, überlappen die sich mit den Meinungen der einzelnen oder geht das komplett auseinander. Also dass man das versucht auch n bisschen zusammenzubringen.

I: Okay. Das heißt, Informationen zusammenzutragen. Okay.

I: Welche Prinzipien und Werte und Normen, sozusagen, und Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich, im beruflichen Alltag, besonders wichtig? Also welche, jetzt auch wieder n bisschen mehr auf diese Ethik bezogen, welche Werte sind dir wichtig, dass die dann entweder in der gesamten Praxis oder du persönlich dir übermittelst? Für dich selber, für die Kollegen und für die Patienten.

B4: Also ich glaub, dass eben das Thema Verantwortung ein ganz großer Punkt ist (Teller klirrt), dass man darüber im Klaren ist, welche Verantwortung man trägt in dem System. Gerade auch im Punkt Kommunikation mit dem Patienten. Und, (Teller klirrt) (…) vielleicht auch (… 5 Sekunden) ja, so dieser, dieser Austausch oder die Kommunikation unter den Therapeuten ist glaube ich auch ein ganz wichtiger Punkt oder auch unter den einzelnen Berufsgruppen wieder, also dieses interdisziplinäre ist glaub ich auch sehr wichtig, was auch oft zu kurz kommt. Und das Einbeziehen vom Patienten… und dass alles aber in dem Hintergrund dem, ja wissen was quasi, ja als, als erwiesen gilt oder als Fakt ist, dass ich das hinter diesem Hintergrund einfach mit einzubeziehen.

I: Okay. Wie gesagt, hier geht es um deine persönliche Meinung und es gibt kein Richtig (ja, ja) und kein Falsch. Das ist schon einmal wichtig. War bis jetzt alles gut. Was bedeutet für dich der Begriff … Moral und wie würdest du ihn jetzt zum Beispiel hinsichtlich zum Begriff der Ethik abgrenzen? (Aha.) Was wäre für dich jetzt so, das was du jetzt im Kopf hättest: Das ist Moral und das ist eher Ethik.

B4: (…) Ja, ist auf jeden Fall schwierig, also ganz, ganz grob gesagt, glaube ich, dass vielleicht das eine eher so mit dem was ist mein, was ist mein Gewissen, was, was, was ist meine Einstellung zu dem Thema und das andere, was ist so gesellschaftlich (okay.).

I: Also Ethik ist eher so das Größere (würde ich so sagen, aber…) und die Moral ist so, das ist auch völlig in Ordnung, aber, wie würdest du Moral jetzt nochmal… auf den Punkt gebracht?

B4: Also so, dass wenn ich sag, dass Widerspricht jetzt meinen moralischen Vorstellungen, dann wäre es einfach ok, ich kann das jetzt nicht für mich, mit meinem Gewissen vereinbaren, ich bin da jetzt in einem Konflikt. Ja, vielleicht ist das gesellschaftlich anerkannt oder sowas aber ich persönlich kann das jetzt nicht so…

I: Okay, und Ethik ist so, dass quasi (mehr) Übergeordnete (ja). Okay.

I: Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Glaubst du, dass ein moralisch gebildeter Physiotherapeut professioneller arbeiten könnte als einer der (…) weniger solche speziellen moralischen, reflektierten Vorstellungen hat?

B4: Ja, glaube ich schon. Also gerade so dieses so drüber nachdenken nochmal reflektieren oder nochmal in sich gehen, ist glaube ich schon sehr wichtig auch eben in Bezug dessen wir mit den Menschen arbeiten und nicht mit irgendwelchen Maschinen oder sonst was und dass man einfach auch sich darüber im Klaren sein muss, dass man jede Aussage, die man trifft, dass die wiederum bei dem Patienten irgendwas auslöst, ja. Und da glaube ich ist es schon ganz wichtig, dass man einfach auch eben das eben nochmal (…) reflektiert und auch mit sich selber im Reinen sein kann mit dem was man sagt, ja. (Okay). So irgendwie. (Gut).

I: Alles gut. Dann, erkläre mir, wie wichtig du die Rolle der moralischen Fähigkeit, des einzelnen Therapeuten, für den Gesamtprozess der Professionalisierung siehst?

B4: Mhhh… Ja, also in Bezug jetzt zum Beispiel wieder auf die, den Umgang mit Geldern oder auf die Wirtschaftlichkeit, denke ich, ist es auch wichtig, dass man da ja verantwortungsvoll einfach damit umgeht und da glaube ich spielt schon auch diese moralische Komponente eine große Rolle. Ja. (Okay.).

I: Welchen Stellenwert hätte für dich die Integration eines Ethik- und Moralkompetenzunterricht in die Ausbildung oder Studium? Glaubst du, dass das sinnvoll wäre um so einen Prozess dann irgendwie für die Professionalisierung nochmal weiter in Gang zu setzen und warum glaubst du, dass es wichtig wäre, dass es, oder ob das vielleicht unter Umständen, diesen Prozess in Gang treten würde und warum das so wichtig wäre?

B4: Also, glaube ich schon, dass das gut wäre… einfach mal um drüber nachzudenken, das wär schon mal das erste, dass man sich einfach mal mit dem Thema befasst, dass es eine Rolle spielt, in unserem täglichen, in unserer täglichen Arbeit und (…) auch eben wieder um dieses, ja, reflektieren können und auch wieder um dieses (…) sich darüber im Klaren zu sein, was für eine Verantwortung man trägt. Also deshalb glaube ich wäre es schon gut, wenn das wirklich in der Ausbildung gleich stattfinden würde und, oder in, in einer akademischen Ausbildung, um einfach da ein anderes Bewusstsein dafür zu schaffen.

I: Sozusagen, so… (Fingerspitzengefühl, auch) ok. Gut, dann haben wir es geschafft B4, ich danke dir recht herzlich (gerne) und, vielen Dank.

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	05
Name der Audiodatei	Interview 05
Datum der Aufnahme	11.08.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	81,37 Minuten
Befragte Person	B5
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	11.11.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: So. Ja gut „B5“, vielen Dank dass du dich bereit erklärt hast bei der Untersuchung hier mitzumachen bei dieser Studie. Es geht… also ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung, Meinung zu folgenden Dingen das heißt, es gibt kein richtig oder kein falsch, sondern das wie du es dir auch gerade vorstellst, das einfach dementsprechend so raushauen. Fangen wir schon mal mit der Frage Nummer eins an. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B5: Boah… puuuhh, dass, wie ich es am liebsten hätte?

I: Ja ja, genau sag es so, wie du es dir denkst.

B5: Ja, in knappste Worte gefasst, echten Patienten wieder die Funktion wiederbringen, die sie haben möchten, brauchen. Ja, da könnte man jetzt mehrere Worte einsetzen, also das eigene Ziele, Fremdziele natürlich was soll man auch Wirtschaftlichkeit Sozialsystem angeht solche Sachen natürlich mit dabei, und aus meiner Sicht halt vor allen dieses, dieses ist aber das was was sowieso in der EBM ja immer mehr Zeit geht wirklich zu sagen Hilfe zur Selbsthilfe na und all diese Coping Strategien, wenn's mal blöd ist oder sowas halt trotzdem irgendwie hinzukriegen und deswegen nehme ich dieses Wort echte Patienten halt auch immer gerne so raus, weil…

I: Wie meinst du das, was, was meinst du mit echten Patienten?

B5: Ja dieses (…) dieses wo halt auch wirklich dieser Leidensdruck wirklich da ist, wo Funktionsverluste da sind und, die halt überhaupt nicht mehr wieder klarkommen ob es jetzt durch Unfall ist oder ob es halt auch mal ein chronischer, unspezifische untere Rücken Schmerz ist das bei vollkommen egal. Nur dieses, darin suhlen in ihrer eigenen Krankheit und eigentlich von der Krankheit den, den Mehrgewinn mehr zu genießen als die Krankheit ihnen nimmt. Dann sind das für mich keine echten Patienten. Ja, also wer konsequent halt immer wieder zur Massage kommen möchte, weil er es tut ihm halt so gut der hat keine echten Probleme, ja, also

I: Das sind halt so Lifestyle Lifestyle Probleme dann oder…

B5: Ja genau also wer wirklich Einschränkung hat er hat nicht das Ziel einfach mal zu ner Massage zu kommen, ja.

I: Da wäre ihm auch mal wirklich geholfen wird in seiner Problematik.

B5: Ja genau, also wirklich ein echtes Ziel auch mit definieren können. Wer wirklich sagt, ich muss diesen Schmerz loswerden, weil ich das und das und das brauche und nicht einfach nur: „Ich will schmerzfrei sein…“ haha…

I: Okay, also zusammen erarbeiten einer, einer Strategie die auch wirklich dem Patienten quasi dienlich ist, das heißt, du hast ja auch schon so gemeint Coping-Strategien zum Beispiel. Das heißt das geht ja über diese reine Anwendung von Techniker geht es dann auch hinaus wie was ist denn da für dich ich habe jetzt die nächste Frage. Was ist jetzt zum Beispiel diese Kerngebiete für dich sind die auch noch mal wichtig sind. Du hast ja gesagt, Coping-Strategien, das geht ja so bissl in die Psychologie auch mit rein, wie weit kann denn da der Physiotherapeut dieses Kerngebiet, Psychologie, auch noch mit nutzen und, ist es sinnvoll, dass wir es dann auch mit nutzen oder soll das jemand anderes mit, mit dazunehmen?

B5: Da finde ich halt, diesen, da braucht es uns an der Seite. Ich sag jetzt mal bei, bei, wo die Chronizität schon zum psychischen Problem schon geführt hat. Muss ja der Psychologe mit dazu, ja klar. Aber dann braucht es uns um den Übertrag in diese Aktivität in die Funktion des Alltags zu bringen, na, deswegen also da wäre wahrscheinlich sogar eine, langfristige Planung wo man sagt die Psychotherapie und Physiotherapie sind so ein Paket, wo Psychotherapeuten und Physiotherapeuten gleichermaßen zusammenarbeiten in einem, einem ja interdisziplinären Team vor allem für chronische Schmerzpatienten (okay), ja und vor allem für für diese ganzen, ich sag mal, klar kannst du auch chronischen Knieschmerz haben über 20 Jahre weil du halt extrem Unfall hattest ,dann kannst du auf dem biologischen Trigger drinne haben, ja aber das ist ne ganz andere Geschichte und die Leute kommen

meist besser damit klar als diejenigen die biologisch nie n Problem hatten. Und dieser ganze nicht spezifische untere Rücken Schmerz, die haben ja kein echtes biologisches Problem das ist ja dieses bio-psycho-soziale Modell.

I: Also nichts biologisches, oder nichts strukturelles, was man irgendwie ausfindig machen könnte.

B5: Selbst, wenn mal ne mikroskopische Strukturverletzung irgendwann da war, die ist abgeheilt, ja, also wir reden ja nicht von massivsten Verletzungen wie nach nem Polytrauma oder irgendwas und, und da gehört es vor allem bei solchen Patienten, wo sich das so eingeschlichen hat und Fibromyalgie… Ich sag mal da ist es. Das sind für mich Menschen die sind Jahre lang dahin gezüchtet worden, immer weniger zu tun sich immer weniger zu belasten weil es halt weh tut und dann braucht es uns als, als, ich sage jetzt mal als mechanische Belastungskomponente oder das wieder anschulen von Bewegung und Belastung braucht es uns an der Seite der Psychotherapie auf jeden Fall für solche für solche Menschen. Und da wären für mich , im, im, ich sag jetzt mal was so die klassischen Rehazentren sind Fibromyalgie-Patienten sowas hinkommen muss halt diese Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten, Psychologen und Physios wirklich ein ganz enges Team seine, ja, also wo vielleicht sogar beide gleichzeitig im Raum sind in der Gruppe in der Kleingruppe oder so ist der Psychotherapeut und der Physio gleichzeitig da sind und so interagieren können mit dem Patienten, ja, wäre vielleicht sogar Ansatz kommt dann immer auf den Schweregrad an.

I: Genau. So wollte ich das auch gerade sagen, in der Akutphase wenn, wenn der Patient ja sich vielleicht noch nicht in diese Chronifizierung hineinarbeiten konnte wo vielleicht der Psychologe noch nichts, mh, wirklich sinnvoll ist sondern so vielleicht am Anfang, wo man dann gleich auch, mh, schon die richtigen Tipps und, und, und Vorschläge geben kann die ja auch so bissl in die Psychologie gehen damit dieser Patient dann eben von diesem akuten nicht ins chronische dann quasi über…

B5: Ja und das ist ja ist ja, ich sag jetzt mal mal, nicht dass man da jetzt sagt der Physiotherapeut ist ein halber Psychotherapeut es geht ja gar nicht mal um echte Psychotherapie sondern, dieses Ängste nehmen Bewegungsängste gar nicht entstehen lassen solche Sachen ist ja gar nicht das Problem dass das jeder Mensch überhaupt braucht sondern dass er vorher vergiftet wurde, sage ich immer, durch völlig falsche Information durch falsche Vorstellungsbilder seines Körpers ja, ob's jetzt ärztlich ist ob es andere Therapeuten waren, Manualtherapeuten, Osteopathen, ja, wenn der Atlas schief sitzt und was weiß ich nicht was, da liegt ja eigentlich das Problem das ist ja, ob es jetzt ein untere Rückenschmerz ist oder in Ancle-Sprain oder was auch immer, die meisten Leute die kommen ja gar nicht. Die kommen weder zum Arzt noch zum Therapeuten noch sonst wohin, weil das wird von ganz allein wieder gut. Ja, das ist ja gerade der Punkt, die meisten, das ist ja dieser Verzerrungsfaktor weshalb es den MT-lern oder sonst was, den Ancle Sprain mal behandeln, ja behandeln, dann ist es ein Tag früher mal kurz schmerzfrei das wär sowieso nach drei Wochen weg ja, und deswegen diese Verzerrungsfaktor ist halt so groß aber diejenigen die schon vergiftet wurde den musst du dieses Gift diese ganzen Nocebos wieder entziehen und das hat ja mit Psychotherapie nix zu tun sondern einfach nur zu sagen, pass auf so und so ist es, du brauchst gar keine Angst haben lass uns doch mal anfangen zu bewegen, trau dich so weit wie ist der Körper zulässt es schlau genug das selber zu entscheiden und dann läuft das über den Schmerz doch einfach easy, ja und, ich sag mal, was ich meinen Patienten sag ist, der Schmerz ist dein Freund. Er ist der beste Freund den wir haben, nä?!

I: Ja, eigentlich ein physiologischer Warnhinweis.

B5: Ja.

I: Gut und glaubst du, dass sich die Physio, die deutsche Physiotherapie bislang auch genügen von anderen Berufsgruppen abgrenzt. Sei es denn Ergotherapie oder Osteopathie oder Homöopathie oder was halt alles noch so bist du in diesen Gesundheitssektor noch mit dabei ist. Mit der Definition, die wir jetzt zum Beispiel hatten, glaubst du das oder? Erstmal mit der Definition, die wir hatten ob das dann genügend dann abgeklärt ist, und wie es jetzt gerade im Moment ist ob sich die Physiotherapie jetzt gerade in diesem Moment, wie es gerade ist, genügend von anderen Gruppen irgendwie abgrenzt oder ob das so Überschneidungen gibt und ob es dann schwierig wird welche Kompetenzen sind jetzt eigentlich für wen primär dann verantwortlich.

B5: Also nach dem aktuellen Stand jetzt so wie sich, ich sag mal 90 Prozent der Physiotherapie zeigt, in Deutschland grenzen wir uns von allem was sonstige Scharlatanerie ist nicht wirklich stark ab. Ob jetzt Osteopathie, Atlas, CST, keine Ahnung was auch immer, grenzen wir uns nicht wirklich stark ab, weil wir genau denselben, ich habe Erfahrung-gemacht-dönekens-humbug machen wie alle andern auch…

I: Weil zu wenig Wissenschaft, zu wenig Wissenschaft dahintersteckt, oder?

B5: Ja einfach zu wenig zu wenig Beweis, ich kann den Menschen damit wirklich schneller voran bringen als wenn ich ihn in Ruhe lasse. (okay) Ja, oder als wenn ich was anderes mache, ja und, wir haben genug Beweise dafür international gesehen aber in Deutschland kommt der Kram halt nicht an und wird halt so nicht, nicht angewendet, nä, und wer sich da mehr abgrenzt, sind die Ergotherapeuten, da erlebe ich dass das in den letzten 5-10 Jahren extrem, dass die sich jetzt in den letzten Jahren sehr stark immer mehr in die wissenschaftliche Richtung entwickeln, die Ergos, da gibt's, ich sag mal Prozentual, sind die weiter, so sage ich es mal. Na, wo wir halt so auf 10 Prozent, 15 Prozent haben die halt vernünftig messbar arbeiten, haben die Ergos jetzt in den letzten Jahren so stark aufgeholt, dass die locker auf 30 40 Prozent sind, nä, wo die mit Spiegeltherapie angefangen haben haben wir Physio ist noch nichts davon gehört und, haben das schon bei Schmerzpatienten als, als Education und, und, und Therapie eingesetzt und hatten super erfolge damit. Musiktherapie ist in der Ergotherapie viel für die Parkis dabei , ja also da machen es die Ergos schon deutlich besser als wir, das muss ich sagen, nach meinem Wunschbild sage ich mal, werden wir eigentlich wirklich echt medizinisch ausgebildete Fitnesstrainer so so muss ich es wirklich sagen also ich kenne genug Fitnesstrainer die sind mittlerweile in Pain Education so gut, die könnten jeden Physio, so Wald und Wiesenphysio ersetzen. Ja und besser als das , ja da, da schicke ich Patienten hin wo ich sag, pass auf ich habe zwei Wochen Urlaub, du gehst sowieso in dem Studio gehst sowieso da trainieren ich habe die schon Stück weit aufgeklärt wenn du noch mal was hast melde dich bei dem, der kann das gut, der ist super in dem Studio und dann läuft das. Und genau so sehe ich eigentlich die Physiotherapie, das wäre meine aktuelle Definition, meine Lieblingsdefinition wäre halt, das, was wir vorhin schon sagten, nä, dieses begleiten, das macht ja ein Fitnesstrainer eigentlich, na und da, ich sag mal, da darf man natürlich auch ernährungstechnische Sachen mit einfließen lassen ist ja die Frage mal wie weit. Also für eine komplette Ernährungsumstellung ist n Physio nicht dafür da. Für eine psychotherapeutische Behandlung ist der Physiotherapeut nicht da aber schon immer ne kleine Schubladen aufzumachen und zu sagen, pass auf wir nehmen schon mal so, guck mal bitte nach deinem Eiweißanteil, wenn jetzt halt ne Bandheilung da ist, oder was auch immer. Das gehört für mich mit rein und das gehört für mich in die Grundausbildung, ja… (das heißt?!) Ich bin Lehrer, Trainingslehre sowas muss sein.

I: Das heißt, es ist vielleicht gar nicht notwendig, dass der Physiotherapeut sich komplett klar abgrenzen muss sondern vielleicht seine, seine Grenzen vielleicht so ein bisschen liquide halten kann, wo er dann sagen kann, er möchte sich vielleicht noch dorthin bissl orientieren oder dorthin. Okay. Ganz interessant, wie du es vorhin gesagt hast, dass es quasi mit der Wissenschaft das heißt, glaubst du das wir uns besser definieren könnten wenn wir quasi eine Beweispflicht hätten, das heißt, wenn wir sagen könnten, hey, das was ich mache, da steht es und deswegen mache ich das dann auch das heißt, wir uns dann quasi über die Wissenschaft auch so ein Stück weit mehr definieren könnten.

B5: Ja, mehr Rückgrat zu haben dadurch den, also wirklich den Rückhalt, dass du die breite Masse hinter dir stehen hast, die halt auch wirklich dich, unterstützt dabei und das nicht weil sie hat halt gute Erfahrung gemacht sondern halt wirklich es ist, weil es schwarz auf weiß messbar ist, wo ich, genau das brauche wir, und man sieht es in, in Dänemark am GLAD-Programm zum Beispiel, ja, man sieht es in Norwegen dass die Orthopäden wegrationalisiert wurden und nur noch Physiodoktoren dort existieren, ja, in Schweden sind jetzt gerade dran und wollen das genauso haben wie die Norweger. Wir Physiotherapeuten könnten so viel, vor allem Musculoskeletal Bereich, Neurobereich könnten wir so viel finanziell Vorteile bringen für dieses Gesundheitssystem ja, ob man dafür die Orthopäden wegrationalisieren oder nicht ist vollkommen Wurscht auch den Orthopäden kannst du noch dazwischen haben wenn der genauso arbeitet wie das, was… (wenn jeder weiß was er zu tun hat) Und das ist ja das Problem in der, in Deutschland ist ja selbst der, selbst due Ärzte sind ja 15 Jahre hinter der eigentlichen medizinischen Entwicklung hinterher, also da sind ja nicht wir Physios doof, ja, das ist ja bei den Ärzten genauso, na, und sich sage mal, die, die da auch am weitesten vorne sind, oder immer weit vorne waren, sind die Psychologen. Ja, die haben, ich sag mal Freund war Wissenschaftler, ja, und Pawlow war Wissenschaftler und er hat immer alles messbar gemacht und immer alles beweisbar und ich hatte die Frau von meinem Cousin ist Psychologin und Psychotherapeutin, hat beides studierte, beide Abschlüsse, und die gab mir den wertvollen Tipp, wenn du jemals sagst, wenn du eine Arbeit machst und schreibst da drunter bewiesen ist, schmeißt (unverständlich), sondern nach aktuellen Stand der Wissenschaft… Weitere Untersuchung können Veränderungen zeigen. Ja, immer dieses, nie absolut zu machen, na, aber trotzdem auch klar sein Standpunkt dementsprechend mit Messprotokollen klar zu stellen. Da sind die Psychotherapeuten und soweit voraus ja und das ist ja, für mich die einzige obwohl er auch, auch wieder Scharlatane dazwischen hängen, garantiert, aber für mich die einzige Diszipli in der gesamten Medizinwelt, die sich über Beweise definiert. Und da wäre ich gerne (lach) Ja, also ich wäre gerne Physio, so in der Intensität wie so n, wie so n Psychologe Psychotherapeut ist ja, schöne Welt, schöne Träume.

I: Okay. Welche Praxis oder Behandlungsmodell kennst du insgesamt und nach welchem Behandlungsmodell richtest du deine Therapie am Patienten aus?

B5: Was meinst du mit Modell?

I: Mhh, da gibt es doch dieses klassische biomechanisch oder biomedizinischen Behandlungsmodell…

B5: Ja also für mich Bio-Psycho-Sozial, ganz klar oder Biopsychosozioökonomisch oder wie man es auch nennen will, (ja, ja, da gibt es nämlich auch so eins) Genau gehört ja zum sozial noch mit dazu, ich sag mal die Blue Flags, na wie wir das so schön kennen ist ja auch nochmal eine fette Sparte. Ja Krankheitsmehrgewinn, ja, durch Berentung und so Sachen gehört ja da mit rein und da kenn ich genug Fälle, die ab dem Tag ihrer Vollberentung oder Bescheid da war, der Schmerz weg war und die haben sich das trotzdem nicht eingebildet ich hätte drauf die haben nicht darauf gedrängt Rente zu kriegen sondern der Druck der Arbeit war so groß das sie es aber brauchten. Na und, die Freundin von Arbeitskollegen die Mutter von Arbeitskollegen zum Beispiel, hatte jetzt endlich eine Nierentransplantation gekriegt, war jetzt dementsprechend wieder geheilt offiziell laut Krankenkasse und sie sollte wieder arbeiten gehen. Und die hat den ersten Tag wieder gearbeitet und ging vor Schmerzen vor die Hunde. Weil einfach die ganze Welt es war alles so viel los. So, die hat jetzt ihren Rentenbescheid bekommen letzte Woche, Schmerzen weg.

I: Also in Schweden ist es auch so, dass diese ganzen Whiplash-Injuries, da kriegen die halt dann halt dann, das wird alles relativ schnell abgewickelt, die kriegen dann nach dem Unfall hier 3000 €, das steht dir zu, fertig. Und so lange das dann in Deutschland sich dann ewig und ewig und ewig hinzieht und Gerichtskosten und so weiter Anwalt und dann kommt es dann erst recht diese Chronifizierung. Und die sitzen dann bei uns und werden dann mit Fango-Massage bearbeitet und dann sieht sich das und dann bekommen die vielleicht auch noch eine Halskrause und dann zieht sich das immer noch länger hin. Okay. Das heißt, das Bio-Psycho-Soziale Modell ist für dich, oder das Bio psycho sozioökonomische Modell, ist für dich das klassische Modell weil du dann… warum nutzt du das denn genau warum ist es für dich jetzt noch so, so wichtig weil du hast davon auch gesagt, der Physio sollte sich ja auch so ein bisschen über die Psychologie ja ein Stück weit definieren und zeichnet sich natürlich aus, weil wir sind ja nicht mit, wir arbeiten ja nicht mit Maschinen sondern mit Menschen. Menschen sollte man ja immer (Siri beginnt zu reagieren) Okay. Wir haben es ja mit kompletten Menschen zu tun und da ist es halt schwierig dann das eine das andere Modell zu nehmen, sondern wie du's auch gesagt, dass psychisch und Anwendungstechnisch. Okay. Gut. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung genügend auf den Berufsalltag vorbereitet worden bist?

B5: Nein, nicht im Ansatz. (lach) (Warum, wie war das so für dich?) Rückblickend muss ich sagen hatte ich die beschissenste Ausbildung, die es überhaupt gab. Also wenn überhaupt sind 10 Prozent übriggeblieben. Noch mit dem schärfsten aller Dinge, dass ich fast mein, mein Examen nicht geschafft hätte wegen meiner Hydroprüfung, ja. (lach) Wegen Hydro, ja. Ich hätte sonst alles super toll bestanden, nä, aber bei Hydro wollte die mir glatt eine fünf reinknallen, nä, und weil ich den Patienten die Hose nicht hab ausziehen lassen. (Okay). Wir hatten, ich muss jetzt auch dazu sagen, wir hatten so ein Stück Schlauch, an beiden Seiten abgeschnitten und damit haben wir in einem trockenen Raum mitten in so einem KG Raum haben wir dann Hydro-Prüfung gemacht. (Okay) Und dann wollte sie mir aufgrund dessen, dass ich dem die Hose nicht ausziehen lassen, Strichführung, all der Scheiß was perfekt eigentlich nach Hydro perfekt jetzt Hydro mal ganz außen vorgelassen und sowas, und sowas entsteht dann, nä und ich hatte im KG hatte ich gefühlt 10 Stunden vernünftige KG und der Rest war Schlingentisch. (okay) Ja?! Es war grauenvoll, es war, das einzige war Anatomie, Physiologie und die spezielle Krankheitslehre-Fächer, das ist auch alles…

I: Hattest du auch das Gefühl, dass die Anwendung dir gefehlt hat weil Transfer von den Lehrern schwierig war oder weil die Lehrer, die Persönlichkeiten der Lehrschaft so schwierig war, weil so wie du's ja sagst hat es ja eigentlich nicht wirklich mit dem zu tun was du ja falsch gemacht hättest, warum du schlechte Note bekommen hast, sondern, das klingt auch schon so bisschen danach das er das ist ja irgendwie auch persönliche Fehde vielleicht gewesen ist, das die Lehrer irgendwie… war das doch so das Gefühl hattest das du die Lehrer auch ganz komisch…

B5: Ja, also mit der Lehrerin auf jeden Fall aber ansonsten war's halt fachlich, inhaltlich einfach zu dem Zeitpunkt habe ich das alles geglaubt, ja, ich war das, ich war doof, ja, ich war als ich meinen Abschluss hatte nicht einmal 20, ja, ich war ja mit noch 19 fertig ich hab mit 16 sogar schon angefangen gehabt und, ich war doof und für mich war achsengerechte Krankengymnastik mit

Spannungsübungen und sowas das war für mich die Welt und dann habe ich noch Lymphe hinterhergemacht und MT hinterhergemacht und dann war ich der Gott, so. Und rückblickend betrachtet wenn ich das jetzt so aus den letzten zwei Jahren, wie ich mich jetzt so entwickelt habe und daraus arbeite, ja, war es für den Eimer aber ich sag mal meine Ausbildung ist jetzt 13 Jahre her, die Schule existiert mittlerweile nicht mal mehr, aber ich sehe halt auch heute noch Schüler die bei mir im KGG-Kurs zum Beispiel sitzen, die, die recht frisch von der Schule kommen, die immer noch behaupten der Muskelkater kommt vom übersäuern, ja so als wenn das inhaltlich so schlecht ist und es liegt halt vor allem am Lehrpersonal, aber ich mach's dem Lehrpersonal selbst nicht mal als Vorwurf sondern einfach eine beschissene Bezahlung der Personals. (Okay) Naja, wie, wie kann ich denn erwarten, dass ich, wenn ich um die 20, lass es 25Euro die Stunde sein, Anwesenheitsstunde, die ich kriege. Ich muss zu Hause mindestens noch mal dieselbe Zeit investieren für Vor und Nacharbeit, mindest wenn nicht sogar mehr wie will ich dann 25 €, jetzt rechnest durch zwei oder sogar durch zweieinhalb, dann bist du bei zehn Euro die Stunde. (Steuern) Dafür mache ich doch keine Lehrtätigkeit ja und, da fängt es ja an. Es muss einfach vernünftig vergütet werden, dann sind das nicht nur Hobbylehrkräfte, sondern welche, die sich jeden Tag damit beschäftigen, den neuesten Stand immer reinzubringen, ja, und ja, dann kommt da auch was Sinnvolles bei rum und deswegen gehört diese ganze Ausbildung völlig über den Haufen geworfen und anders strukturiert.

I: Kommen wir nachher gleich dazu. Was hat dir in der Ausbildung gefehlt, wo sagst du, was ist da so, so was sagst du sagst boah, das wäre eigentlich so wichtig oder was jetzt in die Ausbildung oder was jetzt sein sollte, wo man sagt, hey das müsste man eigentlich machen damit die Physiotherapie oder dass der Physiotherapeut dann auch wirklich was kann, was wäre dir denn wichtig?

B5: Eins oder darf ich sie alle nennen? (Du darfst alle nennen) Also was auf jeden Fall rein muss is halt wirklich das Biopsychosoziale Modell, das muss auf jeden Fall rein. Ja, also vernünftige ich sag mal Schmerzwissenschaft (ja) Schmerzphysiologie also die muss da halt vernünftig rein. Ich hab noch obwohl ist ja der Autor oder der Erfinder selbst schon wiederlegt hat, ich hab ja die geht Control Theorie auch noch gelernt (nach Malzack und Wall) ja, obwohl die beiden ja schon vor 15 oder fast 20 Jahren gesagt haben, war eigentlich Dönekens, die haben ja eigentlich noch vor Moseley ihre eigene Theorie, über aufgeworfen haben aber ich hab's trotzdem noch so gelernt. Weil einfach die Lehrkraft keine Zeit hatte, sich vernünftig anzu…, Ja?! Okay, also Schmerz, Wissenschaften, oder Schmerzforschung beziehungsweise halt die Schmerzphysiologie vernünftig, also eigentlich alles mal auf den aktuellen Stand bringen, alles rausschmeißen was da nicht reingehört Hydro Elektro was… (also eigentlich alles was was wissenschaftlich ist.) Genau. (Okay) Alles was Massage kann man noch mit rein machen, weil es ja im Psychosozialen Kontext immer mal das anfassen und meine vernünftige entspannende Massage, habe ich überhaupt nichts gegen, ja. Aber es ist halt, dann musst du das im richtigen… Im First Line Treatment hat das nichts zu suchen, ja, also muss ich richtigen Kontext… Kann man auch mal 10 Stunden 20 Stunden wie mache ich eine vernünftige Massage am Nacken und am Rücken und dann ist gut. Wie fühlt die sich angenehm an und wie nicht. Dann gehört auf jeden rein, ICF, ja oder ein bisschen in die Richtung NLP in Anführungsstrichen die NLP selbst jetzt nur so als willst du… (Also zur Kommunikation, kommunikative Fähigkeiten dann dadurch halt? Okay) Genau das meinte ich eher also gar nicht mal so diese Programmierung, sondern was ich zum Beispiel super finde ist diese Beschreibung des gesunden Ziels, des gesunden Ziels, ja, diese Zielfindung im NLP finde ich so perfekt, ja, mit diesem wohlwollend formuliert Zielen und sowas. Das finde ich da perfekt und da gehört Kommunikation da mit rein, motivational Interviewing gehört für mich da auf jeden Fall mit rein ja, eine vernünftige Trainingslehre, die habe ich halt auch vermisst. Ja eine richtige Bindegewebsphysiologie in der Form also Heilungsphysiologie und dafür halt alles mögliche andere Geschiss rausschmeißt oder hast du so viel Zeit frei und dann halt wie gesagt umstrukturieren aber wie du sagtest, kommen wir später dazu.

I: Nutzt du neuste oder neue wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B5: Ja so neu sind die ja nicht mehr aber die Reviews dazu halt, nä, also wenn jetzt noch mal Neuroreviews hast 2018, 2019 Reviews, dadurch, mein Vorteil ist dadurch, dass ich das ich für die Fortbildungen halt sowieso immer wieder aufarbeite. Habe ich es sowieso aufgearbeitet und habe es im Praxisalltag schon mit drin. (Okay, du setzt dich dann aber auch schon hin und setzt dich dann auch Recherchearbeit mit Studien auseinander und liest dann auch, Okay) Genau. Ja.

I: Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?

B5: Vor einer Stunde.

I: Vor einer Stunde?! Okay. Was war der Grund? Für deine Fortbildung oder speziell irgendwie Patienten gehabt, wo du gedacht hast, so, ey, okay, könnte ich mal nachschauen, oder persönliches, eigenes Interesse?

B5: War ja Freundeskreis. Sagen wir es so, (okay) wir haben, deswegen kenn ich auch mit Anna zum Beispiel und noch paar anderen hat man halt eine WhatsApp Gruppe und wir fixen uns da halt auch selber so ständig an, nä, haut mal einer schnell rein wenn er keine Zeit hat selber zu suchen, haut einer noch schnell rein, habt irgendwas griffbereit zu dem und dem Thema, na und der der gerade Zeit hat geht auf die Suche oder ich hab halt auch eine riesengroße Evernote Datenbank mir mittlerweile angelegt, wo ich schon allesmögliche schon abgelegt habe, an Studien. Wo ich schnell beim Evernot suchen kann, da brauche ich nicht immer bei PubMed und komplettes Programm laufen, sondern, ich habe halt schon vorselektiert und hab mir das schön strukturiert als Datenbank hinterlegt. Und, und das (unverständlich) für die Gruppe sozusagen.

I: Das heißt über Social Media ist es schon so, dass ihr euch dann organisiert habt und euch dann gegenseitig euch immer was zuschustern könnt. Okay. (ja) Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung von Patienten?

B5: Jain. (okay, ja, erzähl mal, erklär mir deinen Standpunkt) Ja, nationale, so gut wie gar nicht, weil sie alle 15 Jahre hinter der eigentlichen Entwicklung hinterher sin. Gibt ganz seltene wie jetzt die aktuelle ist S2K zum Beispiel zu sensomotorischen Geschichten, die hab ich mir halt komplett gegeben und hat mir halt auch die ganzen Quellen einmal noch frei durchgelesen wo ich halt, wo ich schon sag, okay, die kann man wie kann man fast so übertragen, nä, was das so therapeutisch angeht, ansonsten die nationale einfach stand 1980 und (veraltet?) genau aber absolut, ja selbst wenn die von 2018 ist, hat die den Stand von circa 95, das ist für die Katz, nä.

I: Das heißt, du orientiert sich eher, eher an den, an den Studien nachdem du dann explizit recherchiert hast oder ist es auch mal so dass du sagst, ah, okay, das hast du es im Hinterkopf mit dieser Leitlinie zum Beispiel jetzt unspezifische Kreuzschmerzen oder sowas, das was man weiß FirstLineTreatment und Elektrotherapie if needed oder Massage oder solche Sachen. Dann bist du schon so, dass du da auch mal drüber gelesen hast und durch, durchgeflogen hast?

B5: Also meistens nutze ich dann internationale, na, also NICE oder sonstige internationale Guidelines, und aber auch die stelle ich dann kritisch in Frage und, und nehme die Guideline komplett wie sie ist, gucke mir die Quellen an und schaue dann noch mal zu jeder Quelle gibt es eine aktuellere Version dazu. (okay) Also was gibt's denn, ich sage jetzt mal, Kreuzband zum Beispiel, ja und da steht, selbst in den NICE Guidelines immer noch drinne, ne Schiene und vier Wochen Stützen. Ja, obwohl halt, ich sag mal die wissenschaftliche Datenlage dazu da ist, rein theoretisch, spar dir die Kreuzband OP, ist doch besser. Na wenn du schon machen lässt dann lass die Schiene weg und die Stutzen weg und belaste sofort schmerzadaptiert und dementsprechend pass ich selbst diese Guidelines für mich… (speziell selber für die Patienten natürlich dann schon immer individuell) Klar, auf den Patienten zentrierte ist es am besten, also wenn er sich halt voll dröhnt mit Schmerzmitteln dann muss er halt seine Schiene und die Stützen nehmen. Ja weil er kann ich wissen wann die Schmerzgrenze wäre. Ja.

I: Okay. Nächster große Block. Das war jetzt so n bissl Berufssoziologie. Was sagt dir der Begriff, Professionalisierung? Wenn du jetzt einfach nur den Begriff denkst… Professionalisierung, was denkst du denn, was das bedeuten könnte oder was bedeutet es für dich?

B5: Ja, eigentlich, jetzt sind wir wieder bei dem von relativ am Anfang, sich messbar zu machen. (okay) Also für mich ist es, professionell, professionelles Auftreten ist für mich halt, beweisen zu können, dass man helfen kann und ich, hab immer so den Leitspruch die höchste Form der Kompetenz ist, wenn man weiß wo seine eigene Kompetenz endet und das auch frei kommuniziert. Gehört für mich auch so mit dazu, dass man wirklich sagen kann ich kann dir bis zu dem Punkt helfen, sei es denn die Psychologie sei es, ich sag mal doch eine Verletzung die, n Chirurg behandeln müsste oder sowas, für mich ist es professionell, wenn ich halt mehr kann als das was an, von mir verlangt wird sag ich mal das es für mich professionalisieren wäre halt sich zu perfektionieren (ja, ja) das wäre so für mich dieser Punkt oder wir haben ja schon so dieses Thema mit dem abgrenzen oder nicht abgrenzen und für mich ist es halt professionell so n paar Antennen zu haben in verschiedenste Richtungen wo man so klein aus Zweig noch machen kann aber dann halt trotzdem klipp und klar sagen kann, hier ist Schluss. Bis dahin komme ich, mir fällt jetzt auf du hast eigentlich durch Verlust von deiner Frau n total psychisches Problem und das musst du behandeln und bevor du von der Brücke springst, gehst du bitte zum Psychologen. Der Rückenschmerz ist das kleinere Übel grad, da ist was ganz anderes im Busch, na und, und genau diese Grenze halt auch wirklich klar, klar darstellen zu können und für mich wäre eine Professionalisierung der Physiotherapie halt mit dem Erstkontakt den du mit dem Patienten hast das zu machen als wär vorher niemand da gewesen, ja, und alle Flags abklappern zu können und dass, und diese Prof, Professionalisierung oder ja die Profession, ich habe das früher immer gerne gesagt, für manche Menschen ist das Job und für andere ist es n Beruf weil der Beruf von Berufung kommt, nä, also weil man da für gemacht ist, diesen Beruf auszuüben, nä. Und er halt den ganzen Tag am Menschen nur rumknetet man nichts Besseres einfällt der hat halt, der macht da n Job, also er ist halt Handwerker und haut halt einfach nur Nägel in die Wand, weil das ist sein Job. Ja, aber nicht der Polier, den darüber nachdenkt, wie krieg ich die Nägel am besten in die Wand. Naja, und das ist halt so das Ding.

I: Okay, das heißt, Professionalisierung einmal als, du hast es ja auch schon gesagt, selber also als individueller Therapeut, zu wissen was man tun soll und wo man dann noch weiß okay, das ist jetzt hier das Ende ich kann dir nicht weiterhelfen, und so ein bisschen, wie du auch gesagt hast, dass Berufung das heißt, so n, so ne Art Habitus oder so eine Art Ethos wo man, wo man sich denkt, das ist jetzt, dafür brenne ich das mache ich mit Leidenschaft und auch gerne und auch dafür setze ich mich auch mal am Sonntag 5 Stunden einfach mal hin und mach das dann und mach nicht 9 to 5 oder von um acht bis um bis um vier mein Job sondern, okay, genau also da ist es nämlich einmal so das die Professionalisierung einmal als individueller Prozess des Therapeuten gesehen wird und eben einfach auch noch mal als kompletter, kompletter, als kompletter Berufsstand, das heißt, das komplette Berufsstand das man sich irgendwie als Kollektiv, dann auch noch versucht sich weiterzuentwickeln aber das, wie du es auch gesagt hast, ist ein sehr interessanter Standpunkt und was fällt dir jetzt in dem Kontext zur Physiotherapie, wo stehen wir gerade wo, wo glaubst du, wo wir als Kollektiv? Sind wir schon in der Professionalisierung drinnen unter oder kommt die erst noch und, und warum glaubst du das denn?

B5: ich denke schon dass wir drin sind in der Professionalisierung, aber erst sehr kurz, sag ich mal, vor allem weil halt die jungen wilden immer mehr aufstreben, sage ich mal, wir müssen aber aufpassen dass wir da nicht die neuen Gurus schaffen das finde ich, da, wir lösen uns peu à peu und in ganz kleinen Schritten, von diesen Gurus, paar sterben weg (unverständlich) aber ja davon müssen uns lösen wir müssen aber aufpassen dass man nicht die nächsten Gurus züchten und, ich bewundere, ich bewundere Menschen wie Meakins oder Bloom oder, Jerald Hall, ja, die, die, ich find die schon krass was die da treiben aber auch bei denen, vor allem bei Meakins sag ich mal, haha, muss ich sagen, muss man aufpassen, dass er nicht die Ikone wird, der man wieder hinterherrennen wird weil dann kann er irgendwann genauso Scheiße labern wie die die aktuell noch die Gurus waren, und dann, dementsprechend denke ich schon wir sind in den Weg dahin zu professionalisieren einfach mal auch die Medien es möglich machen, ja ich sag jetzt mal Facebook das Internet allgemein mach das halt so schnell zugänglich da hinzukommen.

I: Wenn es so zum größeren Netzwerk dann kommt glaubst du auch dass es irgendwie dadurch dann angestoßen und dass du mehr Leute dann quasi so diese, diese Welle dann mit mitnehmen aber noch nicht mehr jeder so für sich mal früher was wird das schwierig das an ich weiß auch für drei Wochen zum Therapeutenstammtischen fande es eigentlich auch sehr interessant, weil halt auch wirklich doch auch Menschen sind das jetzt mit dir zum Beispiel ganz normal, das, was ist denn aus dem bisschen schwierig macht übers Internet so n bissl eine Anonymität dann irgendwie mitbekommt und dann natürlich die Grenzen oder die, so dieser Respekt natürlich dann auch ein bisschen darunter leidet aber einfach in einer kürzeren Zeit mehr Leute mitgenommen werden können.

B5: Ja und das ist, genau das ist der Punkt, also dass da die Medien, ja so, so n Katalysator sind für diese Geschichte so, ich wäre heute an dem Punkt nicht wo ich wo ich jetzt bin wenn ich nicht zwischendurch über die Physio Deutschland Gruppe über diese ganzen Jungs um ob es jetzt Daniel B. ist oder Josch J. ist, wenn ich die nicht um mich rum gehabt hätte wäre ich jetzt noch nicht da wo ich jetzt wär. Ich sag mal, ich war auch vor der Zeit mit dem war ich schon ein Stück weit in die Richtung unterwegs ich hab ihr schon KG-Zertifikatskurse gegeben und hab auch da versucht wissenschaftlich so gut es geht zu machen, war aber eher so der Cherry-Picker immer noch, muss ich sagen, und der hat mich in den letzten anderthalb Jahren, haben mich da also diese, diese Truppe halt echt noch mal richtig gepusht noch mal wirklich sich klarer abzugrenzen wo ist jetzt der Punkt an und von daher, ja finde ich ist genau das was wichtig und deswegen sind Gruppen wie Kluge Riese oder PhysioMeetsScience oder sowas halt auch so wichtig, dass dieses Wissen so, so wellenförmig oder wie du schon sagst, so, so exponentiell sich entwickeln und da immer mehr mitgerissen werden. Allein wenn ich sehe, wieviel Leute ich da jetzt habe, die, die aber auch schon wieder ganz anders reden in Kommentaren als ich mich noch daran erinnern kann wie sie vor einem halben Jahr gesprochen haben, weil einfach dieser, dieser Motor immer, immer mehr Fahrt aufnimmt, der wächst im Prinzip und reißt immer mehr mit sich und wie so ein Tornado der so nach und nach alles in sich aufsaugt und immer mehr Geschwindigkeit aufnimmt.

I: Also ich glaube auch, dass dadurch, durch, durch die Social Medias wir Möglichkeit haben uns dann auch besser zu ,zu organisieren und vielleicht zu strukturieren und wie du es auch vorhin gesagt hast, dass natürlich dann in seiner Profession, die sag ich mal so bisschen die Elite absetzt und dann quasi so ein Professionsideal quasi dann ausgekleidet aber wie du es auch schon richtig gesagt hast, dass sich dann selber dadurch dann reduziert das heißt, die denken dann die sind es und machen das dann auch und jeder andere soll das dann auch so machen und das macht es natürlich dann auch wieder die Vielfältigkeit die ja auch so unser Beruf so bisschen ausmacht, also sollte ja schon standardisiert sein aber jeder in sich ist es wir haben ja mit Menschen zu tun wir sind auch alle unterschiedliche Menschen, dass wir natürlich dann auch vielleicht dann auch mit dem Patienten anders, mit ihm anders kommunizieren oder interagieren aber mit einer klaren Message oder Aufgabe. Okay.

I: Was könnte deiner Meinung nach getan werden um diese Professionalisierung, sei es individuell als Therapeut oder als Kollektiv, zu unterstützen? Noch besser zu machen, damit wir dann wirklich mal sagen können: hey, jetzt kriegen wir den Direct Access und wir sind wirklich, sag mir erst mal Australien, New Zealand, Schweden Niveau.

B5: Ja, ein komplettes umkrempeln der Grundausbildung.

I: Also wie du es vorhin ja schon gesagt hast, dass mehr Wissenschaft, aufs Wesentliche reduziert, (ja) also nicht, nicht 100.000 Sachen von den 999.990 Käse sind, sondern wirklich das Wesentliche dann. (Ja) Okay.

B5: Aber wirklich auf auf, auf Grundlagen soll ich jetzt mal schon so breites, dass du danach auch erst mal jeder Schiene schon, schon gehen kannst. Vielleicht wäre es auch sinnvoll, dass man dann sein Fachtherapeuten irgendwo noch macht, ja, auch möglich dass man wirklich sagt, okay, es gibt halt die orthopädisch-chirurgischen, es gibt die neurologischen Therapeuten, ja, es gibt die mehr psycho-sozial-arbeitenden bei mehr so in Musculoskeletal und psychosozial Bereich, ja, das kann durchaus sein dass man sich da noch so ein Fachrichtung trennen muss um wirklich noch eine hoch Professionalisierung hinzu kriegen. Grundlegend finde ich aber es muss kein also nicht jeder Therapeut muss eine Studie komplett auseinanderpflücken können, das denke ich brauch das nicht wenn wir uns drum kümmern dass wir vernünftige hochqualitative Leitlinie haben, ja, und dann gehört es einfach dazu und das ist halt da gibt's den Arbeiter und den Polier und noch den Ingenieur, ja, dann gibt es halt die Wissenschaftler es gibt die, die die Wissenschaft in die Praxis übertragen und es gibt die Praktiker, die einfach wirklich nur in Anführungsstrichen Schema F machen wie funktioniert eine Pain Education, wie kommt ein graduell steigendes Programm zu Stande, ja, die das wirklich einfach umsetzen, deswegen also ich glaube nicht, dass jeder so arbeiten muss, wie einige Kollegen, die ich da kenne, die das noch wirklich am Patienten machen. Ich finde aber schon, dass jeder der dort oben, dort oben in Anführungsstrichen sitzt, ja, trotzdem noch Ahnung von der Materie haben sollte und dementsprechend auch immer am Patienten sein soll. Also eine Lehrkraft ohne praktischen Bezug ist für die Katz, der Meister in der Kfz-Werkstatt n Auto seit 20 Jahren nicht mehr von innen gesehen hätte, das macht keinen Sinn. Und deswegen dementsprechend, finde ich schon, dass wir nicht jeden jetzt mit einem, mit einem Master of Science da irgendwie ausstatten müssen. (Müssen wir auch nicht) N Bachelor, n Bachelor Studiengang einfach um mal, mal gucken zu können, hey da schmeißt mir jetzt einer, n Patient schmeißt mir gerade irgendwas hin und sag hier, guck mal und dann kann ich mal schnell recherchieren weil es halt eine dieser Antennen ist, aus der Kugel heraus, dass man trotzdem ein bisschen damit umgehen kann wie, wie, kann ich schon unterscheiden ist das eher eine qualitative oder eher eine nicht-qualitative Studie, sowas vielleicht schon, mini Basics, sage ich mal, aber an sich eigentlich einfach nur wenn du nur der Arbeiter sein willst dann hast du darauf zu hören was dir der Polier sagt. Du kannst nicht einfach die Nägel am anderen Ende des Hauses in die Wand schlagen, es macht einfach keinen Sinn. Und einfach, ich sag mal die Hörigkeit, die sie jetzt auf ihre MT Gurus haben, die müssen sie auch einfach auf Menschen haben, die es beweisen können. Deswegen also. Ich kenne auch einige, einige Hinterherläufer sag ich mal, ist man die einen so anhimmeln als wäre man so ein Guru, kenne ich auch so ein paar, wo ich aber auch immer als erster Spruch in meiner Fortbildung zum Beispiel sage, glaub niemand, nicht mal mir und auch erst recht nicht euch selbst und das ist halt so der Punkt. Es gibt, Glaube ist schon der falsche Ansatz. Glaube heißt das Gegenteil von Wissen und deswegen also da denke ich wir müssen vor allem weg vom Glauben zu Wissen.

I: Als die die Ausbildung aufs Wesentliche reduzieren? (Ja) Also Wissenschaft oder diese, auf jeden Fall also, Wissenschaft also ich sag mal diese, diese wissenschaftlich, reflektierte Praxis, nennen wir es mal so. (ja, genau) Was glaubst du wäre noch wichtig was sich jetzt dann so in Deutschland irgendwie ändern sollte, dass das jetzt es nicht nur Blockaden entstehen, sondern dass es dann irgendwie Richtung ja oder Berufstransformation Richtung Weiterentwicklung bedeutet.

B5: Das ist immer sehr schwer zu definieren.

I: Thema zum Beispiel: Verbände. Glaubst du, dass die Verbände da mitwirken können, dass Sie uns unterstützen wollen überhaupt oder ist es irgendwie… was glaubst du denn so?

B5: Also bei den Verbänden ist einfach das große Problem, dass auch da wieder, man hat es jetzt gesehen selbst die Initiativen, die es dann gab, selbst die haben sich gegenseitig bekriegt, ja die haben genau dasselbe gemacht wie die Verbände es vorher gemacht haben. Das wäre, wenn wir jetzt eine Kammer einrichten genau dasselbe Leid, wenn dann gibt's wieder fünf Kammern und am Ende, ja, weil jeder will sein eigenes Süppchen kochen. Ich würde die Verbände komplett abschaffen und würde einen an zum Beispiel VERDI oder was auch immer an die Gewerkschaft angegliedert Abteilung daraus machen. Du hast nicht 500 Wasserköpfe da oben, die gefüttert werden, sondern du hast einen, zwei, drei, die da oben richtig voran gehen, ja, man sieht, alle Krankenkassen fusionieren. Warum fusionieren nicht die Verbände auch, sie tun's ja gottseidank langsam, das ist so ein Punkt. Die Frage ist, soll es ein Überwachungssystem geben, für first line treatment, sag ich mal also, muss man Rechenschaft…

I: Also in manchen Ländern ist es ja schon so, teilweise, dass es eine Art Standesgerichts ja gibt, das heißt, wenn dann irgendwas komplett gaga ist, dass man die dann irgendwie auch dafür verantwortlich machen kann. Meinst du, dass ist sinnvoll?

B5: Ich denke schon, ja, also ich denke zumindest eine, eine, also die Abschaffung aller Zertifikate wäre erst mal das grundlegende, ja, und dann eher ne, ne fachtherapeutische Ausbildung aber das anhand der aktuellen wissenschaftlichen Lage und ich denke schon, dass es zumindest, das man rechtfertigen muss warum ich nicht first line treatment genutzt habe.

I: Okay, das kann ja… es ist ja wichtig, dass man es überhaupt argumentieren kann, glaube ich, also du kannst ja irgendwas machen, du musst es halt auch ein bisschen begründen können und sagen, deswegen, weil und darum, deswegen hat es mit dem Patienten gemacht auch wenn's jetzt nicht first line treatment war aber, dass ich zum Beispiel weiß wie ich dann argumentieren kann. Vor mir, vor Kollegen oder vor dem Patienten oder vor dem Arzt. Okay.

B5: Ja, vor allem wie ich auch vor dem Patienten argumentieren muss.

I: Dass er es auch versteht und er auch sagt, hey okay, der weiß was er tut.

B5: Genau. Na und der eine Punkt ist halt zum einen, müssen halt alle Therapeuten wissen was ist überhaupt ein first line treatment, bei welchem Krankheitsbild. Das ist ja schon einmal der größte Punkt. Das weiß ja der Großteil gar nicht, ja, und dann kommt als nächster Punkt halt noch dazu, wie du ja schon sagtest, eigentlich kann ich ja alles machen was irgendwie das ist, so lange ich es halt im richtigen halt dem Patienten auch erkläre. Ja, wenn ich dem sage, pass auf, ich, ich neuromodelliere jetzt einfach nur deinen ollen Schmerz damit du deine Angst verlierst den Arm zu bewegen und mach deswegen dehnen, ziehen, drücken was auch immer FDM, MT, Massage, was auch immer, ja und hab dem das so erklärt, dass ich ihn da wirklich auf der echt wissenschaftlich nachweisbar Basis was gemacht habe, nah, und ihm einfach nur zu sagen, ich nehme dir damit einfach nur ein bisschen die Angst danach kannst du dich jetzt besser bewegen, jetzt musst du aber nutzen. Dann ist es für mich vollkommen legitim aber ich muss es halt so dokumentieren warum habe ich nicht das eigentliche first line treatment gemacht. Und dafür muss ich auch erstmal wissen, was ist das first line treatment.

I: Okay. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Das heißt, was sollte der, der, ich sage jetzt mal in Anführungszeichen der perfekte Physiotherapeut machen oder können oder wissen oder was, was, was, was würde denn für dich auszeichnen?

B5: Für sein Hauptklientel, was er jetzt bedient ist natürlich eine kleine Praxis viel breitbasiger als in einer Spezialeinrichtung, sag ich mal, Spezialklinik, zu jedem Krankheitsbild das first line treatment in und auswendig können. (okay) Und das second line vielleicht noch dazu, ja.

I: Das heißt, Wissen und wie man es anwendet, Wissen und Können.

B5: Ja genau und, und halt diese. Ich sag mal, natürlich gehört einfach ne, ne emotionale Schiene zum Patienten, also das ist wieder dieser Teil dieses Sprits diese Berufung, ja. Weil sag mal ich geh immer noch davon aus, dass alle Therapeuten in Deutschland nur das Beste für ihren Patienten wollen. Sei es der Osteopath, der CST macht oder was auch immer. Da geh ich schon noch davon aus, dass das alles welche sind die das nicht machen, um irgendwie den Patienten zu schaden zu schröpfen was auch immer sondern die machen das schon, weil sie den Menschen helfen wollen und sie haben damit hat diese Erfahrung gemacht und dementsprechend denken sie das hilft halt auch. Ja und dieser Spirit muss trotzdem da sein. Also es muss schon, du kannst ja kein Roboter hinsetzen, der, der einfach nur runterbetet, der sagt hier, du musst keine Angst haben mit deinen Rückenschmerzen, ist nichts Schlimmes, mach weiter. Du musst schon so eine, so n kumpelhafte Bindung auch (Empathie) mit so jemanden hinkriegen.

I: Diese Empathie, also diese Empathie. Overmann hat es eben so definiert, dass gerade dann in diesen Hilfsberufen, gerade wie wir es auch sind, das Arbeitsbündnis eben was ganz wichtiges ist, das heißt, es sind ja so viele… Schütze hat es ja auch so definiert Paradoxien, das heißt, Nähe, Distanz, wie gehe ich mit dem Patienten um, es ist ja auch eine gewisse Symmetrie und Asymmetrie oder der Patient ist ja Laie und er will ja eigentlich was von mir und ich bin ja in dieser Situation, dass ich ja über dieses Wissen weiß, und ich natürlich dann dementsprechend reflektiert nicht ausnutzen darf, zum Beispiel. Das heißt diese Interaktion, die sich ja immer wieder verändert von Therapie zu Therapie und wenn der Patient noch mal über anders war oder beim Arzt war oder schlechten Tag hatte oder hat man selber ja auch in schlechten Tag hatte, dass es dann trotzdem noch professionell bewältigt wird. Okay, gut. Haben wir schon einmal einiges zusammengetragen.

I: Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die Gesellschaft? Hast du das Gefühl, dass wir jetzt so wie wir sind, einen mehr wert sind oder dass es eher, ja, die Gesellschaft vielleicht noch kränker macht?

B5: Stand jetzt? (lach) Zum Großteil eher das Zweitere, ja.

I: Okay. Eher kränker? Weil die Physiotherapie, wie du es vorhin auch gesagt hast, dass also nicht die Evidenz nutzt um effektiv den Patienten zu helfen und somit dann quasi auch Kosten sparend arbeitet sondern eigentlich primär aus Erfahrungswissen irgendwas dann weitermacht und, wie du es vorhin auch schon so schön gesagt hast, das halt der low back pain im Schnitt nach fünf Wochen eh von alleine besser wird, ob ich jetzt daran rum Fuchtel für 120 € oder gar nichts mache, das ist ja im Endeffekt das gleiche dann quasi, ist nur das das er sogar in der anderen Möglichkeit oder andere Chance oder in anderen Situationen die Chance noch hat wenn er falsch behandelt wird, sogar noch chronifizieren könnte. (genau)

I: Okay. Was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung, um dieses gesamte Berufsbild weiterzuentwickeln. Glaubst du, dass da jeder einzelne Therapeut mitwirken kann und wie könnte er das schaffen?

B5: Also ich denke schon, dass nicht nur jeder mitwirken kann, sondern muss. Aber halt auf der Ebene auf der er sich befindet, sag ich mal. Also ist er jetzt der Ingenieur ist der Polier oder ist er halt der, der Arbeiter oder ist er sogar nur der Hilfsarbeiter, sage ich jetzt mal ganz frech. Wo halt ich sag mal jeder auf seiner Ebene, wo er gerade ist, immer das dazu geben muss, weil, egal auf welcher Ebene du stehst, zumindest das first line treatment musst du so für jedes Ding kennen. Und du musst die Empathie haben und, und dieses ganze und musst halt das kommunikative musst du lernen und musst es können, ja, deswegen muss da jeder mitarbeiten um zu professionalisieren, wenn wir nicht einfach sagen wollen, okay, wir bilden jetzt alle neu aus und in zehn Jahren haben wir genug ausgebildete und dann müssen alle alten sich einfach verpissen, wenn wir die, wenn alle sich mit entwickeln wollen, so dass sie bis zur Rente noch weiter arbeiten können, dann müssen sich auch alle dementsprechend damit hin entwickeln, sonst wird das nichts. Und da ist einfach auch mal eine gewisse, ich sag mal eine gewisse Hörigkeit, die sie ja alle eigentlich auch schon innehaben, ja, sie haben immer auf irgendwen gehört, ja, und sie haben immer irgendwie sich versucht weiterzuentwickeln indem sie dann MT gemacht haben oder noch FDM oder sonstiges. Sie haben ja immer nach dem heiligen Gral gesucht und haben immer weiter gemacht und jetzt kommt einer der sogar beweisen kann, dass es wirklich besser funktioniert, mit seinem Konzept oder die die Denkansätze, und damit dann wird gesagt: Also nee, das kann ja jetzt nicht sein. Und das, das, das beißt sich für mich innerlich schon, nä, die haben schon eine MT gemacht für ein Haufen Geld, die haben keine Ahnung FDM gemacht für, für 3000 bis 5000 €, die haben Osteopathie gemacht für 20.000 € und die haben immer weiter versucht sich zu entwickeln und jetzt kommt einer und sagt, pass auf, ich hab ein Konzept das ist frei zugänglich, du musst nicht mal was dafür tun außer dich ein bisschen Zeit hinzusetzen und das wird völlig abgeblockt. Das, das kriege ich einfach nicht rein. Dass da (Dieses Wissenschaftsfremde) jemand mit einer Praxis das nicht macht…

I: Aber das ist ja glaube ich wirklich dieses Wissenschaftsfremde in der Physiotherapie und weil ich glaube, weil die Ausbildung ja wirklich so gewesen ist, also ich kann mich auch noch bei mir dran erinnern, es, ich glaube, wenn du, wenn du sogar nachgefragt hast bei einigen Lehrern, dann ist es ja sogar als negativ aufgefallen. Das heißt, wenn du ja irgendwas in Frage gestellt hast, was ja eigentlich richtig und wichtig ist, ist es ja in der Ausbildung so gewesen, dass du ja eher dann von der Klasse eher diffamiert wurdest. Und ich glaube das hat sich dann irgendwie so unbewusst… Aber bei mir war's ja auch so, da gab es ja auch keine Wissenschaft als solches. Also ich, das ist jetzt bei mir auch 15 Jahre her, dann ist es halt gemacht worden was der eine sagt und ich glaube das diese Reflektionsfähigkeit, das ist glaube ich so dieses große Problem, dass du noch viele Therapeuten haben, dass sie das was sie tun oder was sie bislang getan haben, nicht infrage stellen können. Weil sich es halt nicht gelernt bekommen haben. Okay.

I: Glaubst du von dir selber, dass du ein Großteil, deines therapeutischen Vorgehens am Patienten auch begründen kannst?

B5: Ja.

I: Okay. Das heißt, du machst das, weil, auch wenn das mal irgendwie so ist wie du sagst, ja eigentlich ist es jetzt nicht wissenschaftlich bewiesen in einem hochklassigen RCT, aber du machst trotzdem irgendwie was anderes warum? Wie, wie kommst denn dazu warum machst du das dann so und nicht nur stinkt nach Wissenschaft?

B5: (unverständlich)

I: Genau, was, was, was denkst du dir denn, was machst du denn, dass du das nicht nur so machst, sondern auch mal so n bisschen von diesem first line treatment weggehst oder abweichst?

B5: Ja, also da, da gab es mal einen schönen, schönen Leitsatz von einem guten Kollegen von mir, der mich auch recht weiter gebracht hatte, der auch selbst Sportphysiokurse und solche Sachen gibt, der immer sagt, wenn denn spätestens nach der vierten Behandlung sich nichts verändert hat, dann musst du was verändern. Ja, dann musst du irgendwas anders machen und da ist halt potentiell, also ich starte eigentlich immer mit einem first line treatment, da gibt's kein wenn oder aber mehr gibt so bei, bei Schultern zum Beispiel bin ich dann noch so ein bisschen, wo ich dann wirklich mal abweiche, ganz kurz aber auch wirklich, das ist eine, wenn ist das auch wirklich nur eine 1 Minute, dieser ersten Behandlung, wenn die halt wirklich so reinkommen und so eine Bewegungsangst haben und ich da eine Grifftechnik weiß, wo ich so stark neuromodulativ arbeiten kann, dass ich mit einer sehr hohen Quote, von Patienten das halt, ich sag mal relativ schnell mehr Bewegungsausmaß hinkriege, um dem die Angst zu nehmen, dass da was kaputt sein könnte. So, aber genauso begründe ich es ihm auch. Pass auf, ich mach da jetzt mal was, wir gucken mal was dabei rauskommt und wenn da irgend Effekt entstanden ist, dann sage ich, ja ich habe einfach nur das Nervensystem bisschen veräppelt und jetzt funktioniert es halt besser aber jetzt müssen wir das auch nutzen und dann gebe ich dem halt first line treatment technisch sein Gewicht in die Hand und lass ihn ackern. Dass ich nicht konträr zu den wissenschaftlichen zu wissenschaftlichen Ergebnissen bewege, passiert gar nicht.

I: Also gar nicht konträr, sondern nur, dass wenn, wenn du das Gefühl hast, das first line treatment zündet jetzt nicht so wie du es dir vorgestellt hast, dass du dann schon dann die Therapie dementsprechend auch, ja anpasst. Okay.
Guuuut, welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Ausbildung, Studium oder Fortbildungen? Was glaubst du denn oder Dual oder was auch immer, Master, PhD oder sonst irgendwas. Was wäre denn jetzt immer noch so am Patienten das Effektivste, das sinnvollste?

B5: Ich, ich denke ein duales Studium, B.sc, die Richtung wäre das schon.

I: Okay. Es ist auch so, dass es empfohlen wird, weil, ich sag mal ein Master und das andere das ist ja dann wirklich weiter mehr in, in den organisatorischen Funktionen und Wissenschaft und der Bachelor ist ja eigentlich dazu da um da reflektiert als Praktiker sozusagen zu agieren. Okay.

I: Was sagst du zu einer flächendeckenden Akademisierung? Ja, nein, wieso weshalb?

B5: Ja, auf jeden Fall.

I: Okay. Auch mit Bestandsschutz, so wie das jetzt im Eckeckpunkte Papier definiert wurde das man da einen Zeitraum wählt, in dem man das jetzt so umsetzen möchte ist es so in deinem Sinne oder?

B5: Ich, ich würde Knall auf Fall von heute auf morgen.

I: Okay.

B5: Also, ich, ich würde jetzt mal zum nächsten Ausbildungsjahre, das ist jetzt noch ein Jahr hin, die fangen ja jetzt erst an, das ist jetzt noch ein Jahr hin bis zum nächsten Ausbildungsjahr, da würde ich einen Cut machen. So wie es in der Schweiz gemacht wurde, würde ich gnadenlos sagen, pass auf, wir machen jetzt hier den Cut, ja, hier ist jetzt Schluss mit schulischer Ausbildung ab sofort machen wir duales Studium.

I: Also relativ schnell? (ja, genau)

B5: Mit Altbestandstherapeuten würde ich halt eine Schonfrist machen, also die müssen sich jetzt nicht, nicht jeder 55-jährige muss sich jetzt noch in die Uni setzen, das ist Blödsinn.

I: Genau aber jetzt so mit speziellen Fortbildungen wie jetzt Kluge-Riese oder, oder PhysioMeetsScience, dass man dann halt auch mehr in Richtung Wissenschaft und vielleicht Reflexion dann einfach irgendwie neu gebrieft wird oder so irgend sowas, (ja) dass auch die Älteren eine Chance haben.

I: Okay. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre den Direktzugang für die Physiotherapeuten umzusetzen?

B5: Nein.

I: Begründe deine Meinung.

B5: Ja, ja dafür sind wir nicht, nicht gut genug.

I: Nicht…

B5: In einer breiten Masse sind wir dafür einfach, wie gesagt, das Problem ist, wie viel Prozent der Physiotherapeuten beantworten dir die Frage was ist das das first line treatment beim nichtspezifischen Rückenschmerz, Nackenschmerz, bei nichtspezifischem Knieschmerz, oder bei was auch immer. Was ist first ine treatment, ja. Da findest du, wenn überhaupt 10 Prozent der aktuell in Deutschland von den Physiostellen, von 170.000 wenn überhaupt 10 Prozent die dir das zu einem Großteil ihres Patienten Klientel sofort aus der Pistole sagen können, was ist first line treatment, was ist second line vielleicht noch dazu. Dann hört es schon auf, dann bist du bei ein bis 2 Prozent und dann flagst du ihn, ja, David Schmidt hatte einen flag-screening-Kurs angeboten, den hat er abgesagt, weil sich keine Sau dafür interessiert. Wenn du first line, wenn du wirklich den Direct Access haben willst dann musst du Screenen können. Ja, du musst screenen können alleine um zu sagen, okay, hier ist meine Kompetenz zu ende, das könnte was Gefährliches sein.

I: Wie du auch vorhin gesagt hast, dass so wenn du halt dann nicht weißt, oder wenn du weißt, dass du am Ende bist, dass du dir dann auch nicht weiter irgendwie mit red flags behandelst, sondern sagst, ey, zum Radiologen und Orthopäden oder sonst irgendwas.

I: Jetzt haben wir den dritten großen Block. Es geht so langsam Richtung Ethik und Berufsethik. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten?

B5: (zustimmend lachend) Ja, im Prinzip genau das was ich, was ich gesagt habe, dass jeden Physiotherapeuten ausmachen würde, wenn er der perfekte Physio wäre. Ja, im Sinne der Ethik halt wirklich, sich absolut zu jedem Zeitpunkt angreifbar, also wenn er sich angreifbar macht, im Prinzip ist es schon, ist er schon raus aus der Ethik. Also er darf nie so agieren, dass er angreifbar wäre.

I: Okay, das heißt quasi alles, irgendwo argumentieren können, dass das was er gerade tut, dass das dann quasi auch eine Richtigkeit hat. Also das richtige, dann auch machen. (Aber dann auch belegbar) Ja, genau, genau.

B5: Also wirklich zu sagen, es ist halt second line, ich habe es halt diesmal vorgezogen, weil. Diese Argumentation noch und halt, wo es halt aufhört mit der Ethik ist, wenn ich was bewiesenermaßen negatives, beziehungsweise unwirksames einsetze, dann, dann das kann ich nicht fertig, ja. Neuromodulatives tun im Sinne von MT oder, oder Psycho sozialen Kontext der braucht mal eine Massage mal runter zu fahren. Kann ich rechtfertigen aber ich kann halt kein Kinesiotape rechtfertigen, ich kann, kann kein Schröpfen wo ich auch noch Schäden setzen rechtfertigen, ich kann keine Akupunkturnadeln, DryNeedling oder sowas rechtfertigen. Das geht einfach nicht und da hört die Ethik einfach auf.

I: Ja, das heißt Ethik ist für dich quasi diese, diese Entscheidungen aus der bestimmten Begründung zu treffen. Die eben auch evident ist. Das heißt wissenschaftliches Handeln ist quasi, jetzt bei uns denn wir haben ja mit fragilen Menschen zu tun das heißt, die sind ja nicht bei uns, weil sie einen Deoroller oder Zahnbürste brauchen, sondern, die haben ja teilweise Angst, Schmerzen und sind sich ja unsicher. Und wir müssen denen halt mit dem besten was, nicht nur wir gerade wissen oder was uns zur Verfügung steht, sondern was gerade wirklich allgemein gültig ist, müssen wir den ja helfen können. Sehr gut.

I: Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung überhaupt angesprochen?

B5: (Gar nicht?) Nein. Also Berufsethik in dem Sinne überhaupt nicht, nein.

I: Okay, das heißt wenn dann vielleicht irgendwo unbewusst, dass du irgendwas machen sollst oder, oder wie auch immer oder gar nix?

B5: Also für mich, wenn dann habe ich keine Erinnerung mehr dran so wenig intensiv wurde das besprochen.

I: Okay. Hast du dich schon mal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt? Wo du gesagt hast, das mache ich jetzt, weil… Warum geschah das oder in welcher Situation, weißt du das noch?

B5: Ja, im Prinzip um mich selbst zu reflektieren (okay, also dein Handeln…) Durch den Anreiz von, von anderen. Ich habe 2017 noch eine fette FDM Ausbildung gemacht, noch richtig investiert darein. Und da haben mich noch andere dann so, wo ich mir dann gedacht habe, ja ok wenn ich es so argumentieren kann im Sinne neuromodulativ, dann ist das für mich noch ethisch vertretbar, wenn ich aber irgendwas, was eventuell ja möglich wäre also das halt irgendwie die Faszien irgendwie noch veränderbar wären, es aber auf der experimentellen Ebene prinzipiell ist sobald es die experimentelle Ebene erreicht also nicht beweisbarer Funktion darstellt und ich das aber den Patienten gegenüber bringen würde, dann ist es für mich in dem Sinne, das hab ich jetzt auch schon in ihren Kommentaren auch so geschrieben, die Patienten nicht über den experimentellen Status zu informieren, also dass ich an ihm rum experimentieren, ihm nicht klar deutlich zu machen und ihn nicht vorher aufzeigen was sind die eigentlichen first und second line treatments, die genutzt werden müssten, bevor ich das mache, dann ist es für mich unethisch und in diesem Kontext setze ich mich da regelmäßig auseinander und, ich sage mal, das gehört zu, müsste jetzt in der gemein hin Arbeiter der Gruppe jetzt nicht zwingend unbedingt machen solange er sich an das First line treatment hält, oder second line dann im Notfall. Aber je höher du halt bist, und dadurch, dass ich da mit der Fortbildung natürlich auch viel mache, sehe ich da mein ethischer Anspruch noch mal deutlich höher.

I: Für dich selber, dass für dich selber quasi zu rechtfertigen, weil, wie du das auch gesagt das ist ja der Patient ist ja kein Versuchskaninchen an dem man jetzt irgendwas aus, weil, du willst es ja auch nicht das heißt, wenn du ja irgendwo zum Arzt kommst oder zur Physiotherapie willst du ja mit dem behandelt werden was ja das effektivste ist und nicht irgendwie rum, rum gearbeitet. Okay, gut hab mal kurz runter gebrochen. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein?

B5: Ja, dementsprechend das was aktuell passiert ist so unethisch wie es für mich nicht besser geht es dementsprechend brauchen wir das dazu.

I: Das heiß, weil jeder macht was er gerade will und wie ich es gerade beschrieben habe, dass er eher am Patienten unreflektiert ohne vielleicht das beabsichtigt zu machen aber unethisch handelt. Hast du dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt oder irgendwie mal daran gestoßen im Zeitschriftenartikel oder irgendwo mal gelesen?

B5: Ich lese so gut wie keine Zeitschriften. Da steht so viel Dönekens drin. Ich spar mir das gleich.

I: Also auch nicht irgendwo in der Ausbildung mal gehört oder gesehen okay, gut. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma?

B5: Physiotherapie in Deutschland. (lach)

I: Okay, warum?

B5: Ja, weil einfach der Status so scheiße ist. Also gut, man könnte jetzt dieses Wort zweiseitig sehen, also ein ethisches Dilemma wäre: ich wüsste, ich könnte damit jetzt vielleicht helfen aber es wäre jetzt unethisch es anzuwenden. Ist ja auch so ein unethisches Dilemma, der Patient quält sich aber ich darf ihn nicht sein Leben enden lassen obwohl er es gar nicht will. Das ist ja ein ethisches Dilemma, weil man einfach auf der einen Seite die Ethik hat, man darf niemanden helfen zu sterben oder… Auf der anderen Seite die Ethik, eigentlich darf ich den Patienten nicht quälen lassen. Aber das ethische Dilemma der Physiotherapie in Deutschland sehe ich eher dabei, dass wir zu unethisch sind. Dass es uns einfach scheißegal ist, ob wir Schäden setzen können. Wir haben ja keine Nebenwirkungen, so auf die Art. Weil keine Sau die Nebenwirkungen sieht wie wir chronifizieren, wie wir sensibilisieren wie der, der Lower back pain in immer kürzeren Abständen zur nächsten MT-Sitzung kommt und das für mich auch ein Dilemma, dass ich das beobachten, dass man das beobachten muss, wie unethisch manche Kollegen…

I: Und man kann nichts dagegen tun, das ist halt so dieses abwägen von zwei ungefähr gleich wichtigen Situationen, egal wie du dich entscheidest es kommt halt immer irgendwas was Schlechtes dabei raus. Jetzt kommt nämlich die nächste Frage, weil das ist nämlich auch so im Kern von meiner Arbeit. Ich möchte so versuchen die Dilemmata so im Alltag versuchen so ein bisschen raus, raus zu ziehen aus jedem, um das dann mal fest zu setzen damit man sich damit auch mal in der Ausbildung dann konfrontieren und dass man da schon sensibilisiert wird.

I: In welchen Situationen hast du dich jetzt in den letzten Wochen oder Monaten, vielleicht auf mehreren Ebenen erst einmal am Patienten, Arzt, Kollegen, Organisation, Physiotherapie allgemein, so einem Dilemma ausgesetzt gefühlt, wo du gesagt hast, boah, jetzt habe ich echt eigentlich habe ich Bauchschmerzen und…

B5: (…) Ja durch ein… Sagen wir mal das Problem in der Praxis, wo man auch nicht alleine arbeiten und jetzt gerade war Urlaubszeit, Ferien, Urlaubszeit und du übernimmst von einem von einem Kollegen den Patienten und wenn du so denkst, okay, letzte Behandlung, Kollege schreibt rein so und so dies und das alles macht, denkst dir so super und schreib dann halt so drunter: ja vielleicht so zum Abschluss noch meine Massage, wo man sagt, (kann man ja mal machen, ist ja…) man hätte es auch eine Behandlung eher abbrechen können aber kann man ja mal machen. Als kleines Bonbon als kleine Belohnung, so auf die Art, wo ich dann aber in der Behandlung rausgehört habe, dass halt, das was der Kollege mir aufgeschrieben hat vielleicht in einer Behandlung stattgefunden hat und in der ersten wurde er eh nur massiert und dann auch noch, das harte rauskommt, dass er eigentlich auch noch eine Schulter, weshalb er eigentlich auch das Rezept hatte, war gut soweit, es war okay, (lach), sein Problem aber was er mir da noch äußerte, dass er Fußbeschwerden hat und das auch schon länger, wo ich dann sag, warum haben Sie denn mit dem Kollegen da nichts dagegen getan und das war für mich so ein Dilemma, den Kollegen nicht zu sehr auf den Schlips zu treten oder den Patienten nicht, weil, ich sage mal da ist ja auch das blöde, blöde wenn ich jetzt den Therapeuten, der vorher dran war schlechtrede, könnte es sein, dass die Schulter wieder anfängt, weil er denkt, er hat mich an der Schulter vielleicht auch scheiße behandelt, und wo ich dann gesagt habe, ja, ansonsten wenn das mit dem Fuß nochmal, schauen sie mal ob es sich bemerkbar macht, so die nächsten Zeiten, wenn ihn aber nochmal was auffällt, melden sie sich halt, dann gucken wir nochmal nach dem Fuß , kann man machen. Wo ich dann sag, da muss doch so viel Interaction, so viel Interaction muss in der Therapie sein und da fällt mir halt dann sofort auf, dass es eigentlich keine Interaktion gegeben hab, in diesem, ja und das ist ja halt das wichtige, diese Interaktion, Hilfe zur Selbsthilfe geht nur, wenn ich interagiere und nicht, ich darf es nicht vorpredigen, weil dann kommt dem das vor wie ein Drittklässler in einer Grundschule, dann denkt er… er hält mich für blöd also verpisse ich mal. Ja, ich mache, ich hör zu was er macht aber irgendwo saust es an mir vorbei und da ist keine Interaktion gewesen. Dass es so der, der Knackpunkt war.

I: Okay, also das heißt, wenn der Kollege irgendwas gemacht hat, bei dem du sagst das ist eigentlich nicht zu rechtfertigen wie du jetzt dann mit der Situation umgehst, um den Kollegen und Patienten und dich nicht irgendwie, oder dass man da irgendjemanden, oder dass da jemand das Gesicht verlieren müsste, soweit. Okay.

B5: Ähnlich ja auch mit den Ärzten.

I: Ja, ähnlich so wo du sagst ja was hat der Arzt eigentlich da Verordnet, Fango-Massage für low back pain oder sowas. Okay. Irgendwie in der Organisation schon mal über die Situation, bist du selbstständig oder…? (Ich bin angestellter) Angestellter?! Da schon mal irgendeine Situation gehabt, in der du dich rechtfertigen musst oder wo der Chef gesagt hat, hey mach das jetzt mal oder?

B5: Ja, mit dem Chef geht es eigentlich, ich habe da eher das Problem, ich bin da gegenüber einem Kollegen, einer Kollegin, Schrägstrich, dass ich da halt die ganze Zeit nur den Kopf schütteln kann und eigentlich… Also so an sich passt das ganze Team eigentlich ganz gut bis auf eine Person. Das Problem ist halt nur bei uns sind alle miteinander verwandt, verschwägert oder sonstiges. Also das ist halt eine kleine Dorfpraxis, das meine Frau und ich arbeiten da. Arbeitskollege und seine Frau und Chef und Chefin, ja, das ist halt… (okay) und da wird es ethisch-moralisch langsam schwierig. Eigentlich willst du sagen, alter.

I: Okay, weil dann… weil es schwierig ist, quasi diese, diese Berufsdistanz sage ich jetzt mal, weil die nicht gegeben ist oder weil alle irgendwie zu, zu nah dann irgendwie, irgendwie aneinander kleben?! Okay, gut. Was hast du getan um ein solches Dilemma zum Beispiel wie du es vorhin gesagt hast aufzulösen?

B5: Ja, verschiedenste Wege, das in einer Teamsitzung kommunizieren. (Also Kommunikation?) Ja genau. Mal über eine Behandlungsleitlinien oder sowas mal hin zu packen oder mal Tipps zu geben zu den… Also kommunikativ halt wirklich hauptsächlich so. Ja, ist eigentlich immer mein Hauptversuch.

I: Okay, das heißt durch Informationen kommunizieren okay, gut jetzt wird es auch noch ein bisschen persönlich. Welche Prinzipien, Werte und Normen oder Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtige? Mal so vier, fünf Stichpunkte wo du sagst hey das sind meine Werte das ist für mich besonders wichtig da schaue ich hoch und versuche mich daran zu, zu orientieren.

B5: Ja, ich sage mal, muss man immer gucken welche Worte man da jetzt so verwenden darf als, als Prinzip aber was für mich das oberste Prinzip ist immer Nachhaltigkeit. (Ja, okay) Effizienz, da einfach, ja. Das sind so eigentlich die (zwei wichtigsten) die so ganz oben schweben, also das man mit geringstmöglichem Aufwand größtmöglichen Nutzen und das so lang wie möglich hinkriegt. Ein Grundprinzip für mich ist halt nicht abhängig machen, das ist für mich so das allerwichtigste.

I: Also Oevermann hat zum Beispiel gesagt, Re-Autonomisieren das heißt, der Patient kommt ja mit einer Lebenskrise zu uns und wir versuchen halt mit begründbaren Entscheidungen den Patienten wieder unabhängig zu machen (ja) sozusagen. Okay. (ja, das finde ich ein gutes Wort) Ja, schon?! Find ich auch, fand ich auch. Und das ist schon 20 Jahre her. Das hat irgend so ein Professor sozial Wissenschaft für Gesundheitsfachberufe schon vor 20-25 Jahren geschrieben. Okay.

I: In welchen Situationen konntest du dich nicht nach solchen Prinzipien halten? Das ist jetzt so ähnlich wieder so ein Dilemma. Irgendwo wo du mal gesagt hast, boah, Nachhaltigkeit, da schaffe ich es jetzt nicht, weil. Irgendwie noch einmal was Besonderes, irgendwo, wo du sagst hey das war noch, oder?

B5: Weil der Patient weggelaufen ist. (lach)

I: Zu einer anderen Praxis oder zum anderen Therapeuten?

B5: Ja, zum, zu einer anderen Praxis, ja.

I: Okay, weil er nicht das bekommen hat was er eigentlich bekommen wollte? (Ja) Okay, was bedeutet für dich der Begriff Moral, moralisches Handeln und wie würdest du jetzt zum Beispiel, dass du zur Ethik abgrenzt, jetzt nur so aus deinem Verständnis heraus? Jetzt auch noch mein knackiger.

B5: Ja, ich würde es, würde es vor allem daher trennen, dass dir die Ethik halt so ein ober geordnete Begriff ist, sage ich mal, die Ethik er von außen gegeben wird was ist ethisch und was ist unethisch, das ist sage ich mal wie, wie, Naturgesetze, sage ich mal so, so würde ich es deklarieren und die Moral ist er so dieses eigenes Verständnis dafür, ja moralisch, also diese Ethik umzusetzen sage ich mal. Also sich dran zu halten an diese Ethik.

I: Genau, so ist es auch. Moral ist ja quasi so diese eigene Werte basierte handeln und die Ethik, die argumentiert das dann quasi, ob das jetzt eine moralische oder unmoralische Handlung war, so wie du es auch gesagt hast. Woher, hast du dir da schon mal Gedanken darüber gemacht oder in der Schule schon mal früher gehört oder wie kam das jetzt so.

B5: Das kam jetzt so aus der Hüfte geschossen. (Okay) Also so, diese zwei Worte auseinander zu reißen habe ich jetzt noch nicht so vorgehabt.

I: Okay. Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Glaubst du, dass es wichtig ist und dass man durch solche Fähigkeiten ein professionellerer Physiotherapeut wird als wenn man diese Fähigkeiten nicht hätte?

B5: (…) Schwierig. Also ich denke, kommt auch wieder auf die Ebene an auf der man ist, sage ich jetzt mal. Also wenn das der reine Arbeiter ist, der einfach Schema F abarbeitet, sage ich mal, was schwierig ist in der recht schnell Entwicklung der Medizin, sage ich mal auch, und immer wieder leichte Veränderung bringen, ist es schwer einfach nur Schema F zu machen, so schnell kannst du Leitlinien gar nicht aktualisieren wie sie wieder verfallen aber da ist es, sag ich mal hat es weniger Einfluss, sag ich mal, solange er sich einfach daran hält. Ja, er ist einfach nur ausführendes Organ. Je höher du kommst umso mehr muss die Moral stimmen.

I: Das heißt, du würdest es auch quasi so an Verantwortung koppeln, das heißt, der hat der Therapeut der das jetzt einfach nur so machen soll wahrscheinlich wenig Autonomie, wenig Verantwortung und umso mehr Autonomie umso mehr Verantwortung umso wichtiger wird es dann wahrscheinlich dann auch (Ja) Okay.

B5: Das ist ja der Punkt, wenn er es wirklich… Dann darf er halt auch wirklich nur ausführendes Organ sein. Weil, die Autonomie des Behandlungsraumes ist ja dann schon, also dann kann dir ja jeder machen was er will, theoretisch. Das kontrolliert ja keiner. Das ist halt so der Punkt. Wenn er dann wirklich einfach nur ausführendes Organ ist, dann ist das vollkommen… dann brauch er es ja auch rein theoretisch gar nicht, weil er macht ja einfach nur das was ihm gesagt wird.

I: Aber ist es dann eben auch moralisch einen, einen Menschen zu haben der nur… Drei Frage noch. Wenn ich jetzt so einen Menschen habe, der nur das machen soll, ist es da nicht auch unmoralisch das von dem ab zu verlangen? Das wird ja dann auch ganz schwierig, oder?

B5: Das ist halt die Frage also an der Maurer Mauern mauern soll, dann fragt er auch nicht ob das moralisch ist oder nicht. Er soll eine Mauer mauern. (ja, okay) Also das ist jetzt sehr abstrakt runter gebrochen. So einen pur Ausführenden wird es nie geben da kannst du einen Roboter hinstellen. Deswegen sind so moralischen Grundprinzipien oder des einhalten wollen, das ist ja das. Die Moral selber ist ja, will ich die Ethik einhalten und das ist die Moral für mich. Und da ist es ja ein ganz anderer Knackpunkt, sage ich mal, die brauchst du ja immer. Du musst ja schon, will ich mich überhaupt daran halten was der Ingenieur gesagt hat oder mein Polier. Und dementsprechend, klar, gehört das mit dazu aber es ist aber ein bedeutend kleiner Bruchteil, je höher ich komme, wenn ich dann Reviews, Metaanalysen oder dann halt sogar Guidelines entwickel, dann muss mein moralisches Verständnis oder meine, meine, meine Pflicht zur Ethik halt so enorm sein, dass ich wirklich keinen einzigen Verzerrungsfaktor zulassen.

I: Dass ich dann wirklich das mache, was, was halt auch wirklich, was die Wahrheit auch ist.

B5: Nicht ein einziges Mal Cherry Picking, sozusagen.

I: Wie wichtig schätzt du die Rolle von diesem moralisch gebildeten Physiotherapeuten ein, im Prozess dieser Professionalisierung?

B5: Ja, damit steht und fällt es eigentlich fast. Also beim aktuellen Stand jetzt, muss halt jeder so ein hohes moralisches Grundverständnis haben oder so eine Affinität wirklich eine Moral einzuhalten, dass er halt diesen Weg einschlägt zu sagen, okay, ich mach mich mit dem was ich gerade mache angreifbar, ja, und ich will, will auf diesen Stand kommen. Dazu brauche ich halt diese Moral. Weil solange mir es scheißegal ist, ob ich ob das jetzt wirklich nachhaltig ist oder nicht.

I: Dann wird es schwierig. Denn dann hält sich keiner dran und macht weiterhin wieder jeder das, was er will, oder? (Genau) Okay. Und nächste Frage ist dann die letzte Frage.

I: Welchen Stellenwert hätte für dich diese Integration von so einem Ethik- und Moralkompetenzunterricht in die Ausbildung oder Studium? Glaubst du sinnvoll?

B5: Ja, also ich glaube so ein gewisses… paar Basics gehören auf jeden Fall mit darein, denke ich schon. Und wie gesagt, je höher du kommst um so um so klarer muss Ethik da sein. Aber auch da denke ich schon, dass, wie ich es vorhin schon sagte, dass jeder Therapeut eigentlich das Beste für seinen Patienten will. Also eigentlich haben alle therapeutischen hohen alle Therapeuten ein hohes moralisches, moralisch ausgeprägtes Inneres, sage ich mal. Oder eher die Affinität auch zur Ethik, also den Menschen helfen zu wollen.

I: Als jetzt der Bänker oder sowas.

B5: Ich glaube jetzt nicht, dass da jetzt das größte Problem mit unserer Professionalisierung steckt, dass das jetzt nicht da wäre. Es ist halt nur die Frage wie setze ich es um oder wie gehe ich damit um. Und lasse ich mich auch moralisch darauf ein, diese Veränderung (unverständlich) Ja, also fixt es mich an, wenn mir jemand sagt, pass auf, es gibt besseres, ja und es ist ethisch vertretbarer das zu machen anstatt das. Dann, dann entscheidet meine Moral ja, die ich jetzt, diesen sauren Weg wo ich mich wieder verändern muss oder gehe ich ihn nicht. Und das ist so der Knackpunkt.

I: Okay, gut. Das war es schon. Ich danke dir, vielen Dank, dass du mit gemacht hast (Ja).

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	06
Name der Audiodatei	Interview 06
Datum der Aufnahme	15.09.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	79,06 Minuten
Befragte Person	B6
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	07.12.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: Okay, gut B6, ich danke dir, dass du bei diesem Experteninterview mit gemacht hast. Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus eine ethisch und moralisch schon Perspektive sprechen. Mir geht's dabei insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen: Also es gibt kein richtig oder falsch, sondern es geht darum, dass wie du die Situation jetzt in der Physiotherapie siehst. Okay, wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B6: Was? Au, das ist eine spannende Frage. Die habe ich mir auch schon ein paarmal gestellt. Ich denke, die Physiotherapie ist für mich eine Profession, die Naturgesetze oder Humanphysiologie benutzt um die Lebensqualität der Menschen längerfristig zu steigern und aufrechtzuerhalten.

I: Okay, das heißt für dich auch ein Kerngebiet, die Lebensqualität, oder, diese Partizipation, und die, die Integrität des Menschen in seinem weltlichen, eine weltliche Umgebung dann sozusagen, oder?

B6: Genau. Also ich denke, also ich Klammer das Thema Umweltschutz, sprich wie geht wie geht ein Mensch mit seiner Umwelt, weil das natürlich auch dementsprechend Einfluss auf seine Gesundheit hat. Wie bewegt sich ein Mensch in seiner Umgebung, ja, das würde schon so sagen, also Teilhabe ist der größte, einer der größten Faktoren, denke ich.

I: Ja, okay. Gut, und die nächste Frage wäre dann, glaubst du, dass sich die deutsche Physiotherapie bislang genügen von anderen Berufsgruppen, auch so in diesem System Gesundheit, abgrenzt oder, dass sie dann noch Schwierigkeiten hat, was, was würdest du denn dazu sagen?

B6: Naja ich sag mal so, bisher sind wir, schlecht, genauso gut bezahlte Fitnesstrainer, so im Wert. Ich denke die Physiotherapie muss sich, kann sich aktuell überhaupt nicht von anderen Berufsgruppen abgleichen, abgrenzen weil wir kein Alleinstellungsmerkmal haben. (Ja) Wir kosten einen haufen Kohle, aber bringen keinen Impact in der Gesellschaft, mehr.

I: Okay. Ja, was denkst du denn, wie könnte man denn so die Grenzen zu anderen Berufsgruppen noch ein bisschen klarer definieren? Was könnte die Physiotherapie machen, um so ein bisschen mehr Definitionsmacht für sich, zu erlangen?

B6: Ich denke hierbei an, habe ich mir schon lange die Frage gestellt, wie man das machen könnte, was uns alles definiert. Ich denke, die Physiotherapie hat einen Platz, sie sind ja aktuell eher in der Individualbetreuung sozusagen. Ich sehe die Physiotherapie zukünftig für mich eher als Teil des Gesundheitsamtes oder Teil der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Okay) Weil die Physiotherapie kann was andere Berufsgruppen nicht so gut können, wo sie vielleicht wieder ein Alleinstellungsmerkmal hat und die Umgebung mit einbeziehen in die in Bewegung oder einen in das Leben von, von, von Menschen, in das Bewegliche (Ja) So und wenn ich mir dann überlegt was, was die Zukunft braucht, dann kann ich mir vorstellen, die Physiotherapie als Konzeptentwickler dafür, wie halte ich eine Gesellschaft in Bewegung. (Okay) In Zusammenarbeit mit Architekten, mit Städtebauern, mit Statikern und so weiter. Das heißt, ich, ich nehme die Physiotherapie als Profession und sagen: Hey, da wird jetzt ein Stadtgebiet gebaut, wie muss ich das gestalten, dass die Leute sich, bei Bewegung Spaß haben?

I: Ah okay, das heißt noch tiefer in diese Entwicklung so von, von interdisziplinären Handlungen, also nicht nur rein auf den Patienten bezogen, sondern auf vielleicht auch auf die gesamte Gesellschaft dann, weitergedacht.

B6: Genau. Das heißt, da sozusagen, okay, ich arbeite an einem Konzept und so musste aussehen, dann kann ich wieder sozusagen, sag mal als Bewegungskonzepte für einzelne Regionen, für einzelne Städte, für einzelne Dörfer erarbeiten und dann ganz am Schluss sozusagen, als so eine Art Rastersystem, sehe ich dann erst am Ende, ein Physiotherapeuten, wenn alles gescheitert ist, wenn die ganzen Bewegung und so weiter gescheitert ist, dann sehe ich den Physiotherapeuten ganz am Schluss erst, in der Individualbetreuung und sagt dann, okay, hallo, können wir jetzt über ihre Schmerzen reden und wie läuft das alles.

I: Ah, okay, das heißt, du meinst auch so bisschen mehr interdisziplinär in die Prävention?

B6: Genau. Ich denke an die Prävention, ich denke an die Zukunft, weil, ich glaube auch wenn man, wenn man die derzeitige Entwicklung anschaut, dass das ein größeres Thema sein wird. Denn wenn man sich anschaut, dass 60 % der Deutschen halten die WHO-Richtlinien was Mindestmaß an Bewegung angeht, nicht ein und wir sind diejenigen, die Bewegung an den Mann bringen sollen, dann sind wir doch recht gescheit. (Ja, das stimmt) Und dann dann glaube ich, dass man über so einen Weg diese Professionalisierung hinkriegt, was auch dann dazu führt, dass hier eine Koexistenz auch existieren kann. Von studierten Physiotherapeuten, so als Weiterbildungsstudium und als ausgebildete Physiotherapeuten. Ausgebildet im Sinne von Individualbetreuung, okay, Praxis und so weiter und der Physiotherapeut in der, der studierte Physiotherapeut mit Bachelor und Master dann schon wieder in, wie entwickle ich Bewegungskonzepte für eine Gesellschaft.

I: Sehr spannend. Das ist gute Idee, sehr schön.

B6: Und dann kann man sich das auch vorstellen, ich kann den Master reinbringen, dann bin ich schon in der Bundeszentrale. Wie entwickle ich, so wie, so wie die ganzen, keine Ahnung Liebesleben oder keiner, diese ganzen Konzepte, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kommt, die dann an riesigen Plakaten aufgehängt werden, so etwas stelle ich mir für die Physiotherapie vor. Dass die das entwickeln.

I: Okay, und der Physiotherapeut mithilft und mitwirkt, dann direkt. (Genau) Okay, sehr gut. Okay, Frage Nummer zwei. Welche Praxis oder Behandlungsmodelle kennst du und nach welchen Behandlungsmodell richtest du deine Behandlungsstrategie aus?

B6: (Lach) Ich richte meine Behandlungsstrategie nach nachdem das, sagen wir mal, nach der Physiologie aus. Das muss alles nach, nach, sagen wir nicht unbedingt biopsychosozialen Modell, das mag ich nicht so, aber nach dem biologischen Modell, sprich es gibt einfach Sachen die funktionieren einfach so. Wenn ich eine, eine Sehne habe, dann heilt die einfach so lange. Da kann ich nichts dafür machen und dann muss es aber auch meine Behandlung so ausrichten, dass ich diesen Prozess optimal begleite. Also, deshalb, ja, das würde ich so, im Prinzip nach dem biologischen, bioökonomischen Konzept kann man schon fast dazu sagen.

I: Bioökonomisch. Okay, nutzt du auch ab und zu, dass das biopsychosoziale oder ist das dann eher so, dass das dann für dich persönlich weniger Relevant hat?

B6: Das hat schon Relevanz, das ist, definitiv aber wenn man, wenn man weiterdenkt und in die Literatur schaut, ist Psychologie auch nur Biologie und Sozial drückt sich auch in einem biologischen Prozess aus. Sei es Placeboeffekte, sei es Stressphänomene, das sind ja auch alles biologische Reaktion und die muss ich auch kennen und deshalb, ja, ich glaube der O´Sullivan hat es letztens auch in einem Post gemeint, hey, psycho is bio und social ist also bio. das kann man nicht mehr trennen also ich bin für mich da soweit.

I: Okay, sehr gut. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder Studium erworben haben? Das heißt, du kannst auch mal so reflektieren, wie es bei dir früher war. Was war dir denn besonders wichtig, was du eigentlich sagen könntest, das sollte eigentlich jeder Physiotherapeut, der aus Ausbildung und Studium kommt wissen, oder können?

B6: Wenn, rein vom Wissen her, würde ich sagen, die Physiologie, das ist die Grundlage von allem. Dazu gehört für mich auch Physik, Chemie und Biologie. Das sollten für mich Grundfächer sein, die es leider in der physiotherapeutischen Ausbildung nicht gibt. Anschließend, wenn ich, wenn ich weiter denke als, als Verständnis vielleicht, dass das, dass das alles miteinander zusammenwirkt und als, sag mal endlich, schlussendliche Kompetenz, das ganze sozusagen in einer Situation, in einer, hoppala, hoppala, was war denn das? In einer konkreten Situation am Menschen umzusetzen und diesen Menschen verständlich machen. Diese Kompetenz, dieses auch, die didaktischen Kompetenzen. Ich glaube mir, mir hat das gefehlt in der Ausbildung. Diese didaktische Kompetenz, das an den Mann zu bringen, die kommt sehr, sehr selten rüber, also da sagt man halt so, ja, bei A, machst du das, bei Arthrose machst du das und das, dann sagst du dem Patienten, mach das.

I: Okay, das heißt quasi diese, du meinst dann quasi diese Verknüpfung von diesen unterschiedlichen Fächern, dass man das dann methodisch selber sich so arbeiten kann, wo diese Schnittstellen gerade jetzt in dieser Situation für diesen Patienten sind, und dann kommt es zu dieser Anwendung, dass man dann sagt, hey, aus, aus besten, ja, didaktisch-pädagogischen Verständnis, dass diesem Patienten so beizubringen.

B6: Genau (Okay) Ich denke die, die ich, ich studiere jetzt auch aktuell Pädagogik und habe jetzt relativ viele Didaktik und ich merke auch, dass das in der in der Arbeit am Patienten, dass das total viel bringt und man doch viel, viel besser, also was man auch in der Didaktik so nennt, diese Situation zu analysieren, was da alles dahinter steht, so mit Zukunftsbedeutung, Vergangenheitsbedeutung, was da alles noch dazu kommt und diese, diese, diese Schnittstelle diese, diese, dieses Wissen, diese Kompetenz, die hat ein Physiotherapeut nicht. Die lernt er auch, ich kenne kein einziges Studium, wo das ist. Ich bin selbst Dozent an der Hochschule Furtwangen für den Studiengang Physiotherapie und selbst da wird das nicht gemacht.

I: Okay, das heißt, auch so mehr sozialpädagogische, sagen wir es jetzt mal so als Überbegriff. Dass man dann auch reflektiert, dass das, dass das eine gewisse Asymmetrie gerade in diesem Moment gibt, dass ich mehr weiß und mehr kann als der andere und das spezifische und die diffuse Rollenbilder dann auch noch gibt, die hat dann auch viel Platz für unterschiedliche Kommunikationsformen dann auch haben.

B6: Ja auf jeden Fall. Also da, da, da, da würde ich dir jetzt sofort zustimmen, weil, als Physiotherapeut, sag mal als Standardphysiotherapeut wie ich dir in vielen Praxen in der ich in der Arbeit kennengelernt habe, hat da entweder das funktioniert oder der Patient ist schuld.

I: Okay, das heißt, so dieses, dies Eigenreflexion die (Die lernst du nicht) Die lernst du nicht, ge?!

B6: Nein, das lernt man überhaupt nicht und was aber auch ein für zukünftige Physiotherapeuten ein Ausschlusskriterium sein sollte. (Okay) Diese, so eine gewisse Grundkompetenz die abgeprüft werden sollte im Vorfeld, um überhaupt Physiotherapeut zu werden. Auch wieder glaube ich einen Schritt hin zur professionalisieren möchte ich nicht sagen, aber zu einer Verbesserung und einer Aufwertung des Berufsstandes, sagen wir mal so.

I: Okay, gut. Hast du das Gefühl, dass du durch deine Ausbildung oder Studium genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest?

B6: Nein.

I: Okay, das heißt, ich sag mal so die ersten Tage, die ersten Wochen, wie hast du dich gefühlt und warum glaubst du, dass das, dass es für dich jetzt, dass du nicht darauf vorbereitet gewesen bist und was hat dir gefehlt?

B6: Also egal aus, was Verschiedenes. Rein aus ökonomischer Sicht, wie verhandele ich Geld. Die Kohle muss schon stimmen. Wie verhandle ich, wie, wie, diese Ganze, aufgeb… Abrechnungsgeschichte. Wie funktioniert ein Rezept, wie, wie wird das in den Abrechnungscentern abgerechnet. Also dieses reine, sagen wir mal das System an sich, dieses Systemdenken.

I: Also das bürokratische, dieses, was halt im Hintergrund noch alles eigentlich noch läuft, weil in der Ausbildung lernst du erst mal nur Techniken und die Theorie aber was (Genau) halt dann da im Hintergrund eigentlich noch läuft. Wie das System funktioniert, wie du es gesagt hast.

B6: Genau, das lernst du eigentlich nicht, weil, aus dem heraus ergibt sich ja, welche Verantwortung als ein Physiotherapeut hat in einer Gesellschaft (Ja) wenn ich den Patienten Scheiß erzählen dann, tschuldigung, wenn ich das sage, (Ja) aber wenn ich dem Patienten Scheiß erzähle, dann chronifiziere ich den und dadurch entwickel ich Kosten. Das wird auf alle abgewälzt und das, diese Verantwortung muss ich übernehmen und ich glaube nicht, dass sich diese vielen Physiotherapeuten dieser Verantwortung bewusst sind.

I: Ja, und vor allem am Anfang nicht, wenn du dann einfach dann reingeworfen wirst, in die Sache (Genau) und dann musst du irgendwas machen und dann, ja, das weiß ich ja bei mir auch noch, dann hat man halt irgendwie funktioniert aber ob das jetzt gewissen Anforderungen genügt hat oder nicht, das war, konntest du das selber wahrscheinlich in der Situation gar nicht reflektieren.

B6: Ne, überhaupt nicht, weil man einfach nur mit allem anderen beschäftigt ist und mit sich selber, deshalb, klar ich glaube auch, dass einige eine Behandlung durch aus schief gelaufen in meinem Leben, aber ja, das soll nicht so sein. Viel lieber ist es mir, dann zu sagen okay, ich hab noch mal ein Jahr anstatt 3, ja Ausbildungsjahre, vier Jahre Ausbildung und das vierte Jahr ist dann noch mal so ein Mentoring-Jahr, wo ich dann einfach sag, okay, ich hab von der Schule hier einen Mentor der mich konstant begleitet, was ich durch aus vorstellen könnte, dass für andere Berufsgruppen Logopäden oder Ergotherapeuten, die haben ja ähnliche Zustände, gut, Logopäden vielleicht nicht so, aber das man sowas noch einführen könnte, da hat die, die, die, die therapeutische Komponente oder dieses Mentoring dieses, glaube ich schon, sollte man hier, sollte man darüber reden.

I: Da kommen wir später auch nochmal darauf zurück. Das kommt dann irgendwann in weiteren Fragen. Okay, machen wir erstmal hier weiter. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B6: Ja.

I: Ja, okay. Und warum ist es für dich so wichtig?

B6: Warum ist das für mich… war, wahrscheinlich einfach auch aus dem Hintergrund, wie ich es vorhin gesagt hab, dass ich eine gewisse Verantwortung habe und außerdem steht ganz klar drin in den Sozialgesetzbüchern, die Leistungserbringer müssen auf neusten wissenschaftlichen Stand sein. Das ist eine Pflicht. Das steht dann ganz klar drin, Paragraph 135 B.

I: Und wenn man jetzt so in die Ausbildung schaut, das ist es teilweise noch formal das Wissen von 1994 ist (Genau) das darf alles eigentlich nicht sein.

B6: Ne, das darf eigentlich nicht sein. Ich frag mich auch bis heute warum das so ist, weil, die, weil eigentlich ist das rechtswidrig. Also jeder Patient der daraus geht aus der Physiotherapiepraxis und so ein bisschen behandelt worden ist, der kann theoretisch zum Rechtsanwalt gehen und sagen, du pass auf, der hat Scheiße gemacht, prüf das mal nach und wenn das rauskommt, wenn dann nur ein Patient damit anfängt dann ist das ein riesen Lauffeuer und das ganze Konstrukt bricht zusammen weil dann jeder auf einmal anfängt, ja Moment, warum werde ich noch massiert eigentlich ist das doch so viel, viel besser und dieses, dass dann wirklich, was meines Erachtens noch keiner draufkommt, ist man mit einem Bein im Knast.

I: Wenn du, wenn, wenn das wirklich mal jemand machen würde, dann würden wahrscheinlich schon zwei Drittel daran scheitern, weil es noch nicht meine Dokumentation wahrscheinlich gibt.

B6: Richtig. Also das ist ja das nächste, wir haben eine Dokumentationspflicht, oh, da gucken wir uns mal die Praxis an, vielleicht machen wir noch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, hmm…

I: Dann bist du weg.

B6: Und dann ist die Praxis dicht. So dann ist auch keim geholfen.

I: Okay, gut. Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert? Und was war der Grund dafür?

B6: Heute.

I: Heute? Okay, sehr schön. Und warum?

B6: Ich glaube der Grund war der Therapiegipfel.

I: Okay. Jetzt letzte Woche glaube ich.

B6: Ja genau, der Therapiegipfel, ich habe den auch so, so nebenbei im Urlaub habe ich dann auf dem Handy verfolgen, obwohl man das nicht machen sollte aber was da so gelaufen ist und dann einfach so mal gucken was aus Artikel geschrieben werden ich bin auch in Kontakt mit der Hochschule und sie schicken mir auch immer wieder ein paar Sachen zu, deshalb habe ich, ich bin da in dem Verteiler drin und im Endeffekt läuft, hat der gute Spahn gesagt, ja passt schon, das läuft genauso wie vorher.

I: Eine volle Akademisierung wird es mit mir nicht geben. Irgend sowas hat er glaube ich gesagt (Genau)

B6: Ich bin tatsächlich auch noch nicht ganz überzeugt von der Vollakademisierung, ich denke wir werden wegen der, der ganzen weltweiten Akademisierung der therapeutischen Berufe und auch in Europa, werden wir die Akademisierung irgendwann bekommen aber halt erst in 30 Jahren.

I: Ich glaube auch. Das ist dann sogar später auch noch ein Thema in acht Fragen. Dann geht es nämlich da weiter. Okay. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitungsleitlinien?

B6: Ja.

I: Okay. Regelmäßig oder lehnst du dich an oder wie, wie handhabst du das?

B6: Ich nutz die regelmäßig als Orientierung für mich. Dafür ist es ja auch gedacht als dass man das sagen wir dann mal, okay, so hat das abzulaufen, weil meistens, wenn man sich dann auch wieder die Biologie und Physiologie anguckt, passt das auch immer ganz gut von dem Zeitraum, die die angeben und deshalb macht das schon Sinn und auch einfach als Aufklärungsmaßnahmen. Also wenn jetzt zum Beispiel, eine Patientin mit Kind kommt und fragt mich an, ey, was glauben sie was ist denn für das Kind gut, wie soll sich denn so ein Kind bewegen? Dann kann ich die WHO Leitlinie rausholen und sagen, passen sie mal auf. So und so viel Minuten so und so, so und so und da steht das ganz klar.

I: Als Argumentationsmittel dann noch mal extra, dass du dann sagen kannst, hey ich weiß das, das und das dort steht und dann auch als Aufklärung nutzen kannst.

B6: Nicht nur das sondern auch das ist, das ist das Recht des Patienten das zu wissen. Ich glaube nicht, dass jeder Patient das selber recherchieren könnte, weil er A keine Ahnung hat und B keine Zeit oder sonst was ist und dementsprechend ist das mein Job auch als Physiotherapeut, Wissen an die Gesellschaft weiterzugeben. Das was praxisrelevant ist darum arbeiten in der Praxis, von der Wissenschaft an den Mann zu bringen, sozusagen, bitte mach das so. Das man sozusagen auch einen gesellschaftlichen Wandel auslöst.

I: Ja. Okay, gut. Nächstes großes Thema. Jetzt geht es so ein bisschen um Professionalisierung. (Okay) Erst einmal, was sagt dir der Begriff Professionalisierung? Was, also wenn du den Begriff dir in einem geistigen Auge dann vorstellst, was würdest du denn sagen, was Professionalisierung für dich bedeutet.

B6: Okay. Professionalisierung bedeutet für mich, ich weiß was zu tun ist, egal was kommt (Ja) und ich kann, selbst wenn ich keine Ahnung habe, kann ich trotzdem, bin ich trotzdem handlungsfähig. (Okay) Und kann, kann eine kann eine kann mich an die Lösung herantasten.

I: Okay, ja. Das heißt, wenn du jetzt noch keine Begründung hast kannst du die dann aber im Laufe der Zeit für dich rekonstruieren.

B6: Genau. (Sehr gut) Manchmal muss man einfach mal Dinge ausprobieren. Ich, ich, ich… kann ich dir ein Beispiel geben? Können wir das…? Ich kann mich noch erinnern, ich hatte eine Patientin, das fand ich eine tolle Geschichte. Die Patientin kam mit Rückenschmerzen und die hat ja schon seit 30 Jahren. Und dann hat sie von Bandscheibe irgendwas erzählt und dann habe ich einfach gedacht, du, pass auf B6, der Prof kann dir viel erzählen, machst du folgendes. Habe ich sie an der Hand, lasse ich sie hin stehen lassen und habe sie an der Hand genommen und gesagt, und, wie geht es ihnen? Ja, tut ein bisschen weh und habe gesagt, gut, okay, passt und dann habe ich sie Hand genommen und hab zu ihr gesagt, hüpfen sie einmal. Und dann guckt sie mich an, und ich sage so, ja, hüpfen sie einfach mal. Dann ist sie einfach mal hochgehüpft. Dann habe ich sie gefragt, und, ist etwas kaputt gegangen? Dann sagt sie, nö, alles okay. Okay, hüpfen sie noch einmal. Dann habe ich das gemacht, das habe ich vier, fünfmal gemacht und dann habe ich sie nach Hause geschickt. Dann war sie eine Woche im Urlaub, dann kommt sie zurück und sage mir, Herr B6, mir geht's fantastisch. Ich habe keine Rückenschmerzen mehr. Ich dachte mir so, häh?! Was ist denn los, was haben sie denn gemacht? Ich habe mich im Urlaub, habe ich mich jeden Tag in meinem Wohnwagen eingeschlossen und hab eine halbe Stunde gehüpft. (Okay) Und dann ging es mir besser. Ich hatte keine Ahnung was die Frau hatte, ich habe, ich, das was ich aus Schmerzgeschichten, Schmerzbüchern und Biologie weiß, habe ich mir gedacht, so ja so nach 30 Jahren ist der jetzt nicht mehr viel kaputt. Probierst du einfach mal aus und ja, hat funktioniert.

I: Okay, sehr gut. Ja, das kann ich auch so damit als Beispiel dann vielleicht doch mit aufgreifen. Okay. Was fällt dir bei dem Begriff Professionalisierung im Kontext zur deutschen Physiotherapie ein?

B6: Okay. Oh, das ist eine spannende Frage. Wie kriegst du denn solche Fragen? (lach) Okay, ich, ich denke wir sind schon eine Profession, weil wir keine Ahnung haben und uns trotzdem an Lösungen herantasten, also da ist es, da, da sehe ich jetzt nicht, das ist für mich die deutsche Physiotherapie. Das Problem ist nur, wir bleiben bei dem, ich hab keine Ahnung fest, und dann glauben wir da dran und der nächste Schritt wäre so, ja Scheiße, ich würde ja gerne wissen was das, was da passiert ist und ich musst du mir das vorstellen können und dieser Wissensdurst nach dem, was da passiert, der fehlt dann. Die sagen dann einfach, ja, mein Dozent hat mal gesagt, oder die Osteopathen sagen oder die Heilpraktiker sagen.

I: Ja, das heißt, es ist dann eher so ein, so eine Art Guru-tum auf die sich dann viele Leute dann irgendwie verlassen und um ihre eigene Verantwortung dann vielleicht abzugeben. (Ja, absolut) Die sagen sich dann, hey, ich mache das, weil der hat das mal gesagt. Aber warum das jetzt wirklich so ist, (Interessiert doch keinen) Ja, das stimmt.

B6: Es interessiert doch keinen. Also, warum auch? Weil, es hat ja funktioniert. Das ist ja genauso wie wenn du zum wie heißt es, dein Auto zur Reparatur bringst, weil es kaputt ist und dann kommt es fertig zurück. Da willst du auch nicht genau wissen, du willst da nur die Rechnung sehen. Aber wie der das angeschraubt hat, was da passiert ist, wie ein Motor funktioniert. Das willst du alles doch gar nicht wissen. Weil es anstrengend ist und Leute möchten nicht, dass es anstrengend ist.

I: (lach) Das stimmt. Okay. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützt? Das heißt, das gesamte Berufsbild der Physiotherapeuten weiter zu entwickeln.

B6: Ich glaube wir müssen an die Verbände appellieren, dass sie endlich aufhören nichts… Endlich aufhören Scheiße zu propagieren. Wie zum Beispiel der VPT mit Osteopathie oder manuelle Therapie und die ganzen Fasziensachen. Also wenn, wenn, wenn, wenn, wenn ich das schon sehe, wenn ich das schon, schon die ganzen Fortbildungskataloge schon sehen, da gehört einfach mal 99 % rausgestrichen. Und dann zu sagen, für wirklich für etwas einzustehen und auch davon überzeugt zu sein und das durchzuziehen. Weil durch ihre jetzige Einstellung die sie haben, sie wollen sich zwar zusammenschließen und so weiter, alles cool, aber sie haben keine Vision. Sie haben kein, kein, kein, sie verschwenden keinen Gedanken dran, wie geht's denn den jungen Leuten. Wie so vielmals in der Politik, bei der ein Haufen alter Leute sitzen aber wie geht's denn den jungen Leuten, was wollen die denn und ich glaube die Leute wollen so etwas was, das ist meine Überzeugung zu mindestens bin ich jetzt mal arrogant, das was ich vorhin vorgeschlagen habe, mit diesen, ich bringe die mit in das öffentliche Gesundheitssystem mit ein und, und damit die eine Perspektive haben und das, das bieten die Verbände nicht. Das ist der aller, aller erste Schritt. Aber das passiert nicht.

I: Das heißt einmal die Verbände, die könnten so ein bisschen, wenn sie wollten, uns auch noch, also die Physiotherapie als solches noch ein bisschen besser organisieren vielleicht. Was könnte man noch machen? Was wäre noch eine Alternative?

B6: Eine Alternative wäre auf jeden Fall dann ganz, ganz klar die Physiotherapieausbildung anzugehen. Sprich die (…) also, wenn ich weiß nicht, die Ausbildungs- und Prüfungsordnung wirst du ja schon gesehen haben, in deinem Leben. Die ist grausam, weil die Physiotherapie einfach Ersatzschulen sind und sich kein Schwein darum gekümmert hat und wenn ich mir dann, sag mir mal, einen Beruf angucke, die im dualen System organisiert sind, sei es der Mechatroniker und so weiter, da steht ganz klar drin, was die Leute nach welcher Zeit zu tun, tun müssen, tun können, sollen.

I: So ein Kompetenzprofil. Das ist halt so ein einschlägiges Kompetenzprofil, dass man sagt, erstes Lehrjahr, zweites Lehrjahr, drittes Lehrjahr oder wie auch immer geartete, welches Semester aber auch, (Genau) dass die das dann wissen sollen und das gibt es in der Physiotherapie bis jetzt noch gar nicht.

B6: Ne, das gibt es nicht, das existiert nicht und auch hier wieder sind die Verbände mit dafür verantwortlich diesen Beruf zu gestalten. Tun sie aber nicht. Tun sie einfach nicht. Das dann, das ist, das ist dann eine Sache, wo sich dann die Leute darüber aufregen aber sie regen sich auf und sagen, der Verband tut nichts für uns. Der Verband tut schon sehr, sehr viel aber halt nicht an den wichtigen Stellen. Nicht da, wo es wehtut, nicht da wo man ein bisschen dafür kämpfen muss und dann sagen muss, okay, weil da auch keiner ausgebildet ist dafür. Ganz grob gesagt ein Curriculum zu schreiben, einen Lehrplan zu schreiben, und definieren, was ist denn Kompetenz, was ist denn Qualifikation, was können, was sollen die denn alle können. Diese, dafür sind auch die Verbände nicht ausgebildet dafür, da müssen Leute rein die das können.

I: Ja gut aber solche Leute sind halt dann auch so ein bisschen eher mehr an der Hochschule dann anzufinden oder anzutreffen.

B6: Ne, ne, die Hochschulen, das sag ich dir jetzt unter der Hand, die Hochschulen stellen einfach jeden ein, der nicht bei 33 auf dem Baum ist. Weil, sie brauchen Physiotherapeuten die ausgebildet sind (Ja) an, als Bachelor oder als Master und durch, dass das es dieses Bachelor- und Mastersystem, das ist nochmal eine ganz andere Geschichte ist, dass das einfach scheiße ist aber da kommt nicht viel dabei rum. Die Physiotherapeuten trotzdem nicht besser ausgebildet. Ich habe Kollegen gehabt, an der, an der, an der HFU und die sind mittlerweile fest angestellt. Die sagen dir ganz klar, wenn du keine Techniken gut beherrscht, dann bist du ein scheiß Physiotherapeutische. Wo ich mir denke, hm, das hast du nicht einfach gesagt. Das unterrichtest du auch, das bringst du rüber, an deine Studenten. Dafür gibt es aber keine wissenschaftlichen Grundlagen und du solltest aber hier wissenschaftliche Grundlagen vermittelt. Also das funktioniert nicht. Dafür steht die, die Qualität der Hochschulstudiengänge hat durch das schnelle aufkommt der Hochschulstudiengänge stark gelitten und wenn man sich auch die Kosten anschaut, die Hochschulen verdienen ja ein Schweinegeld damit. An der SRH Hochschule kostet im Monat 600 Tacken.

I: Das ist gut. Das ist viel Geld, ja.

B6: Das ist eine menge Kohle.

I: Da sollte man dann schon erwarten, dass die da wissen was sie tun.

B6: Ne, tun sie aber nicht. (lach) Ich kann es dir nicht genau sagen.

I: Nächste Frage. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung oder beziehungsweise was sollte denn der professionelle Physiotherapeut alles können?

B6: Empathiefähigkeit. (Ja, okay. Punkt 1) Punkt eins. Also ich meine drei, die Top drei.

I: Du kannst auch Top vier sagen, so viel wie dir einfällt.

B6: Empathiefähigkeit. Fachliches Grundwissen auf neuestem Stand (Okay, ja) Ganz wichtiges Thema, was dazu gehört das ist, das ist extra Schmerzphysiologie, weil das eins der zentralsten Themen in der Physiotherapie ist. Und didaktische Fähigkeiten.

I: Okay, das heißt dann auch so diese Softskills dann quasi auch mit rein oder das wie man mit Menschen umgeht wie man sie motiviert und überzeugt oder mit, quasi sie mit mitnimmt.

B6: Genau. Wenn man das, genau, wenn man die mitnimmt und wie man, ja, wie man auch so eine Situation des Menschen analysiert. So eine gewisse Analysefähigkeit das man sagt, okay, wie binde ich jetzt diese Übung diesen Bewegungsablauf in seinen Alltag ein. So dass der gar nicht drüber nachdenken muss, sondern einfach mal macht. Womit wir wieder bei dem Punkt wären, wo ich ganz am Anfang gesagt habe mit Architektur und so weiter.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die Gesellschaft ein? Hast du eher das Gefühl, dass es positiv ist für die Gesellschaft oder eher negativ oder neutral? Was ist dein Blickpunkt?

B6: Es ist nett, dass sie da sind, wenn sie nicht da sind, ist es nicht schlimm.

I: (lach) Okay. Weil die Effizient und Effektivität noch nicht so ist wie es sein sollte, dass es dann mehr Kosten verursacht als es eigentlich bringen sollte?

B6: Also, wenn man sich die Zahlen anguckt, dann sind die Kosten im Vergleich jetzt zum Beispiel zu anderen Sachen immer noch, also es gibt wesentlich, 3,5 Milliarden oder so, drei Milliarden? Es ist trotzdem eine menge Kohle aber wenn man sich die Gesamtgesundheitsausgaben ausguckt, ist es ist es nicht viel Geld. Wenn man aber sich dafür anschaut, das als Kosten-Nutzen sieht, sprich wie viel Mehrwert habe ich aus diesen 3 Milliarden? Dann kann ich die 3 Milliarden auch in Medikamente oder in Drogenpolitik stecken. Ja, kann ich sagen, ich legalisiere oder halblegalisiere, wie Uruguay das macht, Marihuana, verteile Drogen an die Leute und dann geht's den auch prima.

I: (lach) Ja also ist jetzt dieser, dieser Mehrwert, der kommt bis jetzt noch nicht so zum Tragen, weil irgendwie jedes Jahr die Kosten immer noch weiter steigern wobei ja eigentlich immer, ja das Wissen wir immer noch besser wird und es ja eigentlich gleich bleiben sollte. Naja gut, der demographische Wandel ist ja auch noch mit da aber…

B6: Ja also selbst wenn man das alles nebenbei, da kommt ja noch viel, meine Sache, viel mehr dazu. Ich habe letztens die, die Leitlinie für Kniearthrose gelesen. Das ist eine S2K Leitlinie. So, und dann habe ich reingeguckt, was denn da so drinsteht. Das ist eine konsensbasierte Leitlinie, glaube ich, nä!? So, und da steht dann drin, Akupunktur soll Patienten mit Kniearthrose empfohlen werden. 100 % Konsens zu. So, was willst du da machen?

I: Dann wird ständig Akupunktur gemacht am Knie.

B6: Genau, dann wird Akupunktur gemacht und das wird nach sechs Monaten Schmerzen von der Kasse gezahlt. So, jetzt musst du dir überlegen jetzt habe ich im ersten Monat ist der Hausarzt so frei und sagt, von seinen Rahmenvereinbarungen, ja okay, ich drück mal sechs KG ab. Dann macht der Physio sechsmal KG, zweimal die Woche und dann ist vorbei. Und dann in der KG macht der auch noch so bisschen Fahrradfahren und ich nicht einmal so, einen richtigen Plan oder nichts. Und dann macht der das nächste mal Fahrradfahren, ja, das kommt durchaus vor. So durch das, dass es keine Langzeit oder Langfristverordnung ist, es dafür auch keine Grundlage gibt, ne, weil nur diese Sachen nach OP, Knie-OP sind, diese besonderen Verordnungsbedarfe Sechsmal KG so, dann die restlichen vier Monate, fünf Monate bringt der Patient mit Schmerzmedikamente rum und dann geht er zum Arzt und kriegt Akupunktur, prima.

I: Und dann bekommt er trotzdem eine Knie-TEP rein.

B6: Da, da is so viel gewonnen dadurch anstatt zu sagen, Moment, ich mach 6x Physiotherapie ich machte sechsmal in sechs Monaten und dann erarbeite ich einen ganz klar plan, mit dem habe ich sechsmal 1 Stunde Zeit, das ist deutlich günstiger. Das geht deutlich besser und das ist eine längerfristig bessere Betreuung und der Patient hat wahrscheinlich längerfristig was davon. Ob man das in den Studien feststellen kann, weiß ich nicht. Das müsste man mal ausprobieren, macht aber keiner. Und wenn man den Physiotherapeuten freie Hand lässt wie zum Beispiel diese ganzen, wie heißen sie, (Direct Access oder …) Genau, Direct Access oder Blankoverordnung, genau. Ja, dann hat man ja in Berlin und Brandenburg gesehen, dass das einfach scheiße gelaufen ist.

I: Dass die dann bis in die Unendlichkeit irgendwas gemacht haben.

B6: Genau, die machen dann einfach nur Scheiße. So, und dann frage ich mich, wenn ich, wenn du, also, ganz simpel gesprochen, du gehst zum Automechaniker und du kriegst, du gehst dein Auto reparieren und das Auto kommt jedes Mal zurück mit einem anderen Fehler. Dann würdest du doch den Typ nicht bezahlen. Warum soll ich dann den Physiotherapeuten mehr Geld geben? Das macht keinen Sinn.

I: Ja, also solange es jetzt auf diesem Stand noch ist, macht es wirklich keinen Sinn aber dann muss, müssen sich halt die Leute erst mal so ein bisschen selber an der Nase packen und selber versuchen so bisschen professionalisieren oder professionelles Handeln reflektiert anwenden, damit man dann eben dann auch sagen kann, hey okay, ihr seid jetzt besser geworden und jetzt bekommt ihr vielleicht auch mehr Geld. (Genau) Ansonsten wird nichts nicht passieren.

B6: Genau, wenn du, wenn du nicht leistest, kriegst du auch kein Geld.

I: Ja, Okay, nächste Frage. Was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut in diesem Gesamtprozess der Professionalisierung? Das heißt, was kann jeder Einzelne dafür tun, dass sich die Physiotherapie weiterentwickelt, dass sie professioneller wird.

B6: Alles zwischen sich vernetzen und die Fresse halten (Okay) Also, wenn du, da darf jeder selbst dieser Physiotherapeut sein, wie er will aber ich denke, dass das zumindest, also das aller mindeste, was ich, was ich mir erhoffe, dass die Leute sich zumindest mit der Situation beschäftigen. Es muss nicht einmal eine Meinung gebildet werden aber zumindest das Wissen, was passiert denn da gerade in der Politik in meinem Leben, weil, die sind ja alle davon abhängig. Das ist zumindest das aller, aller wichtigste. Das heißt so eine politische Beteiligung. Wenn ich mir aber dann anschauen, also der nächste Punkt wäre dann als nächster Schritt, aus dem heraus eine anständige Diskussionskultur zu entwickeln. Sprich wenn ich, du bist ja auch in der Physio-Deutschland Gruppe in Facebook, gut dann kannst du, dann siehst du ja die Diskussion. Dann siehst du welche Fragen gestellt werden und mich kotzen jedes Mal die Bilder an die dann so witziger weise über hier, Mon Cherie-Packungen, irgendwas, wo ich mir denke, so, ja der Patient schon so oft da bei dir gewesen, dass er dir sogar Mon Cherie-Packungen schenkt und dir dann sagt, hey, bis nächsten Montag. (lach) Weißt du!? Dann, dann, dann war es das nicht wert, dann hast du einfach Scheiße gebaut als Therapeut.

I: Aber das heißt, das ist ja quasi dieses, diese Kultur, dass das man das ja gar nicht so reflektiert, was man da eigentlich genau macht, sondern man macht halt dann irgendwas und es läuft dann und läuft hin und her und dann freut man sich und man ist halt, so ein bisschen zufrieden mit dem was halt Grad so irgendwie ist aber, das… ich weiß nicht ob es einen hohen Standard hat, hat es dann eigentlich auch nicht.

B6: Ja, nicht nur das. Und die Physiotherapeuten, jeder einzelne bildet sich halt dann doch echt viel auf sich ein, wenn er dann sagt… Ich kann mich noch an deinen Post erinnern, wo ich die, die, die du da in Facebook gemacht hast, und der eine Typ daruntergeschrieben hat, ja, ich bin Physiotherapeut im Krankenhaus und bestimmt genauso oder noch Kompetenter als wie der mit

Bachelor. Wo ich mir denke so, dass, das, das trägt jetzt einfach überhaupt nichts zur Sache bei. Das hättest du dir einfach sparen können, die Zeit, die Energie, dein, das Leben der anderen Menschen hast du einfach komplett verschwendet.

I: Also da, da ist halt dieses Wissen, was man wann vielleicht sagt zu diesem richtig Moment das sollte dann vielleicht irgendwie auch noch mal hinterfragt werden.

B6: Ja aber das ist ja auch ein Problem, dass des Internets und den sozialen Medien an sich, dass die…

I: Die Identität und die Distanz ist da einfach zu hoch zwischen den einzelnen Individuen.

B6: Genau und es ist auch sagen wir mal mehr erlaubt worden durch die Gesellschaft. Es ist jetzt okay zu sagen, dass du sowas doof findest und früher hätte man sich dafür geschämt. Also meine, ganz simpel, meine Mutter hat mir beigebracht, wenn du jetzt nichts zu sagen hast, (unverständlich) halt auch einfach mal die Fresse. Und stör die Leute nicht und verhalte dich einfach mal ruhig.

I: Okay, nächste Frage. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt oder auf jeden Fall ein Großteil deiner Schritte des therapeutischen Vorgehens am Patienten auch begründen könntest, logisch argumentativ.

B6: Ja.

I: Okay, gut. Wie, wie bist du da der Meinung, warum glaubst du das?

B6: Weil ich es mir aufschreibe. (Echt?) Ja, ich schreibe das teilweise für mich auf, so. Ich habe das, (Ja) warum habe ich das gemacht? Ich habe das gemacht, warum habe ich das gemacht? Das schreibe ich mir auf.

I: Okay, krass. Das ist echt…

B6: Und selbst wenn ich es für mich mache, wo ich denke, so, okay, Moment, ich laufe, ich fahre auch oft genug nachhause und dann denke ich mir, ach scheiße, warum hast du das eigentlich gemacht, du hast gedacht, du hast es dafür schon gemacht aber eigentlich hast du das für was ganz anderes gemacht und das ist das ist harte Arbeit aber es bringt was.

I: Ist ja eigentlich auch wichtig, dass man es auch ja argumentieren kann. Für sich, dass man dann dementsprechend dann auch was, wie gesagt, wir haben es ja vorhin schon angesprochen mit der Verantwortung, dass man halt das was man macht, dass man das auch verantworten kann oder, dass man das auf jeden Fall erklären kann warum man das so macht. Okay, sehr gut. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher?

B6: Welche Ausbildungsmaßnahmen?

I: Ausbildung, Studium, Fortbildungen? Wir haben ja vorher schon dieses Fellowship so ein bisschen angesprochen. (Genau, also…) Was ist da für dich das sinnvollste? So in der Reihenfolge oder in welcher Situation?

B6: Ich denke also wenn ich jetzt mir eine Ausbildung aufbauen möchte wie ich das will, dann würde ich anfangen mit sehr viel Grundlagentheorie, anschließend würde ich einen in ein Mentoring übergehe, sprich ich verfolge einen Therapeuten dann mit geführten Behandlungen, anschließend mit Behandlung und Nachbesprechung und dann mit, sagen wir mal, wo man ganz zum Abschluss dieses alleine behandeln und zwischendurch mal ein bisschen Mentoring. Das wirklich sozusagen die, die Praxis, also dieses, sagen wir mal das praktische Handlung am Patienten sozusagen kommt, als auch, so eine gewisse, dass da jemand der ganz klar sagt, Junge das war Scheiße was du da gemacht hast. Also ich kann mich selten dran erinnern, dass irgendeiner von meinen Dozenten die bei mir in meinem Praktikum damals waren, gesagt haben, B6, das war scheiße, das machst du bitte anders. Das hat nie jemand gemacht, nie. Weil man sich fast immer die Patienten ausgesucht hat, die einfach waren, die entspannt waren, und wo man, wo man, wo keine Herausforderungen an sich waren. (Okay) Aber genau an schwierigen Patienten, da, da kommst es darauf an. Da muss man oft den Leuten auf die Finger gucken.

I: Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung?

B6: Bin ich dagegen.

I: Okay, aus welchem Grund genau oder so ähnlich wieder Wissenschaftsrat erst mal sagt 20 % oder?

B6: Ich bin deshalb dagegen, weil die (…) wie soll man das sagen, das was wissenschaftlich aktuell ist, überhaupt noch nicht soweit in den Köpfen drin ist, dass es in einen Lehrplan geschrieben werden kann. (Okay) Also ich kann durch aus eine Vollakademisierung einführen, kein Problem, außer, dass diejenigen, die dann ausbilden, in den Physiotherapiehochschulen, (Ja) das wissen von 1994 mitbringen. Dann, dann, dann habe ich den Effekt verfehlt. Es muss ganz klar gesagt werden, wenn ich das mache, dann darf da nichts drin sein, was, was nicht stimmt.

I: Also kompletter Cut und das geht wahrscheinlich dann auch erstmal noch schwieriger oder, da einen kompletten Cut zu machen und dann alle komplett dann irgendwie neu von 2000 ab 2010 zum Beispiel Bachelor oder Master Studiengänge dann zu implementieren aber so viel hast du doch glaube ich gar nicht, dass man die dann integrieren könnte, (Nö) in die Berufsschulen.

B6: Genau, dann hast du glaube ich 1 % der Physiotherapeuten sind akademisiert und dann musst du dir noch überlegen, 1 % sind akademisiert aber mit welchen Studiengang? Und mit welcher Qualität? Also, tschuldigung wenn ich das sage aber, wenn ich mir diese Tim van der Lahn-Geschichten anschauen, die da gemacht werden, diese berufsbegleitenden, kennst du bestimmt auch, (Ja) so, ich habe da, ich habe da Bachelorarbeiten davon betreut, ich habe da, ich kenn da Leute davon.

I: Ja, die Bachelorarbeiten sind da echt, puh… Also ich habe es auch dort gemacht, die Bachelorarbeit war wirklich eine Art Gruppenarbeit (Okay) Ja und das war halt dann, also es dann bei mir damals war das noch kein Bachelor of Science, sondern auf Arts. Da war es dann eher so, dass dann wirklich diese, dieses wissenschaftliche reflektierter anwenden in die Praxis, das war eigentlich das, das Ziel von denen. Wie es jetzt genau ist, kann ich dir auch nicht sagen.

B6: Ich kanns du vom letzten Jahr sagen, da hat nämlich ein Kollege von mir seinen Bachelor gemacht, der hat einen Review geschrieben ein in Anführungsstriche systematischen Review, durfte aber nur vier Studien verwenden. (Okay) So, dann kannst du dir die Reviewarbeit sparen.

I: Naja gut, es ist ja auch nur ein Bachelor aber ja, es ist halt, ja, da ist halt, wie du es auch sagst, da ist die Qualität so unterschiedlich und so teilweise auch intransparent, dass man das doch gar nicht so wirklich nachvollziehen kann, wer jetzt welche Qualität hat.

B6: Genau und das hat einfach auch das Bachelor-Master-System mitgebracht und dann Bologna und da wird nicht gerüttelt, die Wirtschaft ist da zu mächtig und dann sagt man, ist das eigentlich durch.

I: Okay. Glaubst du das in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre den Direktzugang für Physiotherapeuten umzusetzen?

B6: Ich denke das für brandgefährlich. (Ja) Weil genau die gleiche Situation entstehen wird, wie wir es jetzt mit den Heilpraktikern haben.

I: Okay, das heißt, da könnte jeder dann wieder irgendwas machen obwohl er gar nicht dafür qualifiziert wäre.

B6: Richtig. Beziehungsweise als Heilpraktiker bist du schon qualifiziert. Das steht ja auch ganz klar drin. Du, also, die haben es mittlerweile geändert. Das einzige, was du als Heilpraktiker darfst, ist niemanden töten. (lach) Du sollst der Gesundheit nicht schaden. (Okay) Das ist das einzige was du da lernst und aus dem Aspekt heraus, ja, voll, hier, Direktzugang für die Physiotherapeuten, töten tun wir keinen.

I: Ja, aber helfen, weiß ich auch nicht. Glaubst du, dass es dann irgendwann mal sinnvoll wäre, dass wir bestimmte Gruppen, für bestimmte Kollektive dann irgendwie frei zu geben, unter bestimmten Voraussetzungen?

B6: (…) Boah, das ist eine schwierige Frage. Das ist glaube ich auch eine rechtlich schwierige Frage. (Unverständlich da beide reden) Ich könnte mir, ich könnte mir vorstellen, dass das geht. Ich könnte mir aber auch durchaus vorstellen, dass, auf, weil, unser Ruf… irgendwie höre ich mich die ganze Zeit doppelt… Dass der Widerstand von anderen Berufsgruppen, sprich Ärzten zum Beispiel, viel zu groß sein wird als ob das jemals durchkommt, solange hier die Ärzteschaft nicht ganz klar sagt, ja, wir gönnen euch das, läuft da nichts. Ich habe erst letztens die Bekanntmachung gelesen, was von, von, von, hier, (Deutschen Ärztetag?) Genau, ne, von der Bundesärztekammer was alles zur Kerntätigkeit eines Arztes gehört. Da hast du dir auch gedacht, boah den, den, da, den wachsen überall riesige Eier am ganzen Körper. (Ja). Also das, da, da, da, solange die Ärzte da nicht sagen, ganz klar sagen, ja, wir geben einen Teil ab, passiert da gar nichts.

I: Ja, das glaube ich auch. Okay, gut. Jetzt ist der zweite große Block durch. Jetzt geht's zum dritten von vier Blöcken. (Okay) Und zwar um die Ethik. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten?

B6: Ich halte tatsächlich ein bisschen mit dem Klassiker, Kant. (Ja) Handle so, wie hat er es, mit dem kategorischen Imperativ gesagt? (Ja, ich weiß was du meinst, ja) Genau, dieses, handle so, dass alles dir, das, die Maxime zu deinem Handeln wird. Ich kann es jetzt nicht genau zitieren. (Ja, aber ist schon richtig so, ja) Genau, egal, dann glaube ich einfach, wenn man davon überzeugt ist, dass die, ich auch davon überzeugt bin, die, die, der wissenschaftliche Weg, im Sinne eines angewandten wissenschaftlichen Weges, menschlichen wissenschaftlichen Weges, dass das längerfristig für alle Patienten der richtige Weg ist. Weil es, das gute an der Wissenschaft ist, es ist wertfrei, (Ja) und das schlechte an der Wissenschaft ist, dass es wertfrei ist, weil die Menschen werden dann wertfrei und emotionslos. Deshalb kommen die Wissenschaften, also kommt die Wissenschaft nicht an den Menschen und dieses, diese Maxime auch einzuhalten, also ich möchte menschliche Wissenschaft machen. Dieses, das ist für mich die Ethik an der Physiotherapie.

I: Okay, das heißt, dieses wissenschaftliche Wissen, praktisch am Menschen, situationsbedingt anwenden.

B6: Genau aber halt menschlich. Das ist einfach, es reicht, wenn wir sagen, ja okay, der Diabetespatient heute sagt, ja, ich gehe heute, keine Ahnung, Geburtstag. Es gibt einen richtig geilen Kuchen, Schwarzwälder Kirschtorte, Frankfurter Kranz, was auch immer, was richtig, richtig geiles. Und eigentlich soll ich das nicht essen aber ich habe richtig Bock drauf. Dann würde ich zu dem sagen, ja, eigentlich haben sie recht, eigentlich sollten sie es nicht essen, weil, das macht ihre Situation definitiv nicht besser aber heute ist es echt okay, weil, es ist Geburtstag und Frankfurter Kranz ist schon mal geil zwischendurch. (lach)

I: Ja genau, situationsabhängig, situationsbedingt. (Genau) Okay. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung oder im Studium schon mal angesprochen, und wenn ja, in welchem Kontext?

B6: Es wurde sowohl in der Ausbildung als auch im Studium angesprochen aber es wurde halt auch nur angesprochen. Es wurde damit nicht viel gemacht.

I: Okay, das heißt, es wurde nur gesagt, das ist wichtig, das halt ethisches Verhalten und so weiter. Also die Grundlagen.

B6: Ja, ja, ja. Alle müssen immer super ehrlich sein und alles muss immer super korrekt sein aber was es dann letzten Endes ist und wie man es am Patienten umsetzt, das interessiert irgendwie keinen.

I: Okay. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt? Irgendwie das du am Abend noch mal reflektiert hast oder du da in einer Situation gedacht hast, oh, okay, aus welchem Grund mache ich jetzt oder sollte ich jetzt das machen anstelle von dem.

B6: Ja, schon. Recht häufig. (Okay) Weil (…) die große, die große Gefahr ist, wenn man, wenn man viel weiß, dass man sein Wissen anderen überstülpen will und diesen, sagen wir diesen Prozess des, überheblich werden ist fast schon diesen Prozess einzudämmen ist auch immer, braucht man glaube ich auch ethische Denkweise.

I: Selber für dich, oder dass du sagst, oh, hey, okay, jetzt habe ich gemerkt, dass ich jetzt schon, ja, übermütig geworden bin oder wie auch immer, dass man sich selber zurücknimmt. War das dann schon einmal so?

B6: Ja, auf jeden Fall. (Okay) Das kam schon ein paarmal vor.

I: Gut. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein?

B6: Ich halte den tatsächlich für sehr, sehr wesentlich, ich glaube, das ist einer der grundlegenden Sachen sogar. (Ja) Ohne, das geht es nicht, weil, aus dieser Ethik heraus, die man da erarbeitet, sozusagen, ergibt sich dann das weitere Vorgehen. Was kann ich mir als Therapeut erlauben, sozusagen, in ganz dicken Anführungsstrichen. Was ist okay, wo, wo, wo kann ich, wo darf ich sozusagen eingreifen oder wo darf ich nicht eingreifen. Wo sehe ich mein berufliches Selbstverständnis, welche Aufgaben habe ich, im gesellschaftlichen, gesamtgesellschaftlich gesehen. Wir hatten es vorhin. Kann ich jetzt nur zum Beispiel sagen, okay, ich mache jetzt den Placebo, die Placebobehandlung, in dem ich den Patienten angeblich irgendwelche Wirbel hin und her schiebe, dass es ihm gut geht oder sage ich (Verbindung ist aus technischen Problemen abgebrochen) …

I: … Doch dann auch berufs- oder identitätsstiftend ja dann quasi ist. Oder?

B6: Auf jeden Fall. Das, das liefert sozusagen die Grundlage dafür, was die Zukunft, wie die Zukunft der Physiotherapie aussieht. Sehen wir uns als, weiterhin als Individualbetreuer, als Händchenhalter ohne, ohne großartigen Impact aber alle finden uns irgendwie cool, aber das passt schon irgendwie nicht, oder sehen wir uns als, ich, wir möchten mit daran beteiligt sein, eine Gesellschaft zu verändern und in beiden Fällen dürfen wir uns dafür entscheiden, das ist jetzt nicht gut oder nicht schlecht, ich würde mich jetzt eher für den zweiten Weg entscheiden aber welche Verantwortung und welche Aufgaben ergeben sich aus diesen beiden Sichtweisen. Und wieder gesamtgesellschaftlich gesehen, weil wir werden durch die Gesellschaft bezahlt. Die Gesellschaft leistet sich leistet sich uns als Händchenhalter. Und ich weiß nicht, aus dem eigenen Verständnis heraus, ob wir das sein möchten in Zukunft.

I: Ja, okay. Hast du dich schon mal bewusst mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt? Wo du mal geguckt hättest oder einmal recherchiert hast oder…

B6: Ne, bewusst, bewusst mit einem Berufskodex habe ich mich tatsächlich nicht auseinandergesetzt, das muss ich ganz klar verneinen. Da geh ich dann eher schon hin, dass es auch in der Physiotherapie gelten normale gesellschaftliche Umgangsformen, dass man geduscht zur Arbeit geht, dass man rasiert, vielleicht auch alle vier, fünf Tage mal rasiert zur Arbeit geht, ist auch okay. Das man höflich ist, dass man die Leute begrüßt, dass man die Leute anschaut, dass man den Leuten die Hand gibt. Dass, was halt, wie man in Deutschland sozialisiert ist. (Ja) Ich glaube, wie sich die allgemeingesellschaftlichen, dass sich das in eine sehr blöde entwickelt, durch alle möglichen Anschlüsse. Aber vielleicht das man, sozusagen, den gewissen Restanstand in der Physiotherapie so ein bisschen behält. (lach)

I: Okay. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma? Erst mal nur die reine Begriffsdefinition für dich.

B6: Ein ethisches Dilemma bedeutet für mich, dass egal was ich mache ich gehe immer mit Bauchschmerzen raus. (Ja) Also ich kann in dem Fall gibt kein richtig und kein falsch, sondern ein Dilemma ist immer das, dass am Schluss dann immer noch eine weitere Problematik zurückbleibt. Entweder weil sich jemand angegriffen fühlt oder weil ich mich angegriffen fühle oder wie auch immer. Es kann, man kann es nicht positiv auflösen.

I: Ja, ja. Aber das stimmt schon. Das sind zwei gegensätzliche Normen und Werten, bei dem du dich dann für eine entscheiden musst (Ja) aber dennoch, wie du's auch gesagt hast, dieses restliche Bauch, diese restlichen Bauchschmerzen einfach noch da ist, dass du einfach sagst, okay, auch wie ich mich entscheide, es wird trotzdem irgendwie schlecht ausgehen, zum Schluss.

B6: Ich weiß nicht ob schlecht, ich weiß nicht ob schlecht der richtige Begriff ist.

I: Kurzfristig oder langfristig kann man das glaub ich auch noch mal so…

B6: Ja, ich denke man kann dazu sagen, es wird halt irgendwie ausgehen, so wie es halt für irgendjemand vielleicht nicht passt.

I: Ja, oder so. Okay. In welchen Situationen hast du dich schon mal in so einem ethischen Dilemma befunden? Spezielle jetzt im Beruf, im beruflichen Alltag?

B6: Sehr häufig.

I: Was waren das denn für welche, kannst du mir welche aufzählen?

B6: Es ist zum Beispiel eine Patientin, die kommt rein und sagt, ja ich habe jetzt hier Globuli genommen und sonstiges und aus ethischen… jedes Mal wenn sowas ist oder, dann steht für mich im Kopf, ja Moment, kläre ich jetzt die darüber auf (Ja) und mache sozusagen das wissenschaftlich Richtige oder, säge an ihrem Weltbild oder halte ich die Klappe und guckt das ist nicht eine gute, eine gute Beziehung zum Patienten Aufbau in ihrem in ihrem Kontext. Das, das, das steht für mich für ein ethisches Dilemma, weil im Endeffekt dann ja die Aufgabe ist, Moment, ich will sie ja eigentlich von, von solchen Sachen loskriegen, Selbstwirksamkeit aufbauen und so weiter, was da als Aufgabe ist. Und auf der anderen Seite, und im anderen Ding ist es, sozusagen, ja, ich halte jetzt meine Klappe, guck, dass du so durchkommst, dass es, das es trotzdem irgendwie schaffst. Und jedes Mal, wenn du eine Massage machst, jedes Mal wenn du eine manuelle Therapie machst, jedes Mal wenn du den Lymphdrainage machst, jedes Mal wenn du mit dem Patienten trainierst und dann einfach sagst, weil es ihm heute schwer geht, okay, wir machen heute ein bisschen weniger Gewicht.

I: Ja, also eigene, ich sage es jetzt mal so, eigene und wissenschaftlich orientierte Präferenzen gegenüber den Patientenpräferenzen. (Genau) Wie man das jetzt in diesem Moment aufwägen könnte.

B6: Genau, das ist ja auch das was die, die EBM, das ist, glaube ich, das, was nie jemand über die evidenzbasierte Medizin sagt. Das ist so mein Gefühl. Evidenzbasierte Medizin heißt ja auch nur hier, ich bringe das meinen Studenten immer so bei, die persönliche Präferenz des Therapeuten, das ist die (unverständlich), die persönliche Präferenz des Patienten und dann die tatsächliche Datenlage. (Ja) Weil Endeffekt selbst der Therapeut, auch wenn er sich wissenschaftlich beschäftigt, hat auch immer ein bisschen Cherry picking im Kopf. (Ja gut, wir sind halt auch alles nur Menschen) Genau, es sind halt auch alles nur Menschen, so, und deshalb,

diesen Konflikt, der dadurch entsteht, innerhalb dieser evidenzbasierten Medizin habe ich nicht das Gefühl, der, irgendwo diskutiert oder angesprochen wird. Zumindest nicht in den Ausbildungen.

I: Ja, okay. Was, was hast du noch so für Dilemmasituationen, wo du sagst, oh, das war jetzt letztens irgendwie, letzte Woche, vorletzte Woche irgendeine Situation, da wusste ich jetzt auch nicht genau, oder das war dir ein bisschen komisch und du hattest auch so ein bisschen ein Bauch, so ein komisches Bauchgefühl mit dabei.

B6: Irgendein komisches Bauchgefühl… ne, ich habe seit zwei Wochen Urlaub jetzt, deshalb. (lach) Das ist schwierig. Ich glaube einer der größten Sachen ist, wenn mein Kollege oder Kollegin irgendeine Sache sagt, (Ja) wo ich sehr genau weiß, dass das nicht stimmt. Wo ich das ganz klar begründen kann, dass das nicht stimmt. Aber derjenige das dem Patienten schon so gesagt hat.

I: Okay, das heißt wenn es um einen Patienten geht, den du vielleicht mit einer Kollegin…

B6: Den teile und dann erzählt man unterschiedliche Geschichten. So, das ist immer schwierig. Das ist ganz, ganz heikel. Das kann ganz, ganz heikel werden und deshalb bin ich dazu über gegangen, einfach dann, einfach das zu bestärken was die Kollegin gesagt hat und sozusagen, okay, das passt so, weil, das, das, da geht es ganz schnell hintenherum, dann geht's ganz schnell in Ansehen der Praxis, Ansehen der Therapeuten auch, die schwätzen auch gar nicht miteinander, die haben doch alle keine Ahnung, jeder sagt etwas anderes bla, bla, bla.

I: Okay und das würde den Therapie… den Therapieerfolg noch weiter, oder zusätzlich negativ beeinflussen, was jetzt vielleicht nicht sein müsste. (Genau, so kann man das auch…) Okay, noch irgendwie eine andere Situation, schon einmal erlebt oder?

B6: Ja, ja aber das ist schon sehr, sehr lange her, das war eine sehr, sehr komische Situation. Ich hatte, ich habe in einer Praxis gearbeitet, in meinem Heimatort und eine Chefpatientin kam herein und ich habe da, ich war da glaube ich noch nicht lange in der Praxis. Ich habe da mal mein Praktikum gemacht, der hat mich dann eingestellt und wie gesagt, diese Chefpatientin, sagen wir mal, ist eine sehr gutaussehende Frau in meinem Alter und ich bin raus aus der Kabine, sie wollte eine Rückenmassage, da habe ich mir gedacht, alles klar, legst du dich mal hin, ich gehe mal schnell raus. Ich habe noch nie gesehen, in meinem Leben, wie sich eine Frau so schnell auszieht. Und zwar komplett. (Okay) Also sie stand wirklich, sie stand nackt vor mir, hat mich angegrinst und hat gesagt, und, wie soll ich mich denn hinlegen? Und dann habe ich einfach ganz trocken gesagt, auf den Bauch. Und dann habe ich schon, schon schlucken müssen, weil, was, also ich meine, ganz klar, dass das absolutes NoGo ist hier, sagen wir mal, irgendwelche sexuellen Avancen an anzudeuten, (Ja) das geht überhaupt nicht aber da wird, (Aber wie man damit umgeht) genau, wie man damit umgeht. (Soll man es sagen, soll man es ignorieren, oder?) Genau. Das war glaube ich, mit einer der verstörtesten Situationen in meinem Therapeutenleben.

I: Okay, gut. Was machst du da meistens in solchen Situationen um dann so ein Dilemma aufzulösen? Was ist denn so für dich deine, deine Strategie, da irgendwie ein bisschen Struktur und Klarheit reinzubekommen, für deine Entscheidungen.

B6: Ich denke das Beste ist, also aus meiner, aus meiner Schwester heraus, mit dem ich am besten klarkomme ist, zu versuchen diese Situation erst einmal so hinzunehmen, wenn irgendwas gesagt wird, beispielsweise mit diesen Placebogeschichten, keine Ahnung irgendwas, nä. Und dann, so nach und nach, ganz kleine Denkansätze zu geben. Moment, das gerade so sein, oder man kann ja laut denken. Es gibt ja alle möglichen Mittel, da muss der Patient auch, das hört der Patientin, er nimmt es auf und dann schauen wir was passiert. Ich kenne das auch aus der Lehre, du sagt manchmal irgendwas und hast dir eigentlich nichts dabei gedacht und auf einmal spinnen die Leute alles Mögliche damit. Und, und eher solche so Sachen, dass man, das man den Patienten trotzdem in der Situation, sag mir mal fast wie in einer Filterblase lässt aber in dieser Filterblase, kann er aktuell gut regenerieren und dann lasse ich dem das halt. Ja, mein Gott, ist halt so.

I: Ja. Okay, das heißt, du lässt dann schon die Menschen so in ihrer Sicherheitszone, versuchst es aber schon irgendwie subtil wahrscheinlich, oder wie kann ich mir das vorstellen? So subtil dann irgendwie diese, ja, mittels der Dialektik oder sowas dann irgendwie aufzuheben, dass man da irgendwie versucht…

B6: Ne, mit beispielsweise wenn der Patient irgendwie sagt, es geht ja hauptsächlich um Patienten, ja ich glaub jetzt daran, dass Faszien verklebt sind oder keine Ahnung was. Sowas in die Richtung, strukturelle Geschichte. (Ja) Und dann sage ich, okay, das könnte durchaus sein. Was bringt sie denn dazu und wird hat das denn alles gesagt und nein, dann einfach zu sagen, okay, wir nehmen das jetzt einmal so hin. Vielleicht können, trotzdem also ich kann mir durch aus trotzdem vorstellen, dass man da was machen kann. Und, und dann zu sagen, ja Moment, er lässt mich da ja, also dieses einfach mal zuhören und wahrnehmen, dass das einfach so einfach so ist und einfach nicht direkt einen Ratschlag geben wollen und direkt ändern wollen, sondern einfach zu sagen, ist jetzt halt so.

I: Ja, okay, gut. Nächste Frage. Welche Prinzipien, Werte und Normen, beziehungsweise solche Handlungsgrundsätze, sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Jetzt kannst du mal so ein paar Stichpunkte raushauen. Sowas, genau was für dich oberstes Gebot ist, zum Beispiel.

B6: Respekt. (Respekt, okay) Respekt, Gleichberechtigung.

I: Ja. Also einmal so unter Kollegen und…

B6: Bei Kollegen sowohl als auch bei Patienten. (Ah, okay) Also man ist auch als Patient, ist man dazu verpflichtet eine ordentliche Kommunikation mit dem Therapeuten zu führen. (lach) Und man, man, man ist zwar Dienstleister aber man ist kein, man leistet keinen Frondienst. So auf die Art und auch Respekt unter Kollegen, dass man auch die Berufserfahrung und das Wissen und das Leben der Anderen Kollegen anerkennen muss, das muss man auch manchmal lernen, das habe ich vielleicht früher nicht so gemacht, mittlerweile mache ich das mehr. Dann, ich glaube dann ich glaube das ist schon das wichtigste und dann auch einfach, wie ich schon ein paarmal gesagt habe, wenn du nichts Wichtiges zu sagen hast, dann halte die Klappe. (lach)

I: Okay. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zum Begriff der Ethik abgrenzen? Was ist für dich so intuitiv oder vielleicht noch aus, aus der Schulzeit noch übernommen, was ist für dich Moral oder was ist Ethik?

B6: (…) Moral ist… (…) Ist eher so ein, so ein, einzelnes, ein einzelnes Paket aus der Ethik.

I: Ja. Wie würdest du dieses einzelne Einzelpakete dann nochmal genauer formulieren? (lach)

B6: Das ist, das ist, das ist schwierig. Das ist eine, eine, eine, eine Art Regel. (Okay) Eine Art Regel. Als, als, als, n, n, ein Gedankenmuster.

I: Ja. Und was wäre jetzt für dich Ethik? Wie, wie stehen die zwei jetzt so ein bisschen im Zusammenhang? Du hast gesagt, das ist ein Paket der Ethik.

B6: Und die Ethik ist sozusagen als (…) sozusagen die Geburts…, die Geburtsstätte von einem, von einem, von einer Moral. Also diese Ursuppe. (Ja) Das ist, Ethik ist so eine unspezifische Ursuppe.

I: (lach) Okay. (Ja) Unspezifisch nicht aber du warst schon gar nicht verkehrt. Ich löse jetzt mal kurz auf. Also es ist wirklich so, dass die, dass die Moral so quasi so eigene, auf Werte und Normen basierte Handlungen strukturiert und die Ethik ist quasi das dann, das übergreifende, was es dann quasi reflektiert. (Hallo?!) Ja? Bist du noch da? (Bist du noch da) Hörst du mich? (Du warst gerade ganz kurz weg) Ach so, okay. (Ja, ich höre dich) Ist quasi dann die Reflexion, die wissenschaftliche Reflexion der Moral. Also von dem her, war das ja eigentlich gar nicht verkehrt, das was du erzählt hast. Gut, wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines einzelnen Physiotherapeuten in den Alltag ein? (Verbindungsabbruch durch technische Probleme) Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Das heißt, diese moralische Fertigkeit, dass dann, dass ich gewisse Handlungen aus Normen und Werten her strukturieren kann, ist es wichtig für Physiotherapeuten oder nicht?

B6: Das ist wichtig für den Physiotherapeuten, das ist wichtig für jeden Menschen. Ist aber, aber, kann man aber auch durchaus unter den Tisch fallen lassen.

I: (lach) Und glaubst du, dass es wichtig ist, dass ein Physiotherapeut das wissen sollte, für, für diesen gesamten Prozess, dass man zum Beispiel auch sagen kann, okay, wenn jetzt ein Physiotherapeut auch moralisch handeln kann oder moralisch richtig handeln kann, aus welchen Argumentationshintergrund jetzt von der Ethik her gesehen, jetzt wie auch immer, dass man dann irgendwie dann auch diesen Direktzugang dann irgendwann mal eher zugesprochen bekommt als, als wenn man es nicht wüsste?

B6: Oh, das ist eine spannende Frage, wenn du das so sagst. Ich denke ich würde das jetzt spontan tatsächlich mit dem „Ja“ beantworten. Weil, das ja sozusagen auch die, die Grundlage für, für menschliches Handeln sozusagen, eine gesellschaftliche, gesellschaftliche Verantwortung gibt. Also würde ich es schon sagen „ja“. Wir sollten, wir sollten uns damit mehr beschäftigen, einfach um aus der Moral heraus und aus der Ethik heraus auch, in die, eine gewisse Verantwortung zu übernehmen.

I: Genau, darum auch richtige, oder richtige Entscheidungen richtig und weise vollziehen zu können und dass wir dann auch diese Fähigkeit haben. Es muss ja nicht jeder der top Moralphilosoph sein aber dass man da aber auch solche Entscheidungen dementsprechend auch so reflektieren kann und dann nicht nur sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse reduziert oder die Physiotherapie dabei reduziert, sondern vielleicht dann auch so dieses, wie du es auch vorhin gesagt hast, so dieses zwischenmenschliche, das menschliche dann dadurch dann (Ja) so dieses, dieses, diesen Spagat, dieses abwägen, das hat ja doch auch mit solchen Entscheidungen zu tun.

B6: Ja. Auf jeden Fall. Also ich meine, wenn du so sagst, dann, auch die, die evidenzbased medicine findet in der, in der, wie heißt es, in der Physiotherapie Einzug, nach und nach. Schleppend, aber es geht vorwärts. Und naja, was man heute für Möglichkeiten hat und was man so alles machen kann oder nicht machen kann, soll, das ist ja die Moral da. Und da, wie ich auch vorhin schon gemeint habe, diese Diskussion über die Moral in der evidenzbased practice, die muss jetzt so langsam gestartet werden.

I: Denn ich glaube nämlich auch, dass das, dass das dann einfach, dass die Wissenschaft uns eben bis zu diesem Horizont der Entscheidungen bringen kann und dann darüber hinaus, wie gesagt, in solchen Dilemmasituationen oder in anderen Situationen wahrscheinlich der Therapeut hinter diesem Horizont plötzlich wiederfindet und dann eben verantwortungsvolle Entscheidungen innerhalb von einem kurzen Zeitraum dann treffen muss, sodass es dann wirklich zu einer nachvollziehbaren Handlung kommt, die man dann auch rechtfertigen kann.

B6: Ja, ja, da gebe ich dir, das stimmt. Da sollten sich dann aber auch andere Berufsgruppen mehr darüber Gedanken machen, nicht nur die Physiotherapeuten.

I: Ja, eben. Okay. Welchen Stellenwert hätte für dich die Integration eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichts in das Studium oder die Ausbildung. Jetzt so nach diesen, nach dieser ausführlichen Diskussion die wir jetzt hatten, in welchem Rahmen würdest du jetzt das du mit ein, eingliedern wollen?

B6: Mache ich, also wenn du es so sagst, da habe ich mir schon Gedanken darüber gemacht. Ich mache das zumindest in meinen Vorlesungen, ich unterrichte an der HFU ja auch Massagen, man ist teilweise sehr, sehr lange drin, bei den Leuten, weil das so ein Grundding ist, warum auch immer das noch da drinnen ist aber ein zentrales Thema, was ich eingeführt habe, was auch gut bei den Studenten ankommt, ist das Thema Placebo. Placebo und Nocebo. Und dass die Leute verstehen wo, Moment, A, es gibt mehrere Placeboeffekte, das ist erstmal nichts Eingebildetes, sondern einfach Biologie und das kann ich alles mögliche ausgelöst werden und dann, ich kann mich noch daran erinnern, es war Staatsexamen und dann kamen, wir waren, alle Studenten waren fertig und wir waren alle betrunken, auch die Dozenten. Und dann kam eine Studentin zu mir her und sagte so, hey B6, am Anfang vom Studium fand ich echt Scheiße was du gesagt hast, das war schon hart, weil du gesagt hast, eigentlich ist es scheißegal was du machst das wichtigste ist, eine gute zwischenmenschliche Beziehung und an das, du den Patienten ordentlich behandelst. (Ja) Und dann hat sie und dann hat sie gesagt, das am Anfang fand ich das echt hart und am Schluss habe ich verstanden, dass das tatsächlich wirklich das wichtigste ist und man wusste schon so, okay, alles klar. Die drüber nach und die kann auch ordentlich mit Menschen umgehen.

I: Ja, das ist gerade so die Quintessenz, gerade bei uns.

B6: Genau. Du musst einfach ordentlich mit Menschen umgehen. Eigentlich erwartest, sollst du dich als Physiotherapeut so verhalten wie jeder Mensch behandelt werden will. Mit einer offenen toleranten Gesellschaft. Einfach, selbst, selbst wenn du Vorurteile hast, was man durchaus haben kann und darf meines Erachtens. Selbst wenn der jetzt, sagen wir mal, schwarz ist oder weiß ist oder eine

Frau ist oder zu dicke Frau ist und so weiter, dann hast du dich trotzdem ordentlich zu verhalten und freundlich „Hallo“ zu sagen und einfach den nicht nieder zu machen.

I: Ja, das stimmt. Okay, gut B6.

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	07
Name der Audiodatei	Interview 07
Datum der Aufnahme	11.08.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	53,28 Minuten
Befragte Person	B7
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	17.11.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: „B7“, vielen Dank dass du dich bereit erklärt hast für dieses Interview. Ich möchte mit dir heute über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung, das heißt, es gibt kein richtig oder falsch, sondern das so wie du dir das jetzt gerade überlängst, überlegst wie du dich fühlst, das versuchen es zu diskutieren und zu sprechen.

I: Okay. Ich fang mal an mit der ersten Frage. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B7: Physiotherapie ist für mich einfach, ja, dass den Patienten, der wo motorische Einschränkungen hat, einfach begleitet, damit er einfach wieder besser in den Alltag integriert wird.

I: Okay, das heißt, es muss irgendwo eine Einschränkung geben, die der Patient fühlt und leidet, oder darunter leidet und quasi wie du auch schon gesagt hast, eine Alltagsproblematik, das heißt, du versuchst dann, die Funktion im Alltag wieder so gut wie's geht herzustellen.

B7: Genau, also im Prinzip ja genau. Es gibt eine funktionelle Einschränkung, wo ich zuerst mal schaue, Struktur, auf der Struktur behandle aber zugleich auch in den Alltag wieder mit einbaue. Sobald man den Patienten wieder einigermaßen schmerzfrei hat, man das gleich wieder mit einbaut.

I: Okay, also auf diese Partizipationsebene (Genau) und Alltagsebene zu ICF Schema. Nutzt du das auch?

B7: Ja doch schon. Da schau ich schon drauf, dass ich so die Aktivitätsebene, Partizipationsebene, Strukturebene und so weiter, dass ich da alles verbinde aber auch. Ich schau natürlich schon auch immer, wenn ich merke, dass die Struktur oder dass die Problematik nicht mehr besser wird, oder immer wieder aufkommt oder auf der psychosozialen Schiene das dann auch betrachte.

I: Okay, das heißt wenn irgendwelche Risikofaktoren vorhanden sind, die jetzt nicht körperlicher Natur sind. Dass man das dann auch noch mit screent und mit abcheckt und dann irgendwie (auf jeden) ah der hat jetzt irgendwie Stress oder Scheidung oder sonst irgend etwas, dass das auch mit eine Rolle spielt, ge?!

B7: Ja auf jeden Fall. Viel ist auch of so bei vielen Stresssituationen was die Patienten auch oft Privat mit angeben.

I: Glaubst du dann auch, dass der Physiotherapeut, also wenn wir jetzt so ein bisschen die Kerngebiete der Physiotherapie so bisschen beleuchten, geht ja hauptsächlich um Funktion wie du's auch gesagt hast, Alltag wieder zurückführen, körperliche Strukturen, glaubst du denn auch, dass die, dass es wichtig ist dass der Physiotherapeut dann auch so bisschen ein Stück weit in die Psychologie auch mit intensiver eingelernt oder eingelernt werden sollte?

B7: Also da bin ich auf jeden Fall dafür. Das finde ich ein bisschen schade in der Ausbildung das ist aber ein bisschen zu wenig gekommen. Die Pädagogik, (Ja) dass man da schon von der Psychologie her. Und soviel ich weiß, sind da die Ergotherapeuten, haben da viel mehr in der Ausbildung dabei. Doch, das finde ich ein wenig schade, dass da zu wenig drin ist, weil, ich weiß zum Beispiel, da haben wir kein Handwerkszeug dafür. Wie man da auch noch ein bisschen was machen kann denn ich fühle mich da fachlich nicht qualifiziert für sowas. Das ist jetzt so aus meiner Lebenserfahrung, was ich so meine, das versuche ich auch so n bisschen mit einzubinden aber wie man es fachlich an die Psychologie herangeht, da weiß ich eigentlich offiziell gar nichts und das finde ich ein bisschen schade. Das wäre schon super, wenn das mit in der Ausbildung dabei wäre.

I: Noch intensiver gemacht wird, ge!? (Ja, ja, genau) Glaubst du, dass sich die Physiotherapie heutzutage genügend von anderen Berufsgruppen gerade so im Gesundheitssektor auch, genügend abgrenzt? Weil es ist ja es gibt ja immer mal so ein paar Überschneidungen, gerade zur Ergotherapie und vielleicht dann auch im Krankenhaus die die Nurses, wie du es vorhin so gesagt

hast, dass es da keine klaren Berufsstruktur oder Definitionen gibt, wie, wie hast du das Gefühl glaubst du das so oder glaubst du das nicht?

B7: Naja, also ich persönlich finde es, dass es viele Überschneidungen gibt und ich finde es nicht einmal verkehrt. So, mit Ergotherapie und keine Ahnung ob Pfleger sich da auch ein bisschen mit lymphen sich reingearbeitet haben oder sonst irgendwas oder bei der den Lagerungen. Das finde ich überhaupt nicht schlimm, im Gegenteil, ich finde das eher positiv eigentlich, wenn wir da alle so Überschneidungen haben, da können wir besser zusammenarbeiten. Aber so allgemein habe ich schon das Gefühl in Deutschland, dass das schon so von der Gesellschaft her unterschiedlich aufkommen wird. Dass für die eben, bei denen Physiotherapie im Vordergrund steht, und die anderen Berufsgruppen wie Ergotherapie eher nach hinten abwandern, weil das kennen die meisten nicht.

I: Okay, das heißt, du hast schon das Gefühl, dass ich sag es mal nach dem Mediziner nach dem Arzt dann quasi diesen Gesundheitssektor gleich der Physiotherapeut dann irgendwie kommt und dann erst später in der Hierarchie Ergo und Logo und die anderen oder ist einfach präsenter?

B7: Ich würde sagen es ist eher präsenter ich sag nicht so, dass es so ist aber ich persönlich sehe das gar nicht so weil ich meine, denn die Ergotherapeuten oder auch die Logopäden haben ja alle so ihren Spezialsektor, sage ich jetzt mal. Die sind top, wo ich auch immer was lern von denen. Aber ich glaube allgemein, dass Physiotherapie bekannter ist. Von früher her, der Krankengymnast. Und der bleibt auch noch immer der Krankengymnast. Das kennen die älteren Leute eher. Ich glaube, dass das einfach so präsenter ist, ja

I: Hast du das Gefühl, dass dann gerade so die älteren oder auch viele Patienten auch das Problem haben, die Physiotherapie so zu sehen, so zu definieren, so wie wir es sehen oder, dass die uns dann eher so in diese Masseur- und Heilerecke, dann so ein bisschen mit rein, reinschmeißen

B7: Es kommt darauf an wo du bist, in der Praxis würde ich sagen, ist es ziemlich ähnlich, eher so wenn man bisschen Probleme hat, vom Rücken her, also als Masseur, aber wenn du frisch operiert bist oder so dann sehen sie dich eher als Krankengymnast.

I: Okay, das heißt, könntest du denn sagen wenn's dann z, ich sage jetzt mal wirklich größeren, kritischeren Problemen kommt, dass dann vielleicht diese Aufmerksamkeit auch mehr auf diese Krankengymnastik ist, als wenn es dann nicht so bisschen, ja der Arzt hat mir jetzt hier was verordnet, ich habe ihr so ein bisschen unwohl sein. Dass es auch wirklich zu einer Problematik des Patienten kommen muss damit wir uns dann auch selber positionieren könnten?

B7: Schaut so aus, ja.

I: Glaubst du das auch so? Okay, gut. Glaube ich nämlich auch so. Okay, welche Praxis-, beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchen richtest du deine Behandlungsstrategie aus? Du hast ja vorhin schon gesagt, dass Bio-psychosoziale… Schaffst du das immer irgendwie mit einzubauen oder ist es so dann dein primäres Ding oder hast du auch irgendwie noch andere Modelle?

B7: Puh, ja aber ich weiß jetzt nicht genau welche Modelle du jetzt allgemein meinst. Jetzt von dem Bio-psychosozialen ist heutzutage, desto länger ich jetzt in dem Beruf bin, desto mehr baue ich das mit ein. Merke ich besonders, vor allem, wenn etwas nicht voran geht. Aber…

I: Also, wenn es zu einer Stagnation kommt beim Patienten, wenn du sagst, irgendwie, dass es halt nicht nur rein körperlich ist, sondern das ist dann halt auch irgendwie diesem Umfeld…

B7: Oder dass es immer wieder aufbricht oder immer wieder komplett aus dem Muster fällt, dann tut es ihm da wieder weh, dann tut es ihm da wieder weh, oder wo es überhaupt kein, keine logische Schlussfolgerung auch gibt, sondern da ist kein Trauma vorhanden oder der hat sich da mal nicht angestoßen und genau da tut es jetzt weh, warum, weshalb auch immer. Da berücksichtige ich schon oft eher so des psychologische vom Patienten. Wie er das so vielleicht auffasst und wie es in seinem Umfeld gerade abgeht. Aber in erster Linie, wenn der Patient zu mir kommt, schaue ich schon zuerst einmal, ich frag das schon auch ein bisschen so ab aber lass das noch ein bisschen nebenherlaufen. In erster Linie gehe ich schon eher so auf die Struktur- und Aktivitätsebene. Dass ich zuerst mal das…

I: Hast du das Gefühl, dass gerade so dieser psychosoziale Anteil von den Patienten auch positiv angenommen wird oder hast du auch mal die Situation gehabt, dass das der Patient gedacht hätte, dass du denkst, dass er verrückt wäre so. Weil man denkt ja dann immer, hey haben sie gerade Stress wie es gerade emotional ist sonst irgendwas. Da denken ja viele, also bei mir war schon mal so, dass die dann gleich gesagt haben, ja aber ich bin aber nicht verrückt. War das bei dir auch mal irgendwie so die Situation?

B7: Nee, so eine extreme Situation nicht aber es gibt schon immer wieder die, die Momente wo man dann merkt: oh, da muss man ein bisschen sensibel sein, da muss man ein bisschen aufpassen, nicht, dass die meinen: so ja, der will mich zum Psychologen schicken, dass der glaubt ich bin blöd oder sowas. Ist nie so direkt gesagt worden aber ich habe das schon meistens gleich wieder so durch die Blume: das ist auf jeden Fall nie verkehrt, sowas auch mal in Betracht zu ziehen. Wenn irgendwas überhaupt nicht geht, dass man dann zumindest weitere Komponente hat, dass man sagt, da kann man ja mal hinarbeiten. Das ist ja, das sollte ja heutzutage ja nicht mehr so schlimm sein, wenn man zum Therapeuten da zu gehen. Also wenn wirklich alles gar nichts mehr hilft.

I: Also da konntest du dann solche Situationen mit Aufklärung so ein bisschen entschärfen?!

B7: Ja, ich versuche dann immer wieder von anderen Patienten wo ich merke, die, die machen das und denen tut das gut, da bringe ich auch mal auch oft solche Beispiele. Natürlich keine Namen nennen, das ist klar aber, dass auch ein guter Kumpel von mir, der geht zum Psychologen und der hat Depressionen und der erzählt auch immer wie gut es ihm tut. Und dass dann oft seine Rückenprobleme dann auch oft besser sind.

I: Okay, ja. Okay. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung und Studium erworben haben? Was ist so, wo du sagst, das ist eigentlich ganz, ganz wichtig, dass man das kann und das sollte eigentlich auch jeder Therapeut dann irgendwie in der Ausbildung mit dazu haben also paar Kernpunkte, was dir wichtig ist, du hast ja vorhin schon Psychologie genannt, dass man

da einfach mehr in die angewandte Psychologie glaube ich kommen, weil Psychopsychologe hat min ja glaube ich so bisschen als Unterrichtsfach, glaube, aber eher so Psychopathologie glaube ich, ge?! Da geht es eher so in die Psychiatrie.

B7: Ja. Allgemein. Alles was in Psychiatrie, Psychopathologie oder psychologisch-pädagogisch was man dann erklären kann, zum Beispiel oder so. Das finde ich allgemein, wäre, wenn das im Unterricht intensivierter wäre und wie zum Beispiel sowas wie BGM oder Fango legen, ja, das kann man dann mal kurz mit einbauen aber das sollte dann nicht großartig ausweiten, also… Das erkläre ich in 10 Minuten oder 20 Minuten, dann ist das eigentlich geklärt. Aber vor allem BGM, habe ich noch nie gemacht und das wird glaube ich nicht mehr kommen oder so, oder die, die, die kneipp´sche Güsse, kann man mal kurz anschneiden aber man muss das jetzt nicht so wirklich alles machen, weil im Endeffekt später, wenn du dann irgendwo arbeitest, musst du es eh nicht mehr lernen. Da würde eher das kappen und da eher so psychosoziale Modelle mit einbauen. (Okay) Aber was ich meine nach der Ausbildung war zum Beispiel für mich am wichtigsten, das Thema Manuelle Therapie (Okay). Weil, das hat mir super viel gebracht von der Diagnostik her. Das war eigentlich für mich A und O und für mich war neurologisch. Hab einfach mal Bobath genommen, weil eigentlich deswegen, weil die meisten Ärzte das verschreiben. Dann habe ich bessere Karten. Fand ich gut, manuelle Lymphdrainage, weil das ist wirklich täglich.

I: Das heißt quasi so diese ganzen Zertifikatsfortbildungen mit in die Ausbildung quasi integrieren, dass du dann währenddessen in dieser Ausbildung schon vertiefte Kenntnisse, gerade in dem was du gesagt hast, dann schon erwirbst, oder?

B7: Genau. Also das ist, sage ich immer, so, die Ausbildung, die Fortbildung MT, Lymphe und Bobath, wenn ich das, wenn man das so in der Ausbildung hätte, dann sag ich, dann haben wir gute Therapeuten. Dann haben wir gute Therapeuten wo man auf den Markt werfen und die sind echt top. Die haben eine gute Basis. So die Ausbildung, die wo ich jetzt gehabt habe, da, da habe ich es eigentlich gemerkt gehabt, was mir noch fehlt, was mir eigentlich noch abgeht. Also ich konnte eigentlich gar nichts.

I: Gar nichts? Krass, okay. Das machen wir auch gleich in der nächsten Frage. Wenn du jetzt weniger die Hard Skills nimmst also das heißt, wieder weniger die Techniker eher mehr so Richtung Softskills, also so, wie ich es mit Menschen umgehen, was wäre dir denn dann auch noch wichtig, was so ein Therapeut lernen müsste oder wissen müsste, wie es bei dir zum Beispiel. Als du nach der Ausbildung fertig warst, wie waren denn deine Gefühle, was hat dir denn gefehlt, was was hättest du denn gesagt, dass wäre ganz essentiell gewesen?

B7: Ha, gute Frage. Ja, keine Ahnung ich fühlte mich einfach also nicht wirklich gut vorbereitet auf, wie ich zu meinem ersten Patienten gekommen bin, da habe ich zuerst einmal Massage gemacht. Weil ich einfach von der Diagnostik her, von der Untersuchung her klar man hat es drin aber es war einfach nie wirklich gut genug, dass ich sag, ja, ich habe eine gute Struktur. Wo ich sage, ich kann nach Schema F, Zackzackzack das und da gibt es da wieder Tests und dann mache ich das und dann geht es weiter.

I: Also das strukturierte Clinical Reasoning so ein bisschen, dass du… Okay.

B7: Ja, genau, genau so. Also mir hat die komplette Struktur gefehlt wie ich da eigentlich zum Patienten komme, mit der Anamnese, Therapie und Beratung, Gespräch und so weiter. Das hat mir total gefehlt.

I: Hast du dann auch das Gefühl gehabt, dass du dann dir selber unsicher warst, dass dann auch so die Selbstsicherheit dann irgendwie darunter gelitten hat?

B7: Auf jeden Fall die ersten Male. Ja. Ich war total unsicher die ersten Male.

I: War das, was war denn so für dich zum Beispiel der Unterschied zwischen Ausbildung und Studium was hast du denn so im Studium gelernt was du in der Ausbildung nicht gelernt hast oder wo du gesagt hast, boah geil, das ist jetzt irgendwas was ich jetzt wirklich gut dazu gelernt haben, was mir auch im Alltag bisschen mehr Sicherheit bringt.

B7: Ja, das war zum Beispiel die Anamnese. (Okay) Die Anamnese einfach schon allein und das allgemeine Clinical Reasoning, dass wir da wirklich erstmal schau, dass ich da eine Struktur rangehe und dass ich vor allem weg von der körperlichen Problematik von der Struktur weggehe sondern wirklich auch an die Aktivitätsebene, die Partizipationsebenen auch das psychosoziale Modell, dass das ein wenig kausal, größeres, naja, weiß ich nicht wie ich das erklären soll.

I: Ja, den ganzen Menschen dann betrachten. Also nicht nur diesen Punkt…

B7: Genau, Genau. Komplett alles drum herum betrachtet und nicht nur rein alleine die Struktur.

I: Hast du das Gefühl gehabt, dass du durch die Ausbildung genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest? Du hast ja vorhin schon so… angesprochen.

B7: Nein!

I: Nein?! Mit dem Studium, ja, mehr? Hattest du das Gefühl das war dann besser? Konntest du dann besser damit irgendwie besser mit dem Patienten…?

B7: Auf jeden Fall besser. Ja.

I: Aber auch noch nicht komplett 100%?

B7: Beim mir war das ja das Problem, ich habe das Studium während der Ausbildung gemacht, zugleich. Und das ist mir dann damals einfach alles zu viel geworden, da ja, da rate ich zum Beispiel immer jedem Studium, kann man auf jeden Fall machen, ich würde es nicht mehr während der Ausbildung machen. Weil man muss sich zuerst einmal einfach auf das konzentrieren und für mich persönlich würde ich sagen die Ausbildung, danach manuelle Therapie, dann hast du zwei Jahre Berufserfahrung kannst gleich die ganzen Techniker anwenden, hast eine gute Struktur, kriegst da schon einmal her und dann wenn du das Studium machst, kannst dann intensiver darauf eingehen, was die dann verlangen. Für mich war das einfach noch zu weit weg, oft. Ich konnte mir manchmal nicht darunter was vorstellen. Habe ich mir schwer, sehr schwergetan.

I: Okay. Nutzt du wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B7: Wenn ich mal was lese, ja.

I: Machst du das ab und zu, das du es mal irgendwie aus, aus reiner Neugierde oder wann hast du's letzte Mal dann recherchiert oder irgendeinmal was durchgelesen in Bezug auf, ja, wissenschaftliche Artikel im Internet oder irgendwo eine Zeitschrift?

B7: Ganz ehrlich gesagt, das weiß ich grad nicht, das ist wirklich schon lange her. Ich habe so seit drei, vier Jahren bin ich da ein bisschen weg, weil ich doch viel auf Reisen bin und von der Physiotherapie momentan die Motivation gerade nicht mehr so da ist. (Okay) Durch die Ausbildung und durch die ganze Fortbildung, durch das Studium war ich einfach ausgelaugt. Weil ich das alles ziemlich schnell durchgezogen habe und dann wollte ich zuerst mal ein bisschen Abstand gewinnen. Aber schon langsam kommt wieder die Motivation wo ich sage, es gibt schon noch ein paar Sachen wo mich jetzt mal wieder interessiert aber Momentan ich zeitlich nicht dazu komme.

I: Ja, okay. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien für die Behandlung deiner Patienten, dass du dich da mal orientierst oder dann mal, kurz mal wieder oder, dass du die irgendwann schon einmal gelesen hättest oder dich da so ein bisschen danach orientierst?

B7: Ne. Muss ich dir ganz ehrlich sagen, nicht. Das einzige was ich jetzt mach ist durch meine Erfahrungen jetzt in Tansania (ja), wie die Therapeuten dort arbeiten, dass ich da versuche das gerade ein bisschen das auch mit einzubauen in den Alltag.

I: Ja, okay. Gut, jetzt gehen wir noch mal über den nächsten großen Block. Was sagt dir persönlich der Begriff Professionalisierung?

B7: Professionalisierung stelle ich mir jetzt eigentlich vor, dass das alles akademisiert wird. (Okay) Ja, dass es keine Ausbildung mehr ist, sondern, dass es ein reiner Studiengang ist.

I: Okay, das heißt, dass sich die Physiotherapie primär dadurch professionalisieren kann, wenn sie sich akademisiert. Sozusagen.

B7: Genau.

I: Okay, warum glaubst du, dass das gerade so diese akademische denn so wichtig ist?

B7: Weil Deutschland ein Titelland ist.

I: (lach) Okay, einmal das. Das heißt…? Man ist halt, genau, erstens das, das heißt, man ist irgendwie nur irgendwas wert, wenn man irgendwie studiert hat?

B7: Genau und das ist leider Deutschland. Wenn du einen Titel hast, bist du was, wenn du nichts hast… Das heißt aber gar nichts. Aber in Deutschland ist das leider so. Das Leute eher zu einem Physiotherapeuten gehen, der wo einen Bachelor hat als wenn da jemand ist, der wo keinen Bachelor hat.

I: Meinst du, dass es so ist, auch bei den bei vielen Patienten dann so, die das davon abhängig machen?

B7: Ich glaub schon ja. (Okay) Weil, das ist genauso in der Praxis oft so, die wollen dann lieber zum Chef, weil der Chef, das ist der Chef. (Okay) Und der hat es drauf und der kann das. Und das ist im Prinzip auch nichts anderes als wie mit dem Bachelor oder Master oder je nachdem was man hat.

I: Okay, das heißt schon einmal das Standing, oder die Positionierung erstmal nur rein formal gegenüber den Patienten. Dass es schon einmal so ist.

B7: Das ist bloß rein formal zu denken. Das hat rein gar nichts zu sagen ob er es draufhat oder nicht.

I: Glaubst du, dass der Physiotherapeut dann irgendwie auch professioneller Arbeiten könnte deswegen?

B7: Ich glaube schon. Das er, weil er viel mehr Handwerkszeug in die Hand bekommt, glaube ich schon als ich sehe das schon so von meinem Studium her was ich da gelernt habe. Ob ich das jetzt umsetze, das ist die andere Geschichte. Aber das Material wäre da, wenn ich das dann wieder sehe zu einem, zu meinem früheren Schulkameraden der wo keinen Physio, wo kein Studium gemacht hat, wie unterschiedlich wir das eigentlich sehen am Patienten.

I: Okay. Wie ist es da zum Beispiel? Er sieht das dann so eher mehr eng umschrieben und strukturell dann oder?

B7: Ja, genau. Also das habe ich da, ja. Ja, so was ich mal mit den anderen so geredet habe, da merke ich oft, dass da viele Sachen gar nicht erst abgefragt hätte oder irgendwie übergangen. Der geht an die Struktur und macht dann.

I: Okay. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Was ist so für dich das was Physiotherapie sein sollte was für Merkmale bräuchte denn dieser Therapeut?

B7: Für mich wäre es auf jeden Fall gut, wenn der Therapeut eine gute Diagnose stellen kann also wirklich untersucht und wenn da auf dem Rezept Impingement Syndrom draufsteht, dass der da untersucht, die Schulter mit bestimmten Tests, dass er dann auch wirklich sagt, ja, das ist das oder nein, das ist eher der Schleimbeutel. Dass er dann eventuell Rücksprache mit dem Arzt hält, dass man da auch eine Kommunikation hält und sagt, dass ich doch nicht die Supraspinatussehne, zum Beispiel, sondern eher die Techniken für eine Schleimbeutelentzündung. So dass er wirklich eine saubere, saubere Untersuchung macht.

I: Dass er halt auch weiß was er auch wirklich da tut. Also auch wieder dieser Clinical Reasoning Prozess. (Genau) Diagnose, diagnostizieren die Diagnose und dann… Aber dann auch Kommunikation zu anderen Gesundheitsdienstleistern oder Ärzten die dann eben dementsprechend auch aufklären was jetzt gerade in diesem Moment passiert und wie es weitergehen soll und selber so ein bisschen die Therapieplanung, oder?

B7: Genau. Ja, auch Therapieplanung und auch Einschätzung und vor allem halt professionelle Kommunikation mit dem Arzt. Ned einfach so, ja, der Schultermuskel, der ist das denn jetzt und dann das ist, dass man da wirklich mit dem Arzt auch professionalisierte Fachwörter auch drauf hat, dass der Arzt auch merkt: Ja ok, der weiß wovon er spricht.

I: Okay, also Terminologie. Das heißt, ich benutze auch die richtigen Worte.

B7: Ja genau, die Terminologie. Ja, das ist gut, ja.

I: Gut. Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie in der Gesellschaft ein?

B7: Momentan sehr, sehr wichtig. Immer weniger Therapeuten sind wir. Es ist Fachkräftemangel da. Und vor allem jetzt sagen wir nicht nur die Praxis allein, sondern alleine schon im Altenheim und die älteren Leute. Es ist immer intensiver und vor allem am Land draußen die bekommen teilweise keine Physiotherapie mehr, weil es einfach zu viele sind, zu viele Patienten und zu wenig Therapeuten.

I: Okay. Das heißt, du hast auch gesagt, die Menschen werden ja auch immer älter, das ist ja auch so ein bisschen das Problem, glaubst du das oder, dass es dann auf jeden Fall auch schwieriger wird, weil es dann nicht nur der Rücken ist sondern, bei älteren Menschen kommen ja auch immer diese Komorbiditäten auch mit dazu. Das heißt, die haben dann vielleicht noch mit Asthma oder mit der Lunge oder Herzkreislauf und, und, und. Das macht es ja auch nochmal komplexer und schwieriger. (Ja) Aber du denkst, dass das wichtig ist? Gut.

I: Was denkst du, welche Rolle spielt der Physiotherapeut, also jeder einzelne Physiotherapeut in dem Prozess der Professionalisierung? Was kann jeder Physiotherapeut tun, damit das gesamte Konstrukt Physiotherapie besser wird, oder sich weiterentwickeln kann?

B7: Auf jeden Fall engagieren. (Ja, wo genau?) Zum Beispiel im politischen und in Verbänden. (Okay) und ja, auch eventuell, keine Ahnung, sich zusammenschließen und einen Brief schreiben an die Politiker, an die Gesundheitskassen. Allgemein aufführen. In der Gesellschaft, dass die, die Allgemeingesellschaft auch mitbekommt was für Missstände wir eigentlich haben in der Physiotherapie. (Okay) Also was ja Momentan eh schon viel am Laufen ist so mit dem, puh, keine Ahnung, wie heißt das? Therapeuten am Limit oder sowas. Wo der eine mit dem Fahrrad nach Berlin fährt und so weiter. Dass man da wirklich die Gesellschaft aufweckt. Dass das für die…

I: Glaubst du, dass die meisten Physiotherapeuten da zu faul sind oder sich da zu wenig oder kein Interesse haben?

B7: Ja, muss ich ganz ehrlich sagen. Ich bin auch einer. Aber bei mir ist es momentan eher so, dass ich sage, ich sehe meinen Fokus momentan eher im Ausland, daher bin ich gerade nicht so engagiert darüber. Aber, ja, es kommt schon immer mehr also man merkt schon, dass immer mehr Therapeuten wirklich auch anpacken. Das ist zumindest mal meine Meinung. (Ja)

I: Weil es halt mehr brodelt glaube ich, das Ärgernis wird immer mehr, habe ich auch das Gefühl und da, irgendwann ist halt dann der Punkt wo es dann, wo halt die Leute auf die Straßen gehen. (Ja) Okay. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest?

B7: Ob ich es immer begründen kann? Ne. Ah, es ist manchmal auch intuitiv, (Okay) was ich mache, wo ich sage, okay, ich probiere es jetzt da einmal aus, ich kann es aber auch nicht sagen warum aber das ist einfach mein Gefühl, wo ich sage, das probiere ich jetzt einfach mal mit aus und dann soll mir der Patient ein Feedback darauf geben.

I: Okay, aber als first line treatment oder, oder gehst du da hin und machst einfach irgendwas?

B7: Eher so wenn jemand nicht vorangeht, so (Okay) Also bei der first… bei der ersten Behandlung, eigentlich schon also ich erkläre oder kläre ich die Patienten auch eigentlich auf warum ich das mache. Damit einfach die Kommunikation erstmal aufrecht ist und ja, dass der Patient weiß, was eigentlich auf ihn zukommt und vor allem, dass er mir dann auch Feedback geben kann in der nächsten Behandlung.

I: Okay. Wie stehst du zu einer, na, welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln in der Physiotherapie sicher? Ausbildung, Studium, Fortbildungen, was ist das, wo du für dich so sagst, woah, da habe ich jetzt am meisten davon profitiert?

B7: Ja im Grunde muss man sagen, dass alle drei kombiniert… Kombinationen. Mir hat MT unheimlich viel geholfen von der Diagnostik her, dass ich da weiß wie ich strukturell umgehen kann. Ausbildung natürlich, dass ich allgemeinen einmal weiß, was, was ist (Um die Grundlagen erstmal) und man bekommt in vielen Sparten einen Einblick mit den Praktika, das war eigentlich schon ganz cool. Und Studium natürlich dann auch, so dass dann das komplette abgerundet ist. Also ich finde jetzt die drei zusammen waren, war das schon ganz gut.

I: Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung?

B7: Ich würde es begrüßen. (Ja, okay. Warum?) Aber das, daher wenn jetzt zum Beispiel die Fortbildung Manuelle Therapie auf dem Niveau wo ich das gemacht habe auch dann im Studium so vorhanden ist. Ansonsten ist für mich das ein Witz. Also es muss auf jeden Fall sehr angehoben werden, da es ja, also es müssten gute Dozenten auf jeden Fall sein. (Okay) Die wo wirklich fachlich dafür ausgebildet sind. (Auch mit Master oder mehr vielleicht) Würde ich nicht einmal sagen, die müssten auf jeden Fall die, das Kriterium jetzt wo die Manuelle Therapie Dozenten alles durchlaufen müssen und bei denen wo ich gemacht habe, bei der IAOM, ist das nicht ohne. Die müssen da fünf, sechs Jahre da als Assistent mitlaufen, bis die dann überhaupt auch alleine als Dozent vor der Klasse unterrichten dürfen, komplett unter ihrem Namen. Und das merkt man aber auch von der, wie gut die Dozenten sind.

I: Wäre das vielleicht auch sinnvoll, dass dann so in einem Studium mit zu integrieren, das ist ja auch immer so die Überlegung gewesen, dass, dass man sich da, es soll dann da auch mehrere Spezialisierungen geben, dass man halt diese Zertifikatsstrukturen in das Studium mit integriert und die Ausbildung quasi praktisch- und grundlagenorientiert eher den Fokus setzt und dann eben mit

diesem Studium die reflexiven Fähigkeiten und dann wirklich so diese Spezialisierungen, dass man das da nochmal so ein bisschen aufarbeitet.

B7: Wäre vielleicht nicht verkehrt, dass man vielleicht sagt, im Grundstudium so die Basics, und dass man dann im Hauptstudium, dass dann die Leute sich dann spezialisieren können, dass man da sagt, ich gehe mehr in die MT-Schiene, mehr in die neurologische Schiene also orthopädische oder neurologische Schiene. Dass man da dann so wieder die Fächer intensivieren kann, mit MT zum Beispiel aber auch, dass derjenige wo in neurologisch geht, der wo in Bobath oder Vojta oder so die Richtung geht, dass er aber trotzdem mal so Wahlfächer belegen kann in MT, dass er dann auch noch einen Einblick kriegt oder so.

I: Ja, okay.

B7: Das würde ich zum Beispiel sowas nicht verkehrt finden.

I: Da war es ja früher so in diesen Diplomstudiengängen, so dieses Vordiplom erstmal um die Grundlagen zu haben und dann dieses Diplom wo man sich dann quasi wirklich spezialisiert und sich dann nochmal genau aussuchen kann, welche Seminare und, und, und welche man da belegen möchte. (Kann sein, weiß ich nicht.

I: Okay. Was… Glaubst du, dass in der derzeitigen Situation der Direktzugang für die Physiotherapeuten in Deutschland sinnvoll wäre?

B7: Derzeit, momentan, ich finde nicht. Ich finde, dass wir noch zu wenig fachliche Leute haben, die dafür qualifiziert wären und momentan, Stand der Dinge, auch wenn ich die Studien gemacht habe, ich müsste mich da auch zuerst wieder bisschen reinarbeiten, dass ich auch weiß, so das typische Clinical Reasoning, die Red Flags, dass ich da wieder geschult werde. Also wenn, dann müsste man danach, dass man danach noch eine Zusatzausbildung macht. Nochmal eine Art wie Fortbildung, sodass man alle in Deutschland auf den gleichen Stand sind, dass das ein einheitliches Ding gibt und dann, wenn die das können, ja dann glaube ich schon.

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Wenn du jetzt so einfach Ethik und Physiotherapie oder jetzt in deinem Berufsumfeld. Was bedeutet das für dich? Hat das einen hohen Stellenwert oder ist das so, dass du da öfters mal darüber nachgedacht hast oder irgendwie mal eine Situation hattest, wo du gesagt hast: Ah, uh…

B7: Ganz genau weiß ich nicht was du meinst mit Ethik.

I: Ethik, also jetzt, jetzt relativ grob. Also jetzt ist wirklich nur was es für dich bedeutet, die Ethik im Beruf. Mit Kodizes oder schon einmal selber in einem Dilemma gewesen oder?

B7: Meinst du so mit, allgemein Ethik mit verschiedenen Religionen oder nach Nationalitäten oder (Zum Beispiel, genau) Ah, okay, so. Na, da habe ich eigentlich weniger Probleme gehabt, muss ich sagen. Aber ich glaube ich weiß, was du meinst. Da wo ich ein Problem gehabt hab, das war zum Beispiel im Krankenhaus. Da war eine Situation, mit einem älteren Herrn. Schulterblatt, Scapula hat er sich gebrochen gehabt, dann habe ich ihn drei Wochen, er ist Privatpatient. Drei Wochen lang jeden Tag zwei Mal behandeln müssen und dann ist es ganz gut gegangen und er konnte seinen Arm auch wieder ganz gut hochheben, relativ schmerzfrei und der war schon über 80, ich glaube 82 oder so und er hat zu mir eigentlich gesagt, er möchte eigentlich, dass er im Garten wieder arbeiten kann. Nach drei Wochen war ich glaube ich bei ihm, dann kommen die Ärzte rein und haben gesagt, ja, sie müssen, ja, er muss operiert werden. (Okay) Ja, genau und, und ein Zimmer daneben, da war eine Dame, die hat sich den Oberarm gebrochen und den Femur, hat sie sich auch noch gebrochen, einen Oberschenkelhalsbruch und die konnte kaum gehen und zu der habe ich nur einmal am Tag gehen müssen, die war ganz normale Kassenpatientin und die ist nach zwei Wochen auch schon auf Reha gekommen wo ich mich echt gefragt habe, wie kann die auf Reha kommen in dem Zustand. Die hatte leider auch Pankreaskrebs gehabt, war schon recht am Endstadium, anscheinend, was ich so mitgekriegt habe. Aber da ist mir wieder aufgefallen, da haben wir mal wieder so eine Zweiklassengesellschaft, da Privatpatient, ja okay, da kann man Kohle rausholen und bei den anderen heißt es Hauptsache schnell wieder weg und das Bett neu belegen.

I: Okay, das heißt, die Ressourcenverteilung da war so n bisschen das Problem oder, dass dann die eine Patientin einmal nur behandelt wurde obwohl sie zwei, drei Geschichten hatte und natürlich auch eine ganz andere Lebenskrise, vielleicht hatte und der Andere, der sich das Schulterblatt gebrochen hat, der dann zweimal am Tag behandelt wurde und dann zum Schluss doch noch operiert werden musste.

B7: Genau. Ja, das ist ein Missverhältnis, das kann ich nicht nachvollziehen, das ist für mich ethisch total unter aller Kanone, weil gerade die Patientin, die wo so schmerzen gehabt hat, in ihrem Arm und am Fuß, sodass sie nicht mehr gehen konnte. Gerade die hätte eher zweimal am Tag Behandlung gebraucht wo man gesagt hätte, ja okay, da kann man das noch machen oder eventuell nur Lymphe, so, anstatt dem Anderen, der war eigentlich schon ganz fit, so. Der konnte herumlaufen und konnte seinen Arm bewegen und ich glaube als 82-Jähriger brauchst du jetzt nicht mehr den Arm so hochheben können, dass du dich hinten am Schulterblatt wieder kratzen kannst.

I: Das stimmt. Wurde das Thema Ethik bei dir in der Ausbildung oder im Studium mal irgendwie angesprochen?

B7: Ja, in der Ausbildung ist das schon einmal gekommen. So mit allgemein, dass man, egal welcher Patient das dort liegt, dass der Patient, und dass der solche Ansichten hat oder solche Ansichten, dass du den halt trotzdem dann behandelst. Kannst aber nicht unbedingt musst. Aber es ist sozusagen der Job und damit musst du klarkommen.

I: Okay. War das dann wirklich so ein paar Stunden irgendwie speziell, dass man sich da vertieft hätte oder war das dann nur, dass man das mal in einem Nebensatz…?

B7: Nee, das ist dann so in den normalen Unterricht mit eingeflossen. (Okay) Also es war schon ein wenig Thema aber es ist, also nicht sehr groß ausgearbeitet worden.

I: Also nicht explizit, dass man das so bewusst gemacht hätte, sondern so unbewusst. So halt, wir sind ja auch Therapeuten und ich glaube, da ist es ja so, dass wir ja so implizit so gebrieft werden, dass wir ethische Vorstellungen haben oder hätten. Aber noch

nichts großartig jetzt angesprochen mit Unterrichtseinheiten oder sowas. Okay. (Ne, da kann ich mich nicht daran erinnern) Hast du dich auch schon einmal bewusst mit dem Thema dann auseinandergesetzt oder war das immer so ein: ja, so diese Situation wie du es vorhin beschrieben hast, dass es halt dann eher unbewusst gelaufen ist.

B7: Also ich hatte schon oft Situationen, bei denen ich mir gedacht habe, wenn denn ein richtiger Nazi da wäre (ja, ja). Ob ich den jetzt behandeln würde oder nicht. Und das war dann schon so eine Situation in der Reha in meinem Praktikum, da war einer, und den habe ich dann auch behandelt. Aber der war dann geistig dann eh schon leider so weg, aber er war aggressiv und da haben die Mädels sich gar nicht herangetraut und dann habe ich da heranmüssen. (Okay) Ich selber habe dann eigentlich in dem Moment kein Problem gehabt, weil ich hab den eher als Patienten gesehen und dass der jetzt gerade ein wenig aggressiv ist aber ich habe das jetzt nicht auf sein Nazi-Ding, Ding, geschoben. Also man hat gewusst, dass er ein Nazi war, weil der hat auch ein Hakenkreuz auf der Brust tätowiert gehabt. (Okay) Und man hat auch gehört gehabt, dass er in solchen Kreisen ist aber in der Hinsicht habe ich mir auch wieder gedacht, mei, er ist halt jetzt vielleicht ein Blender ist und in diese Schiene gerutscht ist, das muss ja nicht heißen, dass er sein Leben lang so ein Depp sein wird, also. (Okay) Also ich habe dann eigentlich auch kein Problem damit gehabt. Außer ich merke, dass ein Patient wirklich sehr… Also ich sage schon zum Patienten dann auch, wenn du mir wirklich blöd kommst, ich muss sie nicht behandeln, sie können auch gerne zu jemanden anderes auch gehen. Ich habe kein Problem damit (Okay). Aber dann werden die meisten schon gleich (Wo du dich auch abgrenzen kannst, dass du da sagst, hey, das ist so, bis hier her, das ist meine Grenze und…) Ja, also da bin ich mittlerweile schon soweit, dass ich da wirklich so klare Grenzen sage, sage aber auch gleich, gar kein Problem, dass wir weiterbehandeln aber dann lassen wir solche Themen aus oder sowas. Also dann brauchen wir gar nicht über sowas reden. (Okay) Weil, ich habe die Meinung und sie haben die Meinung, wir können gerne über ein anderes Thema reden.

I: Okay. Wenn es jetzt zum Beispiel um die Flüchtlingspolitik oder soziale Dinge (unverständlich) … Wenn es dann um soziale Dinge geht, wo halt dann Werte und Normen komplett gegeneinander brechen (ja), wo du dann sagst, hey, wir müssen hier jetzt nicht weiter diskutieren, das bringt wahrscheinlich zu nichts sondern, okay.

B7: Also ich höre da oft immer die Geschichten an und sag dann auch oft, na, ich sehe das nicht so. Sag denen auch noch ganz kurz warum aber ich sage auch immer gleich, da brauchen wir jetzt auch nicht ewig umeinander reden, dafür habe ich dann auch, haben wir beide zu wenig Hintergrundwissen, dass wir da wirklich so ein Ding… und das ist dann für die meisten Patienten dann auch klar. (okay) Und die haben dann auch kein Problem damit.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung, in der Physiotherapie, für den Prozess der Professionalisierung? Glaubst du es ist wichtig oder ist weniger wichtig, oder? Erkläre mir mal deinen Standpunkt.

B7: Keine Ahnung. Ich weiß gerade nicht, wie ich darauf antworten soll.

I: Okay, das heißt, wenn jetzt zum Beispiel in der Forschung, Wissenschaft, durch Abschlussarbeiten oder im Unterricht, wenn es da so sein sollte, dass man da mehr über Ethik spricht, also mehr explizit sich damit beschäftigt, mit diesem Thema, ob dann insgesamt die Physiotherapie dann auch nochmal weiterentwickeln könnte?

B7: Mhhh, ja, kann schon sein, dass da Einflüsse geben kann vor allem in kultureller Hinsicht, denke ich jetzt mal. So weil andere Kulturen das halt wieder ganz anders auffassen (Ja) wenn man solche Techniken anwendet oder die wissen das gar nicht, die kennen das gar nicht oder so. Sehe ich jetzt so zum Beispiel so, wenn ich ein paar Flüchtlinge habe, einer aus Syrien bin ich mit dem da, da so Krankengymnastik mache oder in Tansania wie die allgemein dazu stehen. (ja) Also ich sage mal so jede Kultur hat eine anderes Schmerzverständnis (Ja, genau) So oder so zum Beispiel. Das wäre schon wichtig, sowas mit einzubauen. Weiß ich jetzt nicht, ob das viel ausmacht aber es ist auf jeden Fall ein interessanter Punkt würde ich jetzt mal sagen.

I: Weil bis jetzt ist ja so bisschen das Problem in Deutschland das man sich ja immer nur irgendwie auf Forschungen und die reine, ich sag mal ja wissenschaftliche Forschung irgendwie zentriert und gerade dann so bisschen die Sache der Werte und Normen dann irgendwie so ein bisschen von den Menschen und Patienten und Therapeuten, dass man das auch reflektiert. Dass man da auch noch was rausholen könnte, zu diesem Prozess. Hast du dich schon mal bewusst oder hast du schon mal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt? Sei's Ausbildung, Studium oder irgendwie mal eine Zeitschrift drüber gestolpert?

B7: Berufskodex? Was soll das sein?

I: Okay, das ist schon Antwort genug. Das ist so ein ethischer Berufskodex, das heißt, da gibt es zwei, drei, die dann irgendwo festgeschrieben sind, wonach wir uns offiziell richten sollten.

B7: Okay.

I: Das heißt, nicht schaden, aber das sind solche Sachen, die schon grundlegend ja jeder Therapeut schon so ein bisschen innehat aber dann auch wirklich so diese Konfrontation damit.

B7: Na, ne, da habe ich mich eigentlich noch nicht damit auseinandergesetzt.

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma?

B7: (Komplett in deinen Worten) Ethisches Dilemma? Keine Ahnung. (Oder allgemein Dilemma. Wenn du in einer Dilemma Situation bist) Was das für mich bedeutet, ja, ist immer eine unangenehme Situation halt.

I: Unangenehm? Warum, weil?

B7: Weil, mein Problem ist das, ich versuche halt jedem alles recht zu machen und das funktioniert halt nicht immer und wenn ich aber dann aber zum Beispiel irgendwas versprochen habe aber eigentlich selber merke, das kriegen wir hin aber dann klappt es doch nicht, dann ist das für mich ein Dilemma. Weil ich dann sage, Scheiße, da müssen wir jetzt, irgendeine Lösung finden. Und das ist oft nicht immer so einfach. Und meistens geht das zu Kosten auf mich. Weil ich dann einfach dann die Verantwortung dann sozusagen auf mich nehme.

I: Okay, gut. Also, ist auch schon so. Also Dilemma ist ein, ist eine Entscheidung, die man treffen muss und abwägen muss zwischen zwei oder etwa zwei gleich wichtige Dinge oder Werte oder Normen und egal wie du dich entscheidest, es ist halt immer irgendwo ein negativer Part dabei. Das heißt, entweder passiert immer irgendwas Negatives oder irgend jemand wird dann immer enttäuscht oder, oder, oder.

B7: Genau es ist immer so, dass man irgendwas zurückstecken muss.

I: In welchen Situationen im Berufsalltag, hast du dich da schon mal in so einem Dilemma Befund? Du hast ja vorhin schon gesagt, in der Situation als dann der eine Patient deutlich bevorzugt wurde, weil, er Privatpatient war und die andere Frau die vielleicht nötiger gehabt hätte, weil sie Kassenpatienten gewesen ist, die hat nur einmal am Tag die Therapie bekommen.

B7: Ja, da habe ich mir nur Gedanken darüber gemacht. Ich selber habe das so für mich persönlich genommen.

I: Genau aber so Situationen wo dir denkst: Aaah, wie würde ich jetzt dann reagieren, wenn ich jetzt in dieser Situation wäre oder schon irgendwas anderes…

B7: Naja, da war ich ja in der Situation. (Genau, aber noch andere Situationen) Da habe ich aber nicht reagiert, weil, ich war nur der Praktikant.

I: Okay, also keine Entscheidungsbefugnis?!

B7: Also, zum Beispiel, eine Situation, da war ein Patient, der war sehr unzufrieden und der hat genervt, dass ich ihn dann wieder gefragt habe, wegen der Anamnese. Ich habe den erstmal gehört, dann ist er mir gleich etwas blöd hergekommen aber da habe ich dann auch gleich aggressiv zurück geredet, weil ich gesagt hab, sie haben das Rezept mitgenommen, woher soll ich wissen welche Diagnose ja? Und das steht da vorne aber sie haben das Rezept. Da ging es dann hin und her. Das war eine sau komische Situation, das war gleich von Anfang an, von Beginn und dann hat er sich gleich zurückgerudert und hat gesagt: ja, er hat schlecht geschlafen und ihm tut es leid. Fangen wir noch einmal von vorne an und so weiter. Ja, können wir gerne machen. Haben wir auch gemacht. Das war aber immer so ein… Wir haben zwar die Therapie ganz normal weitergemacht aber es war ein fader Beigeschmack. (Okay) Jetzt mittlerweile ist er recht… er ist Stammpatient von mir (lach), es ist alles in Ordnung aber das war eine komische Situation einfach.

I: Wäre das auch komisch gewesen, oder wie wäre die Situation gewesen, wenn du gesagt hättest, ja ok ich kann sie jetzt nicht weiterbehandeln aus dieser Situation oder gehen sie lieber zu einen anderen. Wäre das sinnvoll gewesen, was glaubst du?

B7: Kann man machen. Da sehe ich das wieder so, dass ich sage, wir sind beide erwachsene Menschen. Ich bin da, es ist mein Job, ich muss professionell arbeiten (okay) solche Situationen können entstehen, es war unangenehm aber ich sehe das eher immer so, durch solche Situationen reift man ja. Wenn man da so unangenehme Gespräche mal annehmen muss, glaube, da wächst man ja. Weil wenn man immer in der Komfortzone bleibt, dann, dann kommst du nie weiter. (Ja) Und deswegen sehe ich das eher so, okay, so eine Situation mal erlebt und ich habe so reagiert. Da kommt mir zum Beispiel das Studium wieder entgegen, wo ich mich dann reflektiere, war das gut oder war es nicht, wie kann ich es, wenn es das nächste Mal wieder passiert, kann ich das auf jeden Fall besser machen, kann ich ein bisschen nicht so emotional reagieren und ein bisschen mehr sachlicher. (Okay)

I: Das wäre nämlich schon die nächste Frage gewesen. Wie du mit solchen Situationen umgehst beziehungsweise die dann auflösen kannst. Du hast ja schon gesagt, Kommunikation und Selbstreflexion, was ich so gerade herausgehört habe. (Genau) Und dann hast du ein gutes Gefühl, dass du sagst: Ey, okay, das nächste Mal mache ich es besser.

B7: Ja. Also ich versuche Momentan immer viel was mich ärgert oder wo ich sage, Ding, dass ich nicht gleich darauf reagiere, sondern mir das zuerst einmal anhöre (ja) und dann vielleicht noch einen Tag darüber schlaf, oder zwei Tage, weil da doch alles sehr emotional ist und da kann oft sein, dass etwas herausrutscht was man eigentlich, was man verkehrt macht. Und das ist mir schon aufgefallen, dass ich am meisten da versuche ein bisschen ruhiger zu bleiben und jetzt einmal ein bisschen darüber nachzudenken selber und dann halt auch nochmal die Kommunikation aufnehmen aber meistens hat sich das schon oft geklärt oder dann ist der Patient auch nicht mehr so emotional und dann reden wir ganz normal darüber und dann ist es eine angenehme Kommunikation, sage ich jetzt mal.

I: Okay. Vier Fragen immer noch. Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze beziehungsweise solche Werte und Normen sind dir, für dich persönlich besonders wichtig? Und gerade so im beruflichen Alltag, was ist denn für dich… Mal so in Stichpunkten. Welche Werte und welche Normen sind für dich besonders wichtig?

B7: Auf jeden Fall, dass der Respekt da ist. (Okay) Dass der Patient nicht gleich meint, irgendwie so, er ist rein der König, so dass, was er sagt, dass was gemacht wird. Aber was ich auch nicht will, vom Therapeuten her, dass er bloß bestimmt, sondern dass man da wirklich sich beide zusammen irgendwie eine gute Kommunikation hat, dass man sagt, okay, der Patient der hätte zwar gerne das aber ich als Therapeut ihm aber auch wieder sag, okay, das wäre aber vernünftiger. Wir können das zwar mit anpacken aber das Hauptziel ist eigentlich das und das aber ich muss es auch begründen können. (Okay) So, zum Patienten, dass für ihn das auch logisch ist. Und einfach, ich sage mal, für, das allerwichtigste ist nicht nur allein die Techniken, dass man die kann, wobei das auch eine andere Geschichte ist, ob das dann funktioniert, weil doch jeder Patient anders ist, das ist eben die soziale Kompetenz. (Okay) Und das finde ich, haben viele Therapeuten nicht.

I: Ja, weil das auch, ich glaube auch ungenügend vielleicht in der Ausbildung gelehrt wird, oder? Also ich glaube in der Ausbildung ist halt wirklich nur rein…

B7: Ich weiß nicht, ob das wirklich so gut lernen kann. Ma kann auf jeden Fall eine Basis geben (ja), manche können bestimmt geleitet werden, die haben das Potential aber die müssen natürlich geschult werden. Es gibt aber manche, meiner Meinung nach welche, wo man sagt, da fehlt es einfach an nix. Die sind einfach sozial unkompetent dafür. Aber klar, sollte man auf jeden Fall eher mit einbauen und das ist auch wieder so, wo ich sage, das pädagogische. (Ja) Dass man da auch wieder bisschen schult, wie man Gesprächssituationen umgeht. Denn im Studium haben wir auch ein paar Wochenenden gehabt (Ja). Kommunikation, fand ich eigentlich super, fand ich sehr interessant, vor allem wo wir uns gegenseitig sich so interviewt haben und auf dem Band angeschaut

haben. Das ist etwas ganz anderes, wenn man sich dann auf einmal selber sieht, wenn man da so Frage und Antwortspiel macht eigentlich.

I: Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zum Begriff der Ethik abgrenzen. Was ist für dich Moral und was wäre Ethik?

B7: Puh, Das ist eine gute Frage. Da habe ich mir noch nie Gedanken darüber gemacht.

I: Entweder, wie gesagt, in deinen Worten und du hast ja auch die Möglichkeit…

B7: Keine Ahnung. Moralisch ist einfach für mich das, du musst es einfach mit deinem reinen Gewissen, musst du das vereinbaren können was du dann machst.

I: Okay, das heißt, mit dir selber dann quasi?

B7: Auf jeden Fall mit dir selber (okay), ob das jetzt für Außenstehende genauso sehen, das ist jetzt eine andere Geschichte aber moralisch ist einfach mit mir selbst vereinbar (Okay).

I: Das ist schon einmal gut und die Ethik? Was wäre, wie könntest du dann abgrenzen zur Ethik? Weil, oftmals ist es ja so, dass es ja…

B7: Ich würde so sagen, dass es dann, eher für alle gedacht ist. Dass alle so nach einer bestimmten Ethik vielleicht leben oder handeln sollen. (Ja) Moralisch ist dann wieder die persönliche Ebene, würde ich vielleicht sagen.

I: Genau. Also moralisch ist das aus eigenen Werten und Normen entstehende richtige handeln, sozusagen. Was ich ja dann auch mit mir selber dann irgendwie mit meinen Werten und meinen Normvorstellungen dann abwägen müsste und die Ethik ist eben das, was es reflektiert oder argumentiert. Das heißt, es ist quasi die Wissenschaft von der Moral. So könnte man das sagen. Also so, wie du es eigentlich auch in deinen Worten so wiedergegeben hast.

I: Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Das heißt, glaubst du, dass ein moralisch ausgebildeter Physiotherapeut, besser oder professioneller handeln kann als einer der das nicht weiß oder nicht kann?

B7: Ne, würde ich nicht unbedingt sagen. (Okay, warum glaubst du das so?) Weil oft Nichtwissen auch von Vorteil ist. (Okay) Wenn man dann einfach drauflos therapiert und so mit dem Placeboeffekt dann auch viel entstehen kann. Wenn man das jetzt weit herholt (Okay). Keine Ahnung, finde es schwierig zu beantworten jetzt auf die kurze Zeit, müsste ich mir selber erst einmal Gedanken machen.

I: Okay, gut. Erkläre mir mal, wie wichtig du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten für den gesamten Prozess der Professionalisierung einschätzt. Also so ähnlich wie jetzt gerade eben, nur… Glaubst du, dass es sinnvoll ist, wenn man das jetzt zum Beispiel in den Unterricht mit einbindet, dass dann so ein Ethik- und Moralunterricht der einzelne Physiotherapeut dann irgendwie professioneller wird.

B7: Ob er professioneller wird, weiß ich nicht aber ich sage mal so, er wird wenigstens mal ein bisschen selbstständiger und tut wenigstens selber handeln und nicht bloß immer blind nach den Richtlinien und Struktur sondern, dass er mal selber ein bisschen sich hinterfragt nach seinen Werten ein bisschen, seine intuitiven Gedanken einfach mal nachgeht (Okay). Es muss ja nicht von Nachteil sein, es kann ja sein… Wir brauchen ja viele die wo einmal über den Tellerrand hinausschauen und dann vielleicht entsteht da was. Entwickelt sich da irgendeine andere Technik wo er dann Erfahrungen sammelt.

I: Okay, das heißt über Reflexion und quasi dann ein Autonomiegewinn. Das heißt der Physiotherapeut dann selbstständig (Ja genau, Autonomiegewinn, das ist gut, ja) nachdenken kann über die Dinge die halt richtig sind ob man es jetzt macht oder nicht macht. (Ja, genau) Ja, sehr gut. Okay, vielen Dank B7. Wir haben es (Bitte, Bitte) geschafft.

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	08
Name der Audiodatei	Interview 08
Datum der Aufnahme	16.09.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	67,03 Minuten
Befragte Person	B8
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	29.11.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: Okay, gut „B8“, ich danke dir, dass du mitmachst hier bei meinem Interview. Ich möchte mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen. Das heißt, es gibt kein richtig und kein falsch, sondern genau das, welche Meinung du jetzt genau vertrittst, die werden wir jetzt einfach diskutieren und dann eben mit anderen Meinungen dann einfach zusammentragen und dann wird sich dann eine, ein Ergebnis daraus resultieren. Okay, wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B8: Es ist etwas was ich geändert hat. Physiotherapie ist etwas was in den, also vor allem 96 bis jetzt sich für mich vom Bild her komplett verändert hat. Damals war es eine sehr passive Geschichte sehr, ich bin derjenige der nicht nur das Herrschaftswissen und das Fachwissen hat sondern eben der auch macht, der hilft und tut, hin zu eigentlich in den letzten Jahren, drei, vier Jahren, fünf Jahren vielleicht wo das angefangen hat hin zu einer Therapie wo ich Menschen unterstützen will, eigentlich sich selbst zu helfen.

I: Okay, das heißt, diese Integrität des Einzelnen wieder im sozialen Leben aufzubauen sozusagen.

B8: Am Leben wieder teilzunehmen, sich selbst wieder aktiver, also selber wieder aktiver zu sein, selber vielleicht auch sich, eigentlich auch sich selbst helfen zu können. Das was man so in anderen Bereichen als Hilfe zur Selbsthilfe bezeichnet. (Ja) Das finde ich, ist eigentlich ein schöner Satz dazu zu sagen, Leute ihr könnt euch selber helfen, wenn ihr es schafft, sozusagen diesen Weg mitzugehen.

I: Okay. Gut. Und die Kerngebiete, also wenn du jetzt auch sagst, dass das ja die Hilfe zur Selbsthilfe wichtig ist, das heißt, wie würdest du auch die Kerngebiete oder die Kernthemen der Physiotherapie, gerade in diesen Prozess, wie du es gerade geschildert hast, standardisieren oder definieren?

B8: Standardisieren weiß ich gar nicht, das finde ich persönlich sehr, sehr schwer, für mich selber zu standardisieren aber ich würde sagen, das Kernthema ist im Grunde genommen die Menschen davon zu überzeugen, dass sie das können.

I: Okay. Das heißt…

B8: Für mich persönlich das Kernthema. Für mich ist es Kommunikation, es ist Pädagogik, es ist ein klitzekleines bisschen, ja doch auch, Psychologie also Motivation, all diese ganzen Geschichten. Das nimmt mehr überhand als alles andere. Der Rest, also so Techniken, alles andere ist das, was sich immer mehr in den Hintergrund schiebt. In den letzten 10 Jahren vielleicht, vielleicht auch schon länger, das weiß ich gar nicht so genau, das kann man irgendwann nicht mehr sagen aber es schiebt sich immer mehr dazu, wie kann ich die Menschen davon überzeugen, dass sie sich selber eben auch helfen können. Also das ist viel, viel wichtiger, finde ich persönlich und das sind eigentlich nicht mehr die Kerngebiete dessen, was man irgendwann mal gelernt hat. (Ja, okay) Auch jetzt, also ich unterrichte ja immer noch was auch jetzt unterrichtet wird. (Okay) Was mir persönlich schwerfällt. Also die Schule versucht da einen Spagat zu schaffen.

I: Okay. Gut. Und hast du auch das Gefühl, dass sich die derzeitige oder dass sich derzeitig in der Situation, die Physiotherapie auch genügend von anderen Gesundheitsfachberufen dann irgendwie auch unterscheiden lässt oder ob das dann irgendwie so eine, so eine schwammige Einheit dann wird, in der es schwierig wird, die einzelnen Berufe zu, zu differenzieren und zu definieren?

B8: Ich glaube, das war schon immer. Ich habe noch nie eine Definitionsabgrenzung zur Ergotherapie gefunden, noch nie in meinem ganzen Leben. Und letzten Endes, wenn mir einer sagt, dass die Ergotherapeuten deutlich gezielter auf irgendwas eingehen, deutlich mehr auf ADL´s gehen, dann sage ich mir, ist doch eigentlich schade, dass wir uns das wegnehmen lassen oder, dass wir das nicht auch können. Warum zur Hölle sind wir so, natürlich ist eine Funktion wichtig aber warum bleiben wir bei der Funktion so verhaften, wenn es nicht, wenn es darum nicht geht die Funktion in den Alltag zu integrieren. Und warum soll das ein Ergotherapeut besser können als ich, das habe ich noch nie kapiert und ich habe mit einigen Ergos zusammengearbeitet und ich muss ganz ehrlich sagen es hat sich mir bis heute noch nie erschlossen. Wir nehmen uns in einigen Bereichen was weg in anderen Bereichen nicht aber

vielleicht liegt es daran, dass ich persönlich vielleicht eine andere Berufserfahrung habe. Ich habe nicht viel in einer Psychiatrie gearbeitet, da sehe ich mich persönlich halt so gar nicht. Ich weiß, dass es andere Therapeuten gibt, die das ganz anders sehen, also Physios aber das ist überhaupt nicht mein Fachgebiet und ich glaube da würde ich persönlich für mich eben sagen, ist die Abgrenzung für, zur Ergo, für mich leichter. Aber vielleicht liegt es daran, dass das nicht mein Fachgebiet ist, wo ich nicht alltäglich drin arbeite.

I: Okay, und was könnte jetzt die Physiotherapie deiner Meinung nach tun um sich dann besser abzugrenzen zu zur Osteopathie zu Ergotherapie zu Fitnessbranche.

B8: Zur Osteopathie, da hast du natürlich ein Fass aufgemacht (lach). Also ich glaube das ist verdammt schwer. Es ist wirklich verdamm schwer und letzten Endes ist es immer die Frage ist es zielführend. Manchmal kann es sich ergänzen und da ist die Frage, wieviel Zeit und wieviel Möglichkeiten gibt uns dieses System und da ist es eher das System immer das Problem, dass wir nicht unbedingt abgrenzen können denn manchmal ist es ganz gut, dass man sagt, der eine macht das, der andere macht das aber dann muss es in Absprache funktionieren.

I: Okay, dass es halt Überschneidungen gibt, die halt aber interdisziplinär schon zielorientiert, sind.

B8: Ja wenn denn das funktioniert kann das ja richtig gut sein für den Patienten weil, sind wir ehrlich zweimal 20 Minuten in der Woche, was macht? Was macht er den Rest des Tages, was mache den Rest der Woche? Das ist ja nicht unbedingt immer allzu viel zielführend und wenn ich da noch jemand auf dem gleichen Strang zieht, vielleicht auch mit einem anderen Berufsbild, ist es doch nicht unbedingt schlecht. Da nimmt man sich nicht immer unbedingt die Butter vom Brot, sondern im Gegenteil man kann sich ergänzen. Wenn es, für mich persönlich ist es und ich habe eben die Möglichkeiten stellenweise gehabt, in meinem Berufsleben, wenn es sich ergänzen kann, weil man die Zeit hat sich ja kurzschließen, über die Patienten. Das kann richtig gut sein.

I: Okay, gut.

B8: Auch wenn der ergo manchmal Dinge tut die eigentliche in mein Fachgebiet fallen würden aber ich kann andere Sachen tun, die wiederum noch mehr in mein Fachbereich fallen. Sprich, ich mache mit denen halt Trainingstherapie und auch wenn sie nur ein KG-Rezept haben anstatt KGG, also, ne. Wo einfach der Zeitrahmen das Ding ist ja. Und der ergo nimmt mir Teilbereiche dessen ab, weil der das Ganze einfach komplexer ist. Dann macht es manchmal echt sind zusammen zu arbeiten und dann kann das richtig gut sein.

I: Okay. Gut. Welche Behandlungsmodelle oder Praxismodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du primär deine Behandlung Strategie am Patienten aus?

B8: Was meinst du jetzt mit Praxismodell nur kurz dazwischen gehakt.

I: Es gibt bestimmte unterschiedliche Modelle, die es vielleicht älter sind oder sich neu irgendwie entwickelt haben, dass man jetzt die Patienten nicht nur rein eindimensional sieht, sondern eben auch in verschiedenen Facetten erkennt und sieht.

B8: Okay, ich habe im Grunde genommen noch einmal in der Praxis mit einem Ergo zusammengearbeitet, da hat es richtig Spaß gemacht, weil es macht bei den Neuropatienten richtig fun mit einem Ergo zusammen zu arbeiten. Es macht in einigen anderen Bereichen manchmal so Handtherapie, kann es richtig interessant sein da war interdisziplinäres arbeiten halt möglich, weil es ein Team war. Ja, also letzten Endes ist es so das Problem ist einfach wenn du nicht mit einer oder unterschiedlichen Professionen in dem Rahmen arbeitest die wo du die Möglichkeit hast von einfachen, schnellen, kurzen Wegen der Zusammenarbeit funktioniert das mit der Zusammenarbeit eher schwierig, im Gesundheitswesen, weil keiner Zeit hat und jeder hat zu anderen Zeiten Zeit. Das heißt, da hat man die Möglichkeit sich kurzzuschließen sind schwierig und genau das ist eigentlich das was irgendwo arbeiten in diesem System ausmacht, das ist egal ob es ein Arzt ist, egal ob es ein anderer, anderer Heilberuf ist. Das ist etwas was mir persönlich echt stinkt. Das ich nicht die Möglichkeiten habe mich mit den anderen Professionen dieses Zweiges auszutauschen und dann macht aber arbeiten A, Spaß und dann ist es eigentlich auch ziemlich zielführend für den Patienten und wenn er aus möglichst vielen Schienen möglichst ähnliche Dinge hört. Weil du so einen Weg hast, der, wo du sagen kannst, das Ziel ist im Grunde genommen das gleiche und wir reden alle mit unterschiedlichen Meinungen. Also der Arzt sagt nicht was anderes als wir sagen und er umgedreht eben auch. (Okay) Dann macht es Spaß.

I: Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder Studium erworben haben? Jetzt kannst du so mal Stichpunkte raushauen, die für dich wichtig sind, vielleicht die du auch damals vermisst hast, nach der Ausbildung oder Studium, wo du sagst, das ist eigentlich absolut wichtig und das war vielleicht nach dem Studium…

B8: Was da das Problem ist, da muss ich wirklich unterscheiden zwischen Ausbildung und Studium.

I: Ja, genau. Dann mach doch, das darfst du.

B8: Weil, Ausbildung ist im Grunde genommen ganz klar, in meiner Ausbildung und das war 96, wo ich die Ausbildung beendet habe, also sehr, sehr lange her, haben mir eindeutig kommunikative und pädagogische Skills gefehlt, definitiv, und nach dem Studium hat mir gefehlt, Statistik. (Okay) Statistik und wirklich wissenschaftliches Arbeiten. (Okay) Nicht nur pseudowissenschaftliche Arbeiten nämlich wie zitiere ich etwas, wie schreibe ich eine Arbeit, sondern ein echtes wissenschaftliches Arbeiten, wie bewerte ich Studien, wo, welche Kriterien lege an um eine Studie bewerten zu können. Es gibt halt, es gibt viele Studien und es gibt viele schlechte Studien. Und genau das ist das Problem, so, und ich finde das was heute, und da spreche ich jetzt auch so ein bisschen als jemand die noch in der Ausbildung steckt, immer noch fehlt ist den meisten Schülern kommunikative Skills und eben auch diese psychologischen Skills und ich glaube da ist nicht unbedingt das Studium das Ding sondern ich würde immer noch sagen, Leute, wenigstens das Ausbildungsniveau hoch auf Abitur weil die Abiturienten einfach etwas älter sind und etwas älter heißt, sie haben ein klein wenig mehr Berufserfahrung, Lebenserfahrung. Und das macht wahnsinnig viel aus in diesem Job. Das ist echt irre, das hätte ich mir nie gedacht aber eine 17-jährige ist einfach, ein bisschen überfordert, wenn sie Omi Müller auch noch coachen soll.

I: Okay. Warum ist denn besonders die Kommunikation für dich wichtig? Was ist denn für dich so was Kommunikation ausmacht, oder warum es für dich so wichtig ist?

B8: Ja, weil das Problem so, ich bin in einer Region unterwegs in der die Leute wahnsinnig von ihren Knochenbrecher fasziniert sind. Wo das in den Köpfen ungemein drin steckt, dass der Knochenbrecher der geile Typ ist. Da gehe ich hin, der macht einmal knack, knack, knack, knack und dann geht's mir gut. So, dieses einfache Ding, also, das ist ja bei Ärzten genau dasselbe, die Patienten gehen hin und erwarten der macht mich jetzt ganz, der macht mich heile, der, danach gehe ich da raus und dann geht es mir besser. So, bei einem Knochenbrecher ist es auch, bei uns ist es auch. Uns stellt man ein Stück unter die Knochenbrecher. Von uns erwartet man hier in Ostfriesland zu mindestens Ähnliches, wobei, in Dresden war es, wobei da war es aber auch so. Und dieses, aufzuknacken und zu sagen Leute, ihr seid doch diejenigen die eigentlich wissen sollten wie es funktioniert. Die ihr euch selber helfen könnt und die das Wunderwerk Chemie und Gehirn, stoße es einfach nur an, und mache es, das hat ja auch irgendwie mit Selbstzutrauen und allem zu tun und den Leuten das zu geben. Deswegen finde ich diese Kommunikationsgeschichten so wahnsinnig wichtig. Also mir fällt es dann immer wieder auf, dass ich da auch bei dem einen komme ich gut voran und bei dem anderen stoße ich einfach auf Grenzen, weil ich ihn nicht erreiche, weil ich nicht seine Sprache spreche.

I: Okay, das heißt dann einfach, diese Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten auf einen gemeinsamen Nenner quasi bekommen, das quasi zusammen konstruktiv ein Arbeitsbündnis geschlossen werden kann und (Genau) auf dem man dann quasi arbeiten kann.

B8: Man aufbauen kann indem du sagen kannst, pass auf, was ist dein Ziel? Alleine mit dieser Frage sind ganz, ganz viele Patienten überfordert, die gucken mich mit großen Augen an, wenn ich sie schon alleine frage, weil das kennen sie nicht, das sind sie nicht gewohnt. Das erwarten sie von mir nicht. Das heißt, ich muss ihnen ja auch erklären warum ich das von ihnen will, warum ich wissen will, was ihr Ziel ist. Also da fängt es ja schon bei so ganz kleinen einfachen Dingen an.

I: Okay, sehr gut. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest?

B8: Ich glaube 96 auf den 96er Berufsalltag unter Umständen schon. (Okay) Ich habe mich damals jetzt nicht unbedingt schlecht ausgebildet gefühlt. Das kann ich nicht behaupten. Ich würde aber sagen, dass meine Ausbildung für das, für die heutigen Dinge nicht mehr ausreichend ist. Es hat, ich habe ganz, ganz viel über Board geschmissen und ich habe ganz, ganz viel anderes, was ich mir aneignen muss, will, tu, aber das ist auch einfach die Entwicklung der Dinge geschuldet, der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Entwicklung in der Medizin, die einfach mindestens genauso schnell rasend vorwärts gehen und ich glaube schon, dass die heutige Ausbildung nicht mehr auf den heutigen Stand des Wissens ist, oder des Wissens ist aber das Problem ist, die Leute bemerken glaube ich diesen Unterschied nicht. Sie bemerken nicht, dass sie nicht auf die eigentlichen Herausforderungen vorbereitet sind, weil sie im Grunde genommen, guck mal, ich habe die Ausbildung 96 gemacht und ich hab noch eine alte DDR Ausbildung. Weil 93 angefangen, vor der jetzigen, vor dem jetzigen Berufsgesetz aber selbst da war es eine Verbesserung zu dem, was es davor gab, was es gab. Und von da her weiß ich gar nicht unbedingt ob man das, ob man das so unbedingt miteinander vergleichen kann und ich glaube schon, dass da auch die Zeit eine riesige Rolle spielt und ich finde wirklich, das Berufsgesetz, das gehört verändert also mindestens die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. (Unverständlich, weil beide kurz sprechen) gar nicht unbedingt, weil das eigentlich nur regelt was, oder dass dann die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist eigentlich fast wichtiger zu verändern. Weil, die deckt so vieles ab, was heute gar nicht mehr up to date ist. Ich habe wirklich 96 in einer Privatpraxis angefangen, die noch Unterwassermassage angeboten hat.

I: Okay, und wie war's im Studium hast du dann das Gefühl gehabt, dass nach dem Studium, dass du einen deutlichen Kompetenzerwerb noch einmal dazu hattest?

B8: Nein. (Nicht?) Nein, überhaupt nicht. Ich bin immer noch der Meinung ich habe einen spar, einen Schmalspurbachelor, der ein bisschen der Zeit und der Mode geschuldet ist aber ich wollte auch nicht unbedingt einen der Modellvorhaben machen, die noch nicht akkreditiert waren, die FH in Emden hatte damals schon einen akkreditierten Bachelor aber glücklich darüber bin ich ehrlich gesagt nicht. (Okay) Ich mag ihn nicht und deswegen hänge ich ihn nicht, ich habe nicht umsonst nicht gleich auf dein… geantwortet. Ich hänge nicht gerne an die große Glocke, weil, ich finde schon, dass dieser Bachelor, den ich habe, der erweitert meine Kompetenzen ehrlich nicht wirklich. Ich habe danach durch andere Menschen wahnsinnig viel, viel mehr gelernt. (Okay) Dass, was ich mir eigentlich von einem Studium erwartet hätte.

I: Okay. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B8: Ja, soweit es mir möglich ist versuche ich das umzusetzen was nicht immer einfach da sind wir wieder bei der, bei den Ostfriesen und ihrer Problematik und gleichzeitig ist es für mich persönlich, ungemein schwer auf diesem Level zu bleiben, weil mein Studium mich nicht darauf vorbereitet hat. Ich habe aber das Glück in einem weitläufigen Bekanntenkreis wirklich über Menschen zu verfügen, die, auf die ich wesentlich mehr baue und die filtern auch ein Stück weit Studien für mich schon vor.

I: Okay, gut. Wann hast du denn das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert und warum?

B8: Ich muss gestehen, dass ich das gar nicht mehr tue, sondern ich frage gleich in bestimmten Gruppen eben nach und hole mir dort die Hilfe, weil ich weiß, die Hilfen kommen schneller als ich es mir aussuche und mir dann eben durch die dementsprechenden Studien filtere. Also das kommt ja auch noch dazu, du musst ja dann auch noch filtern, so viel habe ich dann inzwischen durchaus gelernt aber ich weiß mir anderweitig Hilfe zu holen nicht unbedingt Fachsuche in Suchmaschinen, also meinen Schülern bringe ich durchaus pubmed bei ich selber tue mich immer noch ein bisschen schwer, mit, mit der Suche. Mir dauert es zu lange, weil ich dann wirklich die Stichworte, die musst du dann echt schon gut können und ich weiß auch dass, was gibt es für Fachliteratur wo ich vernünftige Studien herkriege. (Ja, das stimmt) Das ist schwierig. Also meistens hinkt die hinterher, im Internet.

I: Okay. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deiner Patienten?

B8: Ich versuche die internationalen reinzuziehen, die nationalen sind häufiger leider auch nicht so pralle oder sie sind nicht, sie existieren nicht. (Okay) Also es gibt ja durchaus internationale auf die man sich gut berufen kann die in der Qualität deutlich besser sind, was die Hinterfragung ihrer Studien angeht und da bin ich wieder bei Bekannten und Freunden die einem dann weiterhelfen, über die ich dann auch an diese Leitlinien und so weiter komme.

I: Okay, aber du liest dir dann auch teilweise die Leitlinien auch mit durch und sagst dir, ja ok, das ist jetzt interessant, das kann ich jetzt nutzen oder eben nicht.

B8: Ja, genau, ich frage dann eher gezielt danach welche Leitlinien oder auf welche Frage es sich bezieht, gibt es da irgendwelche Leitlinien wo ich dann nachschauen kann wo ich dann irgendwo den Link kriege und das sind halt häufig dann die englischsprachigen.

I: Okay. Gut. Jetzt haben wir diesen Themenblock so ein bisschen Berufskultur Berufssoziologie so ein bisschen abgeschlossen. Jetzt geht es in das Thema der Professionalisierung. Das heißt, was sagt dir erst mal der Begriff Professionalisierung? Sagt der dir irgendwas oder was verbindest… erstmal nur der Begriff.

B8: Der Begriff sagt mir schon etwas aber was es jetzt relativ komplex aber ich verbinde damit im Grunde genommen, dass unser Beruf es schaffen kann, oder sollte, über diesen Weg noch ein Stück weit ernster genommen wird und weg hin zu dem Image, das ich in meiner Ausbildungszeit noch hatte, von dem, von der Turntante und dem Massagemäuschen weg zu einem ernstzunehmenden Gesundheitsberuf. Wo man ernst genommen wird, im Sinne von, die wissen wovon sie reden. Das sind eben nicht nur die, die die Patienten bespaßen. Das ist etwas, wo ich sage, grob gesagt, das verstehe ich unter einer Professionalisierung. Ich könnte es jetzt anders nicht gut in Worte fassen.

I: Ne, das ist ja völlig in Ordnung. Wie gesagt, das ist meine Aufgabe da das dann herauszufinden. (lach) Okay, was können wir deiner Meinung nach getan werden um eben diese Professionalisierung, so wie das gerade erklärt hast, der deutschen Physiotherapie noch mal zu unterstützen?

B8: Also ich glaube langfristig gesehen sollte man weiter an einer Vollakademisierung arbeiten, A sind die Leute älter und B wenn wir die Studiengänge, wenn wir es hinkriegen die Studiengänge so aufzubauen dass sie ein vernünftiges Curriculum haben im Gegensatz zu dem jetzigen Wildwuchs den wir haben. Da wäre es schon durchaus sinnvoll aber nur dann, auch ganz klar, also wenn wir weiter in diesen Wildwuchs haben wie jetzt, wo jeder Studiengang irgendwie da vor sich hin wurschtelt macht es ehrlich gesagt auch nicht viel Sinn.

I: Das heißt, Standardisierung der Ausbildung und dann quasi so mit dieser Vollakademisierung dann, als schlussendlich dann das Ziel. Okay.

B8: Und dann könnte man wie in anderen Ländern auch sagen, der Bachelor ist der, der praktisch arbeitet und der Master ist der, der in andere Bereiche hineingeht, Forschung, Wissenschaft ect. pp. weiter arbeitet und sich da profiliert oder wie auch immer, das ist ja hier auch noch ein riesen Problem, dass sich das keiner vorstellen kann. Was machen wir mit studierten Bachelor oder was machen wir mit studierten Physios?

I: Weil es auch noch keinen richtigen Markt dann auch dafür gibt.

B8: Ne, gibt es jetzt auch noch nicht, weil die Krankenkasse das gar nicht anfordern, weil es nicht notwendig ist und genau das ist das Problem.

I: Ich kenne es auch so das sind viele Fragen warum hast du dort studiert, du bekommst du eh nicht mehr Geld und das ist ja eigentlich eine berechtigte Frage weil man ja schon sehr viel Zeit und viel Geld und viel Mühe investiert (Ooohh ja) und dann eigentlich nicht mehr dafür rausbekommt als einer der jetzt gerade eben aus der Ausbildung kommt und eigentlich keine Ahnung hat was er tut vielleicht, irgendwas macht und genau gleich entlohnt wird und das ist dann halt ein bisschen schwierig.

B8: Das ist frustrierend, ja.

I: Okay, was denkst du noch könnte noch passieren außer eben diese Akademisierung und Novellierung der Ausbildung, was getan werden kann um diesen gesamten Prozess so ein bisschen weiter zu bringen?

B8: Wenn wir vielleicht auch noch Berufsverbände hätten, die nicht gegen an arbeiten sondern die in eine Schiene arbeiten, die wie in Australien, der Physiotherapieverband einfach vielleicht es auch mal in die Wege kriegt, Geld in die Hand zu nehmen und einen richtig geilen Videospot zu drehen was Physiotherapie kann, ohne dass irgendwer an einer Massageliege steht.

I: Also ohne, dass da jemand massiert. Das heißt die Verbände…

B8: Nichts gegen eine gottverfluchte, scheiß Massage aber das Problem ist einfach nur, dass unser Beruf darauf reduziert wird, Punkt. Ja, das ist das Hauptproblem. Ich sehe, ich habe nichts gegen eine gottverfluchte scheiß Massage (lach) das Problem ist nur, dass diese, dass die Patienten, wenn sie genau dieses Bild sehen uns wieder auf diese Schiene runter holen und genau darauf reduzieren, weil es ihrem Bild entspricht. Das heißt, wir müssen das Bild in den Köpfen der Menschen ändern, die unsere Patienten sind. Sprich, wir können viel, viel mehr, wir sind Anleiter zu, wir helfen ihnen wieder Treppen zu gehen, wir helfen ihnen aus dem Rollstuhl rauszukommen, wenn es möglich ist, wir helfen ihnen einfach aktiv zu werden. Da gab es wirklich irgendwann mal, also die australischen Physios sind jetzt vielleicht nicht immer das non plus ultra aber diese Kampagne, die die mal in der dortigen Presse hatten, war richtig gut. (Diese Videospots) Cool gemacht und das ist etwas, wo ich mir sage, wir können nicht alleine nur an den Physios arbeiten weil das ist schon hartes Brot, an den, in den Köpfen der Physios hinzukriegen, ihr seid nicht die Massage-Tussis, sondern ihr könnt eigentlich deutlich mehr und das aber auch, dass das die Patienten auch einfordern und das bedeutet, dass du auch in den Köpfen der Patienten etwas ändern musst und da sehe ich die größte Herausforderung weil ich glaube, das ist gar nicht gewünscht von unseren Berufsverbänden.

I: Das heißt, dass…

B8: Denn dann kann keiner mehr Osteopathie verkaufen, dann können sie keine Massagetechniken mehr verkaufen und hast du nicht gesehen und wenn ein Physioverband halt all solch ein Kram als Fortbildung anbietet, braucht man sich nicht wundern.

I: Ja, das stimmt. Sehr gut. Okay, welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Also was, was macht für dich so diesen optimalen Physiotherapeuten aus, den du dir mal so vorstellen möchtest? Was muss der alles können?

B8: Oh, da habe ich so ein paar Bilder im Kopf. (lach) Ja, was macht es aus, es ist jemand, der, souverän rüber kommt, der, der ruhig, kompetent dabei ist, der sein Wissen untermauern kann, der, also, der nicht einfach nur daher labert sondern, der dir auch wirklich im Notfall sagen kann, weiß, ist vielleicht auch ein Dr. med. der da vor dir steht, der dir dann aber auch die Studien geben kann auf die er sich beruht, der die im Grunde genommen vernünftig Trainingspläne schreiben kann im Sinne von, wir fangen so an und da ist das Ziel, der dann einen vernünftigen, nicht nur Befund macht sondern auch vernünftig aus diesem Befund mit dem Patienten zusammen Ziele erstellt, die dann abgeglichen werden immer mal wieder zwischen den Zielen in der Therapie. Wo du dann genau weißt, du hast, du hast ein Ziel XY also ein paar kleine Zwischenziele die man unter Umständen auch geschafft hat zu formulieren und wo man immer wieder abgleicht, kriege ich diese Ziele hin, schaffe ich das, wo ist der Weg dahin und welche Parameter nehme ich auch für diese Ziele. Also nehme ich Parameter, sind das messbare Parameter, ist es irgendwas, also es gibt da ja unterschiedliche Möglichkeiten. Auch, dass der Patient mir sagt, ich will einfach nur wieder Fahrrad fahren können, ist für mich am Ende auch ein Parameter wenn er mir sagt, ich traue mich wieder, dann ist dieses, trauen alleine, ist das Ding zu sagen und so, jetzt machen sie mal, und wenn sie das nächste Mal nicht mit dem Fahrrad hierher kommen, kriegen ärger mit mir.

I: Okay, also dieser Clinical Reasoning Prozess, also aus der, aus dem Befund heraus, dass reflektieren was dann eben in der Therapie (Ja) gemacht werden soll und das dann immer wieder überprüfen.

B8: Ja, auch immer wieder zu kontrollieren, bin ich auf dem richtigen Weg, weil sonst macht das keinen Sinn, sonst brauche ich dieses Ziel nicht und ich brauche kein, näh?! Und da sind aber auch unsere Patienten überfordert, weil das deren Hauptziele sind in der Regel, machen sie meine Schmerzen weg. Ich kann nicht zaubern (Ja) ist dann immer meine Antwort, weil, das ist das riesen Problem und das meine ich, wir haben zwei Seiten an denen wir arbeiten müssen und das sind einmal hartnäckige und dickköpfige Therapeuten und hartnäckige und dickköpfige Patienten. Du hast eigentlich zwei Bretter die du bohren musst.

I: Okay, du hast vorhin auch die Kommunikation angesprochen, ganz am Anfang, dass eben Kommunikation auch wichtig ist, um das, was wir gerade eben oder was du alles aufgezählt hast, dementsprechend auch adäquat an den Patienten anzubringen (Ja, genau). Okay, gut.

B8: Genau, weil, das ist eigentlich das Hauptproblem und das lernen wir nicht in der Ausbildung. Definitiv nicht. Also auch immer noch nicht so 100%.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie in der Gesellschaft? Das heißt, hast du das Gefühl, dass so wie es bis jetzt gerade ist, dass die Physiotherapie ein deutlicher Mehrwert ist, für die Gesellschaft oder, dass es eher sogar einen negativ, eine negative Konsequenz dazu gibt.

B8: Weiß ich nicht, ob es eine Negativkonsequenz gibt, ich glaube darüber mag ich nicht nachdenken. (Okay) Das zerstört einem so ein bisschen die Arbeitsgrundlage. Das Problem ist eher, dass ich sage, den Mehrwert sehe ich nicht zwangsläufig. (Okay) Und ich sehe ihn nicht in der heutigen Zeit und ich sehe ihn nicht so wie Physiotherapie läuft. Wenn ich mir von Arbeitskollegen anhören muss, dass Patient XY, obwohl er zur Zeit schmerzfrei ist und obwohl er sich normal bewegen kann, gut er hat einen ziemlich krummen, schiefen Rücken aber er hat Rehasport, er hat Funktionstraining dann sehe ich da eigentlich keinen Grund mehr warum er eine zusätzliche Verordnung auf Kassenkosten zu nehmen, weil es gibt gerade aktuell keinen Grund. Er ist frei Beweglich und er ist schmerzfrei. So, also, warum muss ich mich meinen Kollegen gegenüber rechtfertigen und sagen: Ja aber ich muss doch die Leute behandeln, wenn es der Arzt verordnet. Dann sage ich „Ne“ muss ich eigentlich nicht. Ich bin auch verpflichtet laut Ethik und laut all den anderen Rahmenbedingungen wirtschaftlich zu handeln. Ich sehe Wirtschaft aus wirtschaftlichem Grund keinen Sinn, wenn die Kasse andere Leistungen für ihn bezahlt, dass dann auch weiterhin dieses Rezept annehme und ich habe da auch entsprechende Therapieberichte geschrieben. Das ist das ist mir auch relativ umme und da sehe ich uns momentan nicht unbedingt in, auf einem guten Stand. Wir sind im Grunde genommen die Erfüllungsgehilfen dafür, dass Patienten rummaulen, dass sie lästig sind, dass sie, also es geht nicht immer nur um den wirtschaftlichen Nutzen und ich habe Patienten, die kriegen keine Verordnungen mehr weil sie eben nicht so agieren und es gibt Patienten, die hätten es nötig, die wollen, die wollen Anleitung, die wollen aktiv werden und die kriegen nicht die entsprechenden Verordnungen und andere, die sagen, och, dann hole ich mir noch eine Verordnung, das macht mein Arzt schon. Nö, ich mach nichts selber.

I: Also so eine Art Wellness, Wellnessgedanke der sich dann irgendwie so durchringt und (Ja, ja).

B8: Sorry, aber dafür sind wir nicht da. Dafür braucht uns die Gesellschaft nicht, das können die dann alle selber bezahlen. Wellness ist etwas, das fällt in den Bereich: Zahl bitte selber. (Ja) Ja?! Also da bin ich ein bisschen grillig nach paar und 20 Jahren im Job.

I: Ja, verstehe ich. Okay.

B8: Ich mache mal Licht an sonst wird das hier schwierig langsam. Wenn ich denn hier überhaupt irgendwo was finde. Man merkt, es ist nicht mein Arbeitszimmer.

I: Okay. Was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut in diesem Prozess der Professionalisierung? Das heißt, was kann jeder einzelne Therapeut tun damit sich eben, was du vorhin ja angesprochen hast, auch durchkämpfen lässt? Was kann dann jeder einzelne dafür tun? Was glaubst du?

B8: Jeder einzelne sollte zumindest sein Denken und seine Haltung hinterfragen und sich vielleicht auch mal damit auseinandersetzen, was bedeutet Ethik, was bedeutet also Ethik im Beruf und was bedeutet es wirtschaftlich zu agieren inklusive mit Ethik. Ich kann jeden, ich muss natürlich jeden ernst nehmen, muss mich mit seinen Problematiken ernst nehmen, das ist die eine Sache aber das heißt ja nicht, dass ich dauerhaft für jeden da sein muss um dauerhaft, nur weil das die, der Heilmittelkatalog oder die Budgetierung es zulässt, dass sie sich (Dass alles gemacht werden muss, was…) Ja. Also das ist etwas, da sehe ich eigentlich jeden einzelnen Kollegen in der Pflicht, sich zu reflektieren und zu hinterfragen. Und beim Reflektieren und hinterfragen der eigenen Therapien, der eigenen Arbeit, messen, was tue ich da, das ist halt einfach verdammt schwer, weil, das kratzt am Selbstbild bei vielen. (Ja, okay) Und das ist ein riesen Problem, ja.

I: Okay. Glaubst du von dir selbst, dass du fast jeden Schritt oder jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest?

B8: Nein. (Okay, warum? Wie, warum denkst du das jetzt?) Ich könnte immer, also vieles ist echt Bauch, aus dem Bauch heraus und das ist aber auch ein bisschen diesen 20min Takt geschuldet, das gebe ich ganz offen zu. Manchmal, in einigen Behandlungen wirklich ganz klar mein Bauch das Vorrecht gebe, was die Behandlung angeht. Und, dass ich mir im Nachhinein dann immer überlege, war das jetzt richtig, war das jetzt nicht richtig, war es der richtige Lösungsansatz oder nicht. Hin und wieder ist es das und hin und wieder stellt es sich heraus, nein, war es nicht. (Okay, also du sagst da…) Da bin ich aber ganz ehrlich, das ist nicht immer…

I: Ja, ist ja auch okay so. Aber du glaubst dann aber auch, dass es der zeitliche Faktor ist, dass du einfach unter Stress dann vielleicht stehst, weil dann schon in 20 oder nach 20 Minuten wieder der nächste Patient dasteht und…

B8: Vielleicht ist es der zeitliche Faktor, dass ich nicht gefühlt für mich selber die Zeit habe mir da, mir einen vernünftigen Befund wirklich von Anfang an zu erstellen aber mir dann die Zeit zu nehmen um zu sagen, das machst du beim nächsten Mal bevor du weitermachst und das Gefühl habe, den Patienten muss ich jetzt irgendwie noch, ich muss noch irgendwas tun damit er einigermaßen zufrieden rausgeht. Manchmal ist das dem Dings geschuldet, dass ich gegen Ende des Tages nach acht Stunden im 20 Minutentakt auch nicht mehr so Aufnahmefähig bin und damit auch vielleicht ein paar Sachen übersehe, übergehe, wo ich in der Hoffnung, dass ich aber auch beim nächsten Mal nochmal nachhaken kann. (Okay) Auch bei der Dokumentation ertappe ich mich dabei, dass ich bestimmte Sachen nicht immer aufschreibe und meistens sind es blöderweise die wichtigen. (Aber du hast das dann auf dem Schirm) Es ist dann aber der Zeitfaktor, weil du lässt dich dann gefangen nehmen von dem Patienten, der dir, wo du auch irgendwie merkst, so, jetzt nimmst du dir wirklich, du hörst ihm zu und schreibst eben nicht mehr mit dabei gleichzeitig sondern du willst ihm die Aufmerksamkeit zukommen lassen weil du das Gefühl hast, genau die ist jetzt wichtig (Ja). Weil dann kommen Sachen, die wichtig sind und dann vergisst du sie zu notieren, zu dokumentieren, das ist immer doof. (Okay) Weil das dann immer die wichtigsten Sachen sind.

I: Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Also was wäre jetzt für dich in der Ausbildung oder Ausbildung, Studium, Fortbildungen welcher Art, was wäre denn für dich so, wo du sagen würdest, damit bin ich zufrieden, weil damit glaube ich, dass dann die Physiotherapie auch wirklich professionell handeln könnte.

B8: Da sind wir wieder bei Selbstkritik. (Okay) Sich selber zu hinterfragen. Also ich sage meinen Schülern durchaus, dass ich, wenn ich unterrichte, nicht frei von Fehlern bin. Dass ich durchaus auch mal Dinge durcheinander haue, dass ich auch manche Skripte vertun kann, weil ich in der Hektik irgendwo was, irgendwelche fachlichen Fehler habe, weil ich irgendwas falsch wiedergegeben habe, dass ich und dass das nicht heißt nur weil sie etwas schriftlich finden, dass das immer das non plus ultra ist, dass man immer Sachen hinterfragen muss, dass Dinge logisch sein müssen, wenn sie logisch sind, heißt es aber trotzdem noch immer mal nicht, dass sie richtig sind sondern, dass man auch wirklich schauen muss wie sehen solche Sachen aus. Versuche sie eben, ich hatte früher noch Sprache und Schrift, da habe ich sie noch versucht mit pubmed einzuführen, das habe ich jetzt nicht mehr das Fach, was ich ein bisschen schade finde weil die Fächer passt es nicht wirklich rein wie ich es habe, das ist so das Problem aber ich finde es wirklich, es sind so ein paar Sachen, wo ich sage, ja, die Ausbildung kann wichtig sein und ich finde in einer Ausbildung muss man hauptsächlich den, den Schülern beibringen nur weil da angebliche Experten stehen, heißt es nicht, dass es Experten sind (Ja, okay). Das heißt, nur eine Meinung wiedergeben.

I: Okay, das heißt quasi dann einen Unterschied den Schülern auch lehren oder reflektieren lassen, dass Eminenz gegen Evidenz, ja nicht das gleiche ist.

B8: Ja und dass das auch eine Eminenz unter Umständen Scheiße erzählen kann ohne, dass es, dass mag dann bisschen Ahnung haben es aber vor 10 Jahren irgendwann mal aktuell war und eben nicht mehr jetzt. Und das Wissen immer etwas ist, was sich ständig verändert und gerade im medizinischen Bereich. Das versuche ich durchaus beizubringen und dann bin ich vielleicht aber dann auch immer so offen, dass ich sage Leute, ich habe vor so und so viel Jahren, das und das gelernt und das ist jetzt auch nicht mehr aktuell. Also dass man auch das für die nachvollziehbar macht und ihn ihr Wege an die Hand gibt, wie sie sich, wo sie an Informationen eben kommen, damit bin ich wieder bei pubmed ect. pp. und da fehlt in der Ausbildung definitiv, wie lese ich Studien. Das kriegen die nicht, dort nicht beigebracht und es gehört in diesen Rahmen, wie es jetzt, nicht rein und das kriegt auch keinen, kein Lehrer so richtig vernünftig runter. Da fällt halt dann irgendwas anderes hinten runter, die Hydrotherapie, die immer noch abgeprüft wird steht halt dann doch irgendwie halb immer noch da, nä, statt die Stunden sinnvoll zu nutzen.

I: Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der deutschen Physiotherapie?

B8: Naja, habe ich ja schon durchklingen lassen, da bin ich dafür. (Ja) Ich bin da definitiv dabei, das wird auch nicht von heute auf Morgen gehen aber das sollte im Grunde genommen durchaus ein Ziel sein um einfach diesen Beruf aufzuwerten ihn nicht nur für junge Leute attraktiver zu machen, die eher einen akademischen Beruf haben aber auch um endlich dieses Berufsbild zu verändern. Weil ein Akadem, vom akademischen Physio wird etwas anderes, also in der Hoffnung, tschuldigung, in der Hoffnung es wird auch von Patienten von dem akademisierten Physiotherapeuten etwas anderes erwartet als von einem handwerklichen, um es einmal so zu formulieren, Physios, so wie wir ihn jetzt haben, wo immer alle erwarten, das ist so ein Handwerker. Ja und das sind wir bis zu einem gewissen Punkt, das hat auch bis zu seinem gewissen Punkt seine Berechtigung aber das ist bei weitem nicht alles und das ist täglich der kleinste Anteil an unseres Jobs. Meine Meinung.

I: Ja, okay. Ja, ist auch gut. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für Physiotherapeuten umzusetzen?

B8: Nein. (Haha, begründe deine Meinung.) Ah, scheiße (lach) Jetzt wird es kompliziert, jetzt wird es langatmig. Nein, wir sind nicht in der Lage dazu, wir lernen es nicht. (Okay, das heißt…) Unser Ausbildungssystem gibt es nicht her. Guck dir die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an, die müssen keine Red Flags lernen, die haben Glück, wenn es einen Lehrer gibt, der es ihnen beibringt, sie müssen keine, sie, sie lernen nicht wirklich zu diagnostizieren und das geben die Schulen und die Art des Unterrichts nicht her. Und allein da ist schon einmal die Akademisierung die Voraussetzung und ich weiß nicht ob die Blankoverordnung nicht über den Umweg, also dass man eine Zwischenstufe einführt, wo man sagt, der Arzt hat schon einmal das wichtigste abgeklärt, wir haben eine Blankoverordnung und irgendwann, wenn wir eine Vollakademisierung haben, mit einem komplett umgekrempelten Ausbildungssystem, dann können wir auch mal über den Direktzugang reden aber jetzt momentan, bitte, bitte, bitte nicht. So die Hälfte meiner ehemaligen Kollegen möchte ich nicht als, auch ich sehe mich nicht immer in der Lage das entscheidende abzusehen,

ich bin auch immer noch in bestimmten Momenten froh, wenn ein Arzt dazwischengeschaltet ist und wenn ich auch einmal ganz doof zurückschicken kann und fragen kann, irgendwas gefällt mir da nicht und ich kann aber nicht benennen, was es ist.

I: Ja. Okay, das heißt, Blankoverordnung, das so als quasi Zwischenweg und dann vielleicht für bestimmte Therapeuten mit akademischer Vorbildung und vielleicht Zusatzqualifikationen, die das dann so übernehmen könnten, glaubst du das?

B8: Das weiß ich gar nicht unbedingt, weil, ich glaube halt auch, da spielt halt wieder das wirtschaftliche eine Rolle. Unsere Physio sind darauf geprägt die teuersten Heilmittel zu nehmen. Warum zur Hölle haben wir Ärzte, die Verordnen nur MT, weil Physios es immer so wollten, weil sie halt eine MT-Verordnung haben und am Ende, was darunter läuft, ist manchmal, manchmal leider eben nur Massage (Ja) und ich bin da nicht unbedingt, es wäre eher ein Zwischenweg auf einer Stufe zu sagen, irgendwann haben wir andere Möglichkeiten aber so, wie es jetzt aussieht, würde ich sagen, ist die Blankoverordnung das geringere Übel weil zumindest schon einmal ein Arzt geschaut hat ob es echt irgendetwas gibt, (Was problematisch ist?) Ja, genau und es gibt, immer noch genug Therapeuten die dann wieder zurückschicken aber es gibt halt auch genug andere, die da was übersehen würden. (Okay) So, und bin mir da auch nicht immer ganz schlüssig, weil ich auch nicht wüsste, also mit einer Blankoverordnung rein theoretisch auch Budgethoheit einhergehen und dann sind wir wieder bei einem ganz anderen Thema, ja.

I: Wenn dann wieder jeder alles abrechnet was besonders viel Wirtschaftlichkeit bringt.

B8: Ja, da sind wir wieder im wirtschaftlichen Bereich auch wieder, ja.

I: Okay. Jetzt gehen wir einmal vom Thema Professionalisierung weg. Jetzt geht es einmal so ein bisschen in den Bereich Ethik. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Also, wenn du jetzt einfach nur diese zwei Schlagwörter hörst, Physiotherapie und Ethik, was fällt dir dabei ein?

B8: Tja, ich unterrichte Berufskunde. (Okay) Letzte Woche erst Ethik kurz versucht durchzunehmen. (Ja) Für mich ist Ethik durchaus etwas, dass ich, auch wenn es mir selber manchmal sehr, sehr schwer fällt, jeden einzelnen Patienten, so behandle, unabhängig davon was er für irgendwelche merkwürdigen Gesinnungen hat, wie gesagt, auch wenn mir das auch manchmal schwerfällt aber letzten Endes ist das, sollte es nicht mein Problem sein und gleichzeitig heißt es aber auch, dass ich darüber nachdenke, was ist sinnvoll und wirtschaftlich für die Gesellschaft.

I: Das heißt, was ist gut, was ist richtig für, für den Großteil der Meisten oder des Systems insgesamt.

B8: Wir haben im Grunde genommen ja auch eine Solidargemeinschaft, die für die Kosten in der Behandlung aufkommt. Und diese Solidargemeinschaft sollte im Grunde genommen weder überstrapaziert werden noch sollte sie, na, es sollte ja auch kein Schaden entstehen indem bestimmte Sachen nicht behandelt werden. Also solche Sachen finde ich spielen da mindestens eine genauso eine Rolle, wie, wie eben auch, ja, dass ich auch für jeden Patienten oder für jeden Menschen rein theoretisch Behandler sein sollte. Genauso wie aber eben auch, dass ich mich auf den neuesten Stand der Wissenschaft halte, auch das spielt für mich da persönlich eine Rolle und das, und das, über diese Schiene versuche ich meine Schüler da auch zu sensibilisieren für EBM. Zu sagen, Mensch, Leute ihr könnt es entweder teuer und auf althergebrachten Weg machen und mit Umwegen oder ihr nehmt einen einfachen Weg, der deutlich günstiger ist, für die Gesellschaft, vielleicht euch nicht so viel Geld einbringt aber was ist denn jetzt aus ethischer Sicht vertretbarer für eine Gesellschaft, die dafür auch bezahlt weil es ist eben eine Gesellschaft, die dafür bezahlt über ein Solidarsystem. Zumindest ist es hier in Deutschland so (Ja) und da muss man durchaus darüber nachdenken und ich nehme eigentlich immer die Ethikstandards der World Confederation of physical therapy (Aha, WCPT) die ich da nehme, die sind da, das ist etwas, das ist so eine Leitlinie, die Weltweit gilt (Ja) und die ist gar nicht so schlecht gemacht.

I: Okay. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung damals, oder im Studium, angesprochen?

B8: Nein. Weder noch. Weder bei, im Studium, noch in der Ausbildung.

I: Okay. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt?

B8: Ja, beruflich, ja. (Okay, also dann quasi als…) mit oberer (unverständlich) wahrscheinlich schon. Ja, und es spätestens da, Berufskunde mache ich schon sehr lange. Also ich habe, wann habe ich angefangen zu unterrichten? Oh Gott, das ist schon ein bisschen her. Also bestimmt schon sieben, acht Jahre (Okay… und…) Also da habe ich schon angefangen, weil ich von vornherein Berufskunde gemacht habe.

I: Okay, ist das bei euch dann quasi, wo bist du da gerade, in Schleswig-Holstein, oder? (Niedersachsen ist das) Niedersachsen, okay. Ist das dann so, dass das dann im Curriculum verankert ist, dass das quasi paar Stunden Ethik in Berufskunde integriert ist oder ist es das, was du dann selber in diesem Rahmen machen kannst?

B8: Genau, das ist etwas, also, sagen wir es mal so, ich mache es in diesem Rahmen, weil ich es einfach wichtig finde und Berufskunde ist so ein Fach, da kann laut Curriculum des, von Physio Deutschland, Entschuldigung, ich wollte wieder sagen ZVK aber laut Curriculum ist es auch mit drin. Aber die haben für 40 Stunden da so viel reingepackt, das schaffst du in 40 Stunden sowieso nicht und ich picke mir das raus, wo ich sage, davon profitieren die, weil das etwas ist, was wir, also ich sage mir, das muss den Beruf irgendwo präsent… abgelten und es muss für den Beruf später wichtig sein. (Ja) Und deswegen mache ich bestimmte Sachen einfach nicht. Ich muss nicht noch das fünfte Mal mit denen (Gesetze machen?) Aufbau des Staates machen. Rein theoretisch ist das da auch mit drin. Ich denke, ich mache den Aufbau des Gesundheitswesens, das ist schon ganz wichtig. Aber da ist es eben, da sind wir wieder bei Sozialsystemen ect. pp. und da bin ich auch wieder bei der Ethik und, aufhängen tue ich das mit Berufskunde und Ethik. Das ist mein Start eigentlich.

I: Okay, gut. Dann ist ja quasi Frage 19. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt, ist ja (Ja) dann auch hinfällig, weil, wenn du es unterrichtest schon seit acht oder zehn Jahren, dann ist das auch schon mit abgegolten. Sehr gut. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein?

B8: Super wichtig. (Okay, warum, was für einen Standpunkt vertrittst du da?) Naja, ist doch ganz einfach, wenn ich, ich kann jetzt vor mich hin wurschteln und mache halt auf so einem MT-Rezept die 18 Massage, ja, weil ich ja der Meinung bin, weil der Patient der

König ist, also Kunde ist König, nein, es ist ein Patient, das ist kein Kunde für mich. Und zwar genau aus diesem Grunde, weil nicht er entscheidet was für eine Therapie läuft, sondern das sollte eine Konsensentscheidung sein. Wenn ich es nicht schaffe ihn zu überzeugen, ist das natürlich auch schwierig aber das sollte doch mein Ziel sein, seine Überzeugungen zumindest einmal zum Wanken zu bringen, für einen Moment. Und ihm klarzumachen, wissen sie was, wir probieren es einmal, wir machen ein paar Übungen und dann schauen wir einmal hinterher wie es ihnen geht und Muskelkater ist nicht das, was ich hören will, Muskelkater ist etwas Gutes. Nä, dass man denen auch klar macht was man erwartet und, dass man einmal wenigstens eine Therapieeinheit macht, wo man sagt, so, und wenn sie danach immer noch der Meinung sind, aber dann brauch ich, dann würde ich sagen, brauche ich keine Folgeverordnung, dann brauche ich maximal drei, vier Therapien und dann hat sich das erledigt weil wenn der Patient nicht mitmacht, ist meine Meinung dazu, dann zieht dann wieder die Ethik, aus all den unterschiedlichen Dingen, dann brauche ich das einfach nicht, dann ist, dann habe ich vielleicht auch verkackt, ja?!

I: Das heißt, du siehst das dann auch als eine ethische Verantwortung die natürlich dann auch einmal in diesem Konsens mit einzubinden oder in diesem Arbeitsbündnis, sage ich immer ganz gerne, einzugliedern und wenn er nicht möchte, dann kann man ja niemanden natürlich dazu zwingen und dann ist es natürlich auch so, dass ja andere, ja, die ja vielleicht auf einen Termin warten, die dann auch alles dafür tun, würden die auch mithelfen, die auch alles, die richtig dankbar dafür wären, die dann natürlich diesen Terminplatz an Stelle von dem, der nicht mitarbeiten möchte, dann einnehmen könnten, was sich dann noch mehr Hilfe verspreche würde.

B8: Ja natürlich und dann sind wir auch bei dem Punkt, wo ich andere Menschen durchaus recht gebe, wir haben wahrscheinlich keinen Therapeutenmangel wir haben eigentlich einen Mangel an guten Therapeuten, die es schaffen, die Leute davon zu überzeugen, dass sie endlich ihre Therapie so gestalten, dass sie aktiver werden oder aber den Therapieplatz frei geben, weil sie ihn nicht brauchen, weil sie ihn nicht benötigen. (Ja) Ich glaube schon, dass das das eigentlich viel, viel größere Problem ist aber das Berufspolitisch nicht gerade in der jetzigen Zeit nicht unbedingt gerne gehört wird.

I: Okay, gut. Dann ist ja quasi die nächste Frage: Hast du dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt auch schon abgegolten. (Ja) Du nimmst primär den von der WCPT, dann wahrscheinlich, oder? (Ja, ja. Weil ich den eigentlich ziemlich, für ziemlich ausgereift finde, nachdem ich ihn einmal entdeckt hatte, davon) Der ist jetzt glaube ich auch 2017 ins Deutsche übersetzt worden, in der PT, habe ich gelesen (Ja, ist er auch) Genau.

B8: Da sind wir wieder dabei, ich brauche ihn nicht ins Englische. Der Großteil meiner Schüler tut sich mit Englisch halt leider schwer.

I: Naja gut, aber wenn der jetzt übersetzt worden ist. Ich glaube auch sogar von zwei, drei Übersetzern, unabhängig hat man das irgendwie zusammengewürfelt und alles relativ Valide. Okay, gut. Was bedeutet für dich persönlich ein ethisches Dilemma? Wenn du jetzt den Begriff definieren müsstest, wie würdest du ihn denn vielleicht auch mit Beispielen besetzt.

B8: Meine tägliche Arbeit. (Okay, inwiefern?) Da sind wir dann wieder bei den Ostfriesen mit den, die kommen rein in die Behandlung und sagen, oah, ich habe da von aneinander wech. Also das heißt, die haben eine Blockade auf Hochdeutsch. Dann schaue ich sie schon einmal an und sage, was denn? Also wenn ich richtig Glück habe kommt dann die Antwort, ja, ich glaube meine Sehnen sind voneinander wech. Und das ist so der Moment wo ich dann denke, ja, okay, die B8 geht jetzt gleich in den Himmel hoch, wenn ich mich nicht im Griff habe. Da, da hast du es echt schwer dagegen anzukommen und, ja, das irgendwie ohne Zynismus und ohne pampig zu werden, an manchen Tagen zu bewältigen ist schon sehr, sehr schwer und da sind wir wieder dabei, dass man eigentlich die, die, die Lebenswirklichkeit von Menschen regelmäßig kaputt machen muss, weil man deren Dinge immer zerstört und das macht nicht unbedingt Spaß und es ist nicht das, was man will aber das ist etwas, was zum Einen, was einem das eigene Gefühl sagt, weil du sagst, du kannst doch jetzt hier aber nicht nur damit die glücklich, happy und zufrieden hier rausgehen rummanipulieren, kannst doch nicht dieses oder jenes tun was ich irgendwann einmal in meiner Ausbildungs- und Fortbildungskarriere gelernt habe. Es gibt tausend Mittel über Neuromodulation die viel Geld kosten, ja, und das ist etwas, da bin ich schon regelmäßig in einem ethischen Dilemma aber eigentlich weiß ich, es geht anders aber das ist nicht das, was die Menschen von mir hören wollen. Und wozu sie auch bereit sind, zum Teil.

I: Okay, jetzt wollen… Genau, die nächste Frage wäre eben jetzt gewesen, in welchen Situationen hast du dich schon einmal in einem ethischen Dilemma befunden? Das heißt, einmal wenn jetzt zum Beispiel der Patient mit einer Forderung oder Anforderung an dich kommt, bei der du weißt, das ist eigentlich völlig hinfällig, das ist nicht der Wahrheit entsprechend ich würde ganz anders therapieren, ganz anders therapieren, das heißt, wie wann eben diese zwei Konflikte oder diese zwei Gegensätzlichkeiten, diese Antinomien dann irgendwie behoben werden können, (Ja) das ist das eine Beispiel, hast du da noch andere Beispiele irgendwie im, im Alltag (Ja, ja) wo du sagst, oh, immer wenn…

B8: Wenn Kollegen, wenn du Urlaubsvertretung, Krankheitsvertretung machst und die Kollegen haben vorher mal so richtig Scheiß gemacht (Ja) oder sie haben beim Patienten das Gefühl hinterlassen, sie wurden massiert wobei ich da auch immer weiß ob ich dem Patienten trauen soll oder ob er es bei mir einfach versucht, ja, auch das ist ein ethisches Dilemma, also so oder so, wo du da nicht weißt, wer ist dann letzten Endes derjenige. Ist es der Kollege, der schlecht dokumentiert oder gar nicht dokumentiert und du damit auf die Antwort der Patienten angewiesen bist das finde ich, das sind auch so Sachen die mich eigentlich schon immer wieder nerven. Ärzte, Ärzte von denen du abhängig bist, die ganz klar sagen, nein, sie wollen jetzt, dass du eine Faszientherapie machst, auch wenn das jetzt nicht irgendwie oder dasjenige ist, naja, das ist jetzt irgendein Sportler wo du dem erklärst, pass mal auf, wir machen das jetzt um dein Nervensystem irgendwie soweit zu bedupsen, dass du erstmal wieder funktionieren kannst, nä, für irgendeinen Wettkampf für etwas anderes. Also mit dem du dann auch dementsprechend kommunizieren kannst, sondern du hast auch die Frau Müller, die jetzt wirklich der Meinung ist, dass die Faszie verfilzt und der Arzt hat das ja auch so bestätigt und du sollst das jetzt machen.

I: Okay, das heißt quasi, diese Kompetenz von, von dem Arzt dem Entscheidungsträger sozusagen dann auch dementsprechend soweit in Frage zu stellen, weil man natürlich auch abhängig ist von deren Verordnungsmenge (Genau) und von diesem Verordnungsvolumen (Ja). Okay. Fällt also, genau, da könnte man sagen das ist ja einmal wie gesagt diese Fachlichkeit auch von dem Arzt wie vom Kollegen (Ja) und dann eben die wirtschaftliche Abhängigkeit, dass dann irgendwie auch (Stimmt) in einen Konsens zu bekommen (Ja). Fällt dir noch irgendetwas anderes ein wo du sagst, oah, da habe ich jetzt so vielleicht immer so ein bisschen Bauchschmerzen oder ein ganz komisches Gefühl bei der Sache?

B8: Ne, das sind so die einzigen die mich am meisten nerven, also auch, das wirtschaftliche ist das, was am meisten nervt, weil das natürlich etwas ist was durchaus wehtun kann.

I: Weil man halt einfach abhängig ist und man weiß, wider besten Willen, dass eigentlich dem Patienten etwas ganz anderes helfen würde, ich aber das machen muss, weil ich dem Arzt irgendwie nicht auf die Füße treten will, weil der mir sonst (Weil der schickt mir sonst keine neuen Patienten mehr) Ja, okay.

B8: Das ist, das ist, das ist eigentlich für mich persönlich das schwierigste, weil damit kann man ganz schlecht umgehen und ja, das ist, das ist echt fies.

I: Okay, was kannst du denn tun oder was tust du denn meistens, wenn du dich in so einem ethischen Dilemma befindest, dir das auch so ein bisschen Bauchschmerzen verursacht, was kannst du damit tun, damit es dir wieder besser geht? Wie löst du so ein Dilemma oder wie kannst du so ein Dilemma auflösen, für dich?

B8: Schwierig, wenn es den Arzt angeht inzwischen gar nicht mehr. Ich bin wieder angestellt (Okay, das heißt einfach über dich ergehen lassen quasi?) Das ist ein Stück weit schon. Da versuche ich die Leute aufzuklären, zu sagen, ja, das mag so aussehen, das mag so sein und das hat man früher auch mal so gesehen und wenn ich es schaffe, die Leute zu packen und, dann ist es gut aber es sind die wenigsten, die man damit kriegt. Und dadurch das ich wieder angestellt bin, hach, es ist schwierig, es ist wirklich schwierig als ich noch eine eigene Praxis hatte war es deutlich einfacher. Da konnte man echt darüberstehen und konnte da auch mal den Arzt anrufen und sagen, was soll das denn, können wir mal darüber reden, das funktioniert so nicht. Da hatte ich andere Möglichkeiten, das ist jetzt ein bisschen schwieriger, zumal ich jetzt bei einer Tochter eines hiesigen Orthopäden angestellt bin und der Orthopäde erzählt, also der renkt immer ISG´s ein. (Okay, okay, sehr schön) Mit einem, übrigens, ganz einfachen so, klack. Ja, so ein ganz kleiner Griff, ohne viel Kraft, so ein ISG einrenken. Das, das Dilemma werde ich nicht mehr auflösen können aber da sage ich meiner Chefin, wenn es mir richtig zu bunt wird, dass ihr Vater mal wieder vielleicht aufhören sollte, ISG´s einzurenken und das sollte sie doch mal mit ihm besprechen aber da, ansonsten halte ich mich da raus und das versuche ich dann eher ironisch zu machen. Sie weiß, dass es trotzdem ernst ist, sie kennt mich. Aber von daher, hm, schwierig. Das ist eigentlich ein schwieriges Ding. Mit Patienten ist es manchmal ein bisschen einfacher so wenn du es schaffst sie zu knacken ist es okay aber du knackst halt nicht jeden, nä!? Also schaffst du wirklich nicht deswegen bin ich gerade so kommunikationsbesessen, gerade.

I: Gut. Welche Prinzipien, Werte und Normen sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Also hier kannst du jetzt wieder Stichpunkte.

B8: Das ist einmal ein offenes Umgehen. Also, dass ich dem Patienten immer sage, warum ich wie was mache. (Also Ehrlichkeit, kann man das so) Naja, Ehrlichkeit, Offenheit, ja also auch eine relative Transparenz was die Art der Therapie angehet. (Transparenz, okay) Dann… So ich versuche nach Möglichkeit es zu vermeiden falsche Hoffnungen zu wecken also so nach dem Motto, wir kriegen das schon hin, wenn ich mir trotzdem nicht sicher bin. Also, dass ich gar nicht erst irgendwelche falschen Vorstellungen erzeuge. Ich versuche eigentlich mit bestem Wissen und Gewissen, wo ich mich hin und wieder rückversichere, bin ich da auf dem richtigen Weg, wenn ich mir nicht sicher bin weil es etwas ist, was ich lange nicht behandelt habe, wo ich mich versuche wirklich, wo ich auch nicht immer gleich sage, das weiß ich, sondern wo ich eben auch sage, Leute, wissen sie was, ich muss mich da erstmal kurz schlau lesen (Ja, okay). Nehme mir ein paar Tage Zeit, bis zum nächsten Mal habe ich mich dann nochmal erkundigt und mich dann eher nochmal versucht einzulesen.

I: Okay, das heißt quasi, die eigenen Grenzen dann auch erkennen und reflektieren und dann auch diese Grenzen sehen und das dann auch offen, wie du es auch gesagt hast, offen und ehrlich dann kommunizieren.

B8: Kommunizieren, ja, weil das kann ich nicht ab, weil ich finde es auch bei einem Arzt, weißte, wenn jemand da sagen würde also wissen sie was Frau B8, weiß ich gerade nicht. Muss ich auch nochmal nachlesen, bin ich mir gerade nicht so sicher (Ja) (unverständlich).

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zu dem Begriff der Ethik abgrenzen? Also was ist für dich so Moral und was ist für dich Ethik?

B8: Das ist eine gute Frage, da habe ich noch nie darüber nachgedacht, ehrlich gesagt.

I: Und wenn du es jetzt, wie gesagt, du musst auch nicht antworten, du kannst auch offen lassen aber wenn du jetzt mal das so für dich reflektieren wollen müsstest?

B8: Ich überlege gerade, wie würde ich Moral zur Ethik abgrenzen. Ich finde, Moral ist auf jeden Fall ein Teil der Ethik und Moral ist etwas, ja doch eigentlich, ich vertrete das, was ich vertreten kann. Heißt, ich (Ja) mag mir einfach noch einen Spiegel entgegengucken, weil das, was ich tu, ist durchaus irgendwie kein scheiß, es ist halt keine Osteopathie, kein Kinesiotape, dass ich mich auch aufregen muss, weil ich es eigentlich für totalen Nonsens und für geldschmeierei halte. So, das wäre dann ein moralisches Verhalten, ethisch ist das eine andere Geschichte, weil, da kann ich sagen ich habe mir mein Geld verdient. Da kann ich mich vielleicht unter Umständen noch rechtfertigen. Das moralische ist dann so, sagen wir mal, vielleicht, wenn man es so sieht einen ticken enger gefasst.

I: Ja, genau. Also so kann man es auch definieren, dass quasi die Moral, die aus eigenen Werten und Normen entstandene Handlung ist, die jetzt dann eben gut oder falsch ist, das ist dann eben erstmal (Ja) und das ist dann erstmal das, worüber dann die Ethik reflektiert. Das heißt die Ethik argumentiert mir, ist das jetzt moralisch gut gewesen oder moralisch falsch (schlecht). Genau, da bist du schon einmal auch auf den richtigen Weg gewesen. Wir haben jetzt noch drei Fragen und dann haben wir es geschafft. (Heeyyy) Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit, eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Glaubst du, dass es, so ein Physiotherapeut dadurch professioneller handeln kann, wenn er dementsprechend auch gewisse Normen und Wertemaßstäbe hat, nach denen er sich auch richtet?

B8: Weiß nicht, ich habe da glaube ich gerade so ein Beispiel im Kopf wo jemand mit Rechten, Normen und Werten agiert, der leider Gottes ein guter Physiotherapeut ist und ich sage das jetzt sehr bewusst, ein guter Physiotherapeut weil ein Teil seiner Werte und Normen sind schon grenzwertig. Weil, was macht der, in, zum Glück in einer Region arbeitend, in der er mit seinem Moralkodex und seiner Vorstellung nicht so recht zurechtkommt. Ich habe da eigentlich ein klitzekleines Dilemma, wenn ich das manchmal so sehe, was andere Physiotherapeuten für Werte und Moraldinge oder Normen für sich an den Tag stellen auch als Physios in der Öffentlichkeit. Und das wiederspricht meiner persönlichen Vorstellung von Ethik, weil da bin ich, komme ich dann eben an meine

Grenzen und sage, solche Menschen möchte ich nicht persönlich oder ungern behandeln. Weil die andere auch ausgrenzen wollen, ja. Und das ist so etwas, da muss ich mich immer wieder ein bisschen, da muss ich dann wieder, da muss ich meine Werte und Normen ein bisschen der Ethik unterordnen, weil ich mir sage, letzten Endes ist es nicht mein Job, deren andere Gesinnungen gewichten und da ist es dann mein Ding zu sagen, naja gut, da muss ich mich jetzt darüber hinwegstellen egal wie schwer es mir fällt. Und das fällt mir dann eben wirklich schwer und es ist eine ziemlich bewusste Geschichte wo ich mir auch sage, puh, ja, also wo ich mir auch zum Teil Themen in Gesprächen verbiete.

I: Gut, wie wichtig schätzt du denn die Rolle dieser moralischen Fähigkeit oder auch quasi mit dieser Ethik im Prozess der Professionalisierung mit ein? Das heißt, wenn jeder Physiotherapeut moralisch unterrichtet werden würde, glaubst du, dass sich dann eine Professionalisierung besser und effektiver durchkämpfen ließe?

B8: Ich glaube bis zu einem gewissen Punkt ja. Ich fürchte nur, die Frage ist, so wie die Ausbildung heute ist, ist die Gewichtung eben leider zu gering, selbst mit diesen ganzen Spielräumen die die Ausbildung bietet. Und deswegen frage ich mich wirklich, wie viele Generationen an Physios wir noch ausbilden wollen, die sich darum einen Scheißdreck scheren. So, weil es ein Großteil noch nie gehört hat, ein Großteil nicht einmal weiß, dass es diese ethischen Rahmenbedingungen der, ja, (WCPT) World Confederation und so weiter, also, dass es die überhaupt gibt. Das wissen die meisten wirklich nicht und ich glaube, dass das ein riesen Problem ist. Weil, letzten Endes wir darüber uns irgendwann rechtfertigen müssen, in diesem System weiterhin eine Berechtigung zu haben und wenn wir nicht anfangen irgendwann einmal uns diese Berechtigung auf diese Art und Weise zu erkämpfen wird es immer schwieriger. Ich bin momentan kurz davor zu sagen, eigentlich sollten wir aus diesem System rausfliegen, weil ich glaube, dann ändert sich eher etwas. Da ist der Druck größer, in diesem System etwas zu ändern und vielleicht wirklich wirtschaftlich zu agieren. Also auch wirtschaftlich in dem Sinne für den Sozialstaat wirtschaftlich, nicht nur für mich selber wirtschaftlich. Für die Gemeinschaft wirtschaftlich und wieder mehr auf das Gemeinschaftliche zu gucken, dass wir eben nicht nur vor uns hinwurschteln und jedem Einzelnen gefühlt helfen sondern, dass wir auch eine Gesellschaft verhelfen, dass man arbeitsfähig erhalten, dass wir Pflegebedürftigkeit verhindern, aber auch die Pflege hat das Dilemma, wenn sie Pflege verhindern soll indem sie nur zwischendurch pflegt und die Leute wieder zur Eigenaktivität animiert, verliert sie ihre eigene Daseinsberechtigung. Den Eindruck gewinnt man zumindest häufig und genauso agieren wir eigentlich auch. Wenn man unseren Berufsstand in der großen breiten Masse ansieht, zu mindestens.

I: Und wenn jetzt, zum Beispiel, so sein sollte, dass dann irgendwann in die Ausbildung und im Studium so ein Ethik- und Moralkompetenzunterricht integriert werden würde? Was wäre dann deine Meinung dazu?

B8: Ich glaube, das wäre einerseits ganz gut aber es müsste auch die Gewichtung haben, dass es ernstgenommen wird und dass es nicht von Schülern so, was soll das hier. Und ich glaube, das Problem ist, dass, da sind wir auch wieder bei der Erwartungshaltung an Physiotherapie, wir müssen im Grunde genommen, das Bild, unser Bild in der Gesellschaft verändern, hin zu, wie es in Neudeutsch so schön heißt, wir sind Coaches und eben nicht mehr unbedingt Therapie, wo die Leute von uns abhängig sind, sondern wo wir ihnen helfen, etwas zu verändern. Und ich glaube, das ist das Hauptproblem und wenn wir das einmal gesellschaftlich gesehen haben, gesellschaftlich gesehen, diesen Umbruch schaffen, dann ist dann, das finde ich, das muss in beide Richtungen gehen, das muss so sein, dass sowohl die Patienten von uns was anderes verlangen, oder die Menschen und es muss genauso sein, dass wir innerhalb des Berufsstandes etwas verändern. Weil dann kriegst du auch die letzten Vollidioten, die nur noch der Meinung sind, passiv rumhampeln zu müssen, weil dann irgendwann ein Patient vor ihnen steht und sagt, naja, das hilft mir halt nur nicht. Weil, meine Kollegen sind alle besser geworden, die waren aber nicht bei ihnen. So übertrieben gesagt. Naja, das ist ja jetzt ein bisschen plakativ aber ich glaube, du musst halt beide Schienen spielen, du kannst halt nicht alleine nur bei den Physios verändern, wenn die Erwartungshaltung an uns immer noch die bleibt, die jetzt auch herrscht. Ich finde da ist diese Diskrepanz und warum soll ich als Therapeut diese Erwartungshaltung nicht auch bedienen und da sind wir bei in einem Dilemma, in dem ich auch immer stecke und wo ich immer sage, nein, ich habe keine Kunden, ich habe Patienten. Es, immer, zu 93% sind meine Patienten Sozialversicherungsempfänger. Das heißt, sie sind GKV-versichert und diese Versicherung ist eine Sozialversicherung, das heißt das sind andere, die genauso für die Kosten aufkommen und entsprechend müssen die Leute auch akzeptieren, dass eben nicht immer alles so läuft, wie sie es wollen, dass sie eben keine Kunden sind.

I: Das halt die Menschen auch wirklich Therapiebedürftig sind und wie gesagt nicht wieder in diese Wellnesssache abdriften.

B8: Genau, ja.

I: Okay, gut, B8 ich danke dir für dieses Interview.

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	09
Name der Audiodatei	Interview 09
Datum der Aufnahme	15.09.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	52,58 Minuten
Befragte Person	B9
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	23.11.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: So. Vielen Dank, dass du dich so oft zur Verfügung gestellt hast, B9, ich werde und ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgen Dingen… Das heißt, es gibt kein richtig, gibt kein vorgesehen falsch, sondern so wie du dir das gerade vorstellst und deine Sicht der Dinge ist, möchte ich das erfahren. Frage Nummer eins. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B9: (…) Ich glaube sehr umfangreich auf jeden Fall. Und ich glaube, dass wir theoretisch in unglaublich vielen Fällen agieren können, ich denke, unser, unser Hauptgebiet ist einfach, dass wir Leuten helfen ein gesünderes Leben zu führen.

I: Okay, das heißt, einmal so die Lifestylekomponente. Wie ist es jetzt so mit Körperlichkeit oder psychisch, ist es auch noch wichtig für uns oder in wie weit ist wäre das wichtig für die Physiotherapie?

B9: Absolut, Absolut. Also ich glaube es gehört auch für ein gesundes Leben in Prinzip dazu. Also dass allumfassend eh so viele Faktoren in das menschliche Leben reinspielen und ich glaube schon, dass wir eigentlich in einer super Lage sind, die Gesamtheit des Menschen sage ich mal, auch wenn das manchmal gerne ein wenig esoterisch klingt ja aber die Gesamtheit des Menschen super gut erfassen könnten und auch adäquat mit den Leuten Therapie machen können.

I: Okay. Was glaubst du, sind denn so die Kerngebiete, die Kernkompetenzen von Physiotherapeuten, oder das, worum sich die Physiotherapie eigentlich primär kümmern sollte, um sich dann vielleicht dann auch mehr von anderen Berufsgruppen abheben zu können?

B9: (…) Ich glaube, dass wir eigentlich besonders gut geeignet sind um Menschen mit Schmerzen zu helfen.

I: Schmerzen? Das heißt, Menschen, die einfach keine Schmerzen habe oder keine Funktionseinschränkung haben, die gehören ja dann auch gar nicht zu uns.

B9: Naja, so drastisch würde ich das im Prinzip auch wieder nicht betiteln (Okay). Mei, Prävention ist durchaus auch ein Bereich ist, den wir schon auch begleiten können (Okay). Mh, aber ich denke der Schmerz und der Therapiebereich in dem Sinn fällt uns ein bisschen mehr zu also da glaube ich ist unsere Profession eigentlich am optimal dafür ausgelegt.

I: Okay. Also das heißt für Schmerzen. Wie schaut es aus mit Bewegung und Funktionalität?

B9: Guter Punkt. Würde ich genauso mit hineinnehmen, ja. Aber wenn du als Kernkompetenz sagst, würde ich sagen, steht der Schmerz im Vordergrund aber das ist wahrscheinlich auch mein Bias, einfach oder meine… (Du machst ja hauptsächlich Schmerz?) Ja.

I: Okay. Glaubst du, dass sich die Physiotherapie gerade im Moment, genügend von anderen Berufsgruppen im Gesundheitssektor abgrenzt?

B9: Ne.

I: Muss sie das, oder sollte sie das, dann irgendwie bisschen mehr Definitionsmacht irgendwie zu bekommen um sich dann besser zu positionieren?

B9: Ich glaube ja, auf jeden Fall. Auch, vielleicht ist das auch ein Schritt der dann erst zu einer besseren Vergütung und besseren Anerkennung führen kann, auf lange Sicht.

I: Okay. Mit welchen anderen Berufsgruppen glaubst du, dass die Physiotherapie so ein bisschen in, Konkurrenz jetzt nicht, aber wo halt dann die die die klaren Grenzen von Beruf zu Beruf zu schwammig ist, zu, ja, wo, sich diese klaren Grenzen auflösen.

B9: Also egal was man da momentan so ein bisschen sehr im Trend ist, sage ich mal, oder einfach logischerweise auch wirksam ist, das ist die aktive Therapie und des Training, die Trainingssachen, ne, ich glaube da sind wir manchmal, ist manchmal die Gefahr, dass wir zu stark nur noch als Trainer oder sowas oder als Fitnesscoach oder sonst was, sowas in der Art, dass es zu stark abgrenzbar…

I: Das heißt, das wäre, wenn du sagst, diese Fitness, oder diese Trainingskompetenz dann ist für dich auch wichtig diese individuelle Patienten-Therapeuten-Kontaktsituation (oh ja) und dennoch auch schon dieses hands on dann auch mit, oder, zum Teil.

B9: Aha, ich glaube das ist unser Vorteil, dass wir die Leute auch anfassen dürfen, können. Weil das glaube ich schon, dass das ein Teil unserer Profession ist, ja. Ich würde das schon nicht in einem klassischen Hands-on sehen, dass ich irgendwas repariere oder die Person heile.

I: Okay, dann eher mehr um, ich sag jetzt mal nicht um irgendwas technisches anwenden zu müssen irgendwas zu heilen, sondern als Grundlage für ein, ich würde vielleicht Arbeitsbündnis vielleicht sagen, dass man, dass so die Rollen so klar sind, dass ich der Therapeutin bin, quasi du der Patient und ich nehme, ich nehme mich dir deiner an, sozusagen, oder um Vertrauen und solche Sachen.

B9: Genau, zum Beziehungsaufbau einerseits aber anderseits denke ich auch gerade, wenn wir wieder beim Schmerz sind und bei sensibilisiert, hoch sensibilisierten Leuten, dass man denen eine Art Führung für Bewegungen zum Beispiel damit geben kann und wenn da auch das Vertrauen in ihren Körper wieder bisschen weitergeben kann oder irgendwie.

I: Also soweit, bis sie wieder selber agieren können und dann (Genau) selbstständig, autonom im Training oder wie auch immer dann weiter machen könnten. (ja) Okay, sehr gut. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du deine Therapie persönlich aus?

B9: Glaube es gibt unglaublich viele Modelle und Theorien, ja, wo man vorhin schon kurz darüber geredet haben ist ja, das mit der Osteopathie, was dabei war mit den unterschiedlichsten MT-Konzepten, was ich allerdings alles nicht anwende oder nicht so anwende wie es ich mal gelernt habe. (ja) Außer solche Konzepte wie PNF oder sonst die Sachen aus der Ausbildung mache ich eigentlich auch nicht so direkt. Was mir wichtig ist, sind Modelle oder Theorien die in die Bio-psycho-soziale Ebene hereingehen, und ja.

I: Okay und warum besonders dieses Modell?

B9: Weil es, glaube ich, momentan, das aktuellste ist oder einer der umfassenderen Modelle ist, die es gibt. Ich glaube, nicht nahezu perfekt.

I: Ich glaube, das beansprucht ja auch kein Modell für sich aber so wie es ja so im Gegensatz zu diesem klassischen biomechanischen oder biomedizinische Modell, wo du halt dann wirklich nur punktuell irgendwo eine Struktur meinst zu erkennen und das dann eben auch irgendwie technisch behandeln zu müssen, ist halt dann jetzt mit diesem biopsychosozialen wie du es auch vorhin gesagt hast du dieses ganzheitlichere, auch nicht esoterisch gemeint, sondern den, den Menschen oder den Patienten als Mensch wahrnehmen und eben mit seinem körperlichen, seelischen und sozialen Umfeld einfach sehe. Also in seiner Integrität sag ich jetzt mal in oder in seinem Leben glaube ich.

B9: Genau, zu unterstützen.

I: Okay, welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder Studium erworben haben? Was ist für dich wichtig, wo du vielleicht auch selber sagst, hey, das hat mir eigentlich völlig gefehlt und es war völlig überflüssig und was ist das, wo man sich mehr bemühen müsste, dass man das auch beigebracht bekommt?

B9: Das ist ganz klar die Soft-Skills. Also vor allem Kommunikation ist für mich in der Ausbildung viel, viel, viel zu kurz gekommen und habe mir da einen enormen Benefit gegeben, wo ich dann die motivational Interviewing Kurse gemacht habe (ja) und da, Kommunikation ist glaub ich ein großer Punkt.

I: Okay, noch andere vielleicht, so aus dem soft skill Bereich, wo sagt sie das wäre auch noch interessant gewesen.

B9: Ja, durchaus auch schon Beziehungsaufbau, so wie man das jetzt anstellt. Sowas sind interessante Sachen, die wir in der Ausbildung auch nicht wirklich gemacht haben. Das deckt sich dann aber viel mit der Kommunikationsart oder ich glaube da kann man dann dadurch eine Beziehung schon relativ gut aufbauen oder herstellen. Aber vielleicht gibt es noch ein paar oder so, die schon interessant wären.

I: Wie war es denn jetzt bei dir? Du hast zuerst die Ausbildung gemacht und dann das Studium oder berufsbegleitend?

B9: Ne, erst die Ausbildung komplett und dann ein duales Studium.

I: Duales Studium… Was hast du zum Beispiel im Studium gelernt wo du sagst, hey das war jetzt richtig interessant, das hat mir jetzt auch geholfen. Was jetzt zum Beispiel in der Ausbildung nicht der Fall war?

B9: Im Studium bin ich mehr auf so paar Sachen gestoßen worden, die ich dann weiterverfolgt habe. (Okay) Also zum Beispiel die Kommunikationssachen mit dem motivational Interviewing, das ist im Studium so angesprochen worden, so ganz kurz und da habe ich mich dann weiter, weiter damit befasst. Und sonst was interessant war, was nicht im Studium war aber in den Fortbildungen mit den Sachen die ich gemacht habe, war einfach die Neurophysiologie und das Verständnis von Schmerz, dass sich das so anders entwickelt hat.

I: Quasi auf wissenschaftlichen Grundlagen dann stützend. Wie war's in der Ausbildung, habt ihr da irgendwie so bisschen, also erst mal rein Berufsfachschule, da schon bisschen was mit Wissenschaft, wissenschaftliches Arbeiten oder sonst irgendwas gehabt?

B9: Ich glaube wir hatten da ein Fach, ja. Aber wir haben nicht wirklich was so gemacht, dass es mir hängen geblieben wäre. Ich weiß bloß, dass wir irgendwann mal schon so eine Studie durchgeführt haben, wo dann Dehnungen gemacht, vorher-, nachher Effekt gemessen haben oder sowas. Ja, aber das war es dann auch schon.

I: Wie war das denn im Studium, im Bachelor, war das dann intensiver oder was war jetzt da zum Beispiel der Unterschied zwischen Studium und Ausbildung, bei dir?

B9: Wenn man das auf das wissenschaftliche sieht, war schon mehr, dass wir eigene Sachen geschrieben haben also Literaturrecherche und auch gelernt haben, wie das funktioniert, wie das geht, wie man das vernünftig anwendet, das war jetzt so in der Ausbildung auf jeden Fall nicht drin. Was natürlich auch ganz wichtig ist, um das alles auch interpretieren zu können zum Beispiel. Das war in der Ausbildung sicher nicht ansonsten war ja im Studium schon teilweise auch so praktische Parts wie in der Ausbildung ähnlich.

I: Okay, also es war auch Praxisbezug da aber kann man das dann auch so sagen, dass man dann im Studium auch dieses wieso, weshalb, warum ich das jetzt mache besser erklärt wurde als es in der Ausbildung oder war es ähnlich?

B9: In meinem Studium würde ich sagen, eher nicht.

I: Okay, war das ein neuer Studiengang, oder?

B9: Ja, komplett neu.

I: Okay, gut. Das heißt, wissenschaftliche Kernkompetenzen und Kommunikation das ist doch das wo du jetzt sagen würdest noch mal runter gebrochen das sollte eigentlich jeder so nach der Ausbildung oder Studium schon drin haben, okay. (Absolut.

I: Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung und das Studium genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest?

B9: Nein.

I: Nein? Okay, warum denkst du das? (lach) Oder was hat dir gefehlt, was ist so, wo du sagst, hey eigentlich, ich habe mich so oder so gefühlt. Überfordert gefühlt oder irgendwie.

B9: Unsicher. Unsicher auf jeden Fall, ja.

I: Nach der Ausbildung oder nach dem Studium, ähnlich, oder?

B9: Da das Studium ja berufsbegleitend war, und ich ja nebenbei gearbeitet habe, war das mit der Unsicherheit anders also kann man, kann ich jetzt nicht darauf beziehen würde ich sagen.

I: Also ob das jetzt vom Studium kam oder der Erfahrung.

B9: Ja.

I: Okay aber jetzt so nach der Ausbildung. Du hast dich überfordert und, wie noch gefühlt?

B9: Vielleicht ein bisschen hilflos bei manchen (Okay) Diagnosen oder Patienten, ja.

I: Wie hast du das dann geschafft, dass dann trotzdem doch noch weiterzumachen?

B9: Beim Patienten direkt, meinst du? (Ja, genau. Beim Patientenkontakt) Ich denke manchmal habe ich einfach irgendwas gemacht. (Okay) Oder vielleicht auch das was der Patient erwartet hat, gemacht. Also dann mal einfach nur massiert zum Beispiel oder sowas. Ja, das war so das.

I: Okay. Und glaubst du, weil du es ja berufsbegleitend gemacht hast, mit dem Studium, war das eine gute Situation für dich, wo du sagst, ich konnte das was ich jetzt im Studium neu lerne oder was, also die Verknüpfung vielleicht, dass das besser gewesen ist?

B9: Glaube schon, ja.

I: Glaubst du auch, dass es sinnvoll ist, dass dann irgendwie auch weiter eher so in Richtung berufsbegleitende Schiene oder duale Schiene dann weiter zu überführen oder zu intensivieren, wenn es jetzt irgendwann mal so weit sein sollte oder könnte, dass es ein Grundstudium wird?

B9: Da habe ich eigentlich noch nie so direkt darüber nachgedacht aber könnte durchaus Sinn machen. Glaube schon ja.

I: Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B9: Ja.

I: Ja, okay. Warum?

B9: Warum?! Weil es mir, mir persönlich auf jeden Fall schon einmal wichtig ist, dass das, was ich mache auch Hand und Fuß hat und damit ich auch weiß warum vielleicht mir Sachen helfen oder eben nicht helfen. Und weil ich glaube, dass es wichtig ist, dass man, der Patient die optimalst-mögliche Therapie bekommen kann.

I: Deswegen ist er ja auch da. Okay, wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?

B9: Heute ist Sonntag, also heute nicht, dann war es gestern.

I: Ah, gestern, okay. Was war der Grund? Einfach eigenes Interesse oder hast du für dich irgendwas aus ausarbeiten müssen oder für den Patienten?

B9: Öhm, eigenes Interesse. Eigenes Interesse.

I: Okay, was war das für eine Untersuchung, weißt du das noch?

B9: Es waren Sachen über motivational Interviewing, tatsächlich weil das aktuell war, gerade.

I: Da muss ich mich auch mal einlesen, hört sich interessant an. Okay. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deiner Patienten?

B9: Seltener. Wobei das ja teilweise in den wissenschaftlichen Untersuchungen oder den ganzen ja auch vorhanden ist oder…

I: Dieser Konsens ist dann doch irgendwo danach vorhanden. (Ja) Ist es so, dass du dann eher mehr dann diese Leitlinien, dich an die Leitlinien hälst oder dann eher sagst, hey ich nehme sogar, denn die Leitlinien können ja auch schon fünf Jahre hinterher sein sein, theoretisch oder du dann doch lieber diese Studien individuell dann nimmst.

B9: Ich bin mehr dann auf die Studien muss ich ganz ehrlich sagen, weil ich die Gefahr, das wäre zu hoch gegriffen, aber bei den Leitlinien gerne mal sehe, wie du sagst, dass sie entweder veraltet ist oder noch Sachen drinstehen, die vielleicht noch von den Autoren ein bisschen, trotzdem mit hineingenommen worden sind also gerade mit Akkupunktur, glaube ich, war das mal häufig in solchen Leitliniengeschichten.

I: So ein: If needed oder man könnte oder was auch immer.

B9: Ja, genau, ja.

I: Okay. Gut, jetzt gehen wir zum nächsten großen Block und zwar geht es jetzt in Richtung Professionalisierung. Was sagt dir der Begriff, Professionalisierung? Erstmal allgemein was du glauben könntest, was, oder was der Begriff für dich erstmal bedeutet und dann eben die zweite Frage, ah, das machen wir dann gleich. Mach erstmal oder erkläre mir erstmal was du über den Prozess der Professionalisierung weißt.

B9: Professionalisierung? Ich glaube das bedeutet, gerade auf unseren Beruf jetzt bezogen, dass wir Therapien anbieten, die wirklich hilfreich sind und damit auch nach außen ein Bild abgeben können bei dem wir uns rechtfertigen können für unsere Therapien, dass das, was wir machen auch wirklich einen durchschlagenden Erfolg hat.

I: Ja, okay. Genau, das wäre jetzt die zweite, die zweite Frage gewesen. Was dir dann quasi dann in dem Kontext zur Physiotherapie mit einfällt. Das heißt, erst mal nur auf diesen Begriff Professionalisierung ohne Physiotherapie. Was könntest du dir darunter vorstellen?

B9: (…) Dass eine gute, eine Außendarstellung im Prinzip.

I: Okay, gut. Jetzt noch mal zur, zur Physiotherapie. Also das heißt, das machen was er effektiv ist und effizient ist. Hat ja dann auch was mit Wahrheit zu tun, sag ich jetzt mal, was halt auch richtig ist, dass dann zu machen. Was fällt dir denn jetzt noch mit, gerade Studium oder Akademisierung oder evidenzbasiert dazu mit ein in diesem Kontext? Sinnvoll ja nein. Ein Stück weit, oder?

B9: Also da ich ja jetzt mit meinem Studium zum Beispiel schon auch andere Erfahrungen gemacht habe, dass das nicht unbedingt evidenzbasiert sein muss oder auch studienbezogen sein muss, was man in einem Studium lernt. Sehe ich das Studium jetzt nicht als das höchste und wichtigste was sein muss oder jeder Therapeut machen hätte müssen. Ganz im Gegensatz zur EBM also evidenzbasierte Medizin ist für mich auf jeden Fall ganz, ganz wichtig und die Studien und Untersuchungen. Ich glaube da sollten wir durchaus viel, viel mehr geschult werden. Ist ganz wichtig.

I: Okay aber die Kompetenzen der evidenzbasierten Medizin mit rein aber glaubst du, dass es dann mit dem Studium vielleicht besser funktioniert, dass das auch den Leuten dann irgendwie nähergebracht werden kann. Weil ich kenne es ja auch in der Ausbildung oder auch in der Physiotherapie an sich, die sind ja alle sehr kontra-wissenschaft, weil das ja alles gewisse glauben, oder neueste Kenntnisse oder Erkenntnisse rauskommen, die ja alte Glaubenssätze umstoßen und da tun sich ganz viele ganz schwer, dass das durch die Ausbildung so gelernt wurde, dass man halt eher Erfahrungswissen und praktisches Anwendungswissen unreflektiert irgendwie weiter übernimmt. Glaubst du, dass das dann mit der Akademisierung besser werden würde?

B9: Ja, also das glaube ich schon, dass tatsächlich, wenn man, wenn man studiert, eine größere Offenheit für solche Sachen entwickelt. Grundsätzlich zumindest einmal. Ich glaube schon auch, dass das sehr viel von der eigenen Persönlichkeit und von dem abhängt oder von dem Interesse abhängt. Also die Person selber halt.

I: Okay, was könnte deiner Meinung nach getan werden, um die Professionalisierung zu unterstützen? Das heißt, was könnten wir, jeder einzelne Physiotherapeut vielleicht tun beziehungsweise jetzt erstmal allgemein, die Frage kommt dann später mit den einzelnen Therapeuten. Was könnte, was kann man jetzt alles für Stellschrauben drehen, damit sich die Physiotherapie von hier nach dort entwickelt.

B9: Also ich glaube es muss, müsste dann eine Ausbildungsreform her.

I: Okay. Das heißt alles neu oder alles Alte raus oder, oder?

B9: Dann müsste man das alles auf den Prüfstand stellen was denn überhaupt noch Sinn macht und aktuell ist und was nicht mehr und welche Inhalte neu integriert werden sollten wie das, wie des, die Kommunikationssachen.

I: Ausbildungsreform? Was…

B9: Wahrscheinlich. Das ist dann nachführend, ist das dann die Fortbildungsgeschichten ein bisschen überdacht werden oder, man könnte auch da theoretisch, das anders Labeln. (Okay) Also das bestimmte Fortbildungen einen Nachweis bedürfen, dass nach aktuellen Studienerkenntnissen…

I: Okay, das heißt, diese Zertifikatsfortbildungen, dass man die transparenter macht. Also qualitativ dann irgendwie so kategorisiert und damit man weiß, hey das ist jetzt sinnvoll oder das ist jetzt weniger sinnvoll.

B9: Ja, ein Qualitätssiegel quasi, ja.

I: Okay, gut, ja. Was denkst du denn dann noch? Gerade jetzt vielleicht so bisschen so Politik rein reichend, gibt's auch noch mal die Situation oder Potenzial?

B9: Ja, ich glaube das ist wahrscheinlich so Hand in Hand mit dem, dass wahrscheinlich, ist eine interessante Sache. Ich glaube auf der einen Seite ist es ja für uns wichtig, dass wir professioneller werden wollen und auch damit mehr Geld verdienen auf der anderen Seite ist das mehr Geld verdienen auch verbunden mit dem, dass wir erst professionelle werden. Also das ist wahrscheinlich ein Kreislauf, der ein bisschen nicht ganz so einfach ist, wo man dann direkt ansetzt. Ob die Politik jetzt direkt einschaltet des wäre ja wünschenswert, wenn man die Ausbildung direkt reformiert. Das würde ich auch eher von oben eigentlich sehen, dass da von oben Qualitätsstandards gesetzt werden sollten.

I: Was denkst du jetzt zum Beispiel über die Verbände?

B9: Ahja… Ähm…

I: Könnten die das auch nochmal unterstützen oder uns helfen oder, die sitzen ja auch mit im Boot.

B9: Eigentlich sollten sie mit uns im Boot sitzen. Das Gefühl, ich befasse mich jetzt nicht so viel mit den Verbänden muss ich sagen aber das Gefühl habe ich nicht wirklich, dass die uns großartig unterstützen, in dem Sinn. Ich glaube das liegt aber auch daran, dass wir viel zu viele haben und dadurch eine Repräsentation von allen Physiotherapeuten in dem Sinn oder unseren Berufsstand vor den Politikern nicht wirklich gegeben sein kann auch irgendwie wenn dann die Verbände sich untereinander noch bekriegen und jeder was anderes meint und die einen Zertifikate abschaffen die anderen, ne müssen wir behalten und… Aber das stimmt, ja, die könnten uns mit Sicherheit helfen, wenn sie an einem Strang ziehen würden oder wenn es einen großen Verband geben würde.

I: Kammer, wäre das eine Überlegung oder das brodelt ja auch schon seit einigen Jahren, dass sich das so auch viele überlegen, dass man dann alles zusammenfügt und dann irgendwie in eine Kammer eingliedert.

B9: Wäre theoretisch eine Überlegung wert aber habe ich mich jetzt noch nicht wirklich damit befasst, muss ich sagen.

I: Alles gut. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Was ist für dich so der top Therapeut? Was muss der alles für Merkmale, für Fähigkeiten haben?

B9: Der muss es auf jeden Fall schaffen, genug Empathie zu haben, um eine Vertrauensbasis mit dem Patienten aufbauen zu können. (Okay, ja, gut.) Dann sollte er die nötigen weiteren Softskills haben um Sachen herausfinden zu können. Sachen, die vor allem… (Welche Sachen herausfinden?) Die, besonders im biopsychosozialen Modell sehr wichtig sind, zum Beispiel. (Okay) Also…

I: Also die Sensibilität psychoemotionale oder soziale Faktoren, weil, das ist ja ein sensibles Thema, für manche, dass man eben da auch weiß, wie man jetzt mit diesen Leuten dann auch umgehen kann, wie man mit diesen Leuten spricht, oder? Okay. Und quasi so ein Arbeitsbündnis, ein ideales Arbeitsbündnis zu schaffen. Okay.

B9: Dann, denke ich auch, ist es wichtig, dass wir Eigenschaften haben, die schwerwiegende Sachen ausschließen können also red-flag Pathologien erkennen können, dann eben erkennen können und dann gegebenen falls weiter zu verweisen. (ja) Sowohl auch andere Untersuchungsmethoden zu haben, um Sachen eventuell ausschließen zu können. Also wir wissen ja auch viele, viele von diesen orthopädischen Tests eigentlich nicht wirklich valide sind. Weiß ich nicht, vier Prozent oder sowas von irgendwen den Sachen, glaube ich so war eine Zahl und zumindest das Ziel, dass die halbwegs eine Validität aufweisen können und wenn es nur ist, um bestimmte Sachen auszuschließen, dass die gut vorhanden sind.

I: Okay, das heißt, dass der Therapeut auch weiß welche Diagnostik er nutzen kann, die auch halbwegs valide ist. Also es ist auch oftmals so, dass dann gerade solche Tests gerade in Kombination oder mit der Anamnese und so weiter, dann erst ein klares Bild dann ergeben, das heißt, so dieser Clinical Reasoning Prozess dann, oder? Dieses, Ausschluss, einschließen von Hypothesen und so weiter.

B9: Genau, perfekt, ja. Und ich glaube auch ganz, ganz entscheidend ist eben, dass man dann den Patienten die Kompetenz mitgeben kann, positiv auf seine Gesundheit zu wirken oder die entsprechenden, an den entsprechenden Hebeln zu ziehen, die dann dafür sorgen, dass seine Probleme best, optimalerweise verschwinden.

I: Langfristig, wie du am Anfang auch gesagt hast, diese, der Lebensstil. Dass man jetzt nicht nur jetzt, ich mache diese Technik, damit der 6 mal 20 Minuten zufrieden ist, sondern dann auch ein Ausblick schafft, dass da der auch weiß, wie er selber mit der Problematik dann irgendwann umgehen soll. oder quasi so eine Art Distanzüberbrückung schafft, dass er halt dann in Zukunft auch noch weiß, dass er dann quasi was machen kann. Okay.

I: Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die Gesellschaft ein? Glaubst du, dass wir ein Mehrwert sind, so jetzt gerade da sind als Berufsgruppe oder sogar die Situation verschlechtern im Gesundheitswesen?

B9: Glaube verschlechtern tun wir das in dem Sinne nicht. Glaube, dass leider tatsächlich aber in vielen Fällen wir auch keinen besonders guten, großen positiven Einfluss haben. Ich denke, das ist wirklich sehr, sehr Therapeutenabhängig.

I: Aber glaubst du, dass der Großteil der Therapeuten das so scharf, dass wir in unserer Außendarstellung und, dass wir auch einen deutlichen Mehrwert sind für die Gesellschaft oder dass das halt auch noch zu viele da sind, die halt einfach irgendwas machen damit es halt gemacht wird.

B9: Ja, ich fürchte, das ist die Mehrheit das noch so der Mehrwert noch nicht wirklich erkennbar oder nicht wirklich da ist zumindest für die Patienten.

I: Aber das Potential hätten wir ja, oder?

B9: Das Potential hätten wir voll Kanne, auf jeden Fall.

I: Okay. Wie wichtig, ne, was denkst du welche Rolle jeder einzelne Physiotherapeut, jetzt geh doch mal auf das Individuum zurück, was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeutin im Prozess dieser Professor? Was kann jeder Einzelne dafür tun, damit sich diese Physiotherapie wieder von hier nach hier oben weiterentwickeln könnte, als Berufsstand?

B9: Da könnte ich mir sehr, sehr gut vorstellen, dass das, dass wir einen sehr, sehr großen Einfluss haben können. Also vor allem wenn jeder einzelne versucht ein bisschen mehr zu hinterfragen, sage ich einfach mal.

I: Okay, das heißt auch so Reflexionsfähigkeit dann irgendwie, sich selber noch in Frage stellen können?

B9: Genau. Und eben auch die, die wirksamen Therapien oder die Möglichkeiten, die es gibt, sich zu erkundigen, danach und die dann auch dementsprechend zumindest mal versucht anzuwenden und dadurch ja auch wieder den Kollegen weitergibt, weil normalerweise redet man ja untereinander in der Praxis, was man macht, so ein bisschen zumindest. Und vielleicht entwickelt sich dann daraus auch so eine Art Lauffeuer, die dann von der Seite zumindest schon mal ein bisschen in die Professionalisierung reinstoßen könnte, sozusagen.

I: Okay, gut.

B9: Wenn wir da Argumente vorgelegt haben, die dafür sorgen, die zeigen auch mal, dass wir wirklich einen großen Mehrwert haben, dann ist anscheinend auch Zeit dran, für die Politik, was zu ändern.

I: Ja, okay. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten, begründen könntest?

B9: Begründen ja, aber hehe, auf welcher Grundlage begründen ist dann immer die Frage.

I: Ja, welche Grundlagen nutzt du da meistens oder nicht, immer ist immer ja, ein schweres Wort aber in den meisten Fällen, sagen wir es mal so, könntest du in den meisten Fällen bei dem du an den Patienten arbeitest dein Handeln auch argumentieren?

B9: (…) Ich denke schon, ja. Und zwar wenn dann versuche ich das dann auf Grund der Erkenntnisse die wir derzeit haben, zu begründen und festzulegen.

I: Okay, also logisch argumentativ durch Wissenschaft. Hattest du auch auch mal eine Situation wo du sagst, uh, ich habe jetzt eigentlich keine Ahnung, ich mache es aber trotzdem?

B9: Ja, absolut. Ich glaube das gibt es ganz häufig. Ich bin mir sogar sicher, dass das auch überhaupt nicht verkehrt ist in dem Sinn, dass durchaus mal vor den Leuten zugeben dürfen, sage ich jetzt mal, dass wir jetzt auch keine Ahnung haben was denn eigentlich los ist. Aber das interessante, und das lehrt uns ja die Wissenschaft durchaus auch, dass wir trotz all den Möglichkeiten haben, wie wir das beeinflussen können. Also selbst wenn ich jetzt nicht genau weiß woher das kommt, gibt es ja vielleicht auch trotz der Möglichkeiten was es vielleicht positiv beeinflussen kann. (Okay) Im Endeffekt, Bewegung.

I: Das heißt, heißt quasi jetzt in dieser Ungewissheit erst mal noch bleiben, etwas anwenden, an Therapie, und dann im Laufe der Zeit das dann zu rekonstruieren sozusagen, dass du dann, dann merkst aha, okay, wir sind aber auf dem richtigen Weg, dann wird es wahrscheinlich über dieses Phänomen oder jenes Phänomen dann zu erschließen sein.

B9: Ja, vielleicht kristallisiert sich ja auch im Laufe der Zeit dann ein bisschen was raus.

I: Ja, okay. Okay. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Studium, Fortbildungen, was ist so das effektivste die effektivste Konstellation, die du dir jetzt da vorstellen könntest?

B9: (…) Ich glaube, das allerwichtigste ist ein Selbststudium können. Aber da ist es glaube ich ganz, ganz wichtig, dass man sich, dass man irgendwelche Anreize hat und ich meine, dass das manchmal sehr gut im Studium sein kann, im Physiotherapiestudium in dem Sinn. Ich bin mir aber fast sicher, dass es auch manchmal Fortbildungen gibt, die den Wert, sogar einen höheren Wert haben.

I: Okay. Also wie dieses, diese Kommunikationsfortbildung, die du jetzt zum Beispiel da mit…

B9: Zum Beispiel dieses motivational interviewing, ja oder auf die Vorträge von Moseley und O´Sullivan oder solche Geschichten, die ja selber Wissenschaftler sind in dem Bereich.

I: Das heißt dann auch mehr auf solche Symposien zu gehen und solche einzelnen Vorträge als jetzt irgendwie Fortbildungen, wo man sagt, hey, das ist das, das machst du jetzt, und so weiter. Also weniger diese technischen Skills, sondern eher diese Verständnisorientierten (Absolut) Fähigkeiten. Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapie?

B9: Ich glaube es ist wichtig und es sollte kommen und vor allem auch im Vergleich zum internationalen Ausland, glaube ich, ist das für Deutschland wichtig.

I: Okay. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für Physiotherapeuten umzusetzen?

B9: Nicht für alle.

I: Nicht für alle? Für wen oder warum glaubst du, dass es für die eine Gruppe oder für die andere Gruppe nicht so gut wäre?

B9: Also ich glaube, dass viele die Skills nicht dafür haben entscheiden zu können, ja, was ist jetzt beim Patienten wichtig, wie lange braucht er Therapie, oder vielleicht sogar im schlimmsten Fall einen Red Flag Hinweis nicht erkennen oder nicht sehen. Weil, das ist natürlich das, wenn der Direktzugang kommt, dann haben wir mehr Verantwortung. Also wir stehen dann, müssen quasi wirklich für das, was wir handeln direkt einstehen, weil wir dann entscheiden.

I: Ja. Okay. Welche Gruppe, glaubst du, wäre da eher prädestiniert, diesen Direktzugang zu bekommen und welche Gruppe nicht?

B9: Also da sind die meisten Leute die studiert haben, eher dafür geeignet als die, die direkt nach der Ausbildung kommen.

I: Hattet ihr sowas mit Red Flags oder Screening im Studium?

B9: Ja, das war schon, war schon dabei.

I: Okay, gut. Jetzt gehen wir in das dritte große Thema und zwar jetzt geht es schon so in Richtung Ethik. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Also das erst mal so jetzt diese Eingangsfrage so ganz global erstmal. Was bedeutet für dich Ethik allgemein vielleicht erstmal und dann spezialisiert im Beruf der Physiotherapie.

B9: Ethik ist für mich so ein bisschen das Richtige zu machen. (Okay, genau) Bedeutet in der Physiotherapie oder in der Therapie oder in der Medizin generell, für mich, nicht einfach nur Therapien anzubieten, weil es Geld bringt, es gerade schön klingt oder der Patient es will oder sondern wirklich, weil es einen Mehrwert bringen soll, ja.

I: Okay, das heißt, eine effektive oder effiziente Maßnahme für diesen hilfesuchenden Menschen im Grunde genommen.

I: Okay. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung oder Studium überhaupt angesprochen?

B9: Ja. Also in der Ausbildung weiß ich es nicht genau aber im Studium auf jeden Fall.

I: In welchem Kontext war das?

B9: Berufs… wir haben tatsächlich ein Fach direkt Berufsethik gehabt.

I: Echt? Wieviel Stunden waren das? Wieviel?

B9: (Lach) Gute Frage. Ich glaube anderthalb Tage. Also oder, ja.

I: Ungefähr, okay. Warst du damit zufrieden? Hast du da neue Erkenntnisse dann irgendwie oder neue Perspektiven, neue Sichtweisen irgendwie erhalten?

B9: (…) Ne, wenig.

I: Okay, gut. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt? Also jetzt im Berufsalltag, wo du sagst da würde ich jetzt aber gern mal wissen warum ich das mache oder warum ich das nicht machen oder, oder, oder.

B9: Mhhh… Auf der ethischen Ebene glaube ich nicht direkt (Okay) zumindest nicht direkt also mehr unbewusst.

I: Also nicht explizit, dass man jetzt sagt, ah, ich mache das jetzt so und so weiter, sondern wir sind ja auch in einem Hilfsberuf oder einem medizinischen Beruf, das ist ja so implizit, haben wir ja schon einen bestimmten, bestimmte Art von Ethos. Aber das es mal so direkt mal rausnimmt und sagt hey da, da war jetzt aber das war's noch nicht so in deiner…

B9: In dem Sinn jetzt nicht. Höchstens in dem was für mich generell wichtig ist, ja, dass ich keinen Schmarrn verkaufe oder keinen Schmarrn therapiere, in dem Sinn.

I: Wie ich dich schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein? Das heißt, dass man das irgendwie vielleicht in Schule oder Studium integriert oder häufiger anspricht oder dann eben vielleicht auch in Zeitschriftenartikeln oder wissenschaftlichen Abhandlungen einfach mehr darüber debattiert. Glaubst du, es ist sinnvoll oder nicht?

B9: Doch, glaube es ist auf jeden Fall sinnvoll. Ich glaube, es sollte tatsächlich stärker gemacht werden, weil das vielleicht tatsächlich noch ein Punkt ist, der uns zur Professionalisierung direkt ein bisschen abgeht, ja.

I: Hast du dich schon einmal mit einem Berufskodex auseinandergesetzt oder hattet ihr das damals im Unterricht?

B9: Ich glaube nicht, nein.

I: Okay. Jetzt auch so Zeitschriften irgend so einen ethischen Berufskodex schon einmal gesehen, gelesen, angeschnitten?

B9: Ne.

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich ein Dilemma, oder ein ethisches Dilemma?

B9: Eine Sache wo es einen Widerstand gibt. Also zwischen dem was ich gerne machen würde und was eigentlich sinnvoll ist oder zwischen dem was der Patient erwartet und was eigentlich sinnvoll wäre.

I: Okay, also so ein abwägen von zwei gleichwichtigen Normen oder zwei in der Hierarchie wichtige Normen, siehst du das auch so?

B9: Ja, ob das jetzt gleichwichtig ist, ist jetzt immer unterschiedlich, ja aber wir wissen schon auch, dass die Patientenerfahrung und der Wunsch, die Erwartung eine Rolle spielt und es mag schon manchmal eine entscheidende Sache sein aber wenn das sogar so weit gehen würde, dann wäre es ein sehr, sehr großes Dilemma, wenn das so weit gehen darf, dass das den Patient eher schaden würden dann ist die Waage schon ein bisschen verrutscht.

I: In welchen Situationen, das ist jetzt nämlich auch so ein bisschen mein, mein Gebiet, was ich jetzt so n bisschen herausfinden möchte. In welchen Situationen hast du dich schon einmal in einem ethischen Dilemma befunden? Jetzt so in einem beruflichen Kontext, wo du sagst, oah, das hat mr jetzt so richtig Kopfzerbrechen gemacht und ich, ich, ich wusste nicht, wie ich mich entscheiden soll.

B9: Ich glaube, das ist häufiger bei den Fragen, wenn Leute mich fragen, ob die oder Therapie beim Arzt oder sonst irgendwas nicht (unverständlich).

I: Okay, das heißt, jetzt speziell auf Arts doch andere Berufsgruppen bezogen?

B9: Genau, andere Therapie, die sie vielleicht gerade machen oder die ihnen jemand angeboten hat und ich mich dann dazu äußern soll. Weil sie von mir wissen wollen was ich davon halte, sozusagen. (Okay) Und ich gleichzeitig schauen will, dass das beste für den Patienten insgesamt rausgeholt wird.

I: Okay. Also die Maßnahme der Therapie, was mache ich jetzt, wenn jetzt aber der Arzt etwas anderes verordnet oder irgendwas anderes empfohlen hat, soll ich das jetzt machen oder soll ich da irgendwas anderes machen oder soll ich den Patienten aufklären oder soll ich den Arzt anrufen oder ist das schon öfters mal so vorgekommen bei dir?

B9: Ja, auf jeden Fall, ja. Definitiv, das ist glaub ich eine große Geschichte.

I: Noch eine andere Situation bei der du irgendwie so bisschen Bauchschmerzen hattest, oder du gedacht hast, mhh…

B9: Ich glaube genau anders herum ist durchaus auch manchmal, wenn die Patienten etwas anderes erwarten als eigentlich verordnet worden ist oder verschrieben worden ist, also Massage bei einem KG-Rezept, sage ich jetzt einfach mal. (Ja) Zum Beispiel. Auch eine ganz schwierige Sache wobei das sehr, sehr patientenabhängig ist oder wie man damit auch umgeht, letztendlich aber es ist zumindest rein am Anfang erstmal ein Dilemma.

I: Okay. Mal mit Kollegen irgendwie mal was gehabt, eine komische Situation oder in der Organisation allgemein, da wo du arbeitest, dass da mal irgendwie öfters da irgendwie…

B9: Oh ja. Vielleicht sogar noch häufiger. Ja, gerade was, was die Organisation von den Rezepten oder den Terminen angeht. (Ja) Ja, wenn jetzt der Patient ein 6er Rezept gekriegt hat und vier unterschiedliche Therapeuten da stehen ist das eigentlich nicht wirklich dem Patienten gegenüber vertretbar.

I: Okay, das heißt zu viel unterschiedliche Therapeuten dann die dann irgendwie behandeln, weil du dann selber weißt und die Effektivität der Therapie wahrscheinlich auch darunter leidet, oder.

B9: Volle Kanne, auf jeden Fall. Und natürlich auch mit den, den Therapeuten an sich, wenn man Patienten eh schon teilt, sozusagen und dann zwei komplett unterschiedliche oder kontroverse Ansichten aufeinanderprallen vom Therapeuten her. (Ja) Das ist ein großes Dilemma, weil wenn das dann wirklich dem Patienten letztendlich so kommuniziert wird, von der einen Seite so und von der anderen Seite so, dann ist der komplett durch den Wind.

I: Das ist ja schon wieder mal eine Yellow Flag gesetzt. Okay. Was hast du denn dann gemacht, wenn du dann jetzt zum Beispiel das letzte Dilemma, was du angesprochen hast um das so bisschen aufzulösen um dann irgendwie Kompromiss zu finden. Was, was machst du denn da meistens?

B9: Ich glaube ein Weg ist natürlich, dass man versucht sich mit dem zweiten Therapeuten in das Gespräch zu kommen. (Okay) Zu schauen, wie er dazu steht, ob er es wirklich so gesagt hat, erstmal oder ob der Patient das nicht vielleicht anders verstanden hat. Und irgendwie ist es für mich schon wichtig, dass ich bei der Kommunikation mit dem Patienten schau, dass ich die andere Arbeit diskreditiere.

I: Ja, dass jeder so sein Gesicht doch noch irgendwie wahren kann, ja.

B9: Sondern gucke, ja das kann ich mir nicht mehr vorstellen, entweder hat der Kollege das super gut hinbekommen oder es war vielleicht doch was anderes, so in der Art. Ja, so ein bisschen, so zu verändern.

I: Okay, also mit Kommunikation und mit Informationsaustausch. Okay. Welche Prinzipien, Werte oder Normen oder Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Also paar Stichpunkte, was ist, wo du so ein bisschen dein, deine Werte und deinen Namen so ein bisschen verankerst?

B9: (…) Mhh, ganz wichtig ist mir ein gutes Miteinander. (Okay) Und eine Therapie auf Augenhöhe. Also ich will eigentlich nicht (Mit dem Patienten sozusagen, dass ihr da, okay) Ja, also ich will nicht der große Star am Himmel sein, sage ich jetzt mal, der jetzt einmal Hand anlegt und wie auch immer und dann ist das gegessen, so ungefähr. Sollte für mich auf Augenhöhe sein, das ist ganz, ganz entscheidend. Was noch für mich wichtig ist, dass die Therapiemethoden die ich anwende durchaus einen sinnvollen Hintergrund haben, auch. Also einen wissenschaftlich orientierten Hintergrund haben. Was ist noch wichtig? Ich glaube, es sind sehr, sehr viele Sachen und sehr viele Kleinheiten die man so ganz, ganz normal und unbewusst eigentlich macht. Also es fängt zum Beispiel schon bei der Begrüßung an, ja, mit der Begrüßung vom Patienten, dass er nicht schon im Behandlungszimmer liegt, ausgezogen sozusagen, wie ich das ab und an mitkrieg. Und, dass dann auch einfach der Respekt (Okay) und die Höflichkeit auch dableibt. (Okay)

I: Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zum Begriff zur Ethik abgrenzen?

B9: (…) Mh… Moral…

I: Moral und Ethik, was würdest du jetzt denken, was so der Unterschied wäre, zwischen Moral und Ethik.

B9: Moral ist mehr das, was für mich selber entscheidend ist, in der Therapie und Ethik ist mehr was Allgemeingültiges.

I: Okay, gut. So ist es eigentlich auch. Moral ist quasi die auf eigenen Werten und persönlichen Normen umgesetzte Handlung oder richtige Handlung sozusagen, und die Ethik ist quasi das was es reflektiert und argumentieren kann und die Wissenschaft dann dadurch. Okay. Gut, wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein und glaubst du, das eine moralische gebildeter Physiotherapeut professioneller handeln könnte als einer der keine Ahnung davon hätte oder weniger Ahnung davon hätte?

B9: Ja ich glaube, ja, ein moralisch gebildeter kann glaube ich professioneller arbeiten, auf jeden Fall. Mh… ich glaube das ist nicht so gut gegeben bei vielen Therapeuten.

I: Okay, in wie fern, warum glaubst du, dass dann dieser Therapeut professioneller handeln könnte?

B9: Mh, weil er vielleicht wieder reflektierter über Sachen nachdenkt, so und handelt, dementsprechend.

I: Also gut, okay. Das heißt, reflektiert, das tun, was auch gerade in dem Moment das Richtige dann quasi ist. Okay. Wie wichtig schätzt du denn dann auch diese Form von Kompetenz dann für den gesamten Prozess der Professionalisierung, glaubst du das dann, wenn jeder Physiotherapeut moralisch gebildeter wäre oder würde ob das auch der gesamten Physiotherapie als solches voranbringen würde und warum?

B9: (…) Ich glaube ja, weil das unsere Qualität wahrscheinlich nach oben heben würde, weil wir wirklich reflektieren über das was, was wir machen. Dann kommen wir eigentlich nicht darum herum auch die wissenschaftlichen Teile in Betracht zu ziehen, was ja unseren Qualitätsstandard durchaus wieder nach oben heben würde.

I: Ja, dabei ist ja auch die Wissenschaft, das ist ja eigentlich quasi diese moralische Legitimation dann irgendwas zu machen, weil das ja auch das Richtige ist und das ist ja auch das Wahre, sage ich jetzt mal. Glaubst du, dass es sinnvoll wäre, dann in den Unterricht weiter zu integrieren und noch weiter einzubinden oder eher dann mehr andere Fähigkeiten die andere Softskillmöglichkeiten die man da noch weiter entwickeln sollte?

B9: Ne, ich glaube das wäre tatsächlich auch ein wichtiger Faktor, tatsächlich, ja.

I: Warum? Warum würdest du jetzt sagen, das ist wichtiger als jetzt noch einmal 10 Stunden FBL oder PNF oder…

B9: Weil ich glaube, dass einen das auch persönlich weiterbringt, ja. Das sind ja auch zum Beispiel bei den Studienkonzepte von der Thim von der Laan Schule oder sowas aus Holland wo man dann wirklich seine Arbeitsweise reflektieren muss. Was einen glaube ich auch einen extrem hohen Lerneffekt eigentlich letztendlich hat, auch für einen selber. Weil man selber sieht auch, wie man behandelt. Ich habe es auch so ein paar Mal gemacht, dass ich mich gefilmt habe beim Behandeln und therapieren. Ja, und ich glaube, das ist echt viel wert, ja. Also sowas wäre durchaus sinnvoll und davon die Hintergründe zu kennen wäre für die Ausbildung glaube ich schon sehr wichtig.

I: Okay, sehr gut, B9, ich danke dir, für dieses Interview, wir haben es geschafft. (Danke auch)

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	10
Name der Audiodatei	Interview 10
Datum der Aufnahme	15.09.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	76,01 Minuten
Befragte Person	B10
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	15.12.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: Gut, danke B10, dass du mitmachst bei meinem Interview. Ich möchte mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht's insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen. Das heißt, es ist jetzt relativ subjektiv. Es gibt kein richtig oder falsch, sondern so wie deine Sicht der Dinge ist, mit deiner Erfahrung, das möchte ich mit dir zusammen gerne erfahren. Okay, Frage Nummer eins. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B10: Puh, oh Gott. Bei allen politischen Fragen, mit der habe ich jetzt gar nicht gerechnet.

I: Was sind denn für dich so die Kerngebiete, was ist das, worum sich die Physiotherapie deiner Meinung nach primär kümmern sollte? Was so die Eckpunkte dann vielleicht sind.

B10: In erster Linie ist für mich die, und so mache ich das eigentlich auch im Alltag, eine, den Patienten oftmals begleitende Therapie, die eine, ein Gesundheitsberuf, in erster Linie begleitet, berät, coacht, das ist für mich eigentlich mit das wichtigste, der aufklärt zu Zeiten, wo einfach, wir sind am, so sehe ich es immer, wir sind der letzte Beruf, oder wir gehören zu den, die Therapieberufe sind für ich die letzten Berufe, die noch ein bisschen mehr Möglichkeiten zeitlich haben, auch auf Patienten Einfluss zu nehmen, im positiven Sinne. Ja, die Ärzteschaft, also wenn man mal andere Berufsgruppen sich alle Gruppen sich anguckt, dann geht die, da ist im Schnitt 3-5, bei Ärzteschaften sind es 3-5 Minuten im GKV-Bereich. Es gibt sonst nichts vergleichbares und diese Zeit sind, ist für mich ganz wichtig, diese Zeit wirklich sinnvoll zu nutzen den Patienten über Physe und auch Psyche aufzuklären, seine Optionen die er hat, sich zu genesen in seiner Problematik weiter zu kommen oder auch mit ihm zusammen festzustellen, dass man im Heilungsprozess an einen Punkt gekommen ist wo ein „mehr“ nicht geht aber eben, wie kann er da am besten mit umgehen. Ja, ein umgehen lernen mit seiner Situation. Die Definition hat sich, der von Physiotherapie hat sich in den letzten, gerade in den letzten zehn Jahren bei mir auch immer stark verändert, vor allem, wenn du auch in den Niederlanden studiert hast. Da muss ich immer ein bisschen lachen, das biopsychosoziale Modell ist eigentlich ein alter Hut und bei uns hieß es vor 15 Jahren hieß das eben, hat man es schon bisschen anders genannt aber Leitlinie, also Leitbild war auch ganz klar der Körper oder der Mensch ist ein oder wie haben die uns das damals gesagt, bei Niederländern, Körper, Psyche und soziales Umfeld sind eben nicht voneinander trennbar. Und das was jetzt hier noch mal so hochpusht wird, das ist eigentlich ein alter Hut und das ist auch immer von Anfang an mit dem ersten Tag nach dem Studium auch weiter mein Leitbild gewesen. Das heißt, ich bin in erster Linie Berater, oftmals im Lebensabschnitt und meistens in einem Lebensabschnitt und mit einem positiven Ausgang, weil ich in erster Linie orthopädisch-traumatologisch tätig bin.

I: Okay, das heißt primär würdest du sagen, so dieses Management (Ja) und entwickeln von, du hast ja vorhin gesagt, bis zu einem gewissen Punkt, dann wahrscheinlich mit Kompensationsstrategien wenn man wo angekommen ist aber dass er halt seine Integrität im sozialen, körperlichen und psychischen erleben autonom Leben kann sozusagen.

B10: Definitiv. Also ich empfinde mich mehr als Gesundheitscoach und oder bin auch Gesundheitscoach und Berater.

I: Okay. Und du hast ja auch gesagt, das Arbeitsbündnis, weil man will ja auch die Möglichkeit haben, deutlich, also mit diesem Kontingent von circa 20-25 Minuten, je nach Praxissituation auch unterschiedlich aber deutlich mehr Zeit als der Arzt zum Beispiel. Das, würdest du auch sagen, dass das so eine Stärke ist, der Physiotherapie, die wir dann für uns nutzen können?

B10: Also das ist eine der größten Stärken die wir nutzen könnten aber Ressource Physiotherapeut oder überhaupt Therapeut ist in Deutschland nicht mal im Ansatz genutzt. Wir könnten eigentlich schon im Vorfeld alleine, wenn, wenn wir uns dranhalten würden oder wenn wir uns weiter entwickeln würden auch konsequent eben Befundung, beziehungsweise, ich sag, ich sag ganz klar immer physiotherapeutische Diagnostik machen und, und vernünftig dokumentieren. Wir könnten viel, viel mehr. Wir könnten viel mehr auch der Ärzteschaft unter die Arme greifen und ich empfinde mich nicht als Konkurrenten zu Ärzteschaft, dafür liebe ich eigentlich mein Beruf viel zu sehr, ich bin, ich bin auch oft gefragt worden, auch von Ärzten, warum machst du kein Medizinstudium? Ich so, nein, ich habe bewusst Physiotherapeut, ich bin Physiotherapeut geworden, ich will kein Arzt sein und ich bin auch nicht Konkurrent

von euch. Und, und ich möchte, ich möchte dieses, so wie ich es auch in den Niederlanden erlebt habe, ja, dieses zusammenarbeiten der Professionen mit einem Ziel und das ist, zusammen eine, den, den Patienten nach vorne bringen. Das Ziel ist eine vernünftige Versorgung der Menschen und dieses Konkurrenzverhalten, was ich hier kennengelernt habe, das war mir nach den Niederländern so fremd und so komisch bis, bis heute noch. Also ich empfinde es heute noch als so unangenehm, weil einfach keine Kooperation da ist (Ja) Das Ziel ist das falsche.

I: Das heißt, mehr in diesem interprofessionellen Kontext quasi. Mit anderen Berufsgruppen effektiver zusammenarbeiten, quasi sich als, als, als, als ein Teil von diesem Gesamten zu sehen für den Patienten dann quasi.

B10: Ja, das muss man auch ganz klar so sehen. Wir haben gerade, haben, wir hätten die Möglichkeit, ich habe schönes Beispiel aus der, aus der vergangenen Woche. Da kam eine Kollegin, also ich rede jetzt, ich könnte jetzt 1000 Beispiele auch nennen aus der Praxis, die ich in den letzten Monaten und Jahren erfahren aber das ist so aktuell und das fand ich so toll, weil es Kollegin ist die nicht studiert hat, die sich aber für Evidenz interessiert. Und die hat eine vernünftige Befundung gemacht und drei Ärzte haben eine frische, ist jetzt die Aufnahme abgestürzt oder geht es? (Nein, passt) Gut. Die hat, weil sie vernünftig gearbeitet hat und vernünftig dokumentiert hat sie eine frische oder eine relativ frische BWS Fraktur erkannt und hat die Behandlung verweigert. Warum? Weil sie vernünftig gearbeitet hat und vernünftig auch dokumentiert hat und es ist drei Ärzten durch die Lappen gegangen. Das ist ein schönes Beispiel und hier geht's nicht darum oder es geht nicht darum den in der Konkurrenz da zum Arzt zu stehen, das, das, wenn man den Blick auf die Ärzte, auf sich selbst hat, sich selbst gerichtet hat dann entsteht das aber die hat, das wichtigste ist, den Patienten zu schützen und da beginnt halt eigentlich schon ethisches und moralisches Verhalten. Wir müssen den Mut haben auch uns gegen Ärzte zu stellen. Das tun wir auch zu wenig. Also zu sagen, hey, ich bin nicht dein Konkurrent, ich bin ein, aber ein wichtiger Teil im Gesundheitswesen und ich muss dir auch im Sinne des Patienten sagen können was ich denke, ohne, dass ich Angst vor dir haben muss. Und das ist, und die zum Beispiel, von zwei wurde sie nicht ernst genommen von einem, der ist Professor, der kam sogar persönlich und hat, der ist im selben Haus, kam sogar persönlich vorbei und hat sie beglückwünscht. Das war toll. Und so verhält man sich korrekt.

I: Okay. Gut, Frage Nummer zwei. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du deine Behandlungsstrategie besonders aus? Also es gibt ja mehrere Modelle, du hast ja vorhin schon mal eins genannt, kennst du denn noch mehrere oder nach welchem Modell behandelst du denn jetzt im Moment deine Patienten?

B10: Also ich muss schon sagen ich kenne das nicht anders als nach dem biopsychosozialen Modell zu arbeiten. Ich kenne das nicht anders. Ich kenne, ich verstehe oftmals die Problematik nicht, ich, habe oft Schwierigkeiten, wenn ich mit, mit anderen Kollegen oder wenn ich das in andere Praxen auch mitkriege, weil das für mich so selbstverständlich ist und das ist halt einfach so in Fleisch und Blut übergegangen. Ich selber entwickelt mich halt Assessment-technisch, ich habe auch vieles rausgeschmissen in den letzten Jahren, das muss ja auch ganz klar sagen, wo ich gemerkt habe, oh, ist einfach nicht, beziehungsweise ist die Evidenz einfach zu schlecht. Aber ich kann schon sagen, ich würde schon sagen ich arbeite überwiegend biopsychosozial. (Okay) Zumal ich da auch sagen muss, der Teil Psyche ist doch auch etwas vernachlässigt. Also da muss sagen, das ist auch etwas was ich…

I: Weil du, weil du primär, wie du vorhin dann auch wieder gesagt hast, mehr orthopädische Patienten hast oder?

B10: Viel orthopädisch-traumatologische Patienten genau. Und ich würde dann auch, ich würde sagen, ich, gut, gerade was Rückenleiden anbelangt, da sieht es wieder ein bisschen anders aus. Da kann, da spielt die Psyche einen großen Einfluss noch mal zusätzlich aber ja, Schmerzpatienten halt klassisch.

I: Okay. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder Studium erworben haben? Also was ist, kannst du ja mal noch mal zurück denk, nach deiner Ausbildung oder Studium, was ist dir besonders wichtig, was sollte denn in Deutschland dann irgendwann einmal flächendeckend jeder Physiotherapeut können oder wissen oder beziehungsweise auf welchem Level sollte er sein?

B10: Egal ob ausgebildet oder studiert gehört meines achtens evidenzbasierte arbeiten, das ist A und O. (Okay) Also das ist wirklich, da führt kein Weg dran vorbei und mit einer, einer wirklich vernünftigen Diagnostik.

I: Diagnostik? Also, okay, evidence based practice sozusagen?

B10: Evidence based practice (Diagnostik, das heißt…) eine richtig gute Diagnostik. Was mir bei den Niederländern, wenn ich jetzt mal so zurückdenke, was wir hatten Psychologie als Fach und wir hatten Ethik als Fach. Und das, das muss ich ganz ehrlich sagen das ich obwohl ich es im Studium am Anfang gehasst habe, habe ich erst zum Ende des Studiums und nach dem Studium begriffen, wie wichtig das ist und war. Das muss ich ganz klar sagen und das gehört, das, das… Psychologie und vor allem Ethik gehört dazu, ganz wichtiger Bestandteil.

I: Was sagst du denn jetzt zum Beispiel zu den Hands-on Skills? Muss das dann jeder Physiotherapeut können schon in der Ausbildung oder ist es dann irgend so etwas, was man dann, wenn man diese Kompetenzen dann dort irgendwie erlernt hat, dass man sich das dann selber soweit aneignen kann, dann wenn man im Beruf ist, wie man das denn möchte oder soll man das schon intensiv dann in der Ausbildung einbringen?

B10: Im Moment, im Moment wieder heiß diskutiert, was packt man jetzt eigentlich in die Ausbildung schon rein und ich glaube das passiert ja nicht grundlos aber es passiert glaube ich auch in aus einem ganz bestimmten Grund, nämlich der überwiegende Teil auch in den meisten Fortbildung ist einfach Nonsens. Das ist einfach, einfach übelster Quatsch. Das ist viel Wiederholung von Basics und wenig Neues. Ich selbst, hatte ich dir glaube ich auch erzählt, ich hatte, weil ich es musste, eigentlich, um abrechnen zu können, aus abrechnungstechnischen Gründen habe ich nochmal die manuelle Therapie gemacht. Hab sehr lange gebraucht bis ich die richtigen gefunden hab und wollte eigentlich einen wissenschaftlichen Ansatz haben und da muss ich dann sagen, da hab ich eine Gruppe gefunden, die, die das für die Verhältnisse oder für den aktuellen Stand in der manuellen Therapie sehr gut machen weil sie einfach alles versuchen wissenschaftlich zu belegen und alles rausgeschmissen haben was einfach Quatsch und vor allem eben auch Hands-off. Zu jedem Hands-on gibt es auch ein Hands-off. Und das fand ich sehr, sehr, sehr wichtig in die Ausbildung, deswegen ist es sehr schwierig diese Frage zu beantworten, weil es gehört in die Ausbildung, ja es gehört auch in einem abgespeckten Rahmen auch die manuelle Therapie. Ich bin, gehöre nicht zu den der prinzipiell sagt, wir sollten das komplett alles rausstreichen dafür ist die Studienlage auch in manchen Bereichen sehr, sehr gut und da habe ich auch in der manuellen Therapie deutlich abgespeckt aber in anderen Bereichen gibt keine Goldstandard und wo ich ganz klar sagen, also da muss auf die

Wissenschaft das ist eine zu viel zu viel Aufträge die erfüllt werden müssen, wissenschaftliche, bis man da wirklich sagen kann okay, die Hands-on ist wirklich jetzt vom Tisch und da wäre ich auch vorsichtig weil auch das hat ja auch da auch da immer noch ein Psychologe also gibt's ja auch psychologische Effekte die gar nicht so unwichtig sind.

I: Das heißt also, es wird immer diskutiert diese spezifischen Effekte das ist ja natürlich das was dann so bisschen in Frage gestellt wird aber ich denke mal so diese, diese diffuse Aspekt, dass es einfach zu einer Berührung kommt, wie es die Kollegen Bähr ja immer so, so schön sagt, dass es halt eine Verbindung zwischen Menschen dann entsteht und dass wir quasi dann als vielleicht auch intensiver als, als, als Therapeuten wahrgenommen werden wenn wir vielleicht auch ab und zu mal unsere Hände dafür benutzen.

B10: Ja wir sind schon, wir leben auch schon in einer sehr kalten hochtechnisierten Welt und genau dieses unpersönliche, ich meine es ist das schönste Beispiel wirklich immer noch, da muss ich jetzt auch etwas vorsichtig sein, was ist der Erfolgt der Homöopathen der Homöopathen ist ein einstündiges Gespräch. Ein einstündiges Gespräch, ein intensives Gespräch, die Patienten können loslassen, die Patienten können sich selbst erklären und müssen nicht auf das Zettelchen gucken. Uh, hoffentlich habe ich jetzt nicht irgendwas vergessen. Das ist der eigentliche Erfolg der Homöopathie. Da muss man natürlich vorsichtig sein und dann, ich sehe schon das wir auch damit deutlich darüber hinaus gehen also wir sind, wir sind, wir haben nicht den wissenschaftlichen Stand von Homöopathie, also da sind wir, haben da doch ein bisschen mehr Evidenz. Das, ohne Frage aber das ist etwas was sehr unterschätzt wird und wurde und da denke ich schon, ja.

I: Ja, okay gut, passt. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung oder das Studium, du hast ja beides glaube ich gemacht, ge? (Ne, ich habe vollzeitstudiert) Okay, gut. Hast du das Gefühl, dass du durch das Studium genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest? Wenn du so darüber reflektierst, nochmal die ersten, die ersten Tage oder Wochen. Hattest du das Gefühl du warst dann auch vorbereitet oder standest du irgendwie teilweise auch blank?

B10: Ja, ich muss ganz ehrlich sagen, ja obwohl du dich ja immer weiterentwickelst, also Entwicklung hört ja nicht auf. Ja, das musst du auch aber ich muss ganz ehrlich sagen ich habe noch zu einer Zeit studiert da war auch in den Niederlanden das so, dass wir das letzte Jahr, war das praktische Jahr und vorher duftest du gar nicht an den Patienten ran. Natürlich haben wir Probanden gehabt und selbst aber auch Patienten, immer kurze Praktikas zwischendrin in den ersten drei Jahren aber das vierte Jahr war dann wirklich schon ein Jahr in, auf verschiedenen Stationen in der Praxis waren halt, halt ein Jahr Praktikum. Und dadurch fühlst du dich eben noch in einem geschützten Rahmen des Studiengangs, wirst halt noch gezielter betreut und gibt dir also auch noch eine Sicherheit aber du arbeitest trotzdem irgendwie schon voll. Und ich muss eigentlich meine letzten zwei Praktikas sagen, da haben so viele Therapeuten gefehlt, dass ich zum Teil also 9 Stunden da gearbeitet habe obwohl ich hätte nur fünf arbeiten dürfen. Und es hat mir aber einen Riesenspaß gemacht aber dadurch habe ich mich in dieser Zeit halt unwahrscheinlich entwickeln können und es hat sich leider soweit ich weiß auch in den Niederlanden geändert, das machen die glaube ich nicht mehr so aber das halte ich für sehr wichtig und sehr wichtig.

I: Hattest du das Gefühl als du dann mit dem gesamten Studium fertig warst, also auch mit diesem Praktikum zum Schluss, dass du da, als du wirklich in deinem eigenen Business oder in deiner in deiner Arbeitssituation gewesen bist, dass du dann dadurch relativ gut vorbereitet wurdest?

B10: Ich wurde auf vieles vorbereitet aber zumal ich muss auch dazu sagen, ich habe, komm vorher, hab eine pflegerische Ausbildung gehabt hab, viele Jahre in der Pflege verbracht. Onkologie, Traumatologie, Traumatologie hab einen, als Assistent und wissenschaftlicher Mitarbeiter habe ich ein Schlaflabor aufgebaut. Also ich habe einen ganz anderen Hintergrund noch zusätzlich und dadurch habe ich glaube ich viele Schwierigkeiten die andere junge Kollegen gehabt haben, eben nicht gehabt. Das muss man dazu sagen. Durch die Fortbildungen, die medizinische, die ich gehabt habe aber wenn ich jetzt mal rein das Studium betrachte und gottseidank habe ich mich nie 100-prozentig sicher gefühlt. Weil, eine Restunsicherheit ist auch gesund. Weil, die lässt sich nämlich auch hellhörig sein hellhörig, immer aufmerksam sein.

I: Also du warst jetzt nicht in der Situation, wo du gesagt hast, puh, ich habe keine Ahnung was ich jetzt hier mache, sondern du hast dann schon Dinge aus dem Studium dann oder aus dem Praktikum auch besser umsetzen können.

B10: Sagen wir es mal so, man, ich glaub ich halt das heutzutage für ganz großen Fehler, wenn wir gerade in, in also überhaupt Gesundheit, Gesundheitswissenschaften Therapiewissenschaften, das ist so vielschichtig und vielfältig, dass du glaube ich das wichtigste Handwerkszeug ist zu wissen, wo du wirklich auch Wissenschaft nachlesen kannst. Und das heißt, auch mal den Mut zu haben zu sagen halt stopp, ich weiß hier gerade nicht weiter, ist aber nicht schlimm und ich recherchiere das nach und dann machen wir weiter. Und dieser, dieser Zwang, ich habe noch nie diesen Zwang und diesen Druck, und bin nicht unterlegen alles ständig immer sofort und in einem extrem großen Umfang wissen zu müssen. Also das muss ich sagen, das halte ich für einen Fehler, das ist das ist unser System auch, auch in der Ärzteschaft wo Fehler nicht zugegeben werden. Wir alle entwickeln uns unser ganzes Leben, wir entwickeln uns weiter diese Fähigkeit dazu müssen wir behalten und das halte ich zum Beispiel für Ethik wichtig und, und, und oder moralisch auch extrem wichtig. Ja, dass nicht zu verlieren aber ich habe mich sehr, ich habe mich sehr sicher gefühlt, ich habe mich am Patienten sicher gefühlt, das muss ich sagen. Das schon, also ich habe mich für, ja, ich habe mich sicher gefühlt, das kann man schon sagen.

I: Gut. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B10: Überwiegend, überwiegend ja obwohl ich jetzt sagen muss, dass ich durch die letzten anderthalb Jahre ist das schon etwas eingeschlafen. Naja durch die Extreme, habe ja seit anderthalb, zwei Jahren jetzt fast zwei Fulltime-Jobs.

I: Also berufspolitisch bist du ja sehr aktiv.

B10: Ich bin durch Therapeuten am Limit und dadurch, dass wir die GmbH gegründet haben, bin ich, habe ich zwei Fulltime-Jobs. Dass ich arbeite, das ist halt auch so ein Punkt. Ich kenne arbeiten am Patienten, unter 10 Stunden kenne ich gar nicht. Das heißt, man kann ganz klar auch da, vorher habe ich mir immer zu bestimmten Zeiten, habe ich mir einfach zu bestimmten Zeiten einfach sonst nichts gemacht, da habe ich Dinge nachgelesen und das ist jetzt in den letzten anderthalb Jahren ziemlich eingeschlafen, muss ich sagen.

I: Gut. Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?

B10: Okay, das tue ich eigentlich ständig (lach). Irgendwie in irgendeiner Form tue ich das doch schon ständig, also. Sei es in sozialen Medien, sei es, was ich supergenial finde ist, wofür ich den Jungs also wirklich dankbar bin, ist physiomeetsscience. Die ich, da bin ich ständig, die werden von mir komplett verfolgt, von mir verfolgt, gestalked, also das tue ich schon, ja.

I: Das heißt in sozialen, Social Medias zum Beispiel, wenn das dann in der Timeline dann dasteht, und du dann sagst, hey, das ist jetzt interessant, das verfolge ich jetzt mal oder lese es mal durch. Aus reinem Interesse dann wahrscheinlich, oder, weil es dann einfach präsent ist.

B10: Ja aber ich, es ist auch schon noch so, dass ich öfters auch mal, also wie gesagt, das ist in den letzten anderthalb Jahre echt eingeschlafen aber sag wir mal bis, bis vor anderthalb Jahren habe ich auch regelmäßig, war ich regelmäßigen bei pubmed und medline. Also das, das ist, das war eigentlich, das war eigentlich immer mit dem Studium, war das eigentlich so. Gepusht hat mich auch noch mal, ein, ein, ein, ein Freund und Kollege, der der aus meinem Jahrgang einer der ersten war der auch direkt einen Master hinten drangehängt hat und als, und als später er als Dozent gearbeitet hat und das ist so ein bisschen derjenige zu dem ich immer ein bisschen aufgeschaut habe, ja, weil der so tief drin war, auch in der Wissenschaft und das auch immer auf einer ganz besonderen Art und Weise erklären konnte und der hat mich da eigentlich auch immer gefördert und gepusht. So tue ich das, so habe ich das bis vor anderthalb Jahren eigentlich immer gemacht und jetzt ist es halt so, bin ich denn, wie gesagt, den Jungs von physiomeetsscience sehr dankbar, dass ich da auch mal schneller auch schon, schon ein bisschen sortiert und auch vorgefertigt ist, damit man das halten besser konsumieren kann, ja.

I: Gut. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deiner Patienten?

B10: Ja, sofern es mir möglich ist. Das ist ja immer auch so die Frage wenn ich mir jetzt, so, so, zumal ich sagen muss, bin ich jetzt auch nicht ganz so up to Date aber wenn ich mir Versorgungsleitlinien angucke aus der von Niederländern, oder, Amerikanern, Kanadiern, dann, das ist halt auch, ich würde es gerne umsetzen können in, in unser Format oftmals und das ist halt so, da sind wir wieder bei dem Punkt, das ist zum Teil gar nicht machbar.

I: Okay, das heißt, du würdest es nutzen, wenn es dann irgendwie dann auch quasi die Situation gibt, in Deutschland, in der man es auch anwenden kann, so, wie es eigentlich sein sollte.

B10: Richtig, ja. Also, das würde ich sofort tun, das tue ich, also ich tue es, soweit ich das kann aber es fällt einfach oft durch das, die starke zeitliche Begrenzung manchmal sehr schwer.

I: Gut und das ist ja natürlich auch das, du musst ja quasi dann noch das behandeln das was auf dem Rezept oder das, was verordnet wird, von den Ärzten und wenn die sich halt nicht daran halten, an diese Leitlinien, wie auch immer. Du, wir sind ja gezwungen, das zu machen was die Ärzte uns auftragen, dann sozusagen.

B10: Ja, richtig. Also das ist, es ist, ich habe gerade ein schönes Gespräch gehabt, mit einer, sie ist zwar Gastroenterologin aber das durchzieht halt, sie ist eine leitende Chefärztin in, in, in Ludwigsburg in Leonberg, quatsch, in Leonberg bei Stuttgart und ist eine Diagnostikerin vor dem Herrn. Ich kenne sie jetzt über 20 Jahren und da haben wir uns gerade darüber unterhalten. Ich fragte sie, B. warum bist du so gut, warum, was sagst du warum, diagnostizierst du so gut? Dann sagte sie, ganz einfach, ich bin eine der wenigen Ärzte in, in Deutschland die leitliniengerecht arbeiten und aus Kostengründen wird halt mal nicht irgendwo was an diagnostischen Prozessen rausgenommen, sondern ich ziehe es durch und bei vielen hat man halt einfach einen am Ende ein falsch-positives oder ein falsch-negatives Ergebnis. Und das ist, das sehe ich zum Beispiel halt bei uns auch so, wir, wir hinterfragen halt nicht und wir sind halt, wir haben nicht die Stellung, wir haben eigentlich nicht die Stellung das zu hinterfragen. Uns fehlt ein DA und damit auch das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl, da ganz klar auch Kante, andere Kante zeigen zu können. (Okay) Also soweit ich es kann, soweit versuche ich es und wenn es eben möglich ist, in meinen begrenzten Mitteln und Möglichkeiten das eigentlich so zu machen.

I: Okay. Jetzt haben wir so ein bisschen den Themenblock mit Berufspolitik, Berufssoziologie bisschen hinter uns beziehungsweise Berufspolitik, jetzt erstmal. Jetzt geht es weiter mit der Professionalisierung. Was sagt dir der Begriff Professionalisierung? Erst einmal nur an sich der Begriff und dann geht es gleich weiter mit den nächsten Fragen.

B10: Ja, Professionalisierung ist halt…

I: Einfach mal aus deiner Intuition, was du jetzt damit in Verbindung bringst.

B10: Ist ein schwieriges Thema, weil ich halt auch da wieder, ich stecke halt im Kopf, mit dem Kopf zwischen zwei Welten. Und das muss man ganz klar sagen, ich bin, Professionalisierung heißt für mich, mich eigentlich, wissenschaftlich arbeiten, an wissenschaftliche Prozesse angebunden zu sein, informiert zu sein, informiert zu werden, schnell die Möglichkeit haben, an, an bestimmte wissenschaftliche Erkenntnisse ranzukommen und sie mir auch, dass es mir möglich gemacht wird sie auch umsetzen zu können. (Okay) Und da ist Professionalisierung eben nicht nur berufs, nicht nur auf den Beruf selber bezogen, sondern auch die, die die Rahmenbedingungen machen. Also Professionalisierung beginnt auch bei der Politik an und das muss man immer wieder laut auch in Richtung Berlin halt schreien. Professionalisierung beginnt an, bei den Rahmenbedingungen, die dafür gesetzt werden und geschaffen werden.

I: Also juristisch, politisch?!

B10: Ja. Also ich meine, wenn man, wenn man den Begriff Ethik oder wenn man, wenn man zur Ethik kommt, dann haben wir ja, man darf die, man hat auf der einen Seite die rechtlichen Befugnisse, ja, und auf der anderen Seite eben die Wissenschaft und die Evidenz und da haben wir halt eben so Sachen wie, A, die wirkliche, die Wirksamkeit und natürlich auch eine, von der, der, der der Dringlichkeit, was hat der Patient letztendlich nötig. Oder was genau da haben wir, genau da beginnt ja schon der Konflikt. Ja, da haben wir schon so viel Konfliktpotenzial, da kriegen wir die Ethik schon gar nicht mehr auf die Reihe. Wir haben, wir haben recht, wir haben rechtlich die Rahmenbedingungen sind, sind extrem schlecht, die uns dazu zwingen eigentlich auch oftmals auch nicht evidenzbasiert zu arbeiten. Also da beginnt schon der Konflikt, wenn du dir anfängst darüber Gedanken zu machen.

I: Okay. Was könnte deiner Meinung nach getan werden, um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen? Jetzt kannst du mal so paar Stichpunkte mal erklären.

B10: Direkt aus dem Bauch raus. (Genau) Als allererstes dem Wissenschaftsrat folgen, 20 % akademisch Therapeuten. Das ist schon einmal das allererste.

I: Die Ausbildung also in Richtung Akademisierung jetzt erst mal beginnend umzusetzen, dass es halt dann mehr Akademiker gibt?

B10: Richtig. Sehr schnell eigentlich auch in die Ausbildungsgänge das Wissenschaft, das wissenschaftliche Arbeiten integrieren, ja. Auch noch bessere Möglichkeiten schaffen auch ausgebildeten Therapeuten Zugang zu, zu einem zu nachqualifizierenden Studiengängen zu erhalten. Das ist…

I: Dass es quasi vereinfacht wird, dass es halt, dass die die Rahmenbedingungen quasi für solche Kollegen dann auch optimiert werden, dass es ein bisschen besser wird.

B10: Ganz genau. Auf jeden Fall. Also das muss, das muss, das muss deutlich besser werden, auch, dass die Therapeuten ne, ne, ne Möglichkeit des Aufstieges auch sehen, ja, und nicht das Gefühl haben sie bleiben da irgendwo hängen.

I: Okay, das heißt auch berufliche, ja, Erfolgsleitern quasi dann irgendwie eröffnen, dass das halt dann irgendwie auch Platz für Weiterbildung gibt, dass auch die Kollegen sich irgendwie selber motiviert sehen, das zu machen, weil die dann einfach irgendwann in andere Bereiche arbeiten können.

B10: Richtig. Ganz genau, ja. Also die Vielfältigkeit, ja. Also was, was war nochmal die Ausgangsfrage? Scheiße.

I: Welche Merkmale, nein, halt. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen?

B10: Rahmenbedingungen ist klar, Politik, da fängt es an, (Okay), dann tatsächlich auch eine rechtliche Basis dafür schaffen, das bestimmte, das leitliniengerecht gearbeitet werden muss. Also das, da muss eine Basis geschaffen werden. Dann aber auch den Therapeuten die Kompetenzen auch, auch wirklich zusprechen. Also das heißt für mich auch endlich weg, weg mit so einem Schwachsinn wie der, der Heilpraktiker und jetzt auch noch der, der SHP, das gehört weg, das ist eine Entwertung dieser Berufe, noch mehr. Es ist eine Demütigung, ich habe mich gedemütigt gefühlt als ich in dieser Fortbildung zum SHP gesessen hab. Ich habe gedacht ich muss kotzen, weil es wieder nur Wiederholung war und, und Kindergartenkram. Das gehört in die Ausbildung. Das ist eine schon in der Ausbildung oder im Studium das sollte da drin sein. Also weg mit diesem ganzen zusätzlichen Blödsinn der uns nicht weiter bringt.

I: Ja, das heißt quasi so therapeutisch so auf das Wesentliche reduzieren und alles was, was jetzt zu unwissenschaftlich ist was, was unsere Grenzen so weiter aufweichen würde raus oder, oder, oder?

B10: Ja es geht ja dann in erster Linie auch den Beruf selbst aufwerten. Neues Berufsgesetz, ja. Ein, ein, ein, ganz wichtig, wir brauchen endlich ein neues Berufsgesetz, was uns aus, aus diesen Hilfsberuf rausholt, ja. Denn ich empfinde und das muss man auch ganz klar sagen, was hier nicht begriffen wird auch politisch nicht begriffen wird. Ganz oft nicht wir, wir, ich, ich arbeiten nicht mit, ich arbeite weder mit MRT-Bildern noch arbeite ich mit, mit direkt mit, ich sage jetzt einmal in Anführungszeichen mit einer Pathologie, sondern ich arbeite mit einem Menschen. Der hat Funktionsstörungen und die Funktionsstörung ist das mit dem ich arbeite und nicht mit einer Pathologie. Und wie, wie, das, das sieht man ja bei uns auch ganz, ganz deutlich. Wir wissen alle mittlerweile, wenn man sich MRT-Bilder anguckt, das ist eigentlich ganz witzig, das hat unser, unser Professor in Utrecht hat uns damals schon auf das Glatteis geführt. Der hat sich da regelmäßig ein Spaß draus gemacht, hat uns Bilder, MRT-Bilder, CT-Bilder gezeigt, wir sollten die beschreiben, die Symptomatik beschreiben und hat uns da auf das Glatteis geführt und weil Wirbelsäulen die wirklich, also für einen Laien katastrophal aussahen und wir dann gesagt haben oh Gott, der sitzt im Rollstuhl, kriegt hochdosiert Opiate und so weiter. Da fing er an zu lachen und meinte so nö, der spielt Tennis, der geht laufen und das ist so ganz entscheidend. Wir, wir, wir brauchen eine neue, einen, da sind wir vielleicht wieder bei der Definition von Therapie von Therapieberufen. Wir brauchen eine klare neu Definierung unserer Berufe. Und vor allem auch muss in den Vordergrund gehoben werden, dass wir den Menschen behandeln und nicht ein, nicht ein MRT-Bild, nicht eine Pathologie, sondern die Funktionsstörung und das unterscheidet uns ganz, ganz klar auch von den Medizinern, ja. Die ja irgendwie immer gebunden sind an einer Pathologie. Uns interessiert was macht die Pathologie aus dem Menschen, was passiert mit diesen Menschen und daran arbeiten wir und das ist ein Teil zumindest.

I: Okay, gut. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Das heißt, wenn du jetzt so diese Idealvorstellung der Physiotherapie oder des einzelnen Physiotherapeuten vor dir siehst, was sind das für Charaktereigenschaften die einmal der ganze Beruf hat oder der einzelne Therapeut.

B10: (…) Willst du einen ist oder ein soll? (lach) Nein, (Soll, ja). Also ich glaube, das allerwichtigste ist, ist wirklich Menschlichkeit. Humanität. Also das ist, das ist das was, was ganz Entscheidendes für mich, was ganz Wichtiges. Eine psychische Stabilität die es ermöglicht den Patienten zuzuhören. Halte ich für etwas ganz, ich weiß, ich weiß, dass nicht erst seit gestern, dass ein, ein, ein wirklich wichtiger Bestandteil meiner, meines Erfolges darin begründet ist, dass ich den Leuten wirklich zuhören und zum richtigen Zeitpunkt die richtigen Fragen stelle.

I: Kann man dann quasi Kommunikation…

B10: Kommunikation, definitiv.

I: Wenn man das jetzt so zusammenfassen möchte mit zu hören und die richtigen Fragen stellen kann man Kommunikation zusammenfassen dann oder?

B10: Ja, Empathie. Also man kann das auch, man kann ganz klar sagen einen, ein von Grund auf empathisches Verhalten und das ist alleine das fand ich auch, weiß ich nicht wie es bei dir war aber wir hatten auch das Fach Empathie bei den Niederländern. Das ist auch eine Besonderheit gewesen bei den Utrechtern denn das habe ich vorher noch nirgends gehört und hab es danach nirgendswo mehr gehört oder erlebt. Und hier, wenn, wenn man hier in Gesundheitsberufen fragt, was ist eigentlich Empathie, kommt das große Schulterzucken. Und das sind eigentlich für mich und die wichtigsten Grundvoraussetzungen für diesen, diesen Therapieberuf.

I: Sehr gut, okay. Wie wichtig schätzt du die derzeitige Rolle der Physiotherapie in der Gesellschaft ein? Hast das Gefühl, dass wir so wie es gerade ist, der Ist-Zustand ist, der Gesellschaft eher einen Mehrwert bringen oder irgendwie nicht oder irgendwas dazwischen, was würdest du denn jetzt du sagen?

B10: Also da sage ich ganz klar wir bringen einen deutlichen Mehrwert. Wir bringen einen deutlichen Mehrwert auch wenn wir nicht up to date sind, auch wenn wir sehr weit hinten dran sind aber wir bringen trotzdem einen großen Mehrwert und das gerade in Zeiten des demographischen Wandels, der, der gerade wirklich anfängt, der uns jetzt erst, er fängt ja jetzt gerade erst an uns zu überrollen. Wir, glaube ich, wissen alle noch nicht wie sehr uns das in den nächsten, eigentlich bis 2040 glaube ich statistisch, ab dann wird es irgendwann mal besser, aber das wird, das wird mit einem der größten Sorgen sein und wir, wir Therapeuten, dadurch, dass wir eben Zeit haben und das merke ich jeden Tag vor allem an meinen älteren Patienten und nicht weil ich mit den ein bisschen Schwätzchen halte, sondern weil ich, ja auch Entertainer bin aber in, durch meine positive Art sie, motivieren, sich zu bewegen und dadurch einfach Pflege hinauszögere und oder Pflege sogar verhindere. Deswegen, und dadurch Kosten spare. Das muss man ganz klar sagen. Ich spare dem System eine Menge Geld.

I: Was denkst du, welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung? Oder was kann, was kann jeder einzelne Physiotherapeut tun, von sich heraus, damit dieser Prozess entweder noch beschleunigt wird oder, ja, effektiver gestaltet wird, oder dass das mal wirklich so Fahrt aufnimmt.

B10: Fordern. (Fordern?) Ganz klar, sich aktiv in das berufspolitische Geschehen endlich einbringen, Forderungen stellen, kritisch sein, selbstkritisch sein, ein, ein, ja, ist auch schwierig, eigentlich reicht das schon, weil das ist eine sau schwierig zu beantwortende Frage weil ich muss ganz ehrlich, ich habe fast 2000 Briefe im Kopf und die kriege ich auch so schnell nicht los und da ist es natürlich, da rattert es natürlich und sehe dann immer die Schwierigkeiten die dahinterstecken.

I: Also, wenn du auch nicht mehr weißt, dann ist es ja okay und wie gesagt, es deckt sich ja mit den anderen Ergebnissen dann auch und dann kommt da schon etwas zusammen. Okay, glaubst du von dir selber, dass du jeden oder die meisten Schritte deines therapeutischen Vorgehens am Patienten auch wirklich argumentativ begründen könntest?

B10: Nein. (Okay, warum bist du dieser Meinung?) Weil auch da, also, ich würde nie 100 % sagen ich, würde nie 100 % sagen, ich würde sagen, zum großen Teil aber ich würde auch einen Fehler machen, wenn ich damit anfange, das zu tun. Weil das ist, also ich empfinde das als Fehler, ich kann nicht immer alles richtig machen und, ich, ich, wenn ich diese Fähigkeit verlieren dann habe ich mein Beruf auf, dann höre ich auf.

I: Okay, das heißt du hast, du bist schon der Meinung, dass auch die Physiotherapie quasi bis zu einem gewissen Punkt natürlich sicher schon irgendwie über die Therapie schon begründen sollte aber an manchen Situationen ist es dann doch auch wichtig vielleicht diese Intuition und vielleicht auch so ein bisschen Bauchgefühl oder der Erfahrungsschatz…

B10: Also der Punkt ist, du kommst nie an die 100 % dran, das ist das ist halt, wenn ich mit Therapie, ich meine wenn ich mir jetzt bestimmte Therapien, der Punkt ist, wenn ich mit der Arroganz hinstellen würde und, und sagen würde ich könnte das immer alles 100-prozentig, ich würde mir Dinge zu, zu schnell zurecht legen und genau das will ich nicht. Dieses sich Argumente zurechtlegen, ich glaube das ist auch mit jedem Patienten auch ein, war für mich auch immer so, jeder Patient ist auch ein, ein bisschen ein, ein neuer Prozess und auch immer wieder ein Prozess mit dem Patienten lernen sich anpassen. Das heißt natürlich argumentiere ich auch und mit Möglichkeiten und Lösungen zu Mal, zu Mal das ist ja das Schöne an unserem Beruf, da muss man einfach ganz klar sagen kann, dass vieles darauf basiert, dass man argumentieren kann, Mangel an Bewegung, lass uns mal zusammen machen und wir haben ja einen ganz großen Vorteil. Weil man im, im, im diagnostischen Prozess und das finde ich auch das Schöne, dass wir immer sagen können wir stellen unsere Hypothese. Wir machen Anamnese, wir stellen unsere Hypothese auf, und können es bei dieser Hypothese, ich bin nicht gezwungen bei einem 100-prozentigen Ergebnis zu kommen, sondern kann immer durch Behandlung noch mal evaluieren und kann somit die Hypothese nochmal unterstützen.

I: Okay, das heißt, im Nachhinein quasi diese Begründung dann irgendwie rekonstruieren. Das heißt, wenn du jetzt im Moment nicht genau weißt was vielleicht deine Hypothese ist du dir nicht ganz sicher bist kannst du das ja quasi dann behandeln oder anbehandeln quasi und dann im Laufe der Zeit nochmal, das ist ja das wichtige…

B10: Ja und das wichtige ist halt im Verlauf immer noch einmal zu hinterfragen. Zu sagen, mache ich jetzt wirklich das Richtige? Und dann zu sagen, okay, jetzt gehe ich noch einmal, okay, Übungen, da hat irgendwas, was weiß ich, da fällt mir spontan nichts ein, wie das so ist um die Uhrzeit aber im diagnostischen Prozess, ich habe einen Impingement festgestellt oder was weiß ich was. Ich hab, kann aber immer noch sein, dass es von der Halswirbelsäule kommt, weil es sehr unklar ist, ja, in der Diagnostik und merke oder mache dann gezielt ein Training und merke dann, oh, okay, entweder passiert was, hilft sofort und geht sofort weiter, da habe ich das schon evaluiert, kann sagen, okay, ich habe es damit bestätigt oder hey, ich komme nicht vorwärts, ja, wenn ich mir Heilungsverläufe angucke von den Phasen her, da hätte eigentlich schon längst eine Besserung eintreten müssen, okay, hinterfrage ich das das Ganze nochmal, gehe nochmal einen Schritt zurück. Und das mache ich auch regelmäßig. Also das ist auch so, dass ich mit Patienten, auch gerade mit schwierigen Patienten, ich habe sehr viel schwieriger Patient, also ich habe sehr viel Patienten die, die meisten schon lange Leidensweg hinter sich haben. Also ich bin in Frankfurt und meine weiteste Patientin kommt aus Aschaffenburg also die fährt ungefähr anderthalb 2 Stunden zu mir und das seit einigen Jahren. Also das können viele Therapeuten erzählen, es erzählen sie auch. Aber gerade, weil ich eben genau das so mache, dieses hinterfragen und dazu habe ich mit dieser Frau eigentlich die einen langen Leidensweg hinter sich hatte, einen einen, einen für sie perfekt optimierten Trainingsplan entwerfen können. Habe mit ihr damit gearbeitet und jetzt kommt sie mal einmal im Jahr, sagt einmal hallo, überprüft mit mir, ist zweimal da, überprüft mit mir den Plan und dann ist es gut. Ja okay, (lach).

I: Okay. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher?

B10: Nochmal, nochmal bitte.

I: Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Also Ausbildung, Studium, diverse Fortbildungen, in Kombination, dual? Was würdest du sagen ist, für so ein professionelles Handeln am effektivsten oder am sinnvollsten?

B10: (…) Wenn bestimmte, ja, das ist schwer zu beantworten. Wenn bestimmte Voraussetzungen geschaffen sind, wie eben für mich sind das dann einfach das evidenzbasierte arbeiten. Das wissenschaftliche Arbeiten. Wenn der Funke, wenn der Funke als Grundstein gelegt wurde, dann ist es eigentlich Wurst.

I: Dann ist es eigentlich egal ob es jetzt Ausbildung ist oder Studium. Es soll halt auf jeden Fall wissenschaftliches Arbeiten, egal wo mit integriert werden (Ja), dass das dann halt…

B10: Wissenschaftliches Arbeiten wird ja auch häufig verwechselt, ja. Wissenschaftliches Arbeiten bedeutet nicht, die Weisheit mit Löffeln gefressen zu haben, ganz im Gegenteil, nämlich sie lernen, sich kritisch zu hinterfragen. Und sein Handeln zu hinterfragen. Und das ist mir wichtig. Und wenn dieser Grundstein gelegt ist, ist es eigentlich scheißegal was sonst noch in der Ausbildung ist. Aber das ist Grundvoraussetzung.

I: Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung?

B10: Also… Definitiv aber der Zug ist abgefahren um die Versorgung, um die Versorgung durch den demographischen Wandel in den nächsten 20 Jahren auffangen zu können. (Okay) Das muss man, das kann man nicht mehr anders sehen, wir hätten vor 20 Jahren anfangen müssen die Vollakademisierung einzuführen. Wir können die, unter den Bedingungen, die wir jetzt haben mit einer Vollakademisierung, können wir uns von heute auf morgen gar nicht umstellen. Das ist überhaupt nicht möglich. So viel Geld ist auch nicht im System das zu bewerkstelligen vor allem im Moment, woher sollen wir die, also im Moment hat den Hochschulen aber auch den, den, den, den Ausbildungsstätten laufen im Moment die Dozenten weg. Das heißt man muss eigentlich mit der Geschichte sehr Intelligent umgehen, wir müssen diesen Prozess jetzt einleiten für in 15 bis 20 Jahren. Das ist, meines Erachtens, realistisch. (Okay) Aber wir können nicht glauben, dass wir jetzt zwei Zeit nehmen, Vollakademisierung einführen und in drei Jahren die Vollakademisierung haben, das wird nicht umsetzbar sein. Obwohl ich mir, obwohl ich mir es wünschen würde, ja.

I: Okay, das heißt eigentlich ja, aber dann eben in einem Zeitraum des Übergangs, wie es jetzt gefordert wurde mit dem Ordnungspunktepapier, dass es halt bis 2030 dann so, oder 2035 so dann umgesetzt werden soll.

B10: Also in zehn Jahren halte ich das für fast nicht durchsetzbar, als nicht realistisch. (Okay) Ich meine, es möglich, es ist möglich, was für Deutschland aber atypisch wäre, es wäre möglich, wenn jetzt auch wirklich die Voraussetzungen und zwar in allen Bereichen wirklich auch vom Gesetzgeber aus eben geändert werden würden. Wenn unsere Verbände tatsächlich in den kommenden Verhandlungen den Angleich an die tarifvertraglich bezahlten Therapeuten schaffen plus die, ein jährliches, nicht im Promillebereich, die Anpassungen nicht im Promillebereich. Dann, dass es auch Zukunftsperspektiven gibt, auch finanzieller Natur. Weil die, das wissen wir mittlerweile alle, das sehen wir in allen Bereichen, das sehen wir vor allem auch gerade bei den Medizinern, das sind aber auch bei uns. Die, unser Nachwuchs sagt ganz klar, ich habe, ich will eine work-life-balance, ich will eine positive work-life-balance haben, das ist so. Wenn ich die nicht kriege, dann mache ich was wo ich sie kriege, Punkt. Da gibt es nichts zu diskutieren, ja. Also wollen wir, wollen wir, wollen wir das wirklich auf die Reihe kriegen, dann müssen einfach auch solche Bedingungen einfach erfüllt sein.

I: Okay, gut. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den direkt Zugang für Physiotherapeuten umzusetzen?

B10: Ja, mit einer gewissen Vorbereitungszeit.

I: Okay, das heißt also solches ja. Welche, welche Voraussetzungen müssten dann jetzt noch geschaffen werden, um es dann auch umzusetzen?

B10: Also ich muss ganz klar sagen, (…) dass hatte ich schon zu Anfang gesagt, der Mensch wächst mit seinen Anforderungen. Und das meiste und vieles haben wir glaube ich schon. Und wird auch vermittelt aber, meine Idee und mein Vorschlag, den ich immer wieder auch zur Sprache bringe ist, für mich zu sagen, Leute lass es uns doch einfach wagen, hören wir auf ängstlich zu sein, sondern lasst es und endlich mal wagen und dann macht man einfach, nicht mit muss, das ist, bei uns ist das immer alles oder vieles schwarz-weiß. Sondern da fehlt mir die Flexibilität. Man kann das ganz klar einführen und sagen, es gibt die Möglichkeit, die sich das zutrauen, machen noch mal, können auch, auch noch mal eine Extraprüfung machen. Was weiß ich, mehrere, wir sind sowieso das fortbildungsfreudigste, gehören zu den fortbildungsfreudigsten Berufen in Deutschland, dann macht man noch mal ein paar an der Hochschule, ein paar, ein paar Fortbildung in der Richtung und wird nochmal drauf vorbereitet aber mal ganz ehrlich, man, müssen mal aufhören uns was vor zu machen, also es ist bei weitem nicht so, dass wir aus den Ausbildungssprüngen rauskommen und sind, wir haben da was geleistet, wir haben da was gemacht und auf dem kann man aufbauen und wenn wir uns ständig selber nicht zutrauen, dann passiert es auch nie. Es wird nie kommen, es muss irgendwann der Tag kommt wo wir sagen so, jetzt trauen wir das zu und jetzt müssen wir mal handeln.

I: Vielleicht die Blankoverordnung als Übergang um dann mal zu gucken, wie es sich entwickelt?

B10: Also Blankoverordnung, Blankoverordnung muss ich ganz ehrlich sagen, ich habe da mit einigen Politikern auch lange drüber diskutiert und ich halte das für einen absoluten Blödsinn, das wird sich jetzt auch sehr schnell glaube ich zeigen. Ich glaub ich liege da auch gar nicht so falsch, denn das wird für, wenn man auch unter den aktuellen Bedingungen der GBA, wir haben kein Mitspracherecht, in genau da wo eigentlich auch auf das entschieden wird, ja. Und da wird, da geht's mehr dann um die Pfunde Sicherung der Ärzteschaft und die werden, die werden uns da noch ganz gewaltig werden die uns die Eier abschneiden. Das, das, da, da bin ich mir jetzt schon sicher. Zumal ich da auch sagen muss, ich habe da schon so ein bisschen was aus der Richtung halt gehört. Das wird lächerlich für, für die Diagnosen, die Indikationen, das ist, das ist lächerlich. Ja und da, die da im Moment im Gespräch sind, ja, das ist zum Schein nach außen, wow, wir haben was gemacht, wir gehen in die richtige Richtung. Da kann sich dann die CDU schön profilieren damit aber das hat… (Das hat also nicht wirklich Hand und Fuß) Nein. Also, glaube ich nicht. Also im Moment sehe ich das nicht.

I: Gut. Jetzt gehen wir zum nächsten Themenblock und zwar jetzt geht es in Richtung Ethik. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Also was bringst du so in Verbindung damit, wenn man, wenn man jetzt sagt, hey, Ethik im Zusammenhang der Physiotherapie, was fällt dir dazu? Also relativ grob gefasst, jetzt erstmal.

B10: (…) Also ethisches Verhalten ist eine Grundvoraussetzung für jeden Gesundheitsberuf. Sich moralisch immer wieder auch zu hinterfragen und es erfordert aber auch eben Mut, moralisch oder ethisch korrekt zu, zu, zu arbeiten und zu handeln heißt auch mutig zu sein. Weil das heißt auch mal zu jemanden zu werden der auch unangenehm ist im Interesse seines Patienten.

I: Okay, das heißt quasi für die, für die richtige Sache, sich quasi einstehen und dann auch das zu fordern was auch, jetzt ist utopisch ist sondern das was eigentlich auch richtig ist und wichtig ist für einmal den Patienten, und dann vielleicht auch für die gesamte Berufsgruppe dann, oder wie du es auch gesagt hast, mal auf die Straße gehen und einfach mal einfordern, (Richtig, richtig) für das was auch richtig erscheint.

B10: Richtig, definitiv. Es, es, wir sehen vieles zu sehr aus der Ego-Perspektive. Wir betrachten und wir würden uns alle schlagartig ändern und auch Politiker würden sich schlagartig ändern, wenn sie mal hinter jedem Satz oder hinter allem was Sie tun, oder ne, davor eigentlich den Patienten stellen würden. Und das wirklich aus der, aus der Sicht eines Patienten sehen würden und in, und das halte ich einfach für eine Grundvoraussetzung. Und das ist die Sicht, die, die, die Sicht und das Handeln im Interesse und aus der Perspektive meines Patienten. Und das ohne Wenn und Aber. Das ist, das steht eigentlich an der allerobersten Stelle und das ist für mich ethisch und auch moralisch korrekt.

I: Okay, du hast doch vorhin gesagt das Thema Ethik wurde ja in deinem Studium angesprochen. In welchem Kontext ist es denn genau gewesen? Warum habt ihr denn darüber gesprochen, ungefähr, weißt du das noch so?

B10: Also wir haben, wir haben, wenn ich das, das ist halt auch schon 15 Jahre her 20 Jahre, keine Ahnung aber im Studium war es tatsächlich so, um, und das fand ich sehr wichtig, um auch moralisch weiter, oder auch sich, sich weiterzuentwickeln auch, auch ethisch weiterzuentwickeln, haben wir, weiß ich nicht, wie das bei euch war, aber wir mussten zum Beispiel mit dem mit einem Fatsuit und dem Rollstuhl einkaufen gehen, zum Beispiel. Um wirklich zu begreifen was das heißt. Und was auch da, an welche Grenzen man tagtäglich eigentlich als, auch behinderter Mensch oder gehandicapter Mensch halt stößt. Und da stellt man, da fängt man an sich zwangsläufig über Ethik und Moral, mit Ethik und Moral auseinanderzusetzen, ja, was ist eigentlich, ist das moralisch vertretbar, ja, das ist, das fängt ja schon an, dass Rollstuhlfahrern überall heute kaum Zugänge irgendwo haben und immer Schwierigkeiten. Und das ist, ist das schon moralisch verwerflich, ethisch nicht mehr vertretbar, ja. Also da gibt's ganz viele ganz viele Facetten und ganz viele Aspekte, die wir in der im Studium gemacht haben und das durchdiskutiert haben, auch Verhaltensweisen, Verhaltenstrukturen, zwischen, also zwischenmenschliche Verhaltenstrukturen und einfach aus der Ego-Perspektive, weg aus der Ego, weg aus der Ego-Perspektive.

I: Ja, okay. Das heißt quasi dann auch so eine Fremdperspektive mal einnehmen und versuchen sich dann hineinzufühlen, was wäre, wenn du jetzt in dieser Situation wärst, zum Beispiel.

B10: Richtig, genau. Das war eigentlich ein ganz wichtiger Punkt. Und, und darum halt eben moralisch korrekt oder auch empathisch zu, zu handeln und dann ergibt sich eigentlich das moralische Handeln das ist ein Resultat, das ist ein logisches Resultat.

I: Hast du dich schon mal bewusst mit einem, oder mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt, hast du schon mal wirklich so eine Situation gehabt, wo du gesagt hast, hey, wie könnte ich das denn jetzt am besten für mich lösen oder war das dann immer so irgendwie Prozess der halt irgendwie stillschweigend nebenhergelaufen ist? Also, tschuldigung nochmal, also nicht nur rein, jetzt in der Situation mit dem Patienten, sondern vielleicht, wie du es vorhin auch schon so gesagt hast, so in einem berufspolitischen, weil du ja sehr viel engagiert bist, da irgendwie auch aus einem Hintergrund oder irgendwie so ein ungutes Bauchgefühl, wo du gesagt hast, so, jetzt muss ich handeln, weil…

B10: Daaa… (lach) Das fragst du mich?! Ich meine, das ist ja auch einer der Gründe gewesen warum ich letztes Jahr eigentlich explodiert bin regelrecht, anders kann ich das ja auch gar nicht sagen. Mich hat es, für mich, es gibt zwei Dinge in meinem Leben wo ich wirklich, wo ich wirklich, eigentlich durch Patienten in eine Depression, also in der Depression gerutscht bin. Das ist einmal in der Pflege gewesen und einmal vor zweieinhalb Jahren in einer, in einer Situation mit einer Patientin, die eigentlich ständig, einer älteren Dame, topfit eigentlich im Kopf, aber leider eine Menge an, an also multimorbide halt, mit ein paar Verletzung unter anderem eine, eine gerissenen, einer gerissenen Bizepssehne und was weiß was also, Achillessehne gerissen und so weiter, durch den Unfall. Und die Frau ist halt ständig ihren Rezepten hinterhergelaufen. Ständig hat etwas nicht funktioniert oder gepasst und Ist dadurch eigentlich, das hat sich so, über so einen langen Zeitraum gezogen, wir haben immer wieder von vorne anfangen müssen und sie selbst, ich habe diesen Konflikt, den sie halt in sich auch ausgetragen hat und selber in die Depressionen dann wirklich in eine schwere Depression reingerutscht ist, das hätte nicht sein müssen. Das hat mich so mitgenommen, das war eigentlich mit der, das das war eigentlich so der Tropfen der das Fass zum Überlaufen gebracht hat. Diese Frau, dieses Leid zu sehen, diese, diesen, auf der einen Seite diesen Willen, ich will doch und man lässt mich einfach nicht und deswegen, wegen so einem Kleinscheiß nicht ausgefüllten Dokumente. Das hat bei mir irgendwie dann tatsächlich das Fass auch mit zum Überlaufen gebracht. Also, und das muss ich auch sagen, das war in, aber das geht jetzt zu weit, das kann ich dir mal bei einem Bier oder so erzählen. Da gibt es noch eine Geschichte in der Pflege, da habe ich schon gedacht ich, tatsächlich habe ich meinen restlichen ambulanten Pflegedienst dort gemacht, in Frankfurt. Also, da war ich noch sehr jung hab da wirklich so viel Missstände aufgedeckt, bis hin zu nicht examinierten Kräften die Medikamente falsch gestellt haben und dann unter anderem auch Insulinspritzen falsch aufgezogen haben und haben anstatt 12, 16 Einheiten und so Sachen, ja, was auch mal tödlich enden kann und diesen Laden habe ich platt gemacht. Also ich war schon immer jemand der reagiert hat auf, auf Missstände, ja, und der das nicht ertragen kann auf Dauer. Ich kann vieles, ich kann vieles, also es ist nicht so, dass ich aus dem Affekt ständig oder so Affekt, affektiv Handel aber ich beobachte schon sehr genau und Handel dann aber auch wirklich.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung und warum denkst du das denn? Warum ist dir das wichtig, wenn es dir wichtig ist?

B10: Ständig. Das gehört zur Entwicklung dazu. Und unsere, das ist eine, das ist ein, auch das ist ein Prozess. Es ist eine Entwicklung, es ist eine Entwicklung die wir, die man, das kann man nicht, ohne geht es nicht. Also wir, wir, wir werden eigentlich nur durch unser Sozialverhalten und durch Sozialisation werden wir, haben wir eine Grundvoraussetzung für unseren Beruf. Also es geht gar nicht anders. Gerade in dieser, in dieser schnelllebigen Welt in der wir leben, es ist, es gehören die Gesundheitsberufe, haben, tragen da noch mehr Verantwortung. Wir sind ein, wir sind ein Teil eines sozialen Gewissens und das wird immer, das schrumpft immer mehr zusammen.

I: Das ist schon gut. Hast du dich schon mal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt? Das heißt, schon mal gelesen oder mal mit nachgelesen oder damals im Ethikunterricht mal irgendwie diskutiert gehabt?

B10: Ja aber das kann ich dir, das ist schon zu lange her und da ging es auch um das niederländische, also nicht um aber das ist schon so lange her, das kann ich nicht mehr, da kann ich nichts mehr daraus geben aber.

I: Es war einfach, ihr habt das mal so durchgesprochen gehabt, dass es so einen Berufskodex gibt, damals bei euch.

B10: Ja, ich kann mich sogar erinnern das wir, ich weiß nicht, ob du das musstest, aber in den Niederlanden, du musst ja auch ein, eine Art (Einen Eid ablegen?) Ja, ja, du musst einen Eid ablegen und den auch unterschreiben, dass du, dass du dich verpflichtest eben moralisch und, und auch ethisch dich deinen Patienten gegenüber verhältst und so weiter. Das ist aber, das müsste ich echt raussuchen, das fällt mir gerade ein, wo du fragst.

I: Also habt ihr schon einmal so etwas gemacht und auch schon einmal durchgearbeitet. Okay, gut (Ja, ja). Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma? Erst einmal nur die reine Begriffsdefinition sage ich jetzt so einmal.

B10: Ein ethisches Dilemma?! Ein ethisches Dilemma, was ist denn ein ethisches Dilemma?

I: Also jetzt in deinen, deinen Worten.

B10: Also das ethische Dilemma wird nur dann zu einem Dilemma, wenn man, wenn man aufgrund von Unterlassung nicht handelt. (Okay) Wenn wir, das ist das ethische, das ist das eigentliche ethische Dilemma. Weil, Ethik fordert dich auf zu handeln und zum Dilemma wird es ja nur wenn wir nicht handeln.

I: Oder wenn wir da irgendwie eingeschränkt sind, in dieser Handlungsfreiheit.

B10: Genau. Und auch da ist es wichtig, dass wir, das ist, ich finde das immer gut. Ein schönes Beispiel ist für mich der Autounfall. Du kannst im Prinzip als, als Ersthelfer tun und machen was du willst, du kannst dafür nicht belangt werden, rechtlich. Das soll dich ja auch auffordern zum Handeln und wenn du auch letztendlich nur derjenige bist, der stehen bleibt und Händchen hält und, und den Notarzt anrufst. Aber das eben tun, das Handeln, das ist entscheidend. Also zu einem Dilemma wird es nur, wenn wir gezwungen sind, wenn wir gezwungen werden, wenn wir zum Nichthandeln gezwungen werden.

I: Okay, gut. In welchen Situationen hast du dich schon mal, besonders jetzt im beruflichen Kontext, in so einem Dilemma befunden? Wo du, wo du selber gesagt hast, oh, was, was, was soll ich jetzt machen, ich habe so ein Bauchgefühl und eigentlich will ich nicht in dieser Situation sein und mir sind so ein bisschen die Hände gebunden. Erzähl doch jetzt mal so zwei, drei, vier, fünf Beispielen. Vielleicht so aus den letzten Wochen, Monaten, Jahren. Die dir vielleicht noch so in Erinnerung geblieben sind.

B10: Da muss ich jetzt echt scharf nachdenken. Um so älter ich geworden bin, um so mehr Handel ich dann auch. Aber schwierig ey.

I: Oder auch nur zwei Beispiele oder auch nur eins oder irgendwo, wo du sagst, da hatte ich das letzte Mal ein komisches Bauchgefühl, als ich mich da irgendwie dahingehend entscheiden musste, oder das nicht machen konnte, oder wie auch immer.

B10: Sowas fällt mir eigentlich sofort ein aber gerade jetzt in der Situation nicht, ey, das gibt es doch gar nicht.

I: Du hast doch vorhin schon von der Frau gesprochen, bei der es ja wirklich darum ging ob die jetzt irgendwie korrekt behandelt werden kann, die konnte aber nicht behandelt werden. Das wäre ja schon mal so zum Beispiel eine Situation gewesen, wo du sagst, oh, das ärgert dich jetzt irgendwie so aus dem Tiefen heraus.

B10: Du eigentlich, eigentlich dieses ganze Heck-Meck im Moment was die Heilmittelrichtlinien anbelangt. Das habe ich eigentlich tagtäglich. Eigentlich wenn wir das jetzt auch nennen. Heilmittelrichtlinien können nicht umgesetzt werden, beziehungsweise werden von aus Ärztesicht nicht umgesetzt aus Budgetgründen. Ich kann eigentlich den Begriff Budget schon nicht mehr hören. Weil, wenn man, ich dann mal aus spaßeshalber mal das Beschwerdemanagement des Gesundheitsministeriums angerufen, da gibt es mich tatsächlich so ein Callcenter und dann wurde ich am Telefon angeschrien, es gibt keine Budgets. Also dann nennt es Richtgrößen oder wie auch immer, ist mir scheißegal aber der der Arzt sagt meiner Patientin hier gerade zum wiederholten Mal, er hätte kein Budget für, zur Nachbehandlung ihrer Hüfte-TEP. Und das ist zum Beispiel so ein wirkliches Dilemma, das mich zum, zum Handeln zwingt. Deswegen bin ich ja auch ein Teil warum ich auf die Barrikaden gegangen bin aber wo ich mich immer wieder, wo ich immer wieder an Mauern oder an meine Grenzen stoße. Das ist ein ganz großes ethisches Dilemma, weil, ich weiß, ich fange mit ganz vielen Patienten, ich nenn sie immer Quartalsspringer, ich weiß, dass ich mit diversen Patienten, wenn ich die einmal am Stück vernünftig durchbehandeln würde in, mit dem Mut zur Eigeninitiative vermitteln könnte, dann könnte ich viele Patienten viel früher ad acta legen. Und die kommen dann jedes Quartal wieder und wir fangen wieder von vorne an. Also das ist wirklich ein ethisches Dilemma.

I: Okay, gut. Also da ist das auch schon so, dass sich das auch öfter schon mal in so einer Situation gewesen bin, wo man gesagt hat, ja eigentlich braucht diese Patientin jetzt schon wichtig und dringend Behandlung bekommt sie aber nicht aber dafür halt jemand anderes der halt dann vielleicht den Arzt kennt und dann irgendwie so bisschen am Nacken zupfen, im Nacken ein ziehen hat, der bekommt dann Fango Massage dann.

B10: Genau. Obwohl, das verweigere ich mittlerweile. Bei mir gibt es kein Fango und keine Massage. Beziehungsweise Massage nicht aber Wärme kriegen sie vorher von mir aus auch noch. Aber ich schmeiß auch Patienten raus. Das ist auch so, dass ich wegen denen auch Kontakt zu Krankenkassen gehabt habe. Die haben sich dann bei mir gemeldet, kommt auch immer wieder vor, dass ich Patienten auch da, ich meine dieses, dieses Regelwerk. Wir haben nun mal sechs, da macht man halt auch sechs. Und vor allem halt, weil wir auch scheiß wenig Geld dafür kriegen aber auch da wünschte ich mir einen DA wo ich sagen kann, ey, jetzt machen wir eben vier und schauen dann, evaluieren dann in zwei Wochen und, als Beispiel, und evaluieren dann in zwei Wochen nochmal und dann kann ich sie entlassen.

I: Das heißt das könntest du auch schon so als ethisches Dilemma dann ansehen, das heißt, das was gemacht werden soll und das was schlussendlich gemacht wird, das sind oft zwei verschiedene Dinge sind. Weil wenn du, wir sind jetzt halt einfach in dieser Situation,

wir müssen natürlich auch wirtschaftlich arbeiten, das heißt, wir würden uns ja selber ins Bein schießen, (Richtig) wenn wir in dieser Situation jetzt sagen würden, okay, sie brauchen nur drei und dann ist die Sache gut.

B10: Naja, obwohl ich sagen muss, ich bin jetzt mit eigener Praxis, bin ich jetzt oder selbstständig eigentlich seit zwölf Jahren und jeden Tag zehn, jeden Tag zehn Stunden voll. Also ich kenne, deswegen kenne ich das, es ist schwierig das so zu sagen aber eigentlich ja. (Okay) Wie gesagt, ich kenne arbeiten unter zehn Stunden nicht, ich habe mein letzter wirklich großer Urlaub war vor sechs Jahren, eine Woche Italien. Es ist schwierig.

I: Gut. Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze, also Werte und Normen sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Also was ist so für dich so ein Leitsatz oder mehrere Leitsätze oder Schlagwörter. Da kannst du jetzt auch wieder ein paar Sachen raushauen.

B10: Schlagwörter. Schlagwörter um die Uhrzeit. Okay, lass mich nachdenken.

I: Also was dir besonders wichtig ist, was, was dein Anliegen ist, dass du das mal so kurz runtergebrochen in vier, fünf, drei Wörter dann irgendwie runterbrichst, als Physiotherapeut.

B10: (…) Das sind so Fragen, wenn man die so spontan gesagt bekommt, dann kommt man um 11:00 Uhr nachts dann doch ins straucheln. Stelle mir nochmal die Frage.

I: Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Also du als Physiotherapeut, was du sagen kannst, diese Werte und diese Normen sind dir besonders wichtig. Also wenn du sagst, mh, ich weiß gerade nichts, dann ist es auch okay.

B10: Also einen Satz den ich, wer zuhören kann und gut untersucht, behandelt gut. Das ist so ein Grundsatz, den ich eigentlich auch immer sage.

I: Also runtergebrochen, Kommunikation.

B10: Kommunikation. Kommunikation, auf jeden Fall. (Okay) Das ist das A und O. Schwierig um 11:00. (Okay)

I: Wie gesagt, wir können auch passen. Wenn du sagst, dir fällt gerade gar nichts dazu ein.

B10: Dann hängen wir das nochmal hinten dran. Da kommt gleich irgendwas, bestimmt.

I: Okay. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zum Begriff der Ethik abgrenzen? Also was ist so für dich Ethik und was wäre für dich Moral. Also in deiner eigenen Definition. Was du glaubst, dass es das wäre und dass, das andere wäre.

B10: Jetzt wird es echt knifflig. Also eigentlich ist, ist, eigentlich ist die Ethik eine Art Theorie der Moral. Also…

I: Ja. Gut. Das reicht schon. Das passt. (Ja) Also die Ethik reflektiert oder ist quasi die Wissenschaft vom moralischen handeln. Moralisches Handeln sind eben so eigene Handlungen, die auf bestimmten (Richtig) Werten und Normen eben konstruiert werden. (Richtig) Okay.

B10: Das ist ja die, das ist ja, man kann das so sagen, das ist die Theorie der, der, die Theorie der Moral.

I: Ja, genau. Also so kann es auch runterbrechen das ist völlig in Ordnung. Okay. Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Glaubst du, dass es wichtig oder gar wichtiger ist als sogar das Evidenz based practice? Dass ein Physiotherapeut auch wirklich moralisch sensibel ist und quasi dann auch nach bestem Wissen und Gewissen, wie es vielleicht auch so der Berufskodex oder der…

B10: Die Kunst ist das ja auf jeden Fall. Das ist eine Grundvoraussetzung. Das hatten wir vorhin schon. Das ist eine Grundvoraussetzung, das heißt halt aber auch manchmal moralisch… ja, jetzt muss ich vorsichtig sein sonst wird das missverstanden aber…

I: Ich muss sowieso interpretieren also du sagst es einfach so (Stimmt) und ich, wie gesagt, ich muss es ja eher analysieren und zusammenfassen und dann…

B10: Zumindest hat es für mich den Stellenwert, also, zum Beispiel ist für mich evidence based arbeiten ein, ein, eine fast moralische Verpflichtung. (Ja, ja.) Es ist eine moralische Verpflichtung. Das ist eng aneinandergekoppelt. Das kann man nicht auseinanderdividieren. Das ist ethisch vertretbar.

I: Das heißt, es ist ja quasi erst mal eine Grundlage, moralisch zu handeln und wenn ich das ja auch reflektieren kann durch diese Ethik, dann bleibt mir ja eigentlich nichts anderes übrig außer wissenschaftlich zu arbeiten und das was gerade der wissenschaftliche Standpunkt ist, das dann auch anzuwenden, weil, ich würde ja nur unmoralisch handeln, wenn ich ja eben genau das nicht tue.

B10: Richtig. Ja, definitiv. Kann man so stehen lassen.

I: Okay, das heißt, das habe ich schon vielleicht ein bisschen vorweggenommen aber wenn du das auch noch mal so reflektierst, wie wichtig ist das denn noch in diesem Prozess der Professionalisierung? Das heißt…

B10: Es steht an erster Stelle. Das ist, das steht sogar meines achtens an erster Stelle. Das muss an erster Stelle stehen. Das ist wie, immer auch, noch die, Paragraph eins, Grundgesetz. Das kann man, das sagt schon alles. Und das müsste eigentlich auch, das müsste eigentlich Paragraph eins Therapeutengesetzt sein.

I: Ja. Okay. Das heißt, wie hoch würdest du dann eben diesen Stellenwert ansetzen wenn man sowas quasi in einen verbindlichen Unterricht für alles Physiotherapeuten einbringen würde? Standardisiert und eben dementsprechend auch mit wissenschaftlichen Hintergründen aufgebaut.

B10: Steht außer Frage, hatte ich schon eigentlich gesagt. Das ist eigentlich, hatten wir vorhin schon. Also das gehört meines Erachtens, ohne das kann es nicht gehen. Und das wäre für mich auch einer der Punkte, die, die vom ersten Semester bis zum Letzten im Zweifelsfall.

I: Okay. Gut, B10, ich danke dir für das Interview.

B10: Wie, jetzt sind wir schon fertig oder was? (lach)

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	11
Name der Audiodatei	Interview 11
Datum der Aufnahme	04.09.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	55,55 Minuten
Befragte Person	B11
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	26.12.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: Okay, vielen Dank B11, dass du dich hier bereit erklärt hast, mit mir das Interview durchzuführen. Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen. Das heißt, es gibt kein richtig oder falsch, sondern das was dir, was du gerade für, für Emotionen und Gefühle hast, die versuchen wir dann zusammen rauszufiltern (Alles klar). Gut, Frage Nummer eins. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren?

B11: Also aus meiner persönlichen Sicht würde ich die Physiotherapie definieren als eine Möglichkeit, die Funktionalität von Individuen, sprich von Patienten, nach Verletzungen oder nach gesundheitlichen Einschränkungen wiederherzustellen, unter zu Hilfename von Maßnahmen, die sich auf die kognitive und auf die physische Qualitätsentwicklung beziehen.

I: Okay, das heißt, primär schon die Funktion.

B11: Die Funktion gemeint als eine Möglichkeit zur, zur Selbstversorgung auf der körperlichen Ebene mit Ableitungen die man, also Ziel-definitionsgemäß vereinbaren muss in Richtung größere Ziele, die sich zum Beispiel mit einer höheren Belastung, an einen höheren Belastungsaufwand definieren. Die damit einhergehen, würde ich das so bezeichnen genau und die Grundlagen sollen sich eben auf die, also müssen sich wohl zwangsweise, das ist die logische Konsequenz aus der aus der funktional, also aus dem funktionalen Zielgedanken, müssen sich auf eine verhaltensspezifische Grundlage zurückführen lassen, die dann eben auch gewisse Strategien im Leben, die vielleicht, wenn sie denn ungünstig verlaufen sind zu dieser Problematik geführt haben, dass man die also so verändern kann.

I: Okay, also so eine Verhaltensänderung, sage ich mal, des Individuums, nicht nur körperlich sondern (Genau) auch psychisch, seelisch.

B11: Man könnte es auch kurz als Verhaltensmanagement auf einer, auf einer funktionsgerichteten Zieldefinition hin, beschreiben. (Okay) Also man möchte aus meiner Sicht niemanden dazu bewegen sein, sein geistiges Verständnis auf eine höhere Ebene zu bringen, sondern man möchte eigentlich versuchen das geistige Verständnis auf einer spezifischen Zielrichtung zu verändern. Und das alles im, im in Anbetracht auf die, auf die dafür ausschlaggebenden Faktoren, die wir heutzutage unter den Kontextfaktoren unter den Umgebungsfaktoren eigentlich.

I: Lifestyle. Lifestyle und ungesunder Lifestyle den man dann, dementsprechend (Lifestyle, genau) positiv.

B11: Genau. Die eben alle stimuliert werden durch die aus der Umgebung eintreffenden Reize letztendlich und das sind natürlich klassischerweise einfach Situation unter denen man sich hauptsächlich im Lebensalltag befindet, wie zum Beispiel berufliche Situationen oder familiäre Situationen die dann in verschiedenen Ebenen deutlich werden. Wie zum Beispiel eben soziale Gefügigkeit und so weiter, soziale Erwartungen und auch vielleicht die soziale Zufriedenheit und die ganzen ableitenden Situationen daraus wie zum Beispiel die Teilhabe eben an sozialen Situationen. In wie weit sind die denn vielleicht gestört und in wie weit ist das der Grund für irgendwelche gesundheitlichen Einschränkungen wenn wir diese definieren wollen beispielsweise als Schmerz oder als Funktionseinschränkungen oder als Belastungseinschränkungen, die man dann wieder braucht um eigentlich seinen normalen alltäglichen Leben nachzukommen, was in bei uns maßgeblich definiert ist und solche Faktoren wie zum Beispiel die Arbeitssituation.

I: Okay, sehr gut. Glaubst du, dass ich die deutsche Physiotherapie genügend von anderen Berufsgruppen abgrenzt, derzeit? Ob die Trennschärfe genügend ist zu anderen Gesundheitsfachberufe oder Pseudofachberufen wie auch immer man das jetzt so definieren möchte aber glaubst du, dass das Kerngeschäft der Physiotherapie bislang schon so weit zu Tage getragen wurde und definiert wurde?

B11: Also Trennscharfe trifft es eigentlich ganz gut um grundlegend mal zu beschreiben was die Unterschiede tatsächlich sind und um das gleich zu beantworten ich glaube nicht, dass die Physiotherapie auf dem Qualitätsniveau sich befindet auf dem sie potenziell

sich befinden könnte. Und im Vergleich zu anderen medizinischen, wenn man das mal so bezeichnen kann, Disziplinen fehlt der gerade in deutschsprachigen Raum ansässigen Physiotherapie einfach die, die konsequente Hinterfragung des eigenen Handelns. Also meiner Ansicht nach tendiert die Physiotherapie sogar zu einer Art von Erziehung in Richtung eines Fach-Chauvinismus der eigentlich vollkommen unbegründet auf dieser Art von Herangehensweise sich befindet. Und die Reflexion zu den Ganzen, also die, die Überprüfbarkeit des eigenen Handelns fehlt eigentlich komplett, meiner Ansicht nach, in der deutschsprachig ansässigen Physiotherapie im deutschsprachigen Raum. (Okay) Im Vergleich dazu würde man dann meinetwegen andere Länder vielleicht und dementsprechend andere Ausbildungssituationen heranziehen können, die dann auf, auf andere Macharten in Bezug auf die Ausbildung zu deuten wären, ja und das würde jetzt wahrscheinlich den Rahmen sprengen, um da noch einmal genau drauf einzugehen aber ich sehe da sehr starke Unterschiede eigentlich, ja und auch sehr viel Nachholbedarf.

I: Okay, gut. Nächste Frage. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du primär deine Behandlungsstrategie aus?

B11: (…) Am sympathischsten aktuell ist mir natürlich der biopsychosoziale Ansatz wobei mir allerdings der Faktor Bio in der Auslegung Probleme macht, weil es ist für mich eine logische Konsequenz auch im Hinblick auf meine Antwort zur ersten Frage, was ich eigentlich oder Physiotherapie verstehe, und wo ist dann auch erwähnt habe, dass der funktionsorientierte Ansatz im Vordergrund stehen müsste, weil das eigentlich die Konsequenz ist, aus einer körperlichen Schädigungen heraus beziehungsweise aus einem Funktionseinschnitt der ja bei uns eigentlich nicht den Beweggrund darstellt, überhaupt Physiotherapie zu, also einen Physiotherapeuten aufzusuchen, Physiotherapeutin. Dementsprechend ist für mich eigentlich alles irgendwo psychosozial zu initialisieren und danach kommt als logische Aspekte der biologische Faktor mit hinzu und deswegen erscheint mir der bio, und insbesondere psychosoziale Aspekte am effektivsten.

I: Okay, weil der natürlich dann alles, also die Menschen als solches ja betrachtet und nicht in psychisch oder biologisch Unterteil, sondern du siehst halt diesen Menschen als holistische als Ganz, als ganzes Wesen.

B11: Als einzige potentielle effektive Lösungsmaßnahme, weil eben die, die Probleme die der Mensch dann angibt, maßgeblicher in Form von Schmerz oder eben Belastbarkeitseinschränkungen, die beziehen sich einfach auf Einflüsse die auf die soziale und auf die mentale Situation einwirken und weniger auf die mechanische, biologische. Wenn man die strukturelle Ansicht damit vergleicht.

I: Okay, gut. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder Studium erworben haben, deine Meinung nach? Was ist besonders wichtig, wo du um Beispiel sagst, das war damals in der Ausbildung richtig schlecht, weil mir das gefehlt hat und mit dem Studium habe ich das gelernt und das war dann auch für mich so ein bisschen ein Öffner.

B11: Als aller erstes würde ich Reflektionsfähigkeit setzen und alles weitere sind für mich erst einmal viele Ableitungen daraus, nämlich zum Beispiel Sozialwissenschaften beziehungsweise Sozialpsychologie, um überhaupt Möglichkeiten zu haben um die kognitive, die kognitiven Resultate anhand jemandes Handlungen einschätzen zu können und übrigens auch dafür um zum Beispiel auch eine Art von multidisziplinäre Wertschätzung sehen zu können und nutzen zu können, die sich dann mit anderen Disziplinen vielleicht auch entwickeln kann und was dann auch zu einer gewissen Kompetenzschärfe beziehungsweise einer Kompetenzhinterfragung führt, die dann wiederum den, den professionellen und immer spezifischer werdenden Weg eigentlich erst einmal ermöglicht, die Physiotherapie dort einzuordnen wo sie wirklich dann auch eine, ein effektives, eine effektive Alleinstellung bekommt. Natürlich fehlen mir in den deutschen Ausbildungen auch Bereiche wie Wissenschaft generell. Eben um Meinungen und Überzeugungen von Akteuren also von Schülern erst einmal und später dann vom Physiotherapeuten hinter das wirkliche Wissen anzustellen und um da eine Sensibilität zu schaffen, die dann mit einer gewissen Kritikfähigkeit einhergeht, mit einer gewissen Liebe auch zukünftig, dass man sich selber kritisiert und dass man eben dahingehen dann auch sich sozusagen, emporirren kann und keine Angst mehr davor hat. Denn sage ich mal, wirklich Kritik gelten zu lassen und sich dahingehend auf einer ganz harmonischen Art und Weise einfach auch sozusagen auch sympathisch-liebevoll sich weiterzuentwickeln, ohne dass man sich selber frustrieren muss, sondern einfach, dass man, dass man gerade was im deutschen Raum relevant ist althergebrachten Macharten und Herangehensweisen wirklich zum positiven hin hinterfragt und sozusagen einen neuen Ansatz vielleicht mehr zu Geltung bringen kann als althergebrachte Ansätze krampfhaft zu verteidigen ohne notwendiges Wissen sondern, beruhend auf irgendwelchen Meinungen und Überzeugungen. Und natürlich, das geht dann alles weiter, je nachdem wie hoch man die ganze Sache dann einordnen will und anstreben will. Statistisches Wissen, tieferes Wissen im Zusammenhang mit, ja mit zum Beispiel Trainingswissenschaften oder auch Sozialwissenschaften um dann da vernünftigen Kreis schließen zu können und so weiter. Fehlt mir natürlich alles und was mir zu viel ist, in deutschen Ausbildungen, das ist eben, das sind eben diese ganzen Handwerksmaßnahmen in Bezug auf die Therapie.

I: Also dieses, ich muss jetzt aus, aus der Identität heraus, wie auch immer die geartet ist, einfach Hand anlegen ohne genau zu wissen was ich da eigentlich mache dann wahrscheinlich (Genau) wirklich so diese technischen…

B11: Genau. Eigentlich ist die Grundkonditionierung generell, ist komplett, ja ich will nicht sagen falsch aber zumindest mehr falsch als richtig und anzustreben wäre eigentlich mehr richtig als falsch und ja, so könnte man das vielleicht ganz kurz beschreiben, ja.

I: Okay, gut.

B11: Ich glaube sogar es gibt nirgendswo so viel Revolution, wirklich Revolutionsbedarf wie in der Physiotherapie. Nirgends, außer vielleicht im, im, in der Energiegewinnung ja, (Okay) Kohlekraftwerk und so weiter, das ist natürlich eine unglaubliche Relevanz aber…

I: Aber jetzt in einem Gesundheitsfachberuf, also schon noch Nachholbedarf. Okay, gut. Hast du das Gefühl, dass du damals, durch die Ausbildung oder dann im Studium, genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest? Das heißt, erst mal die Ausbildung, glaubst du das dann und dann war es dann mit dem Studium passiert. Ob du das dann irgendwie differenzieren konntest?

B11: Also erstrebenswert, Ausbildung, für den Berufsalltag vorbereitet: Null es sei denn, erstrebenswert auf die durch die Ausbildung und durch die dort angelehnte berufspolitisch eingeleitete Systemauslegung :ja, aber auch nur weil eben die Systemauslegung halt falsch ist, aus meiner Sicht oder weniger richtig als falsch und ich dementsprechend mit denen in Line gehen musste, beziehungsweise die Inline gehen, mit dem was in der Politik in der Berufspolitik und so weiter eben angesetzt wird. Deswegen macht das ganze natürlich Sinn. Und muss man dann auch als sinnvoll bezeichnen aber erstrebenswert ist es nicht, was aus der Ausbildung raus mitgegeben wurde. Im Studium: ja. Problem dabei ist eben nur, dass das System nicht auf die Inhalte des Studiums

angepasst ist, sondern auf die Inhalte der Ausbildung. Und aber der erstrebenswerte Konsens in dem Hinblick auf die berufliche Zukunft und auf die Vorbereitung dorthin, die liegt auf jedem Fall dem Studium weit wesentlich näher.

I: Okay, wie gesagt, weil man da auch Reflexionsvermögen dann und Wissenschaft… (Exakt) Hast du das Gefühl?! Okay, gut. Was hat dir, gut das hatten wir vorhin, was dir alles gefehlt hat, das heißt, welche Kompetenzen ja ein Therapeut haben sollte, das haben wir ja vorhin schon kurz besprochen gehabt. (Ja) Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B11: Kurz gesagt, ja. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse ist aber auch lustig weil der vorhin angesprochene biopsychosoziale Ansatz ist ja nichts Neues aber wenn wir das jetzt in der Physiotherapie als was Neues bezeichnen wollen und das müssen wir ja, weil wir ja tatsächlich auch in der Richtung immer wieder neue wissenschaftliche, wissenschaftliche Outcomes generieren, weltweit, also das ist ja wirklich der auch von der WCPT empfohlene Ansatz, dementsprechend, sage ich einfach mal ja.

I: Okay, gut. Wann hast du das letzte Mal bewusst im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?

B11: Gestern Abend, vielleicht.

I: Okay. Was war der Grund dafür? Einfach aus Interesse oder hast du da irgendwie gerade ein Themenkomplex?

B11: Also ich sage mal aus mindestens drei Gründen. Und zwar zum einen jetzt aktuell aufgrund von meiner eigenen wissenschaftlichen Arbeit bin ich natürlich motivierend und sympathisierend aber irgendwie auch gezwungen halt zu recherchieren wie sich das Thema entwickelt und wie ich selber ansetzen muss um interessante Thesen formulieren zu können. Zum anderen ist es natürlich dann der, der Übertrag auf was weiß ich, im Umfeld, soziale Medien und vielleicht auch persönliche Diskurse wenn ich dann irgendwo sehe, da wird irgendwas hypothetisiert und wie sehe ich denn das und vielleicht sehe ich das ja anders, muss ich nachschauen um das zu konkretisieren und in weiterer Ansatz ist auch Verteidigung, also wenn ich neue Ansätze in meiner Einrichtung bekannt geben will und vielleicht dafür auch dann gewisse Investoren haben will, dann muss ich mein, meine Anliegen natürlich belegen, und äh…

I: Das heißt also eine wissenschaftlich rationale Argumentation dann quasi zu schaffen, dass du sagen kannst, hey du, (Ja) wir machen jetzt das, weil.

B11: Eine gewisse Professionalisierung von der, von der Argumentationsmöglichkeit, ja.

I: Gut. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deiner Patienten?

B11: Absolut 100, also nahe zu 100 %. (Okay) Also bezüglich nutze die als aller erste, als aller erste Orientierung und ich gebe das auch an meinem Mitarbeiter so weiter.

I: Okay, das heißt erst einmal orientieren und dann natürlich dann, wenn der eine Patient, das ist ja dann auch patientenabhängig dann wahrscheinlich.

B11: Ich würde das sogar wirklich in Richtung, ich würde das sogar in Richtung 100 % tatsächlich einstufen, (Okay) weil die, also weil wirklich validierte Guidelines zu den notwendigen Themengebieten die sich potentiell als Indikationen für die Physiotherapie erweisen, wie zum Beispiel den low back pain oder wie zum Beispiel Arthrose, Osteoporose, was weiß ich. Die geben ja sogar an, dass du variablen da drin geltend machen kannst, das heißt oder dass die da zur Verfügung stehen, da kommt es ja zum Beispiel zu solchen Argumenten wie, if needed, sozusagen. Man setzt ganz klar einen aktivierenden dezentralisierenden selbstmanagementorientierten Ansatz an und if needed sozusagen als Game-changer irgendwas manualtherapeutisch. Und das mache ich

I: Okay, gut. Sehr gut. Jetzt machen wir mal das nächste Thema. Was sagt dir der Begriff Professionalisierung?

B11: Ach, das sind also das sind Fragen da, da können, dann müsste man jetzt um die genaue Definition. Also kurz gesagt Professionalisierung ist für mich, die bewusste zielorientierte, lösungsorientierte und weiterentwickelnde Maßnahme. (Okay) In einem Berufsbereich.

I: Also es geht um eine Weiterentwicklung dann sozusagen, die zielorientiert und gesteuert werden kann oder? (Richtig, richtig) Was fällt dir jetzt zum Beispiel bei diesem Begriff im Kontext zur Physiotherapie ein? Befinden wir uns gerade in einer Professionalisierung?

B11: In, in, in, seit ich selber dafür verantwortlich bin wie in meiner Abteilung Physiotherapie gemacht wird, finde ich das gut. Bloß bis zu diesem Zeitpunkt habe ich eben nichts davon bemerkt, auf einer, auf einer belastbaren Grundlage vor allem. Also ich war schon der Meinung, dass die Ziele definiert haben, zum Beispiel und dass Ziele notwendig sind um sich weiterzuentwickeln, das liegt ja auf der Hand. Das ist ja lächerlich darüber zu debattieren. Bloß, dass die Ziele auch belastbar definiert wurden in Bezug auf die Möglichkeiten die dazu herangezogen wurden um die Ziele zu erreichen, also das war unter ferner liefen.

I: Okay, das heißt, das ist eher so eine Planlosigkeit des einzelnen Therapeuten oder wie könntest du das noch beschreiben?

B11: Planlosigkeit des gesamten therapeutischen Kollektivs würde ich sagen, ja.

I: Okay, das ist ja interessant. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen?

B11: Reduktion beziehungsweise Elimination der mechanisch- und strukturfokussierten Behandlungsformen. Wie zum Beispiel manuelle Therapie. Reduktion beziehungsweise Elimination der Zertifikatsausrichtung, Positionen. (Okay) Integration beziehungsweise Weiterentwicklung der wissenschaftlich fokussierten Studiengänge. Wissenschaftlich fokussiert erwähne ich da explizit, weil nämlich ein Studiengang sich dann auch bitte wirklich an wissenschaftliche Methoden halten muss und nicht nur sich damit schmücken sollte. Verbesserung oder Modifikation der Berufspolitik durch einen maßgeblichen Verband und fertig erst mal.

I: Okay, gut. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Was ist so für dich der Archetyp, der perfekte Physiotherapeut? Was muss der alles können?

B11: Der muss ich erst mal selber nicht so wichtig nehmen. Der muss Freude haben sich zu reflektieren. Der muss Freude haben an lösungsorientierten Maßnahmen. Das heißt, dass er den so genannten Patienten so schnell wie möglich eigentlich dahin trainieren können muss, dass der sich selber versorgt (Okay) und, und er muss der, der, den wissenschaftlichen Gütekriterien offenstehen. Also dafür offenstehen.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die gesamte Gesellschaft ein?

B11: Ungefähr 0,1 %.

I: (lach) Wie, warum bist du dieser Meinung?

B11: Weil erstens Mal die Physiotherapie aus meiner Sicht eine Maßnahme ist die sich mit Lifestyle-Disorders auseinandersetzt, die von vielen anderen Disziplinen genauso beachtet werden, wie zum Beispiel dem Gesundheitswesen, der Fitnessindustrie, auch der Psychologie oder dem Ärztewesen generell. Und zum anderen auch dahin gehend, dass eben in der Physiotherapie nichts auf selbstmanagementorientierten Ansätzen gelegt wird, sondern eigentlich nur das krank machen in dem Sinne von Lifestyle-disorders nur noch verschärft wird eigentlich. Stichwort „Stammpatient“ und so.

I: Ja also Chronifizierung eher fördert als… (Genau) Okay, gut. Was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung und wie kann der diesen Gesamtprozess noch weiter in Gang setzen?

B11: 99,9 % wichtig, weil der Player attacks the game.

I: Okay. Also du denkst, schon, dass…

B11: As more Players as more impact.

I: Okay. Das heißt, umso mehr Physiotherapeuten dahingehend gebildet und geschult werden, würde ich das ganze System verändern glaubst du das.

B11: Das glaube ich absolut, ja. (Okay) Es ist genauso wie mit Vollmilchschokolade. Wenn jetzt einfach keiner mehr voll mich Schokolade gekauft, weil die Kakaoschokolade einfach attraktiver wird, dann kann Milka halt dicht machen, außer es wandelt seinen Geschäftsmodell.

I: Gut dann mach wir mal weiter. (lach) Meine nächste Frage weiter. (Dann gibt es keine lila Kuh mehr, sondern dann gibt es eine schwarze Kokospflanze) Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest?

B11: (Interviewter trinkt ein Getränk) Das müssen wir schneiden. Wie bitte?

I: Glaubst du von dir selber, dass du jeden schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest? Das heißt, du machst das, weil!

B11: Ja.

I: Ja?! Warum bist du dieser Meinung?

B11: Weil ich mich dahingehend regelmäßig Hinterfrage und es auch als meine individuelle Zielsetzung definiere und ich sogar den Ansporn habe, dass diese Zielsetzung jeder Therapeut der definieren sollte. Weil, ja ich geh da einfach dem Smart-Modell, nehme ich mir dazu nutze.

I: Okay. Welche Ausbildungsmaßnahme stell deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Ausbildung, Fortbildung, Studium welcher Grad?

B11: Studium.

I: Studium, ganz klar? (Ja) Glaubst du, mit dem Bachelor, dass man schon wie die Grundlagen von professionellem Handeln erwirbt oder erst wirklich durch den Master?

B11: Wirklich durch den Master.

I: Auch aus eigener Erfahrung?

B11: Nein. Weil meine eigenen Erfahrungen geprägt wurden durch, durch Interessen in Richtung anderer Professionen. Wie Beispiel Philosophie.

I: Okay, gut. Frage Nummer 15. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapie und warum?

B11: Halte ich für äußerst sinnvoll.

I: Okay, warum?

B11: Weil die Leute dann drei Jahre länger auf die Schule gehen können und dementsprechend auch viel mehr Partyleben genießen können. (Okay) Und natürlich auch weil aus anhand der ganzen vorher genannten Aspekte. Beispielsweise weil eben Studium muss zwangsweise mit dem wissenschaftlichen Ansatz kompatibel sein von, bei, wenn, wenn, wenn… Ein Studium ist im Prinzip, fällt

und steht mit seiner wissenschaftlichen Darstellung oder nicht Darstellung, sondern mit seiner wissenschaftlichen Fähigkeit. Dahingehend werden auch Fachhochschulen und Universitäten gemessen und verglichen.

I: Okay. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den direkt Zugang für Physiotherapeuten umzusetzen, und warum bist du die Meinung?

B11: Nein. (Nein?! Komplett nein?) Aus kostenspezifischen Gründen bin ich der Meinung als aller erstes und zweitens auch in Bezug auf Verantwortung für eventuelle Fehlentscheidungen.

I: Okay. Das heißt primär Verantwortung und Kosten. Glaubst du, dass die Kosten mehr werden?

B11: Nein. Primär Kosten und sekundär Verantwortung.

I: Okay. Warum die Kosten? Warum glaubst du das? ist es…?

B11: Weil, Kosten auch entstehen ohne Verantwortlichkeit.

I: Okay. Das heißt, die würden dann…

B11: Ohne Verantwortungsbewusstsein. Kosten entstehen auch ohne Verantwortungsbewusstsein, weil, die entstehen einfach generell. Mit dem Zeitpunkt der, des über Trainings der Türschwelle in Richtung Physiotherapie entstehen Kosten und die entstehen noch bevor da irgendwie einer irgendwas empfohlen hat. Weil das muss ja bezahlt werden. Und dann kommt die Verantwortung in Bezug auf das was ich als Therapeut meinem Patienten, meinen Geschädigten, sozusagen, mit auf den Weg gebe. Und das entwickelt wiederum eine neue Dimension. (Okay) Und die kann dann sich bis dahin eben entwickeln, das wissen wir ja, dass jemand beispielsweise seinen Schaden noch vergrößert vielleicht sogar. Wobei das eigentlich der eher weniger, wenig häufig zutreffende Dramatisierungsweg wäre, weil eigentlich würde nichts passieren, weil meistens einfach nichts passiert. (Weil es von alleine auch besser wird?) Ja und da muss man dann aber auch das Verantwortungsbewusstsein haben, dass man sagt, okay, dann sage ich dem aber auch, dass der sich ziemlich schnell und von alleine verbessern wird.

I: Okay, das heißt quasi die Kostenexplosion. Würdest du das darauf zurückführen, dass die Therapeuten dann nicht irgendwann sagen, hey okay, jetzt ist gut, weil, du bist ja wieder im Alltag integriert. Sondern die würden dementsprechend immer unreflektiert weitertherapieren. Bis… (Exakt) zum Lebensende. Okay. Gut. Neues Themengebiet. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten?

B11: Ethik bedeutet für mich im Beruf des Physiotherapeuten, das Wissen um die Notwendigkeit einer gezielten Herangehensweise.

I: Okay. Das heißt, ich weiß was das richtige ist und ich mache es dann auch oder?

B11: Mit, mit der Ableitung, dass ich weiß was, was erstrebenswert zu tun ist und zwar so, dass ich mich selbst in der Rolle des Betroffenen wiederfinden kann, mit dem was mir dort der Physiotherapeut gegenüberstellt und anbietet.

I: Okay, das heißt dass du auch selber, wenn du jetzt in dieser Situation wärst, wenn du jetzt Patient wärst, (Genau) dann auch zufrieden wärst. (Genau) Okay, also quasi so dieser kategorische Imperativ von Immanuel Kant (Ja, genau) Gut. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung oder Studium angesprochen?

B11: In meiner Ausbildung null und im Studium deutlich, ja.

I: Okay, beim Bachelor oder Master?

B11: Maßgeblich im Master.

I: Okay, was wurde da irgendwie besprochen? Was, was ist…?

B11: Zum einen natürlich die, die Ethik im Bereich der entsprechenden wissenschaftlichen Ausrichtung. (Okay) Und aber auch zum anderen der, die, die sozial, sozial zu grunde liegende Ethik, im Sinne von, die Würde des Menschen und auch Berufsethik im Sinne von effektiver Maßnahmengestaltung und, und Distanzierung zu betrügerischen und korrupten Einstellungen, wie zum Beispiel eben, ich bin jetzt Mitglied beim Verband und deswegen unterstütze ich das was der Verband möchte und das ist aber leider wissenschaftlich nicht haltbar und dementsprechend auch nicht geprüft und dementsprechend eigentlich (Nicht richtig, nicht der Wahrheit entsprechend) Genau. Nicht der Wahrheit entsprechend, nicht richtig, sondern sogar verleugnend.

I: Okay, gut. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem Beruf…

B11: Soweit man sich seines eigenen Handelns bewusst ist, die vielleicht ja nichts…

I: Ja. Hast du dich schon mal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt?

B11: Ja.

I: Warum? Wie, wie kam es dazu?

B11: Eine Rechtfertigung.

I: Für dich oder für andere oder für die Legitimation deiner Handlung oder, dass jemand anderen irgendwas?

B11: Ja, ja. Rechtfertigung gegenüber der Legitimation meiner Handlung. Vor der Kritik durch andere. (Okay) Wie zum Beispiel meines Arbeitgebers oder Berufsverband oder so welche Sachen oder, oder auch gegenüber, gegenüber von, von Patienten auch. Die mich dann fragen, warum, warum genau muss ich das machen oder soll ich das machen.

I: Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung?

B11: Für sehr hoch. (Okay) Von 0 bis 10, 10.

I: Okay, warum bist du dieser Meinung?

B11: Weil 10 immer sehr absolut ist. (Okay) Deswegen eher 9.

I: Okay, aber versuch mal ein bisschen zu erklären. Wir haben es bald geschafft, 10 Fragen noch.

B11: Ja. Weil die, die… Wie war die Frage noch mal?

I: Wie wichtig schätzt du eine ethische auseinandersetze für den Prozess der Professionalisierung?

B11: Ich schätze die für sehr hoch ein, weil, und aber auch für teilweise schwierig, der höhe entsprechend, also je höher die moralethische Erwartung desto schwieriger auch, weil sie gekoppelt ist mit den ständig anzutreffenden Variablen, die wiederum die Existenz betreffen. Und demensprechend muss ich teilweise von meiner hochgradigst- moralethischen Vorstellungen, sofern ich denn eine habe, abweichen um mich nicht selber zu gefährden. So stark, dass ich meine Existenzgrundlage, im Sinne meines Berufes verliere, vielleicht.

I: Okay, das heißt, du hast das… das ist interessant, du hast gesagt Existenz. Das heißt, der Ethik würdest du zu schreiben, dass man dann Grenzen, eigene Grenzen und berufliche Grenzen dann vielleicht besser definieren kann?

B11: Ja.

I: Okay. Hast du dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt?

B11: Ja, ja, ja, habe ich. Und zwar im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten. Helsinki Abkommen, zum Beispiel. Ethikkommission, genau. Wo dann wo dann übrigens auch viele Kriterien davon in die, in die alltägliche berufliche Situation projiziert werden können und auch immer wieder anzutreffen sind, wie zum Beispiel, dass die Würde des Menschen unantastbar sein soll und, dass der Mensch informiert werden muss über Risiken und über Möglichkeiten die seinem Bestreben nahe oder weniger nahe kommen aber vielleicht meinen Geldbeutel weniger nahe kommen, wenn ich denn mit mich mit einem System anfreunden möchte und nicht mein eigenes System, was vielleicht mit der moralethischen Grundlagen besser kooperiert, anstreben möchte und so weiter. Dementsprechend kommt sowas dann eigentlich auch in der alltäglichen Praxis relativ häufig vor.

I: Okay. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma?

B11: Das was ich vorhin erzählt habe. (Ja) Unter anderem. Also ich kann mir da mehrere Versionen vorstellen aber zum Beispiel, der Zwiespalt zwischen einer möglichst effektiven, wirklich effizienten und effektiven Herangehensweise, die ja immer mit der Zielsetzung und der Lösungsorientiertheit einhergeht und aber auch der Nachhaltigkeit und dann die existenzielle Grundlage, die dadurch vielleicht gefährdet werden könnte, im Sinne von Verdienst, im Sinne von, ja Möglichkeit, zu existieren aus ökonomischer Sichtweise betrachtet. Das ist für mich eine Form des Dilemmas. Die andere Form des Dilemmas ist aber vielleicht sogar die philosophische Grundlage, die man zur physiotherapeutischen Relevanz mit einbringen kann und die Fragen die sich dann überhaupt ergeben, wie zum Beispiel, muss Physiotherapie existieren damit der Mensch oder ich selber, wenn ich denn Betroffener bin, überhaupt als betroffen gelten kann und ob ich dann vielleicht auch wirklich nur und allein mit der Physiotherapie, meine Qualität erstrebenswert steigern kann oder könnten das vielleicht auch andere. Und würde ich vielleicht mich lieber bei den anderen einstufen.

I: Okay. Genau jetzt versuchen wir mal so ein bisschen…

B11: Es ist eher ein Interessenskonflikt auf einer höheren Ebene, (Ja) weil eben, die, die Wichtigkeit der Relevanz… ja, ich bin ja Physiotherapeut und bin ja deswegen eigentlich auch angehalten, mich meiner Disziplin positiv gegenüberzustellen, was ja dann eigentlich ethisch betrachtet auch Sinn machen würde, weil es ist ja vernünftig sofern man die Vernunft in die Ethik mit einbeziehen will, was ja eigentlich aber auch fragwürdig ist, und woraus man dann wieder eigentlich mitbekommt, wie bröckelig diese Auslegung gebaut ist, aufgebaut ist.

I: Okay, das heißt, die eigene Sinngebung von dem was du machst und was du erwartest, dass das so ein bisschen Widerspruch steht.

B11: Dass das in einem Zwiespalt steht oder dass sich das sozusagen gegenseitig… (aufhebt oder so) aufhebt, eher angreift vielleicht. Aufheben weiß ich nicht genau.

I: Gut jetzt versuche ich mal einige ethische Dilemma so ein bisschen zusammenzutragen. In welchen Situationen, kannst du dich mal erinnern, wo du gesagt hast, boah, das ist es für mich ein Dilemma. Du hast ja schon zwei jetzt zum Beispiel genannt. Kosten, Kostenfaktor und (Ja) Effektivitätsnachweis, sag ich mal.

B11: Ja. Also zum Beispiel auch bei, wenn ich jemanden selber, wenn jemand mit mir sein… Wenn ich mit jemanden harmonisiere und ich stetig neue Ziele mit dem erreiche, die aber vielleicht gar nicht mehr relevant sind um ihn physiotherapeutisch zu betreuen.

I: Okay. Das heißt wenn du dann sagst, ey, soll ich jetzt mit dem weiterbehandeln weiter therapieren, was ihm vielleicht ein bisschen, diesen Mehrwert nicht mehr so potenzieren würde, wie es am Anfang gewesen wäre… (Wird das Gespräch eigentlich aufgezeichnet und wird es genau in dieser Form auch wiedergegeben?) Ja. Ich muss es transkribieren und… Okay…

B11: Ja, okay, ne, ne, gar kein Problem.

I: Eine andere Situation irgendwie gehabt, Organisation, mit den Ärzten, mit Kollegen, mit Patienten, da irgendwie mal eine Situation, wo du sagst, boah, das ist jetzt besonders komisch gewesen für dich, mit Bauchschmerzen so ein bisschen behaftet, vielleicht?

B11: Ja, das kommt oft vor. Also dann aber wirklich wieder in diesem anfangs beschrieben Kontext, dass ich, dass ich vielmals Leute betreuen musste, langfristig, die gar keine langfristige Betreuung, die gar keine langfristige Betreuung nötig hatten. Nach der Wissenslage, die ich mit bestverfügbarer Evidenz, also an bestverfügbare Evidenz gleichsetze.

I: Warum hast du das denn machen müssen?

B11: Also müssen, einfach nur weil ich im Angestelltenverhältnis nicht die Machtposition habe, oder hatte, um die Auslegung so zu beschreiben und auch abzuhandeln, wie ich, wie ich es eigentlich, rechtlich betrachtet wohl gemerkt, übrigens sogar müsste, sondern ich muss mich halt den Vorstellungen meines Vorgesetzten unterwerfen und dementsprechend kann man das dann mit deiner Art von Zwangslage in Verbindung setzt. Man, man muss es eben im Grenzszenario natürlich nicht, weil, man könnte auch sagen, ich kündige. Wenn aber dann, was ja vorhin oft angesprochen wurde, der allgemeine Konsens zu dem Thema veralteten Grundlagen zu Füßen liegt, dann wäre ja die Schlussfolgerung, dass sich in der nächsten Einrichtung genau auf das gleiche wieder treffe und wenn das ein paarmal so abläuft, dann habe ich natürlich Probleme mit meiner Existenz, tatsächlich irgendwann. Außer ich komm mit Hartz IV klar. Okay, in der Schweiz, die droppen mich dann einfach aber da bin ich dann doch wieder in Deutschland, da kommt dann wahrscheinlich Hartz IV, dann könnte ich auch sagen, ja ich muss nicht, ich bleib trotzdem so, dann kann man natürlich noch hoffen dass man vielleicht noch genug gespart hat um sich dann selbstständig zu machen, dann hat man aber das Problem mit dem, mit dem gesamten Berufswesen, was dem sozusagen die Richtung weißt und das wäre dann wieder die Verbandspolitik, das Schulwesen, die Konditionierung allgemein und da stößt man dann wieder auf die Probleme, die ich eingangs erläutert hab, um deine Fragen zu beantworten, und ja, gut, man könnte natürlich auch irgendwann auf dem Weg Glück haben, das heißt, dass man die zehnte Praxis oder Einrichtung verlassen hat und dann trifft man beispielsweise auf eine Einrichtung wie eine, die ich jetzt führe und dann hat man vielleicht das Glück, dass man da dann moralethisch vertretbarere Grundsätze an den Mann, an die Frau bringen kann. Ja, das kann natürlich auch passieren.

I: Und welche Gefühle hattest du denn da, als du in dieser, in dieser Situation…

B11: Ja, da baut sich in mir dann so eine immer größer werdende Welle an Verständnislosigkeit und Wut und Frustration auf, die dann wirklich durch langjährig geschulte Fähigkeiten kontrolliert werden muss, bis hin zu einer Brechung ganz am Ende, weil ansonsten ein Szenario entsteht, was ich gar nicht zu beschreiben in der Lage bin und was ich gar nicht möchte, weil ich mir denke, es ist doch nur Physiotherapie.

I: Okay. Was hast du dann getan um dann dieses Dilemma, wie du es vorhin zum Beispiel beschrieben hast, aufzulösen?

B11: Da habe ich in mir drinnen, habe ich mich vorgestellt, habe, ich habe, ich mir gedacht, ich bin, mir fangen irgendwie die Muskeln an zu wachsen und die Haare stellen sich auf und die brennen lichterloh und ich verwandele mich in mir drinnen als Super-Saiyajin und ich werde mir sozusagen meinen Stärken und Schwächen bewusst und ich weiß meine Schwäche wäre jetzt nicht das was viele als stärke definieren, nämlich die, die Freilassung der Superlative an Gewalt in diesem Moment, was möglich wäre für mich als Super-Saiyajin, sondern ich drossele mich und, und, und mache mich meiner eigenen eigentlichen Schwächen bewusst und die würde ja darin bestehen, dass ich diese Gewalt und dieser, dieser Inbrunst an, an…

I: Okay, das heißt mit Reflektionen oder, kurz auf den Nenner zu bringen.

B11: Sei es mit Reflektionen, genau, und mit vor allem mit, mit, mit der Fähigkeit mich, mich dann meiner Schwäche, also ich versuche dann meine, mich, das, was meine Schwäche ist, versuche ich dann in meine Stärke umzuwandeln und stelle mich dann mit einem Lächeln im Gesicht meinen, meinen Vorgesetzten, hab ich früher gemacht, bin ihm dann gegenübergetreten und habe ihm dann gesagt, ja, ich, ich führe die Physiotherapie mit dieser so konditionierten Dame weiter.

I: Okay, das heißt, das ist dann schon so ein bisschen, du machst es halt und…

B11: Ja genau und eine gewisse Gleichgültigkeit baut sich da auf eine gewisse, gewisse, ja, Bestätigung auch, mag jetzt vielleicht arrogant klingen aber vielleicht ist es auch falsch ausgedrückt aber das ist so eine Art von, ja, Erwartungsbestätigung mit der man, die man dann vorher eben hatte und wenn die dann eintrifft dann kannst du leichter damit umgehen also, vielleicht so eine Art von positives predigtive coding, wo man dann sagt, ja okay, das war mir sowieso klar, ich hab mich da ja mental drauf eingestellt und dementsprechend muss ich da halt jetzt durch und morgen sieht es vielleicht wieder anders aus, eigentlich ja nicht aber das verhilft halt in dem Moment. Oder, dass man dann sagt, okay, der nächste Patient der kam, ist dann vielleicht oder kommt, ist dann vielleicht, da kann ich dann, da kann ich dann wieder vernünftig arbeiten und, ja. Aber im Endeffekt ist das natürlich, ich wollte es damit auch wirklich genau so ausdrücken, das ist ein ganz, ganz krasses Spannungsfeld und das führt auch dazu, dass diesen Beruf irgendwann keiner mehr macht. Der, sage ich mal, noch in der Lage dazu wäre, überhaupt die positive Richtung weiter zu stimulieren und intensivieren, weil einfach jeder der klar denken kann, wird irgendwann, meiner Ansicht nach, an diesen Punkt kommen und das sind genau die Leute die wir eigentlich bräuchten und der europäische Qualitätsrahmen beschreibt das ganze eben mit EQR 6 und EQR 6 Kandidaten, potentielle Kandidaten, die werden immer an diesem Punkt kommen, meiner Ansicht nach, den ich jetzt gerade beschrieben habe und ja dementsprechend kann man das ruhig mal wegen verdeutlichen, finde ich.

I: Ja, das wird auch so übertragen. Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Welchen Normen und welche Prinzipien? Stichwörter, wo du sagst, dass, da richte ich mein Handeln aus, danach.

B11: Beharrlichkeit, Kritikfähigkeit, Lust am, an der Wissensentwicklung, Lust am Wissenstransfer, Bescheidenheit, Konsequenz, Reflexion, Abbruch…

I: Abbruch? (Abbruch, ja) In wie weit?

B11: In, in, insofern, dass ich sage, jetzt reicht es mir hier, in diesem Umfeld, ich (Okay) ich verlasse dieses Umfeld, damit ich meine Konsequenz nicht im Wege stehen.

I: Also quasi Authentizität?

B11: Ja. Die muss zu Grunde liegen, genau, Authentizität ist wunderbar, genau, ja, Selektionsvermögen, Sensibilisierung.

I: Okay, gut da wir schon einiges. Das reicht erst einmal. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zum Begriff der Ethik abgrenzen?

B11: Ja.

I: Für dich persönlich erstmal.

B11: Also, Moral ist im Prinzip, sozusagen, das Bewusstsein zum großen Ganzen und auch die Sensibilität gegenüber der Einflüsse, die meine Handlungsweisen steuern können und die Ethik ist eigentlich letztendlich das was ich, was ich, wie ich dann meine Handlungsweise wirklich tätige. Anhand von den moralischen Kenntnissen, die ich vorher gewonnen habe, in Bezug auf meinen auf, auf, auf die Einflüsse, die mich betreffen und auf das Habitat in dem ich mich befinde und, und die die Ethik ist für mich dann sozusagen die Umsetzung dieser Gedanken in die Praxis.

I: Okay, gut. Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein und glaubst du, dass ein moralisch gebildeter Physiotherapeut ein professionellerer Physiotherapeut ist und aus welchem Grund heraus?

B11: Also ich glaub ja, weil er einfach sich dann auch den für die ethischen Entwicklungen notwendigen Faktoren, mehr bewusst ist, und diese auch besser nutzen kann und er dann auch zu dem Konsens kommt, beziehungsweise zu dem Resultat kommt, dass die hier viel angesprochene wissenschaftliche Auslegung richtig ist und, dass eine geprüfte Herangehensweise moralethisch besser zu vertreten ist, ethisch besser zu vertreten ist als eine nicht geprüft, beziehungsweise, dass er sich dann auch dessen bewusst ist, was ist, was ist denn jetzt ethisch nicht kompatibel im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Auslegung der Therapie zum Beispiel. Also würde das ganze vielleicht erst mal mehr Schmerzen verursachen und wenn dem so ist, ist er dann in der Lage das zu kommunizieren und zu harmonisieren und beziehungsweise Verständnis, ein intrinsisches Verständnis beim Patienten zu erreichen, was einer gewissen ethischen, einem gewissen ethischen Bewusstsein zugrunde liegt. Weil anders kommst du da nicht drauf. Dass es zum Beispiel wichtig ist, jemanden über den Folge, über die Folge der Therapie zu informieren und bei manchen, und er hat dann auch das Bewusstsein, dass er dann zum Beispiel sagt, okay, Muskelkater verursacht Schmerzen, ist vielleicht für jemanden der Schmerzen extrem intensiv verarbeitet, wichtig, dem sowas auch dann zu erklären, dass sowas entsteht und den sozusagen darauf hin zu coachen und da hingehend halte ich die moralethische Auslegung generell für was wichtiges und natürlich auch viel tiefer angesetzt, dass ich einfach auch erst mal vernünftige Ansätze überhaupt wählen kann, weil ich eben weiß, ich möchte auch so, mit sowas konfrontiert werden, was mir wirklich hilft und nicht mit etwas, dass mir eigentlich nur dazu verhilft, neue Hilfe zu verlangen, zu benötigen.

I: Sehr gut, okay. Letzte Frage. Welchen Stellenwert hätte für dich, die Integration eines Ethik- und Moralkompetenzunterrichtes in die Ausbildung oder Studium?

B11: Gekoppelt mit einer, mit einer verstärkten wissenschaftlichen Ausbildung, einen enorm hohen Wert. (Okay, das heißt?) Und zwar generell für das Leben.

I: Also das heißt, nicht nur, also du hast ja gerade gesagt, für das Leben, das heißt nicht nur für die einzelne Handlung jetzt am Patienten sondern, dann weitergesponnen.

B11: Ja, genau, genau. Richtig. Das macht ja an sich auch keinen Sinn also diese, diese Aspekte, die gelten ja für alle Bereiche des Lebens also. Es hört ja nicht auf mit dem Türschluss im Rahmen deiner physiotherapeutischen Einrichtung, sondern das geht ja, das geht ja dann auch weiter und genau so sollte ja auch die ganze Denkweise nicht aufhören nachdem du deine berufliche Tätigkeit an dem Tag beendet hast. Also, du recherchierst ja auch im Nachhinein, des beendest du ja auch nichts mit, mit deiner Arbeitszeit oder so. Und so ist es dann natürlich auch wichtig, dass du dir über, über Sinn und Unsinn des eigenen Handelns auf einer höheren Ebene bewusst bist. Ich meine, du wirst dich ja wahrscheinlich auch hinterfragen sollen, zumindest, ob es jetzt sinnvoll ist. Manchmal ist es vielleicht sogar eben sinnvoll aber genau das sind ja die Aspekte, die es da zu klären gilt. Eine alte Dame beim, bei der Supermarktkasse zu überholen und dabei vielleicht Mittel einzusetzen, die du selber nicht erfahren möchtest, nur weil du dir zu lange wartend vorkommst und es dementsprechend vielleicht für dich ein Einschnitt in deine Lebensqualität verzeichnet, die sich dann im Detail so definiert, dass du vielleicht nicht rechtzeitig zu DSDS kommst oder sowas und dann da irgendwie deiner favorisierten Hupfdohle sozusagen nacheifern kannst oder so, keine Ahnung. Oder, dass vielleicht das neue iPhone dann ausverkauft ist und du dann zwei Wochen warten muss oder sowas. Das gilt es ja auch zu hinterfragen. Naja und so weiter.

I: Okay, gut. B11, vielen Dank für das Interview, es war sehr aufschlussreich. (Ja gerne, vielen Dank für die Einladung)

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	12
Name der Audiodatei	Interview 12
Datum der Aufnahme	09.01.2020.
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	70,42 Minuten
Befragte Person	B12
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	13.01.2020
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	Ersatzinterview da das vorhergehende Interview eine schlechte Aufnahmequalität hatte

I: Okay, gut B12. Ich danke dir, dass du heute mit machst, bei meinem Interview. Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen… Das heißt, ich möchte deinen Blickpunkt reproduzieren. Es gibt kein richtig oder falsch, du musst dich nicht schämen, es wird anonymisiert. Wenn du irgendwas nicht weißt, dann kannst du auch passen oder wir diskutieren dann dementsprechend. Okay. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B12: Ich denke Physiotherapie wäre unter Einsatz aller Mitteln, die mir zur Verfügung stehen, einen Patienten aus einer bestimmten Problematik herauszuhelfen. (Okay) Und zwar, was die Physiotherapie angeht, wäre das Bewegung und mit dem Mittel der Bewegung. Und Zielen eben auf Verbesserung von Bewegungsfähigkeit und aufheben oder verbessern von körperlichen Einschränkungen.

I: Okay, das heißt, es muss eigentlich schon ein Defizit, eine Einschränkung da sein, dass wir quasi dann auch wirklich uns so als Physiotherapie definieren oder?

B12: Wenn ich, wenn ich, wenn ich Therapie, wenn ich davon ausgehe, dass ich, dass ich Therapie mache, dann habe ich ja keinen gesunden Menschen vor mir. Jetzt kann man mal gucken, gibt es gesunde Menschen oder nicht aber einfach gesagt der muss ja schon irgendein Problem haben, damit er eine Therapie macht, dann entweder dieses Problem loszuwerden oder zu vermindern um eine Copingstrategie zu haben, besser damit umgehen zu lernen oder wie auch immer. Kann ich dann ja rausfinden was das, was vielleicht der beste Weg ist, und versuchen zu helfen, dieses Problem für den Menschen leichter bewältigbar zu machen oder wenn es geht auch verschwinden zu lassen, das kann ja auch sein, dass man so ein Problem löst.

I: Okay. Genau, dass man quasi, wenn man gewisse Probleme nicht lösen kann, quasi dann Kompensationsstrategien oder dem irgendwas an die Hand gibt, dass er dann so weit wie es geht…

B12: Also 100% ist immer schön, wenn man sie erreichen kann aber das können wir in der Regel ja gar nicht und die Frage ist ja immer, wie viel kann ich erreichen. Wenn jemand kommt und ich kann den nur 5 % besser machen, dann ist die Frage, ja gut, hat sich das für den gelohnt, weiß ich nicht, muss er auch selber entscheiden. Vielleicht komme ich aber auf 80% wieder von dem, was er erreichen wollte und dann habe ich ihm sicherlich schon ordentlich weitergeholfen. Vielleicht kommen wir auch wirklich auf 100% irgendwo. Weiß man ja vorher nicht immer. Du arbeitest ja auch mit Menschen und wenn wir mit Autos arbeiten würden, könnte ich genau sagen ich brauch 1,5 Stunden, das sind so und so viel Arbeitswert, ich brauch die und die Ersatzteile und dann funktioniert das wieder, das geht halte eben so nicht.

I: Okay. Was würdest du denn sagen sind so die klassischen Kerngebiete der Physiotherapie, das heißt, einmal als Aufgabenspektrum und die, ich sag jetzt mal, was die Physiotherapie ganz klar machen kann um sich gegenüber anderen Berufen klarer abzugrenzen, im Gesundheitssektor oder Lifestyle-, Wellnesssektor, wo auch immer.

B12: Ja, also ganz klar abgrenzen von anderen Berufsgruppen kann man sie auch gar nicht. Denn du hast zumindest an den Rändern ja immer Übergänge Ergo und Physio, wenn du es von außen betrachtest, das sieht oft ähnlich aus und du kannst ja nicht unbedingt sagen, ist das jetzt ein Ergo, der jetzt ein Gangtraining macht oder ist das ein Physio, der ein Gangtraining macht. Siehst du von außen nicht. Abgrenzen kann man es natürlich sicher von ärztlichen Berufen und pflegerischen Berufen, das geht sicher aber vielleicht kann man sagen, der Ergo ist halt vielleicht eher der aufgabenorientierteres der Logo lässt sich vielleicht noch ganz gut abgrenzen, weil es einfach ein begrenztes Einsatzgebietes Logos ist, das haben wir als Physio ist ja auch nicht, wir sind ja so, ja am ganzen Körper unterwegs oder können Einschränkungen und Probleme auf dem ganzen Körper behandeln. Also da wird es, wird es schwierig abzugrenzen. Oft ist das auch einfach ein fließender Übergang in benachbarten Berufsfelder.

I: Wenn ich jetzt zum Beispiel nochmal als gravierendes als gravierende Gegenüberstellung jetzt die Osteopathie zum Beispiel nenne, weil von außen ist es ja auch so, dass ja eigentlich die Osteopathen davor meistens auch Physiotherapeuten gewesen sind. (Ja) Wo

würdest du denn jetzt zum Beispiel zwischen Physiotherapie und Osteopathie eine Trennlinie schneiden damit sich die Physiotherapie vielleicht dadurch abgrenzen könnte? Erstmal zur Osteopathie und dann vielleicht auch diese Abgrenzungchance nutzen könnte, um sich auch vielleicht von der Ergotherapie weiter abzusetzen.

B12: Ja also da denke ich an die (…)… Also, wenn ich mir was wünschen dürfte, wäre es natürlich, dass die Physiotherapie sich auf die tatsächlich wirksamen Interventionen fokussiert und dazu eben auch grundsätzlich plausibel und überprüfte Annahmen einsetzt und von plausiblen Annahmen und Tatsachen ausgeht. Und ich denke, das ist der Unterschied zur Osteopathie. Da gibt es keinerlei überprüfte oder auch keine Tatsachen und auch keine Plausibilität, sondern ich würde eher sagen, die Osteopathie verwurschtelt alle Irrtümer, die aus der Physiotherapie irgendwann einmal rausgeflogen sind. Die Leben da einfach weiter und es ist den relativ egal ob das jetzt schlüssig ist oder ob das widerspruchsfrei ist oder nicht und ob es widerlegt ist, ist ihnen auch wurscht. Das heißt ich denke die Physiotherapie kann sich da abgrenzen darüber, dass sie tatsächlich mit echtem Wissen arbeitet, sich selber auch überprüft und hinterfragt.

I: Okay, das heißt quasi so diese, dieser Rahmen der Physiotherapie wissenschaftlich halten?

B12: Ja und, und halt ehrlich halten. Ein echtes Wissen vermitteln, tatsachenbasierend und eben sich selber hinterfragend und Infrage stellt. Also ist das was wir tun eigentlich tatsächlich hilfreich und wenn es das nicht ist, ja dann lassen wir es halt bleiben und gucken ob es nicht eine andere Möglichkeit gibt die vielleicht besser ist. Und letztlich ja, die Ärzte mussten das auch lernen. Also es gibt viele Verfahren die in den letzten 100 Jahren, oder die vor 100 Jahren vielleicht gang und gebe waren, die heute gottseidank nicht mehr angewendet werden und so ist das in der Physio eben auch. Also ich denke die Physio kann dann sozusagen, die professionelle Art zu sein mit körperlichen Beschwerden umzugehen.

I: … auf wissenschaftlichen Grundlagen flexibel…

B12: Mit plausiblen Erklärungen, mit echten Modellen und nutzen tatsächlich echtes Wissen.

I: Okay, gut. Die zweite Frage. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du alle und nach welchem Modell richtest du primär deine Therapiestrategie aus?

B12: Was meinst du mit Modell?

I: Es gibt ja unterschiedliche Modelle. Die Physiotherapie hat sich ja, oder die professionelle Physiotherapie, hat sich in den letzten Jahren ja ein besonderes Modell rausgenommen. Es gibt auch schon seit hunderten von Jahren andere Modelle (Ja). Welche kennst du jetzt zum Beispiel und nach welchen richtest du dich persönlich und warum gerade nach dem?

B12: Also, du fragst jetzt nicht nach Behandlungstechniken oder so. Das ist nicht eine Frage (Nein) Okay, gut. Dann ist das okay. Also ich versuche immer in den Mittelpunkt zu stellen, eine biopsychosoziale Sichtweise und das ja auch vorgegeben über die ICF und dann eben da dazu gucken, auf welcher Ebene und wo liegt eigentlich ein Problem oder ein Teilproblem, das ich vielleicht lösen kann. Also die Umsetzung des, dieses Begriffes ganzheitlich, wenn man den mit Leben füllen will, dann ist es eben vielleicht das biopsychosoziale Modell, das mir dann ermöglicht, sehr viele Faktoren mir anzuschauen, die in das Problem des Patienten hineinspielen und dementsprechend habe ich auch viele Schrauben an den ich drehen kann um dieses Problem zu lösen und muss halt aufpassen, dass ich eben nicht als Physiotherapeut in die Falle gehe und nur biomechanische oder biomedizinische Faktoren ranziehe, damit ich eben vielleicht 90% der Schrauben einfach gar nicht erst angucke, die mir aber vielleicht helfen könnten.

I: Okay, das heißt, du hast dann dadurch oder du das Gefühl, dadurch dann ein größeres Spektrum an Variablen zu haben, mit denen du dann den Patienten dann dementsprechend, je nach Fall, dann individuell steuern kannst.

B12: Genau, also, wenn wir davon ausgehen, dass ich ja gar nicht, wenn er 100 Schrauben locker hat, dann muss ich davon ja gar nicht alle 100 Schrauben festziehen. Vielleicht reicht es ja 5 oder 10 Stück nur davon und der kann erstmal wieder, der kriegt wieder Boden unter die Füße und dann kann er vielleicht selber weiterhin, so. Das heißt, da muss ich halt gucken welche sind die für diesen Patienten relevanten und das ist eben nicht immer die Faszie oder eben nicht immer nur eine Gelenkblockade. Das kann es eben nicht sein, das wäre reichlich seltsam.

I: Okay. Frage Nummer drei. Welche Kompetenzen, also da kannst jetzt auch mehrere Kompetenzen nennen, sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung beziehungsweise Studium erworben haben? Was ist dir denn jetzt so wichtig, wo du sagst, wenn ein Physiotherapeut auf Patienten zugelassen wird, das musste ja jetzt alles können und da kannst du jetzt mal mehrere Stichpunkte auch mit nennen.

B12: Ich denke erstmal, der sollte in der Lage sein, seine begrenzte Wahrnehmung oder er sollte er sollte sich der Begrenzung seiner Wahrnehmung bewusst sein. Wenn ich mit einer Therapiemethode, welche auch immer das ist, glaube Erfolg zu haben, kann das auch einfach nur daran liegen, dass ich einen kleinen Teil der Patienten sehe, nämlich die, die auf diese Methode abfahren und dass 80% der Patienten auch vielleicht gar nicht reagieren. Das kriege ich ja gar nicht mit und so bekomme ich einfach ein verzerrtes Bild.

I: Okay, das heißt, kann man das zusammenfassen, Reflektion der eigenen Handlung?

B12: Genau. Ich muss wissen meine Wahrnehmung ist nicht unbedingt hilfreich, meine persönliche Wahrnehmung. Das heißt, das ist kein, kein guter Ratschlag darauf Entscheidungen zu basieren. Dann muss ich in der Lage sein, selber nach Wissen zu suchen. Ich muss also, wenn ich eine Fragestellung habe, muss ich ja wissen, wo kann ich eine Antwort finden. Wo muss ich denn suchen. Denn erstaunlich viele Sache sind ja schon beantwortet. Ich muss ja nicht immer alle Fragen ganz von vorne wieder neu beantworten und dann denke ich, ist so ein Grundverständnis von Trainingslehre und von lernen ganz wichtig. Wir arbeiten immer mit Neuro-muskuloskeletalen System. So, da sind immer Lernprozesse in irgendeiner Form involviert, das heißt, was auch immer ich tue ist bei mir die Frage, okay, was muss mein Patient hier eigentlich lernen. Was muss er üben um irgendwie wieder eine Fähigkeit zu entwickeln.

I: Das heißt, kann an das dann so als clinical reasoning auch so mit zusammenfassen, dass ich weiß was das Problem des Patienten ist (Ja) und dann dementsprechend fallverstehend und durch den Anamnese- und Befundprozess die richtige Therapie dann agitiere? Oder ist das noch was anderes?

B12: Ja es ist halt, ja, ich muss halt wissen wo stehe ich jetzt und wo will ich hin. Und wie komme ich jetzt von diesem Punkt A nach Punkt B, welchen Weg kann ich nehmen, wie kann ich mir die Schritte bauen, was muss ich dafür tun damit mein Patient am Ende dahin kommt. Völlig egal was das jetzt für ein Problem ist. Und dann muss ich mir eben selber, muss ich in der Lage sein eben selber nach Wissen zu suchen, wenn ich nicht weiß wie ich ein Problem löse, mal gucken, wie machen das andere oder was haben die anderen gemacht, was haben andere berichtet, was ist bekannt?

I: Okay, das heißt, das war jetzt so ein bisschen die kognitive Schiene glaube ich oder so sich selber hinterfragen und geistig zu arbeiten. Wie schaut es denn jetzt mal im zwischenmenschlichen Bereich aus oder im persönlichen Bereich, was für Fähigkeiten sind dir denn da wichtig?

B12: Ja, dann müssen wir als Therapeuten uns bewusst sein wie kommunizieren wir mit Patienten, was kommunizieren wir mit Patienten. Letztlich kann es gut sein, dass diese oder dass, dass die unspezifischen Effekte unserer Behandlung die spezifischen deutlich überwiegen und auch da Bewusstsein, was mache ich, wie trete ich auf, was vermittle ich, was soll der mitnehmen. So. Dann natürlich muss der Patient auch tatsächlich was tun, man muss den in Bewegung kriegen.

I: Das heißt, Entschuldigung, dieses motivieren, oder, dass er sich dann quasi selber auch mit in Bewegung bringt.

B12: Das ist immer so. Der Patient oder Patienten haben oft halt die Idee, die Vorstellung die legen sich hin und werden dann vom Therapeuten repariert und er macht was und dann geht es ihnen besser und den Patienten zu vermitteln, dass sie das ja selber in der in, in der Hand haben und selber den Schlüssel eigentlich umdrehen können und einfach was tun können und eigentlich ja mitnehmen sollen, wie sie sich selber helfen können. Das ist eigentlich eine ganz zentrale Sache, die man nicht aus dem Blick verlieren soll.

I: Okay, gut. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung oder das Studium genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest? Jetzt zurückblickend, (Ja) erstmal nach der Ausbildung.

B12: Ja. Ja also ich kann über meine Ausbildung jetzt nicht so viel Negatives sagen. Die war schon recht hochwertig, also dafür, dass meine Ausbildung erstmal einfach auch eine fachschulische Ausbildung war. Aber die war schon… ja, ich will nicht sagen wissenschaftlich, soweit waren die damals halt nicht aber die waren schon sehr anspruchsvoll und ich habe eine Menge gelernt, auch an modernen Sachen. Also wir hatten ICF. Ich weiß noch, als ich anfing war die noch nicht da, da gab es aber schon Vorläuferversion von der ICF und die waren uns auch schon bekannt also sowas war auch damals schon möglich, was eben auch daran lag, dass wir auch Lehrer hatten, die aus anderen Ländern kamen und ja gut, Holland war damals noch nicht soweit also da gab es noch keine Bachelors, die dann aus anderen Ländern in andere Länder studiert haben können. Aber die haben sich schon bemüht sehr aktuelles Wissen auch zu vermitteln. Und dann, ja, damals war es halt einfach auch viel eben die Tätigkeit und Techniken. Klar, die hatten wir natürlich auch. Ich habe ja auch noch wickeln gelernt und kalte Grüße und sowas. Das haben wir alles bis zum… Ja. In sofern war ich damals, hatte ich schon das Gefühl gut vorbereitet zu sein. Das habe ich dann erst später angezweifelt. Ja okay, muss ich doch noch mal studieren und…

I: Genau und dann so nach dem Studium und dann so ein bisschen der Vergleich Ausbildung, Studium.

B12: Ja und dann einfach sehen, okay, ich fang halt über das Studium. Da hat für mich eigentlich erst wirklich diese Physiotherapie Sinn gemacht. Da fing es an das ich diese Aha-Momente hatte und wusste, aha, jetzt weiß ich warum. Ich weiß noch, als wir uns vorbereitet hatten auf die, das Staatsexamen damals in der schulischen Ausbildung, haben wir einfach dann uns zusammengesetzt, in einer Lerngruppe und haben für jedes Fach einzeln sozusagen, eine Schublade gemacht und gesehen, okay, die widersprechen sich sowieso alle, wir lernen einfach jedes Fach einzeln für sich und wenn wir da die Prüfung hatten, vergessen wir das wieder und dann lernen wir eben was anderes und wir müssen uns einfach nur merken, hier geht es eben, hier ist eins und ein zwei und hier ist eins und eins drei und hier ist eins und eins vier und das werden wir ihm einfach auswendig. Ob das Sinn macht oder nicht, ist völlig egal. War eine ganz bewusst (unverständlich) damals aber wir wollten diese Prüfung halt bestehen, das Staatsexamen bestehen und im Studium war das nicht mehr so. Da passten die Dinge plötzlich zusammen. Und das war eigentlich so, was ich am überzeugendsten fand.

I: Okay. Das heißt weg von diesem Schubladendenken.

B12: Eigentlich ist das Widerspruchsfrei, das ist einfach sinnvoll zusammengebaut. A und B passen zusammen und eins und eins ist immer überall zwei.

I: Okay. Kann man das dann auch so sagen, dass die Ausbildung dann mehr dieses Schubladendenken gefördert hat (Ja) ich mach jetzt das, dann mache ich das.

B12: Genau da läuft es hinaus. Wenn du sie bestehen wolltest, war das der Weg glaube ich den man gehen muss und ich glaube, dass das viele eben dann auch da auf dem Weg und an der Stelle stehen geblieben sind und das ist dann ja auch folgerichtig dann machst du halt deine Zertifikatsfortbildungen und hast dann die Schublade und die Schublade und die Schublade und damit arbeitest du dann. Und ich glaube, dass auch viele Kollegen das nicht hinterfragen ob das dann sinnvoll ist oder nicht.

I: Die haben halt so gelernt und dann würde ich sonst so macht und wenn… Ich kann es auch aus der Ausbildung, ich bin ja auch Dozent gerade und wenn die das nicht so nachreden, wie es der Lehrer gesagt hat, bekommen die halt eine vier oder eine fünf.

B12: So ist das, genau. Du willst ja deine gute Note haben also machst du das halt. Ich fand das damals schon immer schon würdelos aber du willst ja nicht umsonst deine Ausbildung machen und dann hast du nichts davon.

I: Das hat ja auch Geld gekostet. Okay. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten und warum?

B12: Ich bemühe mich. Aber ob ich immer tatsächlich die neuesten habe weiß ich auch nicht aber ich versuche möglichst den Bereichen in denen ich arbeite zumindest ein aktuelles Wissen zu haben und zu schauen was ist in den aktuellen Leitlinienempfehlung drin, wie sind die Entwicklungen. So bei den ganz aktuellen Sachen muss man auch immer schauen, weil vielleicht wartet man ja auch erst mal bis es die nächste Übersichtsarbeit gibt und dann hat man eher wieder einen Trend. Wegen einer Studie die jetzt irgendwie überraschen Ergebnisse bringt würde mich jetzt nicht so aus der Ruhe bringen lassen aber, ja, wenn dann das Pendel irgendwie mal in die Gegenrichtung schwingt und dann, wie es in den letzten Jahren war, wo dann die manuelle dann doch vielleicht wieder irgendwo vielleicht doch eine Rechtfertigung hat, wenn es auch nur vorbereitend und mit kurzfristigen Effekten ist, ja dann muss man das eben annehmen. Ja, wenn das eben… also ich kann mir ja nicht aussuchen was von dem Wissen ich nehme und was nicht, sondern ich muss dann mit dem Bild arbeiten was da ist. Ja, aber ich versuche natürlich schon zu gucken, wie ist die Entwicklung, wie ist der Trend, wie sind neue Ergebnisse einzuordnen. So schlagartige Veränderungen und Umbrüche gibt es ja dann doch nicht, sondern das sind ja eher so langsamen Prozesse.

I: Ja. Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?

B12: Haha, heute.

I: Okay, was war der Grund?

B12: Ich hatte die, ich hatte eine Sitzung mit meinem Teamleiter und da wir in der Klinik das Ziel haben die ICF jetzt einmal konsequent umzusetzen, habe ich halt nach einem möglichst interessanten deutschen Paper gesucht und hab auch eins gefunden von dem Hägart von 2005. Dass das eigentlich sehr schön darstellen warum und wieso die Motivation so ein bisschen beleuchtet. Das habe ich gleich unserer Pressestelle noch, da hatte ich auch noch einen Termin und die fragten witziger weise auch danach und dann habe ich den gesagt, ja da habe ich zufällig gerade was für sie, das können sie mal lesen. Ja also das war heute und gestern auch.

I: Okay, also regelmäßig, gut. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deiner Patienten? Warum genau, warum ist dir das so wichtig und ob du es regelmäßig machst oder ob du dann auch mal so Grenzzonen ziehst.

B12: Ja internationale Leitlinie ist immer so eine Sache aber da ist ja in der Regel… da es häufig keine deutschen therapeutischen Leitlinien gibt bleibt einem auch nicht viel übrig. Also eine Leitlinie ist immer schon mal gut, wenn sich irgendwie Leitlinienkommission die Mühe gemacht hat, ist es auf jeden Fall immer wertvoll sich mal zu gucken auf welche Ergebnisse die gekommen sind. Das spart einem viel Recherchearbeit aber ich habe ganz aktuell jetzt gerade geschaut nach der REMUS… also die Deutsche S2 Leitlinie für Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall als Grundlage sowie wie können wir eigentlich unser Gehtraining bauen. (Okay) Also wie sollte das eigentlich ausschauen und die ist von 2015 also war schon noch aktuell.

I: Gut. Jetzt haben wir erstmal so das größere Thema, ich sage jetzt mal so ein bisschen Berufsspezifik abgehandelt. Jetzt gehen wir in Richtung Professionalisierung. Was sagt dir erstmal, nur erstmal rein der Begriff, Professionalisierung? Was assoziierst du damit?

B12: Ja, es muss ja erstmal eine Profession geben also die muss ja erstmal definiert sein, was ist denn eine Profession eigentlich. Also ein Beruf… wodurch definiert sich der. Das ist ja immer so ein bisschen schwierig auch…

I: Also es muss jetzt keine Definition sein, die jetzt irgendwo in sozialwissenschaftlichen Büchern ist, sondern was du jetzt so intuitiv damit in Verbindung bringst erst einmal.

B12: Genau, aber das, das wäre ja so professionell mit irgendetwas umgehen, heißt ja einfach auch wirklich eine tiefe Kenntnis zu haben, zu wissen wie funktioniert es eigentlich, ein Fundament zu haben, auf dem man arbeitet. Also jemand zu sein, der das, der das beruflich eben macht. Der das nicht amateurhaft macht, sondern tatsächlich ein sicheres Wissen und Experte für diesen Bereich auch ist und tatsächlich auch weiß, wie die Faktenlage ist und damit eben auch umgehen kann. Und, dass, der Weg dahin, das ist eben auch Professionalisierung.

I: Okay. Das heißt, du sagst dann auch klar, es ist ein Weg, den man einschlägt zu, wie du es gesagt hast, zu einem formatierten, festen Wissenskorpus. Also nicht amateurhaft, ich mach jetzt irgendwas, sondern es ist schon eine breitgelagerte Wissenschaftsform, wahrscheinlich auch.

B12: Ja es ist halt nicht, ist es halt nicht meine persönliche Meinung oder worauf ich Lust habe und dann mache ich das mal, weil mir heute danach ist, sondern ich habe halt ein systematisches Wissen über etwas und kann dann eben auch Entscheidungen treffen die tatsächlich auch hilfreich sind und ich die auch einschätzen kann. Vorhersagen und Voraussagen machen, kann Dinge bewerten, einordnen. Das ist eher ein Zeichen von einer professionellen Herangehensweise.

I: Okay. Das war jetzt so primär ein bisschen die Wissensform. Wie ist es denn mit der praktischen Tätigkeit zum Beispiel? Hast du da auch so einen Gedankengang, dass sich da auch die Praxis irgendwie ändert, das praktische Handeln?

B12: Durchaus, dass ich dann danke, okay… also, wenn ich professionell arbeite, hat jeder Patient ja das gleiche Recht auf ein möglichst gutes Therapieergebnis. Nur weil ich jetzt keine Lust habe oder weil ich jetzt irgendetwas bestimmtes machen möchte, kann ich dem ja nicht die vielleicht hilfreichere Behandlung vorenthalten und das wäre halt eine professionelle Entscheidung, eben zu gucken, okay, es geht hier um die Bedürfnisse des Patienten und nicht um worauf habe ich heute Lust.

I: Okay, das heißt, auch so eine Standardisierung und eine, das heißt, also keine individuell willkürliche Maßnahme, sondern das was vielleicht in Leitlinien Konsens ist.

B12: Professionelles arbeiten ist halt keine Kunst. Dann arbeite ich in dem Fall nicht professionell, wenn ich jetzt Künstler verstehe. Ein Taxifahrer ist professionell, wenn der mich auf dem kürzesten Weg, so schnell wie möglich dahin bringt wo ich hinwill und wenn der, weil er heute Lust hat eben woanders hinfährt.

I: Okay, das heißt quasi auch, dass, was es ausmacht dann auch dementsprechend zu tun. Als das was man dann auch tut, wie man sich dann selber definiert, gut tut.

B12: Ja und das eben systematisch. Also nach Möglichkeit für jeden der kommt und zu versuchen eben jeden in seinem Problem zu erfassen und da einen Lösungsansatz zu bieten.

I: Okay, gut. (Das eben regelhaft) Gut, wenn ich jetzt ein zweiten Begriff Physiotherapie in dieses Konstrukt dieser Professionalisierung reinwerfen würde, wie würdest du jetzt diese beiden Begriffe ordnen? Das heißt, du kannst jetzt entweder selber für dich intuitiv so bisschen aus deiner Erfahrung heraus sagen welchen Standpunkt vielleicht die Physiotherapie derzeit in diesem Prozess der Professionalisierung hat und was jetzt für dich wichtig wäre oder wie du das jetzt zum Beispiel siehst? Also relativ groß. Du kannst jetzt selber so strukturiert wie du das möchtest.

B12: Also ich denke, dass die Physiotherapie, international, schon lange auf einem guten Weg ist sich zu professionalisieren und auch gewaltige Anstrengung unternommen hat. Wenn man schaut, was für Strukturen geschaffen worden sind oder wie viele Forschergruppen im Bereich Physiotherapie tatsächlich auch recht hochwertige Forschung inzwischen auch abliefern und in welchem Umfang (Neuseeland, Australien) dann stehen wir da schon inzwischen auf einem ziemlich guten Fundament denke ich. Da sind wir auf einem viel sichereren Grund, als wir vor zehn, fünfzehn Jahren noch standen.

I: Das heißt, die deutsche Physiotherapie, die dann quasi auch die Forschung aus dem Ausland nutzt?

B12: Ja. Im Moment denke ich, ist es so, dass die deutsche Physiotherapie mehr aus dem Ausland nutzt als sie zurückgibt. Das heißt nicht, dass es hier keine Forschung gibt, es gibt sie durchaus aber eben erstaunlich wenig. Es gibt in Deutschland verblüffen wenig therapeutischen Forschung, was eben daran liegt, dass es eben in Deutschland so als Insellösung verblüffend wenig akademisch ausgebildete Physios gibt, die das tun können. Aber es kommt eben jetzt so rum, vielleicht auch zögerlich, aber mit doch jetzt nach und nach ein bisschen in, in Fluss und deshalb denke ich dieser, dieser schlafende Riese - deutsche Physiotherapie - ist noch nicht wach aber er schläft nicht mehr ganz so tief.

I: Okay. Hast du oder glaubst du daran, dass sie sich in den nächsten Jahren professionalisieren und dass wir dann irgendwann mal eine Profession sein könnten?

B12: Ja also das Potenziale ist schon da, denke ich. Ob wir das, ob wir das schaffen weiß ich nicht. Also wir müssten uns dafür schon glaube ich, ganz schön verändern. Wobei, es hängt einfach von uns selber ab. Letztlich wenn wir, wenn wir es nicht schaffen ein Player zu sein, der im Gesundheitssystem mehr erwirtschaftet als er kostet, der mehr Geld sparen kann, weil er Leute halt weniger pflegebedürftig macht oder, oder weil er weniger AU-Tage schafft. Wenn wir das nicht schaffen, dann haben wir ja für dieses System nichts geleistet und das Problem ist, dass der Gegenwert für nichts, der ist null. Und das ist dann das, was uns letztlich auch übrigbleibt. Also wenn wir nicht nutzbringend sind und nur Geld kosten werden wir wahrscheinlich über kurz oder lang verschwinden. Wozu braucht man die dann. (… Wenn es nur kostet…) Wenn es nur kostet…

I: Da kommen wir gleich nochmal darauf zurück, auf diese spannende Frage. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen?

B12: Naja also ich denke man muss bei der Ausbildung anfangen. Das große Manko ist eine Ausbildung die eigentlich gar keine ist, nicht wirklich ein Curriculum, jede Schule macht so mehr oder weniger ihr eigenes Ding und wenn ich jetzt einen Physio einstelle, weiß ich eigentlich gar nicht was ich von ihm tatsächlich wirklich an Wissen und Können erwarten kann. Das wird auch nicht besser durch zusätzlich erworbene Zertifikate, auch da haben wir eigentlich keinerlei Qualitätskontrolle und auch keinerlei Standardisierung drin. Wir wissen nicht was der lernen kann. Es geht ja eigentlich auch nur darum, dass man eine Abrechnungsposition kauft und dann pro forma irgendwie eine Schulung dazu macht. So, und das steht uns einfach im Weg. Diese Dinge müsste man lösen und sinnvollerweise löst man sie, in dem man die, wie in den meisten Ländern mit einer Grundständigen Akademisierung macht. Und wenn man dann sagt, ja, aber dann sind wir am Ende viel weniger Therapeuten. Ne, ich denke andersrum. Wenn wir, wenn wir die Ausbildung nicht verändern, wenn wir so weitermachen wie jetzt, wird dieser Beruf völlig unattraktiv werden. Warum sollte sich das jemand ans Bein binden?

I: Okay. Ausbildungsreform? (nicken) Was glaubst du, ist noch eine entscheidende Rolle, das was, was wir beeinflussen könnten?

B12: Ja das ist dann das, was wir daraus gewinnen würden. Dadurch, dass wir uns selber höher positionieren indem wir eine höherwertigere Ausbildung haben. Damit könnten wir natürlich andere Aufgaben bekommen, die auch wieder mit mehr Verantwortung einher gehen und das heißt, wir würden in diesem System aussteigen und zum Beispiel eher auf Augenhöhe kommen wie anderen Playern wie Ärzten oder, wer auch immer da jetzt ist. Und das würde unsere Stellung natürlich verändern und damit würden wir uns immer weiter professionalisieren. (Okay) Wir müssen halt weg von diesem Heil-und Hilfsmittelding, dass wir irgendwo… (… immer noch in der Ausbildung ja auch so gelernt bekommen…) Ja. Das ist ja auch, darauf zielt diese Ausbildung ja auch und wir sind halt nicht ein professioneller Player an diesem Tisch. Das sollen wir ja gar nicht sein. Wir sind ja Anhängsel von andern und da müssen wir uns emanzipieren und das wäre gut, das würde viele Probleme lösen aber es löst natürliche Abwehrreaktion aus also das ist nicht, dass wir auf offene Türen bei allen ankommen.

I: Okay. Stichpunkt: Verbände.

B12: Ja, das Problem ist halt, dass die größten Feinde der Physiotherapie, ihre eigenen Verbindungen sind. Das sind ja auch keine Verbände, sondern das sind Vereine und die haben in ihrer Satzung ein Ziel formulieren und das ist der Verkauf von Fortbildungen.

I: Um sich dann so auch zu finanzieren, sozusagen. Dann haben die sich, so, also das heißt, das sind eigentlich Fortbildungsverkaufsvereine, die sich Fortbildung ausdenken und die verkaufen und damit das Vermögen des Vereins mehren. Und das ist weswegen die da sind. Die haben also nie das Ziel gehabt, Berufspolitik zu machen und was ja ein Verband wäre auch die Stellung der Physiotherapeuten zu verbessern oder den Beruf weiterzuentwickeln und zu professionalisieren ist überhaupt nicht in ihrer Satzung drin. Das ist nicht das Ziel dieser Verein und darum denke ich, dass dieser Begriff „Verband“ eigentlich ein Euphemismus, der ist falsch gewählt. Das ist ein Beispiel für Sprache als Propagandatool. (Okay) Das ist es ja. Über dieses Wort „Verband“ stehen ihnen viele Worte offen stehen ihnen viele Türen offen und viele Möglichkeiten aber sie sind überhaupt keine Verbände, es sind Fortbildungsverkaufsvereine und sie sind als Verein organisiert, sind als Verein eingetragen. Verband kann sich jeder nennen. Das ist irreführend, dass das irgendwas Höherwertiges wäre. Und da denke ich, kommen die ganzen Probleme her. Die haben nie irgendwas getan um die Physiotherapie, an sich, in Deutschland zu verändern oder höher zu positionieren, sondern es ging immer darum, möglichst viele Fortbildungen zu verkaufen.

I: Stichwort Kammer. Ist das vielleicht eine Möglichkeit?

B12: Also grundsätzlich wäre, ich denke, dass grundsätzlich für die Physiotherapie eine Verkammerung eine riesen Chance wäre und eigentlich eine sehr schöne Möglichkeit. Denn versuche mal den Ärzten ihre Ärztekammer wegzunehmen oder den Architekten ihre Architektenkammer. Die würden sofort auf die Barrikaden gehen. Die schimpfen immer alle, scheiß Kammerbeiträge und was weiß ich aber nimm ihnen mal ihre Selbstverwaltung weg. Das würden die nie machen. Anwälten ihre Anwaltskammer wegzunehmen, brauchst du nicht versuchen. So, eine Kammer ist ja ein Teil Selbstverwaltung. Eine Kammer… also der Staat gibt hier einfach nur von der Regierung eben einer Kammer bestimmte Aufgaben ab, die dann die Kammer, weil die Leute von sich selber doch mehr Ahnung haben als eine Regierung, eben meist für sich besser lösen können und so könnte man eben die Ausbildung regeln. Man könnte viele Dinge in im Rahmen einer Kammer angehen die man, die man so nicht lösen kann. Das wäre alles wunderbar. Das einzige Problem ist, dass ich denke, die Kammer, wer würde sich in so eine Kammer wählen lassen und wer würde darein gewählt? Das wären diejenigen, die jetzt in den Verbänden sitzen. Sie würden dann noch mehr Macht und noch mehr… oder sie werden noch weniger anzweifelbar denn ich wäre ja zwangsweise in einer Kammer. Ich kann ja jetzt einen dieser Fortbildungsverkaufsvereinen einfach nicht angehören und keinen Beitrag zahlen und damit kann ich mich ja gegen die stellen. In einer Kammer würde ich in jedem Fall einen Beitrag zahlen müssen, wenn ich in Deutschland arbeiten will und darum denke ich, wenn wir es nicht schaffen, dass wir bei der Verkammerung die jetzigen Verbandsfunktionäre draußen halten, dann tun wir uns damit keinen Gefallen. Dann würden wir den Bock noch mehr zum Gärtner machen.

I: Okay. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Was muss der top-professionelle Physiotherapeut alles mitbringen, um auch als dieser zu gelten?

B12: Naja, er muss das, was Handwerk ist, beherrschen.

I: Okay. Also trotzdem schon ein Stück weit Hands-on, weil das ja auch Physiotherapie ist?

B12: Ja, auch aber das heißt ja auch zum Beispiel Trainingswissenschaftlich (Okay) beschlagen seine. Er muss den Patienten erklären können, er muss mit den Patienten arbeiten können, er muss wissen welche Besonderheiten bei welchen Erkrankungen bestehen. Also es gibt ja einfach ganz simpel physiotherapeutisches Handwerk, das muss er einfach mal wissen und können. (…) Ja, dann wäre es natürlich schön, wenn er ein wissenschaftliches Grundverständnis hätte. Denn über seine eigenen Grenzen, wenn er seinen eigenen Grenzen bewusst ist. Er muss kommunizieren können, er muss in benachbarte Felder hineinschauen können wie Psychologie, Soziologie. Grundverständnis haben, das wäre gut.

I: Also auch dann auch dementsprechend diese, ich sag jetzt mal diese Fertigkeit mit Menschen umgehen zu können.

B12: Genau. Und das hat natürlich immer verschiedene Dimensionen. Also eine psychologische, eine soziologische, eine biologische und die muss ich… also Psychotherapeuten sind Generalisten, die wissen eben von allem eine Menge, weil wir eben an einer Schnittstelle sind, wo viele Felder zusammenstoßen. So, diese Felder müssen wir zumindest in Grundzügen bekannt sein, dann kann ich erfolgreich mit dem Menschen auch agieren. Ich muss kein Psychologe sein, kein Soziologe sein. Das alles ist nicht wichtig aber Grundwissen in diesen Bereichen muss ich haben für den Bereich in dem Bereich, in dem wir tätig sind.

I: Da habe ich letztens auch was gelesen mit diesem psychological informed Physiotherapie.

B12: Ja, genau. Also ich muss, ich muss wissen ich arbeite an einer Schnittstelle wo mehrere Felder zusammentreffen. Und das heißt, über diesen Bereich, diese Schnittstelle, da was in diesen angrenzenden Feldern ist, das muss mir bekannt sein.

I: Wäre das vielleicht auch eine Möglichkeit sich dann quasi dann so sein Themenkomplex genauer so zu definieren? Weil bis jetzt ist ja so der Physiotherapeut in Deutschland mit seiner Definition per se, ja eigentlich eher so der bessere Pfleger der halt so ein bisschen bewegt und das war es.

B12: Ja, die Idee ist natürlich schon, ich kann mich spezialisieren. Ich kann jetzt sagen, so, Ich arbeite mit chronischen Schmerzpatienten oder ich arbeite im Trainingsbereich oder ich arbeite im Bereich mit Kindern und bring den wieder laufen bei oder wie auch immer. Ich kann natürlich da dann in die Tiefe gehen und mein, mein Wissen vertiefen und mein Können ausbauen. Ich glaube, das ist auch reizvoll sagen, ich mach alles ich bin in einer Praxis und ich nehme was kommt. Auch das ist wichtig. Das ist wahrscheinlich ähnlich wie bei den Ärzten. Da gibt es ja auch den, den Doktor der Allgemeinmedizin, der macht halt alles mögliche, es gibt aber auch einen inneren Mediziner, der dann da in seinem begrenzten Feld eben seine Kenntnisse hat. Es gibt den Neurologen, es gibt den Chirurgen. So, natürlich haben die alle Ihre Spezialität aber alle sind eben Ärzte. Und so ähnlich denke ich, ist es bei den, bei den Physios auch. Da wird es den allgemein Physio geben, der alles ein bisschen kann, aber wenn es dann mehr in die Tiefe geht wird er den dann vielleicht abgeben an einen Spezialisten und der hat dann ein tieferes Wissen und andere Möglichkeiten vielleicht, auch noch eine andere Ausstattung hat.

I: Okay. Aber dann ist ja dann auch wichtig, dass es ja dann nicht der Spezialist ist der Bobath oder Vojta hat oder MT, sondern der hat dann auch wirklich wissenschaftlich genau diese Grundkenntnisse beziehungsweise diese spezialisierten Kenntnisse.

B12: Genau, genau. Das heißt nicht, eine Technik anwenden, sondern es heißt, okay, ich muss wieder in die Tiefe und mein Wissen ausbauen, ich muss vielleicht mehr wissen, wenn ich mich irgendwo spezialisiere als jemand der nur an der Oberfläche bleibt, von denen er dafür ganz viele Sachen kann. Dann, ja, ich muss, muss, muss mich mit verschiedener Intervention auskennen, die muss ich natürlich durchführen können, die muss ich auch geübt haben, die muss ich auch machen also, wenn ich, wenn ich mit jemandem Gehtraining machen will dann muss ich halt wissen wie es geht. Ohne, dass der auf der Nase liegt und das ist auch eine Übungssache. Und das ist ja auch das Schöne an unserem Beruf, dass wir nicht nur Wissen haben, sondern auch noch Können dazu.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du die derzeitige Rolle der Physiotherapie für die Gesamtgesellschaft ein?

B12: Naja, also ich denke, wenn morgen alle Physiotherapeuten mit einem lauten plopp verschwinden würden, dann wird niemand tot umfallen. Wir sind, so wie wir im Moment sind, ziemlich verzichtbar.

I: Okay. Das heißt, so wie es jetzt gerade im Moment ist, (Ja) ich sage jetzt mal 97% ausgebildete Physiotherapeuten, die quasi diese Handlangertätigkeiten hat?

B12: Genau. Ich denke, dass ist zum allergrößten Teil verzichtbar. Also wer hätte tatsächlich ein Problem, wenn er morgen keine Physiotherapie mehr kriegen würde? Weiß ich nicht, es gäbe halt mehr Massagesalons, mehr Thaimassagesalons oder so und ich denke, das würde von angrenzen Berufsfeldern relativ schnell aufgenommen und dann wird es wahrscheinlich kein großes Vakuum lange geben. Es gibt ein paar Felder, wo ich denke, ja, und mir so überleg, wer braucht uns eigentlich. Das ist vielleicht Neuropatient, der zu Hause sitzt nach der Reha und der eigentlich jeden Tag eine Stunde in Bewegung gebracht werden müsste und Hilfe braucht dabei, das sind die, die wahrscheinlich massiv verlieren würden aber das sind die, die im Moment eh keine Termine kriegen, weil wer fährt noch solche Hausbesuche.

I: Okay. Was denkst du, welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut in dem Prozess dieser Professionalisierung? Das heißt, was kann jeder Einzelne tun damit sich diese Physiotherapie dort nach oben entwickelt, zu einer Profession?

B12: Jeder kann sehen, dass er sein Wissen ausbaut und das heißt, ja, vielleicht anstatt jetzt irgendwie eine teure Fortbildung zu machen vielleicht doch nebenberuflich noch mal studieren oder sich zumindest einen Kurs über was weiß ich, von Literatursuche über wissenschaftliches Arbeiten oder so. Um diesen Teil den wir in Deutschland in der Ausbildung nicht haben, nämlich wissenschaftliches Arbeiten, zu durchdringen und vielleicht mehr zu verstehen um dann vielleicht auch umsetzen zu können.

I: Okay. Bist du für eine flächendeckende Akademisierung in Deutschland?

B12: Ich wäre absolut für eine vollständige Akademisierung, wobei vollständige Akademisierung wird oft verwechselt. Das heißt nicht, dass alle Therapeuten die jetzt da sind ab morgen Bachelor sind, sondern das heißt, dass alle die ab morgen ausgebildet werden, nur noch als Bachelor ausgebildet werden.

I: Okay, das heißt, auch dann so einen Bestandsschutz für die, die jetzt dann da sind oder wie würdest du das dann regeln?

B12: Also so ähnlich haben es die Österreicher gemacht. Ab einem bestimmten Tag wurden nur noch hochschulisch beziehungsweise fachhochschulisch ausgebildete Physiotherapeuten eben ausgebildet und die andern bestehenden gleichgestellt. Und jetzt nach, ich glaube 14 Jahren, oder ne, wann haben sie das gemacht? 2006 oder so. Ja, doch, 14 Jahren. Jetzt ernten sie so langsam die Früchte, weil jetzt das Niveau in dem Beruf einfach immer weiter steigt und sie reden jetzt über Direktzugang und, und können inzwischen Dinge machen. Es gibt viel Forschung, dort entstanden, Institute, Unis die jetzt da weiter. So, da ist ein ganzes Ökosystem entstanden was, was jetzt Wissen selber produziert. Weil der Beruf halt einfach selber jetzt nach oben arbeitet und eben auch ganz anders da steht, als zu Beginn dieses Prozesses.

I: Glaubst du dann auch, dass so ein Studium das professionelle Handeln des Physiotherapeuten besser macht als nach der Ausbildung oder Fortbildung oder?

B12: Ja ich denke er hat ganz oft… ein, ein, ein, ein akademisch ausgebildeter Physiotherapeut hat in der Regel ganz andere Möglichkeiten überhaupt darüber nachzudenken was er macht. Der praktische Teil unterscheidet sich ja kaum aber was sich unterscheidet ist das Verständnis dafür, dass was er macht und wie er es macht und warum er es macht. Und darum ist er natürlich viel effektiver und oft viel besser unterwegs als jemand der diese Möglichkeit nicht hat.

I: Okay. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre den Direktzugang für die deutsche Physiotherapie umzusetzen?

B12: Das ist halt so eine Frage. Ich würde sagen ja, warum nicht, für die, die einen Bachelor haben. Das wäre die Qualifikation. Also wenn ich eine EAP mache, muss ich ja auch bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Ob die sinnvoll sind oder nicht aber wenn ich die nicht habe, kann ich es nicht machen und darum würde ich auch sagen, um Gottes Willen, den Direktzugang nicht an eine Manuelle-Fortbildung knüpfen, sondern wenn an ein Studium. Und sagen, okay, Bachelor oder Master können das machen, wie auch immer, das kann man ja festlegen und die andern, wenn sie halt… ja, die müssten dann einfach studieren nebenbei oder man macht sozusagen einen Nachholkurs aber dann wäre es im Prinzip nichts anderes als ein berufsbegleitendes Studium. Und dann kann man auch Studium daran schreiben.

I: Ja, okay. Das heißt, prinzipiell ja aber dann eben erst ab einem bestimmten Niveau.

B12: Genau. Und dann müsste man auch Leitlinien festlegen, wie dieser Direktzugang, was da eigentlich passieren soll. Und das muss verpflichtend sein und die Dokumentation muss auch nachlegen, nachweisen, dass man diesen… (… nicht fahrlässig gehandelt hat oder sonst irgendwas…) Ja genau. (Das ist ja auch ein rechtliches Problem dann irgendwann)

I: Okay. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Jetzt hatten wir so auch wieder Ethik und Physiotherapie. Das darfst du jetzt wieder in deinem Rahmen so diskutieren oder aufarbeiten wie du das gerne möchtest.

B12: Ja, mh, naja, Ethik ist immer die Frage was, was, was sollen wir tun. Und die Frage, was… Kann ich meinen Patienten irgendetwas vorenthalten was verfügbar ist. Jeder Patient hat letztlich das Recht eine möglichst gute Behandlung zu kriegen. Und die möglichst gute Chance zu kriegen, dass es ihm wieder besser geht. Eigentlich muss der Physiotherapeut ja sein ethisches Bestreben sein, so gut sein, dass ich diesen Anspruch einfühlen kann oder dann eben zu sagen, das ist nicht mein Bereich, geh mal zu meinem Kollegen, der ist dafür Spezialist und kann es deutlich besser als ich. Du musst dann halt eben einfach sehen, dass ich Grenzen haben. Sicher, Dinge die kann ich auch nicht. Dann muss ich nicht einfach den mit durchschleifen, weil ich jetzt diese paar Euro auch noch haben muss.

I: Das heißt, auch so ein gegenrechnen von, von Wirtschaftlichkeit dann ja auch zu, gegenüber der Verantwortung die ich ja auch für diesen Menschen habe, weil der sich ja hilfesuchend an mich ja quasi auch wendet.

B12: Ja genau. Ich muss halt gucken, habe ich die Fähigkeiten den so zu behandeln, dass er möglichst eine große Chance hat. Wenn jemand anders das deutlich besser kann, dann soll er lieber dahin gehen. Das muss ich, muss ich mich halt vorher fragen.

I: Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung oder Studium, du kannst jetzt auch nochmal beides reflektiert, angesprochen und in welchem Ausmaß?

B12: Ja ich glaub in der Ausbildung aber am Rande eher eine Frage die im Studium eine Rolle gespielt hat.

I: Okay. In welchem Kontext hattet ihr das im Studium jetzt zum Beispiel? Weißt du das noch? So grob. Also es muss jetzt nicht genau sein aber…

B12: Ja, da gab's halt bestimmte Veranstaltung die hießen irgendwie Ethik bla, bla, bla, bla weiß ich gar nicht mehr und da ging es halt genau um solche Fragen. So einfach, wenn ich eine Studie mache, was Ethikantrag, was, warum. So, was ist, wenn ich keinen mache. Ja dann mache ich einen unautorisierten Menschenversuchen und letztlich ist es das, was ich tue, wenn ich nicht sauber handel. Dann mache ich mit jeder Behandlung die ich mache letztlich, irgendwas Unerprobtes von dem keiner weiß was er tut. Mit Menschen ist es nichts anderes als ein unautorisierter Menschenversuch und das sollten wir eigentlich lassen.

I: Das heißt, primär so in Bezug zur Forschung oder ist er so Forschungsethik?

B12: Ja auch aber es geht halt darum, mache ich wirklich, also ist das was ich tue, weiß ich, dass das tatsächlich hilfreich ist. (Okay) Wenn ich das weiß, dann kann ich das applizieren, das ist kein Problem. Wenn ich das nicht sicher sagen kann, dass das was ich jetzt mit dem mache, tatsächlich zu einer Verbesserung führt, dann ist ja die Frage, warum tue ich das?

I: Und warum, was denkst du was wäre so der Ansporn warum, warum viele das dann so machen?

B12: Ja das… einmal vielleicht auch so aus einem falsch verstandenen Helfersyndrom raus. Ich habe hier noch einen Zaubermethode gelernt, die wende ich jetzt einfach mal an und dabei kommen halt dann oft auch unschöne Ergebnis raus. Oft ist es so, dass Patienten dann eben unbehandelt bleiben, letztendlich oder deutlich schlechter sind als sie sein könnten, wenn sie sinnvoll behandelt worden wären oder Patienten kommen zu schaden was auch passieren kann. Das muss alles nicht sein und die Frage bin ich wirklich nützlich für meinen Patienten.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du eben so eine ethische Auseinandersetzung für die Physiotherapie in diesem Prozess dieser Professionalisierung und warum schätzt du das so ein?

B12: Ja letztlich ist das eine zentrale Frage. Die berühmteste, warum tue ich das eigentlich? Die innere Motivation überhaupt.

I: Okay. Quasi auch die Legitimation unseres Handelns? Würdest du das so sagen?

B12: Ja, darum geht es. Und dass, das Problem ist was ich sehe ist, dass viele Therapeuten diese Frage wahrscheinlich gar nicht erfassen wirklich, warum die wichtig ist. Weil das Denken oft an der Stelle aufhört, ich kann doch Geld damit verdienen. Ist doch egal was dabei rauskommt. Und dieses Bewusstsein, dass es eben vielleicht nicht egal ist was bei meinem Behandeln rauskommt. Und möglicherweise bin ich die letzte Chance die dieser Patient hat und ich spreche dann mit einem Urteil über möglicherweise, wird er die nächsten 20 Jahre sich bewegen können oder nicht und das ist eben nicht egal. Und diese Wichtigkeit ist vielen wahrscheinlich nicht bewusst.

I: Okay, gut. Jetzt möchte ich mal erfahren in welchen Situationen oder welche Dilemmasituationen du jetzt häufiger im Alltag ausgesetzt gewesen bist oder bei den Situationen, bei denen du dir gedacht hast, okay, das ist jetzt ein Dilemma, ich weiß jetzt nicht genau was ich jetzt tun soll. Soll ich das tun oder soll ich jenes tun. Da versuche ich jetzt ein bisschen zusammenzutragen.

B12: Ja, ach, Dilemma… Es kommt immer drauf an. Ich glaube in einem Dilemma ist man dann relativ leicht, wenn du abhängig bist von Entscheidungen von anderen. Also wenn du für jemanden arbeitest und er sagt eben, mach das und du weißt aber genau, das ist eigentlich jetzt keine gute Lösung (Ja), würde ich eigentlich nicht tun, dann hast du ein Dilemma. Solange du selbst verantwortlich für dich entscheiden kannst, kommst du eigentlich nicht unbedingt in ein Dilemma hinein. Dann gibt es höchstens noch den Druck, dass du dann vielleicht einen Patienten rätst woanders hinzugehen und das möglicherweise vielleicht eher schadet aber damit denke ich kannst du dann selber leben.

I: Okay. Noch einmal zu dieser Abhängigkeit, weil das finde ich auch interessant. Abhängigkeit, du hast ja gesagt, durch die Abhängigkeit entsteht ja so eine ungünstige Situation. (Ja) Von wem wäre denn da der Physiotherapeut oder du dann eben abhängig, dass du irgendwas tust, du dem gegenüber müsstest du dich danach verpflichten oder?

B12: Das wäre jeder der mir ja irgendwie einen Handlungsauftrag gibt. Also oder der mich da unter Druck setzen kann. Das kann ein Arzt sein der irgendwas bestimmtes möchte, es kann ein Kostenträger sein, der mir irgendetwas vorgibt, es kann…

I: Okay, Entschuldigung. Kostenträger ist quasi dann so die Kasse oder die Allgemeinheit dann sozusagen?

B12: Genau. Ja und das könnten ja Vorgaben sein, die ich jetzt vielleicht gar nicht erfüllen möchte eigentlich so, macht für mich keinen Sinn. Es könnte der Praxisinhaber sein für den ich arbeite, dem eigentlich vielleicht egal ist, wo das Geld herkommt, das können Kollegen sein, die an bestimmten Dingen ein Interesse haben. Also da kommen schon viele in Betracht, die einen in ein Dilemma bringen können. Wobei man, es gibt ja immer, immer die Alternative, eben auch das nicht zu tun. So, und dann muss man halt gucken wie man mit den Konsequenzen dann lebt. (Ja) Dass dann eine Situation ist, die man auf Dauer so weiterführen will.

I: Okay. Hast du da auch mal selber so eine Situation gehabt, weil jetzt bräuchte ich noch so zwei, drei Beispiele, das wäre nicht schlecht.

B12: Ja es gibt nur die Situation die hat wahrscheinlich jeder Physio gehabt, dass man eine Verordnung kriegt, vom Arzt, wo man denkt, so ein Schwachsinn (Ja) und ja, wie löst man das? Im Idealfall kommuniziert man mit dem Arzt und häufig funktioniert es ganz gut.

I: Okay, das heißt, du löst das dann quasi auf, mit Kommunikation. Das du dann alle Beteiligten…

B12: Kann man versuchen. Klappt zwar nicht immer aber das ist wahrscheinlich die sinnvollste Lösung. So, und dann zu kommunizieren, das und das. So ist das und da ist es ein Problem und hier ist irgendwas was nicht dazu passt. Ich habe selten erlebt, dass Patienten das als unprofessionell empfinden aber das gibt es auch, die schweren sich dann, weil sie nicht das bekommen, was auf ihrem Rezept steht. Ja, das ist dann so.

I: Okay. Das heißt, wenn es um die Intervention geht, einmal die Rechtfertigung vor dem Arzt was wir jetzt gerade hatten, und dann auch noch mal gegenüber dem Patienten. Dass der Patient vielleicht irgendwas erwartet.

B12: Genau, weil er irgendwo was gehört hat oder gesagt bekommen hat, das muss ja nicht immer passend sein.

I: Okay, nächste Frage. Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze, das heißt, so Werte und Normen, sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Da kannst du jetzt auch einige Beispiele nennen, du musst jetzt nicht primär beschreiben aber so Leitsätze, wo du sagst, ich versuche mich daran zu orientieren, weil ich glaube, das macht auch einen guten Physiotherapeuten aus.

B12: Ja ich denke, das wichtigste da in der Medizin ist immer erstmal nicht schaden. Also gucken, dass man den Patienten nicht schlechter macht als er ist. Wenn man das geschafft hat, dann ist man schon ein großes Stück weiter und dann kann man gucken, was ist eigentlich dieses Problem und wie kommt man da raus und eben dann zielgerichtet zu arbeiten.

I: Okay. Zielgerichtet heißt lösungsorientiert oder, oder wissenschaftlich, also wahrheitlich, sozusagen?

B12: Ja ich denke, ganz wichtig, eine wichtige Regel wäre auch dem, dem, dem Patienten eben ehrlich und transparent gegenüberzutreten und ihn mit einzubinden und ihm zu sagen, so pass auf, so und so und so sehe ich das, das und das und das steht deinem Problem entgegen und es gibt die Lösung und die Lösung und die Lösung und das sind Vorteile und das sind Nachteile, so, und jetzt müssen wir mal rausfinden wie machen wir das. Oder den Patienten sage, okay, pass auf, das und das und das halte ich für erreichbar und das und das und das halte ich eben nicht für erreichbar.

I: Okay. Jetzt geht es ein bisschen in den Bereich rein, nachdem wir jetzt die Ethik so ein bisschen analysiert haben in der Physiotherapie, Richtung Moral. Das heißt, das mit diesen Handlungsgrundsätzen, das sind ja schon mal so moralische Rahmenbedingungen. Wie würdest zum Beispiel den Begriff Moral vom Begriff der Ethik so ein bisschen auseinanderbringen, jetzt in deinen eigenen Worten. Was ist für dich jetzt so ein bisschen die ethischen Aspekte und was ist jetzt so Moral. Also du musst auch keine Definition von irgendjemand sein, sondern sowas, was dir jetzt auch intuitiv in den Kopf reinkommt.

B12: Ja, Moral hat ja auch immer irgendwas mit Tradition zu tun und überlieferten Dingen die, ja, man vielleicht noch infrage stellen muss, weiß ich nicht, die überprüfen muss. Ja, mit dem Begriff Moral, weiß ich nicht, fühle ich mich nicht so wohl dabei. (Okay) Weiß ich nicht, kann ich nicht sagen was da jetzt ein moralisches Handeln. Ist ja immer die Frage, wessen Moral ist das.

I: Also Moral ist dieses, ich löse es mal auf, weil, das ist jetzt so ein bisschen der Einleiter in die nächsten zwei, drei Fragen. Deswegen habe ich das mal so als Fragestellung formuliert. Also Moral ist quasi so dieses, das Handeln, das richtige Handeln nach diesen eigenen Grundsätzen, nach diesen Wertvorstellung die wir jetzt gerade schon so bisschen diskutiert haben und die Ethik ist quasi die wissenschaftliche Rechtfertigung (Ja) dazu.

B12: Wenn jetzt die Moral das daraus abgeleitete Handeln ist…

I: Genau, sozusagen. Genau, jetzt erst mal nur so als Einleitung, weil jetzt kommt nämlich dazu, dass es natürlich auch so ist, dass wie du jetzt zum Beispiel die Rolle von dieser moralischen Fähigkeit des einzelnen Physiotherapeuten in dem beruflichen Kontext siehst. Also hast du das Gefühl, dass es schon wichtig ist oder ist es eher so ein Randgebiet?

B12: Naja, also Ethik finde ich schon eine sehr grundlegende Fragestellung das betrifft ja schon sehr grundlegende Fragestellungen, die daraus abgeleiteten Handlungen wären ja die Konkretisierung daraus. Sind dementsprechend also wichtig. Denn da geht es ja um, um, um, um die Beweggründe an sich, warum ich irgendetwas tun.

I: Genau, das heißt, die Beweggründe, das ist ja quasi wirklich die Basis. Das heißt, ich, ich brauche irgendeine Motivation etwas zu tun. (Ja) Okay.

B12: Ja genau. (…) Ich weiß nicht, ich denke Moral ist etwas was man einfach auf so übernimmt und nicht weiter hinterfragt und da, da, da sehe ich halt eher das Problem.

I: Und dann brauchen wir eben die Ethik, auch noch, weil die hinterfragt das ja dann quasi auch mit.

B12: Genau deswegen ja.

I: Alles gut. Also das sind natürlich auch relativ schwierige Fragen. Da bist du jetzt nicht der einzige der sich so ein bisschen, was heißt schwertut aber wo es so ein bisschen knapper wird, mit den Antworten. Glaubst du das, wenn man jetzt explizit diese moralische Fähigkeit in einem Unterricht, jeden einzelnen Physiotherapeuten näherbringt, dass ich dann auch die gesamte Physiotherapie dadurch weiterentwickeln kann? Was ist so da dein Standpunkt?

B12: Das ist schwierig. Also du meinst, wenn man, wenn man jetzt nicht Ethik den Leuten unterrichtet, sondern Moral unterrichtet? Also die, die daraus abgeleiteten Handlungen unterrichtet, dann wäre das so eine Art zehn Gebote oder wie? Also so ein…

I: Ja, also es würde dann schon beides stattfinden aber das man dann noch mal explizit so diese, diese Beweggründe auch noch mal irgendwie ordnet, sortiert, strukturiert vielleicht.

B12: Ich denke vielleicht hängt es davon ab wie man das macht. Also wenn man, wenn man es schafft die Leute für diese Fragen zu begeistern, dann geht es ist es sicherlich was, was, was hilfreiches. Ich kann mir aber vorstellen, dass das für viele kein, kein, kein wichtiges, zentrales Thema ist, weil es eben jetzt ja scheinbar nichts Greifbares oder Wichtiges in der Ausbildung ist, sondern…

I: Es ist ja auch sehr abstrakt. Es ist ja nichts, was man, was man auch nicht täglich begegnet und deswegen macht es halt so sehr theorielastig vielleicht, so dass man dann eher so ein bisschen abgeneigt dem gegenüber ist. Wie müsste denn für dich so ein Unterricht gestaltet sein, wo du sagst, okay gut, damit kann ich gut leben und da glaube ich jetzt auch, dass dann viele Physiotherapeuten das als wichtige Schnittstelle erkennen.

B12: Das ist eine gute Frage. Also ich denke man müsste in den in den Mittelpunkt stellen, so dieses, diese Erfahrung die ein Patient macht, auf Hilfe angewiesen zu sein und die dann eben eventuell nicht zu bekommen, weil jemand anders eben eher nicht darauf guckt was dieser Patient braucht, sondern weil jemand anderes daran interessiert ist, möglichst viel Geld zu verdienen.

I: Das heißt quasi mit solchen Rollenspielen?

B12: Ja, genau. Also in die Rolle des Patienten gehen, der ganz konkret vielleicht im Rollstuhl sitzt, weil irgendwo eine OP mist gelaufen ist, der jetzt drauf angewiesen wäre, dass da jemand kommt, der vielleicht ein Jahr lang mit ihm arbeitet, jeden zweiten Tag damit er vielleicht irgendwann wieder auf die Beine kommt und stattdessen halt immer nur eine Massage kriegt. So, und das heißt, wie wäre das für euch, wenn jemand euch so auf Dauer in einen Rollst setzt, für die nächsten 30, 40 Jahre, wo ihr nicht sein müsstet wenn der Typ sich ein bisschen mehr Mühe gegeben hätte und ist das eine faire Geschichte. Wie würdet ihr euch fühlen? Vielleicht dieser Perspektivwechsel.

I: Das wäre ja quasi der kategorische Imperativ nach Kant?

B12: Genau, genau. Und dann so über den Perspektivwechsel, dass man da sagt, guck mal, wenn dir das passieren würde und wieso hat er das mit dir gemacht? Also warum hast du nicht das Recht darauf, dass dir genauso geholfen wird wie jemand anderen bei dem das funktioniert. Also was… Wenn man, wenn man diese Perspektive so jemanden vermitteln kann. Ich glaube schon, dass jeder sagt, das wäre eine Sauerei, das würde jedem nicht so gefallen und dann wird es vielleicht deutlich. Vielleicht ist das was passieren sollte.

I: Gut, wir haben es geschafft B12. (Okay, das waren 30 Fragen?) Ja, eine Stunde und 10 Minuten. ich danke dir recht herzlich.

B12: Okay, prima.

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	13
Name der Audiodatei	Interview 13
Datum der Aufnahme	07.09.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	78,06 Minuten
Befragte Person	B13
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	23.01.2020
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	

I: Okay, sehr gut. Also B13, ich danke dir schon mal, dass du hier mitgemacht hast, bei dieser Untersuchung (Sehr gerne). Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozesse der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen… Das heißt, es gibt kein Richtig, es gibt kein Falsch, das heißt, genauso wie du dir das einfach vorstellst, möchte ich das dann einfach erfahren. Okay, Frage Nummer eins. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie? Was stellst du dir unter Physiotherapie vor?

B13: Physiotherapie ist für mich im Grunde eigentlich lediglich ein Coaching, bezogen auf sämtliche Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustände. Wenn man das jetzt aus der Gesundheitsperspektive betrachtet, dann eben das Coaching im präventiven Bereich und wenn man das aus der Krankheitssicht betrachtet, dann eben im rehabilitativen Bereich. An sich würde ich Physiotherapie jetzt nicht auf irgendwelche Behandlungstechniken oder auf irgendwelche Behandlungskonzepte reduzieren, weil das auch nicht mein Rollenverständnis von Physiotherapie ist oder von Physiotherapeuten ist. Denn ich denke, dass der Coachingaspekt, den wir haben, egal wie schwer betroffen jemand ist oder wie schwer krank jemand ist, ein wesentlich wichtigerer Aspekt ist, als dem irgendeine Übung zu zeigen.

I: Okay, das heißt, weniger dieses, ich muss jetzt händisch irgendwas machen, sondern es geht halt darum, den Patienten und den Menschen wieder so zu coachen, was auch immer dann dazugehört, wieder in seine, in sein soziales Umfeld zu überführen, sozusagen, oder?

B13: Genau. Also die Reintegration in das soziale Umfeld und auch in das berufliche Umfeld. Das ist besonders wichtig, weil du musst ja die Leute befähigen, dass sie wieder ihren Rollenverpflichtungen nachkommen. Und ich kann das für mich sagen, in der Neurorehabilitation gibt es das natürlich auch, wenn jemand eine entsprechende Erkrankung hat, oder ein plötzliches Krankheitsereignis hat, die verlieren von heute auf morgen oder von einer Sekunde auf die Andere alle Rollenfunktionen und sind abhängig. Und mein Verständnis ist dahingehend eben die Leute so wieder so zu befähigen, auch eigene Strategien zu entwickeln, diese Rollen wieder erfüllen zu können.

I: Okay, das heißt die eigene spezifische Rolle im Alltag wieder in Gänze oder soweit es dann irgendwie möglich ist, wieder auszufüllen. (Genau) Okay. Wenn wir uns jetzt so ein bisschen um die Kerngebiete der Physiotherapie kümmern, was würdest du denn so sagen, ist für dich das worum sich die Physiotherapie eigentlich am intensivsten oder am meisten darum kümmern oder bemühen müsste? (Bezogen auf… ?) Um sich dann besser zu identifizieren und wo jetzt die Kerngebiete vielleicht sind.

B13: Um sich zu identifizieren? Also jetzt als Berufsgruppe eine Identität zu haben? (Genau) Puh, das ist jetzt relativ schwer. Ich glaube da müsste, um überhaupt erstmal eine einheitliche Identifizierung zu entwickeln müsste man mit sämtlichen unseriösen Sachen brechen. Ich denke, wenn es zu viele verschiedene Einflüsse gibt, egal ob die jetzt evidenzbasiert sind oder nicht, wir reden ja immer sehr viel über Evidenz und letztendlich weiß auch fast keiner was damit gemeint ist, sollte man sich auf das wesentliche beschränken und einfach kommunikative Fähigkeiten entwickeln. Ich finde, das ist ein ganz, ganz wichtiger Aspekt. Und diese kommunikativen Fähigkeiten… es sollte eigentlich eine einheitliche Berufssprache geben, oder? Im Sinne wie trete ich in der Gesprächsführung zum Beispiel an Klienten ran, wie kann ich in ihm Vorstellungsbilder erzeugen, wie kann ich ihn mitnehmen, wie kann ich ihn befähigen. Ich finde das sind die Kerngebiete. (Okay) Weil, das ist überall gleich, egal ob es muskuloskeletal Rehabilitation, ob es Neuroreha ist, ob es Kardiopulmunal ist, Onkologie ist, es geht ja schlichtweg immer um Menschen und bei Menschen geht es um Kommunikation. Und das ist für mich das Kerngebiet.

I: Das heißt, glaubst du, dass Physiotherapie bislang zu wenig darum jetzt auch irgendwie kümmert?

B13: Gar nicht. Gar nicht. Ich meine, wenn ich jetzt überlege. Langsam kommt Motivational Interviewing in Mode, was ich ja erstmal ganz gut finde, mal gucken was für ein Hype daraus wird aber im Moment finde ich die Entwicklung die da zaghaft anfängt ja nicht schlecht. Aber letztendlich, was haben denn jetzt, egal ob wir in der Medizin sind oder egal ob wir eine schulische Ausbildung haben, mit den Inhalten, Ausbildungsinhalten in den Curricula, findest du Kommunikation, wenn überhaupt mal in einem ganz

kleinen Anteil und das kann nicht sein. Weil letztendlich, wir legen so viel Wert auf die Anamnese, wir legen so viel Wert auf den Befund oder, und wie läuft denn das ab? Ich muss doch kommunikative Skills haben um auch dort meine Informationen zu gewinnen und die auch entsprechend in der Zielplanung zu berücksichtigen.

I: Okay, gut. Hast du das Gefühl oder glaubst du, dass sich die deutsche Physiotherapie ausreichend und genügend von anderen Berufsgruppen abgrenzt? Oder muss sie das überhaupt? Glaubst du das um eine Identität zu bekommen, dass sie sich schärfer abgrenzen müsste, von anderen Berufsgruppen?

B13: Man könnte ja auch fragen, was ist mein Value, was ist mein einzigartiger Wiederverkaufswert, den nur ich bieten kann als Berufsgruppe. Und die Physiotherapie in Deutschland, auch, wenn das nicht dazugehört, auch in der Schweiz und in Österreich maßen sich sehr viel an. Die kennen ihre Grenzen nicht. (Okay) Das ist ein großes Problem.

I: Einmal als Handlungskompetenz, dass sie halt Dinge tun, die sie überhaupt gar nicht können oder?

B13: Nicht können und nicht dürfen. Wenn man jetzt zum Beispiel in den sozialen Medien verfolgt, wie dann dort über Ärzte geschimpft wird, wie über andere Therapeutengruppen geschimpft wird, wie aber auch über andere Healt Care Professionals geschimpft wird, dann finde ich das schon sehr befremdlich, wenn man das sich anmaßt alles zu wissen, alles zu können und alles zu beurteilen. Und das ist eben nicht der Fall. Und ich finde, ja, die Physiotherapie in Deutschland muss sich wesentlich stärker abgrenzen können und auch ihren eigenen Wiederverkaufswert generieren. Weil, letztendlich, wenn man sich nur auf Training beschränkt, das kann ein Fitnesstrainer. Wenn es nur um Mobilisation geht, das können viele Berufsgruppen machen. Also Mobilisation im Sinne von Üben. (Ich mobilisiere jetzt das Gelenk oder so) Genau, das Gelenk durch. Das können die auch in einem Pflegeprozess machen. Wenn es darum geht, irgendwelche Massagen oder du weißt ja, Osteopathie ist nicht so mein Ding, sowas anzubringen, da kann man auch in irgendwelchen Massagesalongs gehen. Also was ist denn unser Wiedererkennungs- und Wiederverkaufswert? Daran hakt es.

I: Was glaubst du denn, ist denn so der Wiederverkaufswert der Physiotherapie oder was wäre das für ein Punkt, den man rausnehmen könnte, den irgendwie fokussieren, dass dann die Physiotherapie in Deutschland, quasi eine Identität bekommt? Du hast ja vorhin schon Kommunikation angesprochen. Wäre für dich noch irgendwas anderes ganz maßgeblich worum sich die Physiotherapie bemühen müsste um sich dann auch genügend von anderen Gruppen abzugrenzen.

B13: Ja und zwar denke ich da, wenn ich das Ganze auf eine berufliche und soziale Ebene anschaue, würde ich sagen, dass man dort vielleicht diese Kernkompetenz der Verhaltens- und Risikoanalyse in einem Gesundheits- und Krankheitsprozess mit einbinden sollte. (Okay) Ich denke immer daran, wenn ich eine Anamnese mache, dann fragt man ja schon auch nach Verhaltensmustern. Ich will das jetzt nicht auf einer psychologischen oder psychiatrischen Seite begutachten aber ich will wissen, was sind denn solche Muster, die den Klienten in diese Situation gebracht haben? Da steckt viel dran, worauf er da angewiesen ist. Und da fehlt uns die analytische Fähigkeit, also auch auf den sozialen und beruflichen Kontext eine entsprechende Anamnese zu erheben, die uns es ermöglicht, diese Faktoren zu erkennen und auch diese zu bewerten und dann auch entsprechen anzugehen oder zu coachen, oder?

I: Okay. Das heißt so dieses, diesen Gesundheitsaspekt in der gesamten Dimension dieses Patienten zu begreifen, zu eruieren und dann quasi so eine Art Brückenobjekt zu bilden, dass er dann auch langfristig lernt, dass dann diese Problematik nicht immer und immer und immer wieder kommt, sondern dann auch eine Verhaltens- oder Wesensänderung zu erzeugen, dass er auch langfristig davon profitiert.

B13: Das ist vielleicht schon ein bisschen zu hochgegriffen, weil ich kann mir nicht vorstellen, dass wir überhaupt jemals in der Lage sein werden überhaupt alles zu erfassen. Ich denke da, also wenn er da mit einem Problem kommt oder er kann zum Beispiel seine Rolle nicht mehr erfüllen, im Sinne, er kann nur noch 50% arbeiten, so, dann müsste ich mir halt genau dort den Kopf machen, wie muss ich in meiner Berufsanamnese vorgehen, dass ich dort die Risikofaktoren für diese 50% Leistungsverlust, wie sage ich, analysieren kann und herausfinden kann, herausfiltern kann und dann muss ich eine Strategie entwickeln können, die klientenzentriert ist und es ihm ermöglicht, mit eigenen Strategien, mit Selbsthilfe wieder zurückzufinden.

I: Also meinst du so eine Art Reautonomisierung. Dass dann sowas stattfindet (Genau). Dass er sich dann selber, dass er quasi selber der Manager für sich eigens wird (Genau), Verantwortung übernimmt und dann quasi auch langfristig mit diversen Kompensationsstrategien, wie auch immer geartet, aber irgendwas therapeutisches als therapeutisches Medium, (Ja) dass er langfristig gesehen, diese Problematik nicht immer und immer wieder bekommt, sondern in seiner spezifischen Situation dann dadurch besser wird.

B13: Genau und dann sage ich das Schlagwort eben self efficiency, oder? Was ja in den Niederlanden mittlerweile sehr gut angekommen ist. Weil es geht ja auch darum, dass man in den Niederlanden auch die stationäre Neurorehabilitation zurückbaut, zum Beispiel, und die wenigsten Klienten nur noch eine stationäre Reha aufnimmt. Das sind dann wirklich nur die, die intensivpflichtig sind und die anderen gehen möglichst schnell wieder nach dem Spital nachhause und kriegen dann aber auch einen Ergo oder einen Physiotherapeuten an die Seite gestellt. Der kommt nachhause und coacht die Personen und das Umfeld zuhause. Und das ist ein tolles Rollenverständnis, weil die sehen dann zuhause natürlich oder auf dem Arbeitsplatz, was sind denn die aktuellen Probleme. Die beobachten den den ganzen Tag, machen dann eben ein Beobachtungsprotokoll und analysieren dieses Protokoll dann für sich und gemeinsam mit dem Klienten, mit den Berufskollegen und mit der Familie. Und dann erarbeiten sie eine Strategie wer, wann, wo, was übernehmen kann oder verändern kann.

I: Okay. Das heißt, dass dann da auch mehr die, dieses interdisziplinäre auch noch mal mit, einen größeren Fokus erfährt.

B13: Ja aber ich finde eben in der Physiotherapie sollte dann der Fokus darauf liegen, dass wir im Rahmen eines Therapiemanagements, die Fäden in der Hand haben.

I: Okay. Okay, gut. Sehr schön. Zweite Frage. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du primär deine Behandlungsstrategie aus? Was ist so dein Behandlungsmodell, was für dich wichtig ist, welches du so weit wie es geht, umzusetzen?

B13: Behandlungsmodell, kannst du das noch ein bisschen spezifizieren, was du genau meinst?

I: Es gibt ja mehrere Modelle, die sich in der Physiotherapie oder allgemein im Gesundheitswesen entwickelt haben. Da gibt es eben dieses biomechanische Modell und dann noch andere Modelle, die sich daraus dann irgendwie weiterentwickelt haben. Welches nutzt du hauptsächlich und kennst du noch andere?

B13: Also klar, das biomechanische Modell oder auch das biomedizinische Krankheitsmodell ist natürlich bekannt. Jeder spricht aber auch vom biopsychosozialen Krankheitsmodell, das ist natürlich klar wobei wir versuchen, möglichst alle Faktoren eben wie vorhin schon beschrieben abzubilden, was aber auch nicht gelingt, weil wir nicht dafür ausgebildet sind, auch nicht innerhalb von einem Studium. Persönlich grenze ich mich innerhalb ganz stark von vielen Eckpunkten zu anderen Modellen ab. Was mich nicht interessiert ist Biomechanik, interessiert mich 0,0. Ich will, dass mein Klient sein Aktivitäts- oder Partizipationsziel erreichen kann, wie auch immer. Wo der Fuß, der Arm, das Knie, die Schulter auch hinzeigt, das ist mir scheißegal. Das interessiert mich nicht die Bohne. Es muss für ihn so effizient wie möglich sein und was dann die Körperposition dazu sagt, ist mir völlig wurscht. Ja. Ich maße mir nicht an nach einem biopsychosozialen Krankheitsmodell zu verfahren, weil ich weiß, ich kann viele psycho-soziale Faktoren einfach nicht erfassen. Auch viele psychologische Pathologien kann ich einfach nicht erfassen. (Ja) Ich habe Skills aber die gelten einfach nicht dafür. Das heißt, ich beschränke mich tatsächlich wirklich nur dahingehend die Motorik und die Wahrnehmung wieder so weit zu bringen, dass jemand entweder seine Aktivitäten nachgehen kann die er will oder dass er eben wieder in seinem beruflichen Umfeld partizipieren kann.

I: Okay, gut. Frage Nummer drei. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung beziehungsweise nach dem Studium erworben haben? Was ist für dich oder was sind für dich diese Kernkompetenzen, wo man sagt, hey eigentlich jeder Physiotherapeut, der den Job beginnt, sozusagen, muss das, das, das und das eigentlich wissen und können, weil das die Grundlage ist. Was ist denn da für dich oder was fällt dir denn da so besonders ein?

B13: Metakognition.

I: Okay, das heißt quasi, dieses reflektieren können über das, was ich gerade tue? (Ja) Okay.

B13: Weil das ist untrennbar mit einem guten clinical-reasoning-Prozess verbunden. Ja, das ist nicht voneinander trennbar und ich habe das Gefühl, da habe ich jetzt zwar keine belastbaren Fakten dazu aber ich habe das Gefühl, dass das nahezu kein Physiotherapeut kann, der frisch von der Schule, von der FH, von der Uni kommt und auch nicht langjährig gediente Physiotherapeuten.

I: Okay, das heißt, dass diese Fähigkeiten doch noch intensiver trainiert oder gelernt oder wie auch immer sozialisiert werden, vielleicht weil das ist ja auch so ein größerer Prozess. Dass die das alles ein bisschen besser überblicken können. Sie müssen es ja nicht perfekt können aber das soll ja wenigstens die Grundlage sein, dass sie sich dadurch dann weiterentwickeln können, selbstständig.

B13: Genau. Wenn du nicht in der Lage bist, dein Handeln stätig selbst zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen, dann fällt dir auch später das kritische Denken bezogen auf andere Punkte leichter also, wenn ich irgendjemanden mit einem Scheinfaktum konfrontiere, dann bist du eher in der Lage, das erstmal mit Distanz zu betrachten und auf Wahrheitsgehalt zu überprüfen. Das baut dann alles darauf auf aber wenn ich selber nicht in der Lage bin, mich zu hinterfragen kann ich auch andere nicht sachgerecht hinterfragen, oder?! (Auf jeden Fall) Und das sieht man auch zum Beispiel, wenn ich mir von der ZHAW das Curriculum angucke oder wenn ich mir jetzt von der BFH das Curriculum angucke oder auch in Österreich von Ablegern, ist das schon eine Universität. Ein ganz großer Fehler meiner Meinung nach ist, die Leute gehen nehmen zuerst irgendeinen Fachunterricht. Innere Medizin, Neurologie, muskuloskeletal oder die Manuelle Therapie dann lernen die ein paar Auszüge aus Bobath (unverständlich) Und irgendwann kommt mittendrinn mal das wissenschaftliche Arbeiten und kritisches Denken. Meiner Meinung nach wäre es aber didaktisch wichtig, das Ganze als erstes zu machen. Das heißt das erste Semester müsste durchtränkt sein von clinical reasoning, von wissenschaftlichen Arbeiten, eben um die metakognitiven Skills hervorzurufen, weil dann könnte auch der Studierende auch im Verlauf des Studiums besser reflektiert überlegen, Moment, das was mir hier dieser Dozent erzählt, ist das überhaupt sinnvoll, stimmt das, wie kann ich das beurteilen und überprüfen, oder?! (Auf jeden Fall) Und ich finde, das ist ein ganz, ganz großes Problem, dass das nicht so stattfindet.

I: Okay. Du hast vorhin auch noch Kommunikation angesprochen, dass das jetzt auch ein Kerngebiet der Physiotherapie sein sollte, das heißt wahrscheinlich dann auch, intensiver in die Physiotherapieausbildung oder Studium mit integrieren. (Ja) Du hast auch Wissenschaft gerade angesprochen, eher dann am Anfang um dann dieses kritische reflektierte Handeln besser vielleicht analysieren oder reflektieren zu können. Wie schaut es denn jetzt zum Beispiel mit der technischen Anwendung aus? Hast du da das Gefühl, dass da die Physiotherapie bislang ganz gut aufgestellt ist mit der Ausbildung und Studium oder dass es da auch noch Nachholbedarf gibt?

B13: Größten Nachholbedarf. (Okay) Und das ist unabhängig ob wir jetzt nach Deutschland schauen oder in akademisierte Länder, ganz ehrlich, es ist noch immer Ein und das Gleiche.

I: Okay, gut. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung, beziehungsweise durch das Studium, genügend auf den Berufsalltag vorbereitet worden bist? Damals. Also einmal Ausbildung, kurz danach wie das gewesen ist, als du dann in den Job gekommen bist und du dann etwas machen musstest oder dann auch Studium. Glaubst du, dass es da Unterschiede gibt und das mit dem Studium besser klappen würde oder was ist diene Meinung dazu?

B13: Ich habe ja zuerst eine normale schulische Ausbildung gemacht und habe dann erst den universitären Weg eingeschlagen und die schulische Ausbildung, die hat mir ehrlich gesagt nichts gebracht. Weil ich eigentlich nur Eminenz gelehrt wurde.

I: Das heißt jemand hat dir gesagt, was du tun sollst und du machst das dann auch.

B13: Genau und das spiegelt sich ja auch auf dem Fortbildungsmarkt wider. Und da geht es eher um Eminenz vor Evidenz und das ist ein großes Problem, weil das auch in den Schulen schon so vermittelt wird. Das heißt, eigentlich möchte man ja in der Physiotherapie den dazu befähigen, sich selbst zu helfen, also meiner Einstellung nach zumindest aber im Studium oder in der schulischen Ausbildung hat man immer jemanden da, der liefert, der Dozent liefert, oder?! Es wird sich wenig mit einem Thema auseinandergesetzt, in Eigenverantwortung das zu erarbeiten und dann habe ich natürlich diese Eminenzhörigkeit und ich weiß ja aufgrund meines eigenen Berufswegs, ich war ja früher auch mit dieser ganzen Manuellen Therapie und Osteopathiekacke war ich ja eng verwoben, habe unendlich viel Zeit und Geld für diesen ganzen Schwachsinn investiert, weil ich einfach nicht, ja, weil ich

Eminenz… wie sagt man, (Hörig oder…?) ja, eminenzhörig war. Und dann habe ich mich irgendwann den universitären Weg nebenberuflich weiterentwickelt und da kamen dann zuerst die Skills, die kleinen Skills im Bereich der Metakognition. Ah, hey scheiße, ich muss mich mal überprüfen warum komme ich denn nicht weiter, ist denn alles plausibel was die erzählen, wie kann ich mich selbst und andere hinterfragen, wie kann ich das beurteilen, wie kann ich das bewerten, wie kann ich das in den Alltag einbringen? Und letztendlich habe ich mich erst nach Abschluss des Masterstudiums, das ist jetzt gerade mal drei Jahre her, ja, fast drei Jahre her und erst seitdem fühle ich mich etwas in der Lage, für meinen Beruf vorbereitet zu sein.

I: Also auch wenn du wirklich auf einem, das ist ja dann natürlich auch subjektiv, auf einem relativ hohen Niveau, dass du dir jetzt auch vorstellst auch arbeiten zu können. Auf einem professionellen Niveau dann sozusagen.

B13: Ich, subjektiv bin ich der Meinung, mein Niveau ist nicht schlecht aber ich habe ganz viel Luft nach oben. Weil ich vieles nicht weiß und für vieles auch nicht die Zeitressource habe aber ja. Ich kümmere mich darum.

I: Okay, gut. Frage Nummer fünf. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten? Wenn ja, warum. Warum ist dir das auch so wichtig?

B13: Ja. Also ohne Frage, ja. Weil, letztendlich geht es darum, dass man ja für den Klienten das bestmögliche Outcome gewährleisten will und das geht nur wenn faktenorientiert arbeite. Ich muss wissen was ich tue und nicht glauben was ich tue. Ich habe in meiner Arbeit diesen Glaubensfaktor nahezu völlig ausgeschlossen. Bauchgefühl, lasse ich mich nahezu nicht leiten, ich versuche das immer irgendwie zu unterdrücken und auszugrenzen. Scheinbar nicht schlecht.

I: Okay, also hast du auch selber für dich ein gutes Gefühl und ein gutes Gewissen, dass du quasi das neueste und das beste, in Anführungszeichen dann einfach nutzt um jemand anderen zu helfen. Weil, es geht ja nicht um einen selber sondern es ist ja quasi ein stellvertretendes Handeln für jemanden anderen und dementsprechend ja mit einer anderen Verantwortung behaftet.

B13: Genau. Und ich muss dazu sagen, weil da sagen auch immer viele, ja, die Erfahrung des Therapeuten auch in dem Prozess des evidenzbasierten Arbeitens oder der evidenzbasierten Praxis, ich finde aber, Erfahrungswerte gehören für mich da nicht mit rein, aus einem ganz einfachen Grund. Wenn ich ja sowieso sage, jeder Klient ist ein Individuum dann zählen die Erfahrungswerte, die ich bei jemand anderen gemacht habe, der anders funktioniert und anders ist, die zählt dann für mich nicht. Das heißt, ich muss versuchen, diesen Klienten wieder völlig neu zu betrachten und dann das bestverfügbare Wissen anzuwenden.

I: Okay, gut. Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert?

B13: Heute. (Heute? Was war der Grund dafür?) Jeden Tag.

I: Was war der Grund? Einfach Eigeninteresse oder hast du da irgendwie ein Projekt für dich oder?

B13: Auf der einen Seite weißt du ja, also KlugeRiese macht ja einiges dann habe ich aber auch durch meinen Arbeitgeber eine besondere Stellung in der Klinik. Das heißt, ich arbeite wissenschaftlich-praxisorientiert zu. Ich habe dafür jeden Tag fast eine Stunde Zeit, wo ich mich mit bestimmten Fragestellungen innerhalb des interprofessionellen Teams auseinandersetzen darf und dann recherchiere ich dazu. Wenn es keine Fragestellungen gibt, dann lege ich die Themen fest und erarbeite ich auch klinikintern Fortbildungen und Factsheets. (Okay) Das ist täglich Brot.

I: Sehr gut. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deiner Patienten?

B13: Versorgungsleitlinien an sich… Ich schaue ab und zu mal rein, ich mag die persönlich aber nicht, weil die für mich nicht den obersten Grad der Evidenz darstellen. (Okay) Weil es ja letztendlich nur ein Konsensverfahren ist, indem die entstehen. Und die haben für mich häufig keine guten Empfehlungen. Wenn ich jetzt zum Beispiel überlege, dass es auch von der DGNR Remus Guidelines, da wird zum Beispiel das Krafttraining nicht unbedingt als first line intervention für Parkinson empfohlen. Ja, das ist natürlich Quatsch. Wenn ich mir jetzt die hinzugezogene Literatur anschaue, dann weiß ich auch warum die eine Nicht-empfehlung rausgeben. Da wurde dann aber auch nicht sauber gearbeitet, in einem Reviewverfahren. Dann wäre man zu einem anderen Ergebnis gekommen. Und das zieht sich halt durch viele Leitlinien durch.

I: Okay, das heißt, du nutzt jetzt diese Leitlinien um einen Überblick zu bekommen aber weißt ja auch im Hintergrund auch, dass es nicht das aktuellste und neueste ist, sondern nutzt dann eher wirklich gezielt irgendwelche systematic reviews oder was auch immer um das dann eher anzuwenden, mehr als diese Leitlinien dann, oder?

B13: Genau, richtig. Denn eine Leitlinie ist ja schlussendlich ein Sammelsurium aus Expertenmeinungen. Und Expertenmeinungen stehen halt nicht an oberster Stelle und… ja, das ist halt so, dass man einfach… ja, das ist auch ein Teil meiner Meinung dazu, zu Leitlinien. Aber es ist gut, wenn man ein paar kennt, das ist wichtig, das ist okay aber ich sehe sie eben nicht als absolute Empfehlung an. Weil ich gucke mir dann vielleicht zu einer Fragestellung eins, zwei, drei, vier systematic reviews und oder Metaanalyse an und schaue dann, was da überhaupt passiert ist und ermittelt wurde und dann baue ich darauf eventuell meine, meinen Behandlungseinfluss auf.

I: Ja, okay, gut. Jetzt hatten wir so diesen Block mit so ein bisschen berufsspezifischen oder berufsspezifische Soziologie. Jetzt geht es eher so in den Begriff der Professionalisierung. Was sagt dir denn persönlich erstmal der Begriff, rein nur Professionalisierung? Für dich persönlich.

B13: Professionalisierung für mich persönlich heißt, dass ich als Profession also als Beruf, Standards haben muss.

I: Das wären für dich zum Beispiel? Was wäre so für dich ein Standard, den man jetzt haben sollte, speziell jetzt vielleicht Physiotherapie?

B13: Was ich schon gesagt hatte, einen Kommunikationsstandard sollte ich haben, weil… ja, einen Kommunikationsstandard sollte ich haben und ich sollte dringend einen Standard in meinem klinischen Denken haben. Mein Denkprozess sollte standardisiert ablaufen, oder? Ich sollte Klienten immer nach einem gleichen Schema befragen und darauf auch mein Denken und Handeln stützen. Zum Beispiel meine Frau ist ja Notärztin und Anästhesistin, gerade im Notarztwesen, da läuft alles standardisiert. (Die wissen, das muss

jetzt zack, zack, zack so laufen…) Genau. Du hast deine Algorithmen, du weißt nach fünf Durchdängen pumpen, also drücken auf der Brust, also das heißt da kommt zuerst der Blitz, wenn es ein Flimmern ist, dann nach dem zweiten Durchgang, dann kommt halt Adrenalin. Also diese Hierarchie im Handeln oder? (Ja) Und das ist für mich ein verbindlicher Standard, den es braucht. Und den haben wir nicht.

I: Okay. Wenn man jetzt so das so jetzt ein bisschen mit der Professionalisierung, mit diesen Standards, erstmal nur den Begriff Professionalisierung. Was fällt dir damit ein im Bereich der Physiotherapie? Passiert da irgendwas mit der Professionalisierung oder wie siehst du das denn jetzt?

B13: Man könnte sagen, es gibt eine Professionalisierung, weil es ja auch die Möglichkeit gibt, Physiotherapie zu studieren.

I: Okay, das heißt, du siehst Professionalisierung auch so mit einen Teil aus der Akademisierung?

B13: Grundsätzlich ohne jetzt tiefer darauf einsteigen zu wollen, ja. (Okay) Weil eine Akademisierung sollte ja allgemein befähigen faktenbasiert zu arbeiten und faktenbasiert heißt halt, dass ich nicht nach irgendwelchen beliefs attitudes mein Handeln richte. Wenn ich das ganze jetzt an den Maschinenbau orientiere oder an Architektur, dann gibt es knallharte Fakten. Du kannst ein Haus oder einen Bogen nur so und so bauen, weil es dazu physikalische Größen gibt, die müssen eingehalten werden, sonst kracht das Ding zusammen, Punkt. Das vermittelt zumindest das Studium, dass dort mit Fakten gearbeitet wird. Ich weiß aber auch, dass die Akademisierung in der Physiotherapie erstmal ein Deckmantel ist. (Okay) Ein Deckmantel zu tun als würde man professionalisieren, weil diese belastbaren Fakten liefern wir ja häufig nicht, auch nicht innerhalb dieses Studiums.

I: Okay. Was hast du denn für ein Gefühl? Also, dass dann noch zu wenig gemacht wird oder, dass es nur, ja… wie meinst du das denn genau mit dem Deckmantel? Das finde ich interessant.

B13: Gutes Beispiel. Ich kann dir es jetzt nur aus der Schweiz sagen. Die Schweiz hat erst seit 2006 die Akademisierung begonnen. Vorher waren es alles schulische Ausbildungen. Jetzt ist es aber so, dass die, die die Akademisierung leiten, waren ja die schulischen Lehrer von früher. Und die sitzen ja auch heute noch in den Studiengängen und leiten die. (Okay) Das heißt, dort werden ja, das kann man auch an den Inhalten sehen, da werden Sachen weitergetragen, die damals zur schulischen Zeit schon out eigentlich waren, nach dem Evidenz, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und die werden heute weitergeführt, weil sich diese Leute, die damals Lehrer waren und heute Dozenten sind oder vielleicht auch sogar Professoren, ja, die führen das weiter, was damals ihre Identität gegeben hat. (Okay) Und dann habe ich halt dann zum Beispiel Leute in dem Fachbereich Neurologie sitzen, die kommen eben aus dem Bereich Bobath, PNF oder Vojta und erzählen da den ganzen Tag den Leuten das Märchen der Fazilitation. (Okay) Das heißt die unterrichten das gleiche, was sie im schulischen Bereich unterrichtet haben unter dem Deckmantel der Hochschule und deswegen sage ich ist die Akademisierung, wenn die nicht radikal von Anfang an mit dem alten gebrochen wird, ist es nur der Wolf im Schafspelz.

I: Okay, das heißt, einfach nur ein Machtmonopol anders tituliert, sozusagen.

B13: Genau.

I: Okay. Und jetzt so für Deutschland. Hast du da so das Gefühl, dass da jetzt durch diese Akademisierung schon ein Stück weit in Richtung Professionalisierung des gesamten Berufsbildes auch irgendwie geht? Oder wie ist da bis jetzt so das Gefühl?

B13: Mein Gefühl, das ist ja sehr subjektiv natürlich. Es gibt Licht und Schatten. (Okay) Es gibt Licht und es gibt Schatten, es gibt immer wieder junge Kollegen, die jetzt frisch aus dem Bachelor kommen, die auch vielleicht direkt in den Master gehen. Die könnten was bewegen, die könnten was verändern, die werden teilweise zum kritischen Denken erzogen und die haben auch schon teilweise Skills, sich entsprechendes Wissen zu erschließen zu können. Aber es gibt natürlich auch wie wir es gerade schon hatten, diese Schafspelze. Und ich würde sagen, es ist 50/50. (Okay) Also es gibt Hochschulen, die professionalisieren tatsächlich und es gibt aber auch viele Hochschulen, das ist das gleiche wie früher die schulische Ausbildung. (Nur anders tituliert) Nur anders. Und eben noch einen kurzen Einblick zur Schweiz. Die machen angeblich nach Bologna, müssen die ja vier Jahre absolvieren um den Bachelor zu erreichen. Ganz ehrlich, es sind ja nur zweieinhalb Jahre Präsenzzeit an der FH und die restlichen eineinhalb Jahre sind Praktikumszeit. Und das letzte Jahr ist das Zusatzmodul C und das ist eingeteilt in zwei mal fünf Monate plus zwei Monate Ferien. Das heißt, die machen eigentlich nur ein Anerkennungspraktikum wie damals die Masseure in Deutschland, es ist Augenwischerei.

I: Bachelorarbeit, so eine richtig klassische wissenschaftliche Arbeit dann zum Schluss? Gehört die dann auch mit dazu oder ist das dann so ein bisschen ein Grau-Ding?

B13: Also die Bachelorarbeit ist ja schon ein lustiges Thema. Weil wenn eine Bachelorarbeit als Gruppenarbeit geschrieben wird, dann muss ich sagen, entbehrt das jeglicher Grundlage. (Okay) Weil, also du kannst eine Bachelorarbeit alleine schreiben aber in der Regel wird sie von zwei bis vier Leuten geschrieben und ich finde gerade auf dem Bachelorniveau, wo die Arbeiten noch nicht diesen großen Umfang haben, kann ich erwarten vom Studierenden, dass der sich da sicher und selbstständig mit einem wissenschaftlichen Thema auseinandersetzt. Und von daher finde ich die Qualität und den Wert der erzeugten Bachelorthesen lächerlich.

I: Okay. Gut. Was könnte deiner Meinung nach getan werden, um die Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen? Du hast ja schon einmal Akademisierung gesagt, das heißt, dass alles mehr… ach so, das kommt dann später, sorry. Das heißt, das ist ja schon einmal ein Punkt, gibt es da so andere Situationen, wo man sagt, hey, wenn das jetzt umgesetzt wird, dann wird es mit der Physiotherapie richtig weiter vorangehen.

B13: Ja. Es braucht, denke ich mal, zunächst erstmal ein NC. (Okay) Ganz sicher, es braucht Qualifikationsvoraussetzungen um überhaupt zur Schule zugelassen zu werden. Was ja nicht automatisch heißt, dass man jetzt auch von der sozialen Komponente her geeignet ist aber es braucht einen gewissen Bildungsstand, von Haus aus. Das wäre ein Schritt, ein anderer Schritt wäre auch, dass man dann die Fachhochschulen oder Universitäten dazu verpflichtet, wirklich verpflichtet nur das zu unterrichten, was sich als wirksam bewiesen hat und das objektiv als wirksam erwiesen hat.

I: Das heißt, das Curriculum dementsprechend auch so anpassen, dass es auch wirklich diesen wissenschaftlichen Standard auch genügt. Okay.

B13: Ein weiterer Schritt wäre auch, dass man jetzt auch sagen würde, es müssen sofort alle schulischen Ausbildungen, die jetzt laufen, die müssen beendet werden, die können vielleicht einen nachträglichen Titel erwerben, wie es in der Schweiz auch ist, wo man halt Leuten die nicht studiert haben eine Brücke geschlagen hat, die aber halt dann diesen nachträglichen Titel erst dann nachmachen können, wenn sie halt noch berufsbegleitend eben in einem wissenschaftlichen Bereich, Fähigkeiten nachweisen. Das ist der nächste Schritt weil man muss ja auch an die denken, die jetzt da sind, oder, die können wir ja nicht alle entlassen und kündigen und auf (Ja) die Straße stellen, das geht nicht, die brauchen wir noch eine Zeit lang, weil sonst wird es vielleicht von der Versorgung her einfach kritisch. Und dann müsste man aber auch sofort, wenn ich nämlich von den Leuten viel Engagement im Bereich Bildung und auch im Bereich Zeit abverlange, ein Studium wird ja nicht vergütet, dann muss ich aber auch über Bezahlung reden. (Okay) Dann muss ich über Bezahlung reden, weil dann muss ich sagen, okay, gut, wir verlangen auch per Gesetzgebung sehr viel von euch, das ist ein sehr hohes Niveau also müsst ihr auch in der Lohnklasse entsprechend hoch einsteigen. Auf Kostenträgerseiter würde ich sogar sagen, wenn jemand tatsächlich selbstständig ist, dann muss der auch einen Erfolgsnachweis für eine Behandlung bringen.

I: Okay, das heißt, also mit Evaluation und, ja, oder wie würdest du dir das dann vorstellen, dass… wie die das machen sollen?

B13: Ich habe da wieder mal die Niederländer im Kopf, die ja per se von vornherein eine Behandlungslimitierung haben. Da kann ja der Versicherer von vornherein schon bestimmen wieviel Behandlungen kriegt jemand um ein bestimmtes Problem zu lösen oder ist überhaupt dieses und jenes Symptombild überhaupt krankenkassenpflichtig oder behandlungswürdig, oder?! Und wenn ich dann aber spätestens nach der dritten oder vierten Behandlung merke, oder nach dem Coachingverfahren merke, es bringt nichts, dann muss ich es beenden, muss dem Krankenversicherer das rückmelden, kriege dann für die Ehrlichkeit eben meine Behandlung bezahlt, die ich geleistet habe, kann dann aber nicht erwarten, dass ich eine Weiterverordnung bekomme.

I: Okay. Das heißt, dann mehr Transparenz zwischen Kostenträgern und Leistungsträger, dass dann irgendwie bisschen (Ja, Leistungserbringer). Okay. Wie ist es denn jetzt im Bereich Politik oder vielleicht sogar Verbandsarbeit, glaubst du, dass da irgendwie die Verbände da irgendwie mithelfen könnten?

B13: Nö. (Gar nicht?) Nö. (Okay, warum glaubst du das?) Also, wenn man sich jetzt so die deutschen Verbände anschaut, die ja… bei denen ja meistens immer die gleichen Leute in den führenden Positionen sitzen, die aber halt auch sich selber die Macht sichern, aus welchen Interessen auch immer. Die haben ja gar kein Interesse daran, dass die Physiotherapie sich emanzipiert. Die haben gar kein Interesse daran. Wahrscheinlich, weil selber manche auch vielleicht Konzeptleiter sind, von irgendwas oder Konzeptinstruktoren. Ich denke jetzt zum Beispiel an Maitland-Instruktoren und Bobath-Instruktoren, die gar kein Interesse daran haben, dass die Physiotherapie professionalisiert wird, weil das würde ja heißen, dass der Fortbildungsmarkt zusammenbricht.

I: Weil sich dann jeder Therapeut selber reflexiv das aneignen kann, was er braucht, in dem Moment und (Ja, genau) dementsprechend auch handeln kann.

B13: Genau und viele Verbände leben ja zum Teil auch von dem Fortbildungsmarkt. Wenn ich überlege, ja ich bin jetzt zertifiziert von diesem einen oder diesen anderen Verband, dann kommt natürlich viel Geld rein. Das gleiche Problem haben die Schweizer ja auch. Physio Swiss ist mit einer der bescheuertsten Verbände die ich überhaupt kenne. Die maßen sich an, einen Titel für klinische Experten zu vergeben. (Okay) Klinische Experten für muskuloskeletale Rehabilitation umfasst zum Beispiel Triggerpunkt, Dry Needling und Kinesio-Tape. Das musst du vorweisen können. Unter anderem, oder?! Und die sichern sich damit natürlich ganz schöne Kohle, weil dieses Verfahren kostet knapp 1400 Franken, wenn du das möchtest. Und die kooperieren da mit ein paar Kliniken und die Kliniken dann sagen, okay, gut, wir stellen nur Leute ein, die das als Voraussetzung wiederum haben. Oder über Physio Swiss laufen dann halt eben auch viele Fortbildungsangebote wo die ja direkt mitverdienen und die haben auch hier in der Schweiz tatsächlich gar keinen Bock, dass die Akademisierung letztendlich zu einer Professionalisierung führt. Und das merkt man auch weil sie alles blockieren.

I: Macht und Wirtschaftlichkeit.

B13: Ja, genau. Eigene wirtschaftliche Interessen.

I: Okay. Gut. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung. Das heißt was sollte professionelle Physiotherapeut können, mitbringen, damit er auch wirklich oder, dass du denkst, dass er wirklich professionell und auf einem ganz hohen Niveau arbeiten kann.

B13: Also das habe ich vorhin schon einmal gesagt. Kommunikative Skills, wir hatten vorhin auch ja schon gesagt, er sollte hohe metakognitive Fähigkeiten haben, weil darauf basiert das ganze clinical reasoning, er sollte ins besondere eine berufliche Ehrlichkeit mitbringen. (Okay) Berufliche Ehrlichkeit in dem Sinne, es tut mir leid Herr Sowieso oder Frau Sowieso, ich kann ihr Problem nicht beheben, ich kann sie daher nicht weiterbehandeln, somit ist unser Behandlungsvertrag erloschen. Das heißt, er muss auch einfach stoppen, wenn es tatsächlich kein Ziel mehr gibt oder kein realistisch erreichbares Ziel gibt.

I: Okay, das heißt auch, selber therapeutische Grenzen, also einmal die therapeutische Seite der Grenze dann auch wissen und dann dementsprechend vielleicht auch diese ethische Verantwortung dann auch greifen lassen, dass es halt bis zu diesem Punkt nicht geht und alles andere wäre verschwendete Zeit, Ressourcen und (Hoffnung) Hoffnung.

B13: Ja. Und dann gehören aber auch noch für mich dazu, dass Therapeuten lernen müssen, Männer wie Frauen, ihr Ego vor der Tür zu lassen, wenn es um den Klienten geht. Ich kann ja zwischen Kollegen, ist es eine andere Sache wie man sich verhält aber ich finde, das eigene Ego, naja, doppelt gemoppelt aber das Ego hat im Rahmen eines Patienten- oder Klientenkontaktes hat es nichts dort zu suchen.

I: Hast du das Gefühl, dass das bei vielen vorkommt oder dass das eher (Ja) das als Faktor ist, der dann vielleicht diese richtige, in Anführungszeichen richtige oder evidente Therapie verhindern würde?

B13: Ja, definitiv, weil da sind wir wieder bei Eminenz. (Okay) Wenn ich eine, wenn ich eine Eminenzinduktion habe, schon alleine durch die schulische Ausbildung und durch dieses Schulverfahren, wie mir Bildung beigebracht wird. Dann nehme ich das mehr oder weniger bewusst oder unbewusst ja auch für mich an. Und dann versuche ich mich vielleicht in einem Licht zu präsentieren,

dass mir gar nicht gerechtfertigt ist. Ich sage da immer the good, the bad and the ugly physiotherapist, oder? Der Gute lässt sein Ego vor der Tür und gibt das Beste damit der Klient so schnell wie möglich unabhängig wird und der schlechte Physiotherapeut gibt dir ein schlechtes Selbstbild, macht dich krank oder macht dich kränker als du bist um sich selbst dann als Lösung zu präsentieren (Okay) und der hässliche ist nur hässlich. (Lach) Aber das beobachte ich tatsächlich Tag für Tag auch bei mir in der Klinik, egal Mann, egal ob Frau, wir haben auch Therapeuten bei uns, die können ihr Ego nicht vor der Tür lassen. Und die versuchen dann den Klienten irgendwas zu erklären, was an den Haaren herbeigezogen ist um Wissen darzustellen. Ja, ich weiß nicht, in wie fern das berechnend ist oder ob das einfach nur so ein unreflektierter Wesenszug ist aber das verhindert auch häufig einen Konsens.

I: Dass man dann auch aufeinander zukommt und sagt, hey okay, du hast das jetzt so gemacht und warum hast du das jetzt so gemacht und dass dann halt keine Grenzen geschlagen werden oder Grenzen gebaut werden, sondern dann, ja so als Brückenfunktion dann vielleicht auch gilt, dass man dann auch mit dem Kollegen irgendwie in einem neutralen-positiven Austausch ist.

B13: Das ist ja grundsätzlich in der Physiotherapie keine Kultur. Also es wird ja nicht dem Kollegen gesagt, warum machst du denn das jetzt so? Oder, warum hast du denn das gemacht? Oder was soll das? Das ist ja verpönt, das ist ja wirklich verpönt. Wenn man sich den praktischen Alltag so anguckt, warum machst du das und das und das und das? Diese Supervision oder Superreflexion durch einen Anderen, das gibt es nicht. Das gibt es nicht, da können auch viele nicht damit umgehen, weil das hat ja wieder mit sich selbst zu tun. (Weil die sich dann persönlich angegriffen fühlen) Kann man, ja. Man kann es aber auch als Chance nehmen und sagen, okay, was hast du beobachtet? Wie siehst du das aus deiner Warte? Wie würdest du es machen? Aber viele fühlen sich halt angegriffen.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die gesamte Gesellschaft ein? Hast du das Gefühl, dass die Physiotherapie einen Mehrwert für die Gesellschaft an Gesundheit und Ressourcen bringt oder eher sogar die Gesellschaft dadurch noch mehr krank macht?

B13: Ich finde komplett für alle Fachgebiete ist die Physiotherapie völlig überflüssig, so wie sie jetzt existiert. (So wie sie jetzt existiert, okay) Ja und ich nehme mich da in meiner Rolle nicht aus. Ich finde jetzt auch was ich in meinem klinischen Alltag so tue, dafür muss ich mich nicht als Master hinstellen. Oder später, keine Ahnung, muss sich da auch kein PhD hinstellen, da muss man auch keinen Bachelor hinstellen. Ich finde uns völlig überflüssig, so wie wir jetzt funktionieren. (Okay) Ich finde wir sind Kostenverursacher, auch wenn wir der kleinste Anteil im Gesundheitswesen sind, es ist aber auch einer der beträchtlich ist. Ich finde wir tragen eher zur Chronifizierung bei, oder zur Krankmachung auch gesunder Menschen. Aufgrund unserer Glaubensannahmen und Einstellungen. Und ich finde, dass das was wir tun, als Berufsgruppe, geht meistens nicht über einen Placeboeffekt hinaus.

I: So wie wir es bis jetzt handhaben. Das heißt, (Genau) glaubst du dann, dass wenn es die Physiotherapie wissenschaftlicher arbeiten würde und halt auch wirklich das, was Fakt ist auch dementsprechend in diesem Kontingent, bei dem man gesehen hat, okay, für diesen und jenen Zeitraum ist das sinnvoll, dass es dann effektiver wäre?

B13: Ja. (Ja?) Das denke ich sehr wohl. (Okay, gut) Weil, eben, wenn ich mein Handeln auf Fakten aufstützen kann und auf Wissen aufstützen kann, dann generiere ich ja einen Wirkeffekt und zwar eben der wirklich über etwas unspezifisches hinausgeht, ja.

I: Okay. Was denkst du, welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung? Kann jeder einzelne Physiotherapeut überhaupt das gesamte Konstrukt der Physiotherapie professionalisieren oder was müsste der dann tun, dass es dadurch wirklich vorangeht. Du hast ja schon vorhin gesagt, Metakognition. Das ist das, was dann jeder irgendwie erlernen sollte aber glaubst du, dass jeder Therapeut in diesem kleinen, als kleines Modul das gesamte irgendwie großartig verändern könnte?

B13: Nein, nein. Weil dieser Beruf zu ego-lastig ist. (Okay) Dieser Beruf ist schlichtweg zu ego-lastig.

I: Das heißt, so wie es jetzt gerade in Deutschland ist, 97 Prozent circa oder 97,5 Prozent sind aus der reinen Berufsfachschule und ich glaube 2,5, mindestens mit auf Bachelorniveau. Das heißt, dass das zu unvage ist, dass sich das dadurch nicht weiterentwickeln kann?

B13: Es ist zu divergent, ja. Es ist zu divergent, weil wenn du jetzt überlegst, du kriegst jetzt im schulischen Bereich, ich sage das jetzt mal so wie ich es sehe, du kriegst im schulischen Bereich einfach nicht das reflektierte Denken mit. So, dir wird ja schon in der Schule gesagt, oh, okay, wenn ich jetzt das Staatsexamen habe, was muss ich denn noch alles machen? Ah, ich muss Lymphdrainage machen, ich muss manuelle Therapie machen und mindestens noch Bobath oder PNF, dass ich dann Krankengymnastik… wie sagt man in Deutschland? Auf neurophysiologische Grundlagen abrechnen kann. Das heißt, ich werde von vornherein schon in eine Richtung gelenkt. (Okay) Ja, und das funktioniert nicht, weil dann, wenn ich in der Lage wäre und wenn ich erkennen würde, dass das ja alles Quatsch ist, dass das ja wirklich Müll ist, dann müsste ich ja dagegen aufbegehren und müsste sagen, Moment, ich mache das nicht, das ist Zeitverschwendung, das ist Geldverschwendung, es ist unökonomisch, es wirkt nichts. Es hilft uns tatsächlich nicht, weil das nicht unser Rollenbild ist und wir müssten ja alle dagegen aufbegehren, tut aber keiner. Weil es keiner kapiert.

I: Von den Bachelors wahrscheinlich oder von diesen 2,5 Prozent, die ja akademisiert sind, mindestens auch Bachelor, da wird es wahrscheinlich auch wieder nur die Hälfte oder ein Drittel dann machen und sich dann dagegen aufbegehren. (Wahrscheinlich, ja) Gut. Glaubst du von dir selbst, dass du jeden beziehungsweise fast jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest? Das heißt, das was du tust, tust du aus diesen und jenen Gründen.

B13: Ich würde sagen, zu 90 Prozent.

I: Okay. Und die anderen 10 sind dann Erfahrung, Intuition oder das individuelle, oder?

B13: Ich habe ja vorhin gesagt, ich versuche natürlich Erfahrung außen vor zu lassen und ich versuche auch meinen Bauch außen vor zu lassen aber das ist dann halt auch nur ein Versuch (Okay).

I: Das sind dann quasi die 10 Prozent bei denen du jetzt vielleicht merkst, da komme ich jetzt mit diesen evidenten Mitteln, die ich habe, finde ich jetzt diesen Zugang nicht ganz genau, dass du dann so ein bisschen diese 10 Prozent mehr rausholst.

B13: Ich schwimme dann. (Okay) Genau, ich schwimme dann und fische dann so ein bisschen im Trüben und vielleicht klappt dann was und vielleicht auch nicht. Aber ich würde mir dann nicht auf die Fahne schreiben, dass das mein Verdienst ist, wenn es wirkt. Oder wenn es klappt.

I: Okay. Also ganz klassisch auf der Metaebene. Okay, es ist besser geworden, was ich auch getan hat, was auch immer aber es ist besser geworden. (Genau) Okay, gut. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten sicher? Studium, Ausbildung, Fortbildungen.

B13: Ne, regelmäßige Qualitätskontrollen. (Okay) In Neuseeland ist es ja so, dass alle zwei Jahre, musst du ein Portfolio ablegen, wo du nachweisen musst, dass du dich mit so und so viel wissenschaftlichen Themen innerhalb deiner Berufsgruppe auseinandergesetzt hast, dann wirst du supervidiert (Okay) von jemanden der kommt dann da von der Behörde, oder?! Die supervidieren dich dann in dem was du tust, die befragen dich auch nach deinem clinical reasoning und dann wird mehr oder weniger deine Zulassung verlängert. (Ah, okay) Das heißt natürlich jetzt also nicht, dass es da nicht auch Leute gibt, die Hokuspokus machen, das muss man auch sagen. Das hat auch Schwächen das System aber ich denke, dass dort in der regelmäßigen Überprüfung von aktiven Physiotherapeuten, die eine Zulassung haben, die muss einfach stattfinden und die muss dann auch ähnlich wie bei Qualizert, also bei, bei, wie sagt man… bei solchen Zertifizierungsmaßnahmen. Ja, dass du zertifiziert wirst also kein Zertifikat hast, sondern zertifiziert wirst. Die, die Qualität sicherstellen und zwar die Qualität deines Handelns und deines Denkens.

I: Ja okay, das ist auch interessant. Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der deutschen Physiotherapie?

B13: Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, ist es ein Muss.

I: Okay, also sehr positiv, Daumen hoch?!

B13: Ja.

I: Okay, gut. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für Physiotherapeuten umzusetzen?

B13: Hehe, ne.

I: Begründe deine Meinung.

B13: Okay, ganz einfach. Unser Bildungsniveau, mein Bildungsniveau und das Bildungsniveau aller Berufskollegen, ist dafür zu schlecht. Wir kennen viele medizinische Parameter einfach nicht, unsere klinische Diagnostik ist für viele Sachen, auch für differenzialdiagnostisch nicht so gut in unserem Wissen und unseren Skills, dass wir etwaige Komplikationen ausdifferenzieren können. Ich weiß, es gibt Erhebungen, wo man dann Physiotherapeuten mit Ärzten verglichen hat und geguckt hat, wie sieht das denn aus… Ich hinterfrage jetzt einfach mal ob da auch die richtigen Leute ausgewählt wurden.

I: Okay. Wenn es jetzt zu einer Akademisierung kommen würde mit dementsprechenden Inhalten. Wie schaut dann oder wie würde dann die Situation ausschauen? War das bei euch zum Beispiel auch so im Studium? Mit diesem clinical… nicht clinical reasoning mit dem direct access, dass man da so eine Art Screeningverfahren oder sowas mit integriert hat im Studium oder wenn das jetzt im Studium integriert würde?

B13: Ne, das wurde nicht integriert und da wurde auch gar nicht nachgedacht, sowas zu integrieren. Ich denke eine Lösung wäre, dass Mediziner und therapeutische Berufe, diesen Bereich zusammen studieren sollten. Also zusammen bestimmte Lesungen besuchen, wenn es klinische Expertise geht beziehungsweise um Diagnostik und Differenzialdiagnostik im Erstkontakt mit den Klienten.

I: Wäre das dann eine Möglichkeit, irgendwann für die Physiotherapie sich vielleicht weiter zu professionalisieren, wenn das jetzt zum Beispiel Inhalt mit in das Studium integriert würde?

B13: Es wäre eine Chance, auf jeden Fall, aber ich frage mich auch ob Physiotherapeuten wirklich einen Direktzugang haben müssen. Also einen Direktzugang, wo sie… nein, falsch, eigentlich haben ja Physiotherapeuten einen Direktzugang, auch in Deutschland, oder?! Es kann ja jeder Privatzahler hingehen. Der Direktzugang bezieht sich ja eigentlich nur auf die Krankenkassenabrechnung. Und es muss halt, wenn es eine medizinische Behandlung sein soll, eine therapeutische Behandlung sein soll, dann muss eine gesicherte Diagnose stehen und die darf ja nur der Arzt stellen. Insofern müsste man sich auch erstmal überlegen, wenn ich von Direktzugang rede, meine ich tatsächlich nur die Krankenkassenvergütung (Okay) oder ist das Ganze nur ein Wortspiel. Weil, ich kann jederzeit, auch in Deutschland, jemanden behandeln, wenn der als Selbstzahler kommt. Ist ja nicht verboten.

I: Man muss es dann eben dementsprechend anders definieren oder deklarieren (Genau) und dann wäre es ja…

B13: Genau und das ist eine Augenwischerei. Das ist eine Augenwischerei aber wenn es im Zusammenhang mit einem Kostenträger ist, dann muss ich einfach sicherstellen, dadurch dass ich von einem Kostenträger finanziert werde, muss ich sicherstellen, dass ich keinen Humbug treibe.

I: Ja, okay, gut. Nächstes großes Thema. Jetzt geht es so in Richtung Ethik. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Wenn du jetzt einfach nur diesen Satz hörst, was fällt dir dann so typisch dazu ein?

B13: Begründbares Handeln.

I: Das ist für dich quasi schon eine ethische Grundvoraussetzung, das heißt, dass was du tust dann auch begründen zu können aus einem bestimmten Faktor heraus?

B13: Das muss natürlich auch mit gesellschaftlichen Normen konform sein. (Okay) Also ich muss natürlich schon wissen, ist das was ich tue jetzt gesellschaftskonform und kann ich das überhaupt auch auf die Ratio stellen.

I: Okay, gut. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung oder Studium angesprochen?

B13: Ja.

I: Okay, in welchem Kontext war das? War das dann irgendwie Wissenschaft oder war das dann auch praktisch oder allgemein?

B13: Innerhalb des Studiums und der vorangegangenen Ausbildung war das leider immer nur bezogen, Moment, war immer nur bezogen auf Forschung. (Okay) Ausschließlich und das ist natürlich zu wenig.

I: Wissenschaftsethik dann sozusagen mit der Deklaration… (Ja, Wissenschaftsethik) Okay, gut. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt? Wo du mal irgendwann reflektiert hast und gesagt hast, ah, was sollte ich jetzt oder was könnte ich jetzt in dieser Situation tun?

B13: Heute. (Okay) Auch wieder heute und zwar, was ja auch zu einer Neuroreha dazugehört ist ja die Tatsache, dass wir uns auch Amyotrophe-Lateralsklerose-Patienten und Glioblasom-Patienten WHO Grad IV auseinandersetzen müssen, (Okay) wo wir wissen, egal was du tust, es bringt nichts. Und ich denke da nicht nur über meine ethische Grundhaltung nach, sondern ich gehe dann auch direkt in Kontakt zu meinem Team und zu meinen Ärzten und versuche darauf hinzuwirken, dass man diesen Klienten in einem gesicherten Umfeld nach Hause entlässt, mit dem eindeutigen vermerk, die letzte Zeit zu genießen. Und nicht die Zeit in einer Institution zu klauen. (Okay) Weil das ist das, was mir auch häufig begegnet und dass die Klienten schon irgendwie wissen, sie haben eine beschissene Erkrankung aber sie setzen viel Hoffnung in die Rehabilitation. Und viele verstecken sich hinter der Hoffnung auch viele Health Care Professionals, oder?! Ich finde aber, das habe ich von meiner Frau auch gelernt, als Notärztin, die sagt halt, schau, gib den Menschen die Chance die Zeit die er hat, also real zu erfassen und die noch zu nutzen. Wenn du ihm aber nie sagst, was sein Zustand ist, was seine Kondition ist, dann steht er irgendwann da und merkt, scheiße, es geht gerade zu Ende und ich wollte noch so viel sagen oder tun.

I: Ja, okay. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein?

B13: Wahrscheinlich das grundlegendste.

I: Okay, warum glaubst du das, dass das so wichtig ist, dass es mindestens genauso wichtig ist wie die, wie die Wissenschaft?

B13: Weil ich, ich muss mir auch überlegen, ich möchte ja dem Klienten kein Leid zufügen, das ist das eine und das andere ist ja, ich möchte für den Klienten nach bestem Wissen und Gewissen handeln. Und ich kann nicht nach einem Glaubenssatz handeln, weil dann weiß ich es nicht und ich muss das was ich tue wirklich analysieren können und ich muss es einfach auch belastbar machen können, das hat ja auch versicherungstechnische Hintergründe. Das heißt, die ethische Auseinandersetzung mit dem was ich tue, also dieses reflektieren was ich tue, ist es überhaupt adäquat für den Klienten? Ist es gerechtfertigt das zu tun was ich tue und wenn ich es tue, ist es abgesichert? (Okay) Oder lasse ich den Klienten einfach nur in dem Glauben, etwas Wirkungsvolles getan zu haben. Das sind zweierlei und wenn ich mir jetzt zum Beispiel die SAWMF ethischen Richtlinien anschaue, die Schweizer Akademie für medizinische Wissenschaften, mir anschaue, die sich mit der Medizinalethik der medizinischen Forschung beschäftigen, die verbieten einfach Anwendungen nichtwirksamer Maßnahmen ohne Aufklärung gegenüber dem Klienten. (Okay) Und es wird jeden Tag dagegen verstoßen. Sowohl in der Physiotherapie als auch in der Medizin. (Ja) Und das finde ich höchst schädlich. Das muss aber jedem Physiotherapeuten im Rahmen der Professionalisierung bewusstwerden, dass ich eine Aufklärungspflicht habe. Ich muss dem Patienten die Chance geben mit zu entscheiden und ich darf ihn nicht in irgendeinem Glauben lassen.

I: Okay, das heißt, dass solche Grundsätze dann auch im Unterricht beigebracht sollten… (müssen) müssen, dass sich dann auch wirklich jeder dementsprechend daran hält oder beziehungsweise davon schon einmal gehört hat und weiß, wo die dann dementsprechend auch stehen.

B13: Ja, es geht ja um die Entscheidungsfähigkeit und um das Entscheidungsrecht des Klienten. Weil, wir reden ja auch bei einer Behandlung immer von der Einwilligung des Klienten und zwar ist die Einwilligung das Verstehen ja voraus. (Ja) Es sei denn er ist in einem Zustand, wo er eine freie Willensäußerung nicht mehr abschließen kann, dann ist es der mutmaßliche Wille. Aber darüber macht sich, habe ich den Eindruck, kein Physio Gedanken, deswegen machen wir dry needling, deswegen machen wir Triggerpunkte, deswegen machen Tape. Okay, beim Tape hat er keinen Schaden, wahrscheinlich aber ich muss ihm sagen, Entschuldigung, es wirkt nicht aber wenn sie daran glauben, also die SAWMF, die schreibt ja auch genau vor, wie sowas zum Beispiel zu erfolgen hat, oder?! (Okay) Also wie man eine nichtwirksame Behandlung anbringen darf. Die schreibt vor, kläre auf, dass es nichts bringt für diese Kondition wie du es machen willst aber wenn sie daran glauben, dass es wirkt, könnte es einen Placeboeffekt erzeugen (Ja), möchten sie ja oder nein?

I: Okay. Gut, das ist quasi jetzt auch so vorweggenommen, weil die nächste Frage, ob du dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie allgemein schon einmal auseinandergesetzt hast, ist ja quasi das, was du dann auch so genannt hast, diese, wie heißt die, diese SWA…

B13: SAWMF (Okay). Schweizer Akademie für… ne, SAMW Entschuldigung. Schweizer Akademie für medizinische Wissenschaften.

I: Okay. Mal auch wirklich einmal durchgelesen oder einmal überflogen, oder?

B13: Ne, durchgelesen. Also gerade als ich das eine Factsheet vor ein paar Monaten rausgebracht habe, der Placebohype, da habe ich mich sehr intensiv mit diesen ethischen Grundlagen auseinandergesetzt. Und da muss ich sagen, da sind mir auch so ein bisschen die Schuppen von den Augen gefallen, weil wie viel tue ich im Alltag ohne den Klienten vorher aufzuklären.

I: Ja, also diesen patient consent also, dass man dann auch den mit dem shared decision making aufklärt (Ja), den mit ins Boot nimmt und ihn dann auch mindestens zu 50 Prozent auch mit teilweise, mal mehr und mal weniger entscheiden lässt, was jetzt auch an ihm gemacht wird, weil das ist ja auch ein Eingriff ist in seine Privatsphäre, in seine Persönlichkeit und ich ja quasi auch mit dieser, wir haben ja vorhin auch schon gesagt, so eine Art Verhaltensänderung (Ja). Weil ich ja auch Menschen grundlegend verändere und da muss ich ja natürlich auch dementsprechend diese Verantwortung haben, dass man ihn nicht negativ verändert und ihm dann noch mehr Schaden (Genau) zufügt, ihn chronifiziert, ihn ängstlich macht und so weiter. Sondern hin, eher zum Positiven, dass er auch wieder selbst Manager für sich dann auch mit wird. (Genau) Okay, gut. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma?

B13: Das ethische Dilemma besteht für mich eben zum Beispiel darin, was ich vorhin gesagt hatte, mit diesen ALS-Klienten oder mit dem Glioblastom…

I: Ja, erstmal nur, nur die Grundlage. Was für dich sowas bedeutet und dann machen wir gleich die Beispiele.

B13: Okay. Ich wüsste, ich müsste etwas tun um jemanden zu helfen was dieser aber gar nicht will.

I: Okay, das heißt quasi zwei Komponenten, die…

B13: Die sich wiederspiegeln oder gegeneinander spiegeln.

I: Okay, bei den beiden Komponenten oder beide Werte in etwa gleich… (die gleiche Wertigkeit haben) egal wie du dich entscheidest, es immer irgendwie, ja… (es ist gleich) Genau. Okay, gut. In welchen Situationen hast du dich schon einmal in einem ethischen Dilemma befunden? Am besten so viele wie möglich. Mal ein bisschen nachdenken was so in den letzten Wochen oder Tagen…

B13: Eben auch, wo es darum geht darauf hinzuwirken einen stationären Aufenthalt zu beenden, eben im Rahmen einer ALS. Unser Auftrag ist ja tatsächlich, dass wir die, moment, dass wir die Funktion verbessern… ich muss mal gerade… (Probleme mit dem Computer) Dass wir die Funktion, beziehungsweise dafür sorgen sollen, dass die Lebensqualität steigt. Aber die Lebensqualität aus meiner Sicht heraus nicht daran hängt, dass die Klienten nicht bei uns in der stationären Rehabilitation sind und irgendwelche Übungen machen, sondern dass die Lebensqualität darin steigt, indem sie ihre verfügbare Zeit bestmöglich nutzen.

I: Okay. Das heißt quasi auch abzuwägen, wann jetzt Therapie oder jetzt diese Intervention sinnvoll ist und wann eben nicht. (Genau) Dass man das nicht mit persönlichen Interessen auch so ein bisschen, also persönliche Interessen des Patienten kollidiert und dann vielleicht akkumuliert und dann dementsprechend eine Entscheidung dann treffen muss. (Genau) Okay. Noch andere Situationen, bei denen du das Gefühl hast, oah, da habe ich Bauchschmerzen oder dass ist für mich jetzt irgendwie eine schwierige Situation, da irgendwie so oder so zu entscheiden.

B13: Ja, das ist auch einfach die Klienten, aus meiner Sicht, die fehl am Platz im Haus sind und völlig deplatziert sind, weil der psychiatrische Zustand einfach, oder der soziale Zustand einfach nicht zu uns gehört. Da gehört zum Beispiel auch dazu, dass wir ab und zu sogenannte Flüchtlinge haben, die realisiert haben, wenn ich krank spiele dann kann ich bleiben, dann werde ich nicht ausgeschafft. (ja) Und auf der einen Seite habe ich natürlich schon ein Verständnis dafür, dass sie nicht in das Land zurück möchten aus dem sie herkommen, warum auch immer, aber auf der anderen Seite bin ich auch nicht dazu da, mich zweckentfremden zu lassen. Als Erfüllungsgehilfe eines Betruges zu werden. (Okay) Und da lehne ich rigoros die Behandlung ab und sage zu meinen Kollegen, also Leute, ich mache das nicht mit. Wer das von euch machen will, kann das gerne tun aber wir haben da auch eine, wie sagt man da, eine berufliche Pflicht das aufzuklären und das auch entsprechend mitzuteilen an der entsprechenden Behörde, dass es keinen medizinischen oder therapeutischen Grund gibt, diese Person nicht auszuschaffen.

I: Okay. Wie ist es denn jetzt zum Beispiel mit dem Umgang mit Kollegen oder mit Ärzten oder gibt es da auch irgendwie Situationen, wo du sagst, oh, das war jetzt aber auch ein bisschen komisch, ich hätte jetzt lieber so oder doch anders reagieren sollen.

B13: Ja, diese Situationen gibt es aber ich mache mir da keinen Kopf darum, weil ich gehe dann direkt darauf zu und spreche das face to face an (Okay). Da habe ich auch keine Bauchschmerzen.

I: In wie weit hast du da oder was ist das für eine Situation, wo du dann die Kollegen ansprichst und sagst, hey, hör mal, so oder so. Was war das jetzt so zum Beispiel?

B13: Genau, das sind Sachen, wenn ich zum Beispiel merke, dass mit irgendeinem therapeutischen Geblödel Zeit verloren wird.

I: Okay, das heißt, wenn die Therapie nicht sinnvoll genutzt wird. Das heißt (Genau) wenn Quatsch gemacht wird und…

B13: Insuffiziente Therapien, ja. Da habe ich ein ganz großes Problem damit. Mit insuffizienten Therapiegestaltungen und da werde ich auch sehr schnell sehr deutlich.

I: Okay. Genau, jetzt waren wir auch schon, du hast es ja schon ein bisschen angesprochen, wie kannst du denn solche Dilemmata für dich auflösen? Was machst du denn, dass du sagst, hey, okay, jetzt kann ich vielleicht meinen Frieden damit finden oder ich mache jetzt das damit sich dieses Dilemma auflöst.

B13: Die Tür geht zu, ich gehe nachhause. (hehe, okay.) Sobald sich die Türe schließt, das ist mein Agreement mit mir selbst, ist mir alles scheißegal.

I: Okay, das heißt, du kannst dann schon wirklich so abblocken und sagen, das nehme ich jetzt so oder das lasse ich jetzt gar nicht so an mich heran oder das verschiebe ich oder…

B13: Ich lasse es in der Klinik. Ich beschäftige mich am nächsten Tag damit wieder. Das ist ein langer Prozess gewesen das so umzusetzen. Weil, du musst dich schon mit dir selber sehr auseinandersetzen und diese Strategie ja auch erst entwickeln. Und mittlerweile ist das so, sobald sich die Tür hinter mir schließt, ist es wie… weg. (Okay) Am nächsten Tag komme ich wieder, da ist es wieder da und dann schaue ich halt, dass ich das in einem kommunikativen Rahmen auflösen kann.

I: Okay, das heißt, hingehen, sprechen, aufklären und schauen ob es da irgendwie einen Kompromiss gibt oder wie man das dann weiter (genau) entwickeln kann. Du hast ja auch Verantwortung glaube ich, sorry, du hast ja Verantwortung auch mit bei dir. Du trägst ja auch, du leitest ja auch Dinge. Hast du es da auch schon einmal irgendwie angesprochen im Team oder irgendeine Art Fortbildung daraus entwickelt, wie man dann jetzt so oder so handeln könnte?

B13: Daraus speziell nicht aber wir hatten regelmäßig bei uns im Jahr Leute vom Ethikzirkel aus Zürich (Okay). Von der UZH, die regelmäßig zu bestimmten Fachgebieten in einen Round-Table kommen, wo man dann solche Sachen, wenn es Klärungsbedarf gibt, besprechen. Das heißt, das wird dann supervisorisch übernommen und moderiert und dann wird dieses Thema auf eine ganz sachliche Ebene heruntergebrochen und von extern, von einem externen Visor von vielen Seiten beleuchtet. (Oh, okay, das ist krass,

okay) Und das hilft wirklich, weil das lässt dann viele emotionale Befindlichkeiten außen vor. Man begegnet sich auf einer anderen Ebene, wenn man einen Moderator dabei hat.

I: Okay, das hört sich echt gut an. Welche Prinzipien und Handlungsgrundsätze, beziehungsweise Werte und Normen sind dir persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Was ist für dich so hoher Wert für dich bei dem du auch versuchen möchtest umzusetzen in deinem arbeiten?

B13: Die Ehrlichkeit (Okay) jedem gegenüber, also gegenüber den Kollegen und dem Klienten, die Unverletzlichkeit der Würde (Okay), also auch meinen Kollegen und auch dem Klienten gegenüber. Natürlich das Handeln in bestmöglich-verfügbaren Wissen, (Okay) in jedem Fall. Und, Moment, und natürlich auch die Sicherstellung der Diskretion. (Okay, das heißt, Verschwiegenheitspflicht) Also Verschwiegenheitspflicht.

I: Okay, gut. Drei Fragen sind es noch, oder vier und dann haben wir es bald. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zum Beispiel zum Begriff der Ethik so ein bisschen abgrenzen? Wenn du jetzt müsstest, in deinen eigenen Worten. Was ist für dich jetzt Moral und was wäre jetzt so für dich Ethik?

B13: Ja, Moral stützt sich ja aus meiner Sicht eher auf gesellschaftliche Normen und Werte (Okay). Es kann natürlich unmoralisch sein, wenn ich jetzt zum Beispiel einer Kollegin ein Angebot mache. Ja, das kann unmoralisch sein, weil es einfach nicht unseren gesellschaftlichen Normen und unseren gesellschaftlichen Werten entspricht einfach einer Frau subtil so anzusprechen. (Okay) Also es heißt, es gibt irgendwo einen Grundwert in der Gesellschaft oder ein normativ gegen das man dann nicht verstoßen sollte.

I: Okay, das heißt quasi so deine eigene Handlung dann reflektierend und betreffend. Das was du (Auf meine eigene Art) gerade so auf dieser Handlungsebene vielleicht. Was würdest du jetzt sagen mit Ethik, was macht da so den Unterschied aus zwischen?

B13: Die Ethik bezieht sich eher darauf, dass ich mein Handeln selber überprüfe und versuche in Kontext zu bringen mit dem was gesellschaftlich anerkannt ist. (Okay) Als Handlungsweise oder, ob dieses Handeln, was ich habe auch wirklich rechtfertigungs… oder rechtfertigungsfähig ist, im gesellschaftlichen Kontext, ist es akzeptiert? (Ja, ja) Und die Moral ist immer so eine soll- oder kann-Sache, die nicht eigent… die nicht wirklich sanktioniert ist. Die nicht wirklich, wie soll ich sagen…

I: Fluide ist. So dieses, was man nicht wirklich greifen kann?

B13: Sie ist extrem stark veränderbar, sie ist wahrscheinlich sogar veränderbarer als die ethische Ansicht. Denn die ethischen Einstellungen, die relativ gleichbleiben und bleibt. Also niemanden Schaden zufügen ist ja für mich nicht einfach nur eine gesellschaftliche Norm und eine Moral, sondern es ist ethischer Bestandteil gegenüber Menschen. Etwas absolut nicht zu tun. Bei der Moral kann ich abweichen, sie passt jetzt vielleicht nicht optimal in mein Handlungsschema aber ich kann es machen, wenn es keiner mitkriegt, ja.

I: Also das heißt, bisschen fluider und die Ethik ist so quasi dieser feste Block, der das dann quasi argumentiert warum ich das tun muss oder soll oder wie auch immer. Okay. Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Glaubst du, das ist wichtig, dass man das auch so fluide Entscheidungen auch treffen muss, die so einen eigenen Werten und Normen integrieren?

B13: Ja, ich meine, wenn man jetzt zum Beispiel an die Unverletzlichkeit der Ehrhaftigkeit einer Person denkt, dann sollte das schon eine Kompetenz sein. Es kann ja nicht sein, dass ich dann jedes Mädchen oder jeder hübschen Frau da irgendwie irgendwelche Angebote mache, sondern ich soll auch die hilflose Lage auch nicht schamlos ausnutzen. (Ja) Oder ich muss mich auch einfach an Spielregeln halten, an die Professionalität. Es geht um die Sache und es geht nicht um emotionale Befindlichkeiten oder um Gelüste oder um irgendwelche Triebe, sondern es geht rein um die Professionalität.

I: Okay, das heißt, Emotionen so versuchen abzukoppeln und das tun, was halt professionell ist, was richtig ist und was wahr ist.

B13: Im Idealfall was wahr ist, ja.

I: Okay, gut. Und glaubst du, dass so eine Fertigkeit oder auf jeden Fall eine Reflexion über so eine Fertigkeit auch für den Prozess der gesamten Professionalisierung sinnvoll wäre?

B13: Ja, weil dann würde ich vielleicht ganz viele therapeutische Angebote gar nicht erst haben, machen oder haben oder anbieten.

I: Okay, das heißt du oder der Therapeut als solches, dass er dann weiß, das ist jetzt eigentlich Kokolores, das mache ich jetzt nicht, weil es schaden würde und das mache ich jetzt, weil es richtig und effizient und effektiv ist.

B13: Genau, dann würden sich zum Beispiel auch dieser kuriose Fortbildungsmarkt von selbst bereinigen und wahrscheinlich auch ganz viele sinnlose Inhalte im Studium oder in der Ausbildung einfach in Luft auflösen.

I: Okay. Okay, gut. Letzte Frage. Glaubst du dann, dass es sinnvoll wäre so einen Ethik- und Moralkompetenzunterricht dann quasi in das Studium oder Ausbildung zu integrieren und warum glaubst du, dass das dann auch sinnvoll wäre?

B13: Man muss es integrieren und zwar von Anfang an, das gehört für mich dann in die gleiche Sparte vom didaktischen Aufbau her wie auch das wissenschaftliche und kritische Arbeiten.

I: Also dieses reflektieren über…

B13: Ja. Wobei das ja eine Kernkompetenz darstellen sollte, ja, weil es eine Kernkompetenz darstellen sollte. Was war der zweite Teil der Frage nochmal? Kannst du das nochmal wiederholen?

I: Quasi genau, ob das sinnvoll wäre in die Ausbildung und Studium zu integrieren und in welchem Rahmen und welche Intensität und welche Stunden. Was wäre so für dich, wo du sagst, woah, das wäre jetzt…

B13: Fortlaufend.

I: Okay, das heißt jedes Semester durchgehend und dann von Grundlagen bis arbeitsspezifische oder arbeitsnahe Situationen dann irgendwie versuchen praktisch anzuwenden.

B13: Genau, ich würde es gar nicht von den einzelnen Dozenten und Fächern dann loslösen, sondern ich würde eigentlich jeden Klienten, jeden Dozenten dazu verpflichten ein moralisches und ethisches Beispiel in jedem unterrichteten Fach zu bringen. (Okay, ja) Das heißt, egal ob ich jetzt gerade im inneren eine Lesung habe oder zu muskuloskeletal habe oder zu Neurologie habe, es muss neben diesen klinischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, sollte und müsste dann eben immer auch jeweils ein Beispiel kommen mit dem sich aber das Plenum auseinandersetzen muss. Nicht, dass der Referent vorne sagt, schaut her, so und so ist es und bums aus fertig, sondern die müssen das selber erarbeiten, was ist genau die Zwickmühle an diesem Beispiel.

I: Okay. Das halt dann neben diesen Unterricht um diese Kernkompetenzen zu erwerben dann quasi das auch so in einem gesamten didaktischen Umfeld integriert wird um quasi dann so eine Art Ethos oder so einen Habitus, so einen physiotherapeutischen Habitus der Reflexionsfähigkeit auch bei solchen kritischen Situationen mit zu integrieren und mit einzubinden. (Genau) Sehr gut. Super. B13, ich danke dir. Das hat jetzt eine Stunde siebzehn, aber (Ich finde das gut) es war sehr gut. Es wird, wie gesagt, mit den ganzen Sachen, mit den anderen Diskussionen und Situationen zusammengefügt und dann kommt dann ein Konglomerat raus.

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	14
Name der Audiodatei	Interview 14
Datum der Aufnahme	05.08.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	56,54 Minuten
Befragte Person	B14
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	30.12.2019
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: Gut, vielen Dank B14, dass du dich bereit erklärt hast für dieses Interview. Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen. Das heißt, es gibt kein richtig und kein falsch, sondern genauso, wie du das gerade im Gefühl hast, möchte ich das du das dann so heraussprichst. Frage Nummer eins. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren?

B14: Definition davon… Ich würde sagen, ein Gesundheitsdienstleister mit dem Hauptbestandteil der Hands-on-Therapie.

I: Okay. Gibt es noch mehr Situation, außer Hands-on, die du jetzt als Kerngebiet irgendwie auch mit siehst, oder?

B14: Also nicht als Kerngebiet. Das ist quasi so der Fachbereich der Physiotherapeuten. Alles andere wie diese Hands-on Trainingstherapie sind da überlappend mit Trainingswissenschaftlern, Fitnesstrainern (Ja), Coach und was halt da so alles noch im Gesundheitsmarkt am, ja, Berufen rumkurvt.

I: Okay, das wäre nämlich die nächste Frage auch schon gewesen. Glaubst du, dass sich die Physiotherapie mit ihrem Kerngebiet genügen von anderen Berufsgruppen abtrennt, (Nein) dass da eine gewisse Trennschärfe ist oder, dass da irgendwie zu sehr verschmilzt?

B14: Nein, sieht man auch an den Definitionen zum Beispiel von Ergotherapie und Physiotherapie. Wenn man Ergotherapeut oder Physiotherapeutin fragte was denn der Unterschied zwischen den beiden ist, sagen die im Endeffekt immer das gleiche. Das eine ist ein bisschen halt auf kleinere Gelenke bezogen und das andere ein bisschen auf größere Gelenk aber keiner kann den Beruf Ergotherapeuten vom Physiotherapeuten allein schon trennen und deswegen geht es Andre auch nicht.

I: Das heißt, da ist schon mal eine Schnittstelle (Ja). Also ja du glaubst auch, dass es, dass es bis jetzt noch nicht, dass es keine Definition gibt, die sich irgendwie genügend davon irgendwie abgrenzen würde, dass man klar sagt, hey das ist genau Physiotherapie und das ist (Nein, gibt es nicht) Ergo oder andere Berufsgruppen. Thema Osteopathie, die machen doch auch so Hands-on

B14: Genau aber da gibt es quasi keine, ja, begrenzende Definition die wirklich begrenzt eigentlich.

I: Das macht es ein bisschen schwammig glaube ich. Das ist auch so ein bisschen das Problem, dass wir dadurch dann irgendwie Schwierigkeiten haben vielleicht uns selber zu, zu identifizieren und zu definieren. Siehst du das auch so?

B14: Ja auf jeden Fall. Im Endeffekt muss man ja erstmal wissen was das beinhaltet und um sich danach definieren zu können beziehungsweise seinen Beruf mehr auszurichten, wenn es nicht einmal der erste Schritt passiert, dann, dann hat man überhaupt keine Chance da anzufangen.

I: Ja, okay.

B14: Das ist quasi vorher kann man kein Fleisch braten da braucht man gar nicht erst überlegen.

I: Glaubst du dann, dass sich das in den Jahren oder in den nächsten Jahren irgendwie so ausdifferenzieren wird, gerade dann jetzt bei euch zum Beispiel mit dieser Community physiomeetscience?

B14: Also vielen Dank, dass du physiomeetscience erwähnst, das ehrt mich natürlich sehr. Aber ich denke, es wird einen minimal kleinsten Bereich geben, in dem sich Physiotherapeuten professionalisieren und halt begrenzen zu anderen aber das wird nicht die Mehrzahl sein. Also zu 99 Prozent wird immer noch diese undefinierte schwammige Masse sein die zum Teil überlappen mit Osteopathen, zum Teil überlappen mit Reiki und mit den ganzen anderen Wellnessgeschichten. Ergotherapeuten, Masseuren und alles.

I: Glaubst du, dass da die Wissenschaft, dass man, wenn man es intensiver in die Wissenschaft aus eintaucht als Physiotherapeut, sich dadurch dann irgendwie so eine Definitionsmacht irgendwie erarbeiten könnte?

B14: Eine Definitionsmacht… Ich glaube ich nicht, weil es halt eben so viel Grenzgebiete sind, die eigene Berufe haben die aber dann wieder eigenständig sind. Zum Beispiel Trainingswissenschaften halt. Der Sportwissenschaftler, per Definition, ein eigenständiger Beruf und wenn wir halt einen Patienten muskulär aufbaut, ist, befindet man sich theoretisch voll in der Trainingswissenschaft oder Sportwissenschaft. Man kann das gar nicht wirklich spezifisch trennen, was macht man als Physiotherapeut und was macht man als Sportwissenschaftler, weil es immer überlappt, überlappen muss, sogar.

I: Okay. Du sagst, es muss sich überlappen, okay. Zweite Frage. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du primär diene Behandlungsstrategie aus?

B14: Also primär richte ich eigentlich alles nach dem biopsychosozialen Modell aus.

I: Okay, warum besonders das biopsychosoziale, weil es Gang und gebe ist? Hast du da auch besonders selber gute Erfahrungen damit oder, was macht es so für dich, wo du sagst, boah, das ist eigentlich so das für dich sinnvollste?

B14: Sinnvollste ist halt den Menschen auch aus psychologischer und sozialer Sicht zu sehen halt und nicht nur dieses biologische, biomechanische. Das macht es eigentlich aus.

I: Also das heißt, den gesamten Menschen zu sehen, den gesamten Menschen zu betrachten und nicht nur auf eine Struktur zu reduzieren.

B14: Ja also ich versuche immer diesen Begriff Gesamtheit zu vermeiden, weil das auch immer gerne Osteopathen sagen aber im Endeffekt ist es so, dass der Mensch halt Schmerzen haben kann aufgrund biomechanischer Probleme oder biologischer Probleme, psychologische oder soziale oder eine Kombination aus allen.

I: Okay, glaubst du dann… (In Bezug auf den Schmerz jetzt) Okay, dann auf die Frage vorher. Das wir jetzt zum Beispiel mit diesem biopsychosozialen Modell, weil das ja noch nicht überall angekommen ist so bisschen im Gesundheitssektor, dass wir dadurch uns dann irgendwie bisschen mehr Definitions- oder (Nein) irgendwas schaffen könnten?

B14: Denke ich nicht, nein.

I: Okay, weil, es gibt ja viele, die arbeiten ja eher nach biomechanisch Modell oder nach anderen Modellen und dass halt die Physiotherapie sich das denn rauspicken kann und sagen kann, hey, das ist jetzt unser Steckenpferd?

B14: Könntest du schon nur dann könnten halt die Sportwissenschaftler das genauso rauspicken und dann wäre es deren Steckenpferd und dann wird sich wieder alles vermischen. Also im Endeffekt, es gibt da keine, zumindest aus meiner Sicht raus, keine klare definierte Abgrenzung außer dieses Hand-on und Hands-off- Thema, quasi, weil die Sportwissenschaftler ja offiziell gar nicht so Hands-on-Therapieren dürfen. Ansonsten gibt es da keine, ja, keine Grenze, sage ich jetzt mal.

I: Wie stehst du jetzt zu diesem Hands-on, ist es so, dass es auch eine Mischform okay ist oder, dass es eher sich primär darauf reduzieren lassen sollte, für die Therapie?

B14: Also du meinst zwischen Hands-on und Hands-off zu unterscheiden?

I: Ja oder dass man da irgendwie eine Mischform wählt und dann nicht nur Hands-on oder Hands-off, sondern, dass das dann vielleicht unser Gebiet sein könnte oder werden könnte?

B14: Ja also natürlich ist die Mischvariation die gewünschte, weil es kann ja per Definition auch nicht entweder das oder das geben also man kann sich halt, geht schon man kann sich als massiert definieren dann massiert man halt oder halt als, als Sportcoach und trainiert nur irgendwelche Kniebeugen. Aber im Endeffekt ist das wichtigste beziehungsweise praktisch relevanteste, wenn es sich immer überlappt. Und da kann es halt prozentweise, das muss ja nicht 50/50 sein, sondern es kann halt 80/20 sein oder 90/10.

I: Okay. Frage Nummer drei. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung oder nach dem Studium erworben haben? Was ist jetzt wo du sagst, boah, das ist eigentlich wichtig, dass ist das, wenn man das erlernt als Physiotherapeut, dann hat man auf jeden Fall das gute Handwerkszeug oder Soft-Skills oder was auch immer oder vielleicht, dass was dir nach der Ausbildung gefehlt hat, wo du sagst, hey, eigentlich hätte man das ja eigentlich noch viel intensiver lernen sollen.

B14: Also im Endeffekt ist das alles wissenschaftliche Kompetenzen, alles andere ist erstmal zweitrangig und das heißt quasi, Interpretation von wissenschaftlichen Ergebnissen. Weil alles daraus, leitet sich alles ab. Wenn man wissenschaftlich interpretieren oder bewerten kann, dann kann man sich Manuelle Therapie anlesen, Trainingswissenschaften anlesen, eigentlich alles was man braucht, um danach gut zu werden. Das heißt aber auch im Umkehrschluss, man bräuchte eine Ausbildung von Maximum zwei Jahren als Physiotherapeut, alles andere wäre dann ja geschenkt.

I: Okay, das heißt, erstmal wirklich so die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens, (Ja) beziehungsweise, dass dann eben der Therapeut sich selber reflektiert, sich, alles das, was er dann weiter brauchen würde, für sich, sich selber anlesen und aneignen könnte, sozusagen meinst du das, oder?

B14: Genau. Also diese Soft-Skills, wie du es nennst, die sich aneignen um dieses life-long learning dann beginnen zu können.

I: Okay, das heißt, so einen Prozess erst mal dann im Studium aneignen und dann sich den Therapeuten, je nachdem wir natürlich auch hinwill, das heißt, der eine kann ja mehr in die Neuro gehen, der andere in die MT oder was auch immer. Dass man das dann den Leuten bisschen mehr offenlässt und sich dann selber entwickeln lässt. (Ja) Okay. Hast du das Gefühl, dass du durch die Ausbildung oder Studium, du hast ja auch beides, genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurdest?

B14: Ja.

I: Erst einmal Ausbildung. Hast du das Gefühl, dass du genügend ausgebildet wurdest, dass du die ersten Jahre…

B14: Das Gefühl muss man relativieren. Wenn man sagt, man ist mit dem Status Quo zufrieden, mit den Erwartungen der Patienten, dann reicht die Schulausbildung vollkommen. (Okay) Was aber an sich nicht gut ist. Weil die Erwartungen zu erfüllen sind ja nicht immer Sinn und Zweck der ganzen Therapie, deswegen, Schulausbildung einerseits, reicht aus, anderseits reicht es nicht aus. Ausreichend fand ich es dann erst ab zwischen Bachelor- und Masterniveau, eigentlich.

I: Okay. Das heißt, da hattest du dann auch selber dann diese Fähigkeiten, wo du sagst, hey, jetzt kann ich auf einem gewissen Niveau arbeiten, (Genau, genau) bei dem du auch selber für dich das Gefühl hattest, dass du dahinterstehen konntest. Also, dass du dann quasi reflektiert dahinterstehen konntest.

B14: Ja, ab dem Zeitpunkt wo ich mit physiomeetscience zusammengearbeitet habe, hat sich das dann schnell eingestellt.

I: Okay, das heißt, physiomeetscience ist so eine Wissenschaftscommunity oder, wie ist das denn genau?

B14: Exakt, exakt. Eine Community, die in den sozialen Medien wissenschaftliche Studie zusammenfasst und versucht für den regulären Physio einfach zu erklären.

I: Okay. Das wichtigste dann runter gebrochen in einigen Sätzen. (Genau)

I: Okay, sehr schön. Das hört sich doch sehr gut an. Okay. Was hat dir jetzt persönlich noch in der Ausbildung gefehlt, wo du sagst, hey, gut, du hast es vorhin schon angesprochen, die Wissenschaft glaube ich, das war eigentlich das. Hattet ihr eigentlich überhaupt irgendwie paar Unterrichtseinheiten in Wissenschaft?

B14: Gar nichts. (Gar nichts?) Also in Bayern soll ja angeblich, beziehungsweise, in der Zeit wo ich dann unterrichtet habe, war ja wissenschaftliche Kompetenz ein Fach, bilde ich mir sogar ein. Im Unterricht hatten wir in der Schulausbildung gar nix. (Okay) Also 0,0. Beziehungsweise, ja, im Physikunterricht nebenher gemacht, wobei das nicht die Intension des Physikunterrichtes war, sondern einfach, weil wir das Thema mal angesprochen haben.

I: Okay, dass ihr dann nur eine Untersuchung da irgendwie mal besprochen habt?

B14: Einfach so hier generell, wie es im Wissenschaftsthema steht, war das glaube ich mal aber das war jetzt kein wissenschaftlicher Unterricht in dem Sinn, sondern einfach Physik.

I: Okay. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B14: Sí.

I: Okay, warum ist dir das jetzt so besonders wichtig?

B14: Naja, um die effizienteste, effektivste Methode dann auszuwählen, für den Patienten, soweit wie möglich, oder die wahrscheinlich effektivste und effizienteste Möglichkeit auszuwählen und dann natürlich auch die Krankenkasse möglich zu entlasten.

I: Okay, das heißt, Unkosten, Unkosten einsparen?

B14: Genau, also effizienter arbeiten. Die Leute schneller in den Beruf bekommen, weniger in der Krankenkasse drin, wenig möglichst Behandlungen zu brauchen.

I: Also hast du schon das Gefühl, dass dadurch dann ne Effektivitätsteigerung zu verzeichnen ist?

B14: Ja, absolut.

I: Okay, gut. Wann hast du das letzte Mal im Internet oder in Fachzeitschriften nach berufsrelevanten Studien recherchiert und warum?

B14: Heute. (Heute? Okay.) Ja.

I: Aus eigenem Interesse oder Arbeit?

B14: Interesse und weil es Teil von der Geschäftsführung von physiomeetscience quasi ist, diese Studien, ja, sich auszusuchen und dann in passende Formate zu übertragen.

I: Okay. Und das machst du dann auch regelmäßig?

B14: Ja. Also ich habe ungefähr zwischen fünf und sieben Beiträge für physiomeetscience die Woche, Pi mal Daumen.

I: Oh, okay, gut. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Behandlung deine Patienten?

B14: Ja, mache ich. Nicht mehr so stark wie vor vier, fünf Jahren. (Okay) Aber ja, die Grundlage immer noch.

I: Warum, was ist da vor vier, fünf Jahren passiert, dass du dann?

B14: Es ändert sich grundsätzlich weniger in diesen Versorgungsleitlinien oder relativ wenig. Und dann quasi durch die Arbeit mit physiomeetscience (Okay). Durch das aktuellere, weil jetzt habe ich gerade eine Studie von, jetzt müsste ich noch einmal nachschauen, von 2019 auf dem Tisch 2018 erstmals aktuell und dann habe ich halt so quasi näher an am Geschehen dran wie über Leitlinien.

I: Okay, gut. Und wie stehst du dazu, weil Leitlinien sind ja immer nur so eine Richtungsweisung, das heißt, man kann ja auch mal abweichen, da steht auch oftmals dran, if needed oder wäre das so, oder machst du das noch speziell am Patienten irgendwie justierst?

B14: Klar, klar. Wenn eine oder wenn einer extrem positiv gesinnt ist über manuelle Therapie bei Lendenwirbelsäulenbeschwerden, dann ist das in dem 20 Minutenrythmus, fünf Minuten vielleicht ein Teil, Teil der Therapie und dann geht's in die Trainingstherapie.

I: Okay, gut. Also individuell dann für den Patienten.

B14: Ja, ja, ja. Also wenn die Erwartung nicht auf manuelle Therapie oder Hands-on liegt, vom Patienten aus, dann auch direkt komplett in den Trainingsbereich.

I: Okay, gut. Was sagt dir der Begriff Professionalisierung?

B14: In Bezug zur Physiotherapie?

I: Erstmal so, was du dir unter diesem Begriff überhaupt vorstellst und dann in Bezug auf die Physiotherapie, als zweite Frage.

B14: Also insgesamt unter Professionalisierung verstehe ich die effektive und effizienteste Methode innerhalb des Berufes zu wählen, beziehungsweise der, ja, Fachrichtung zu wählen, um das Ergebnis möglichst schnell zu bekommen.

I: Okay. Also auch so eine Art Effizienzsteigerung, Effektivitätssteigerung sozusagen?!

B14: Genau, ja.

I: Okay und jetzt mal so bisschen im Kontext zur Physiotherapie, was fällt dir dabei ein, wenn du jetzt die Begriffe Professionalisierung und Physiotherapie hast?

B14: Dann fällt mir ein, negativ, Verbände. (Okay) Sehr negativ die Verbände, dann nochmal negativ die Verbände und dann quasi die Schulausbildung, die einen nicht darauf vorbereitet, diese Effizienz und Effektivität zu erlernen oder offen dafür zu sein.

I: Okay, das heißt eher schon so einen negativen Zusammenhang, schon. (Ja, absolut) Speziell in der Physiotherapie. Man bekommt es ja mit, dass es ja eigentlich eher so eine Art Unmut, habe ich auch so in den letzten Interviews herausgefunden, dass es eher so ein bisschen, ja, deprimierend, für viele ist, weil da irgendwie nichts voran geht und, hast du da auch so das Gefühl, dass es eher stagniert (Ja, doch) oder negativ…

B14: Im realen Leben weiß ich nicht ganz genau aber über die sozialen Medien, was man damit bekommt, gerade mit physiomeetscience, mit 38.000 Leuten auf Facebook im Abo, ungefähr ja, nicht ganz 20.000 auf Instagram und auf Twitter auch nochmal sowas in dem Dreh, da kriegt man so ein bisschen so ein Bild mit und da ist das Bild zur Professionalisierung in, Anführungszeichen, wissenschaftliche Ergebnisse der Studien, die wir verwenden, zu 80 Prozent eher negativ.

I: Okay, das heißt, die…

B14: Die wollen quasi Ergebnisse die ihre bisherige Arbeit unterstützen und alles was diese Arbeit nicht unterstützt, ist halt Scheiße.

I: Okay, das heißt also dieses confirmation bias, oder, das heißt, die suchen sich dann immer das raus (Voll) was sie selber bestätigt aber so unabhängig oder…

B14: Cherry-Picking und confirmation bias, ja, ja.

I: Okay. Glaubst du zum Beispiel, dass ihr jetzt, durch eure Arbeit ein Stück weit diese Professionalisierung mit unterstützen könnt?

B14: Auf einem ganz geringen… ja, glaube schon. Einfach weil über die Menge an Beiträgen, die wir liefern, eine im öffentlichen Bereich komplett kostenlosen, das waren teilweise, in den letzten Jahren, drei pro Tag, wurden die Leute überschwemmt, quasi mit wissenschaftlichen, ja, einfach nur mal Artikeln und Beiträgen. Und da ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, wenn man es 100-mal liest, dass man dann sich doch vielleicht, oder man es sieht und doch einmal durchliest.

I: Okay. Was könnte deiner Meinung nach getan werden um diese Professionalisierung zu unterstützen?

B14: Die Professionalisierung im Gesundheitswesen?

I: Speziell in der Physiotherapie. Wie wir uns jetzt weiterentwickeln können, dass wir zum Beispiel ja mehr Mitspracherecht haben oder die Ausbildung selber so ein bisschen konzipieren können oder einfach mehr, mehr machen könnten.

B14: Geht. Würde nur über Zwang gehen. Ein Verbot von allen beziehungsweise, das habe ich mit Andreas A. auch schon ausgearbeitet und den Krankenkassen geschickt, eine Möglichkeit Leitliniengerecht zu behandeln bei zum Beispiel Rückenschmerzen, unspezifischen. Ein schlüsselfertiges System quasi denen geschickt mit der Aussage zurückbekommen, sie wissen gar nicht, das waren nicht Krankenkassen, das waren andere Personen, die sich da gemeldet haben, sie wissen gar nicht, was wir von ihnen wollen. Dafür sind die Verbände zuständig. Ein anderer hat sich gemeldet vom Bundesministerium für Gesund bilde ich mir eine, die Sekretärin, das ist aber auch schon wieder ein paar Jahre her. Sie ist sehr, sehr interessiert, sie hätte gerne einen Termin mit uns. Dann wenn die Sekretärin krank, hat sich nicht gemeldet, dann haben wir uns noch mal bei ihr gemeldet und dann ist es im Sande verlaufen. Also deswegen denke ich, hängt da der Berufsverband, beziehungsweise, einfach Akteure in dem System drin, die sowas, ich möchte jetzt nicht sagen, verhindern, aber nicht fördern.

I: Von den Berufsverbänden dann auch noch mit, oder?

B14: Berufsverbänden unter anderen, ja.

I: Okay. Jetzt ist doch da so ein Eckpunktepapier herausgekommen und es wollen sich ja die zwei größten Verbände irgendwie zusammenschließen (Ja). Glaubst du, dass das dann irgendwie…?

B14: Also das ist einfach nur ein notwendiges Übel, weil sowohl VPT oder auch ZVK verlieren massiv an Mitgliedern und um mit ihren Macht, in Anführungszeichen, obwohl das eigentlich kaum Macht mehr ist, noch aufrecht zu erhalten, schließen sie sich jetzt zusammen. Ziel davon war, oder ist es, offiziell ein Mitglied im VBT plus ein Mitglied im ZVK sind ja zwei Mitglieder im neuen Verband. So wird es aber wahrscheinlich nicht rauslassen, weil ja dadurch auch ein außerordentliches Kündigungsrecht besteht (Okay) und da wird es dann auch ja auch lustig sein, was dann passiert.

I: Okay. Also das heißt einmal, dass das dann vielleicht von, also von ganz oben, von der Bundesregierung wahrscheinlich dann irgendwie mal gemacht werden müsste?

B14: Also von Bundesregierung soweit wie ich informiert bin, ist es sowohl Krankenkassen auch als Bundesregierung sehr positiv gegenüber der Professionalisierung also so Wissenschaft und Professionalisierung gegenüber. Das Problem ist, die Verbände blocken da. Das ist aber auch klar, weil Verbände mit dem alten System massiv Geld verdient haben, auch wenn es immer heißt, die haben kein Geld verdient und Geld verdienen wollen (Durch die Zertifikats…) allein schon durch manuelle Therapie Fortbildung, die ja ein paar 1000 € kostet und quasi zwingend notwendig ist, um seinen Beruf ausüben zu können, deswegen Bundesregierung sehr positiv, Krankenkassen sehr positiv, negativ der Verband oder die Verbände.

I: Das heißt, wenn die Verbände sich da nicht blockieren würden, gegenseitig, oder dieses alles blockieren würden, dann glaubst du, dass da was vorangehen würde? Mit einer Kammer oder sowas?

B14: Die Kammer ist das Problem, in der Kammer wären dann die Verbände mit drin, beziehungsweise die Aufsichtsräte, Vorstandsvorsitzende von den Verbänden und die würden es viel schlimmer machen, weil halt, sobald die Kammer steht, geht halt da kein Weg dran vorbei, deswegen ist Kammer nicht unbedingt das Beste.

I: Dann hätten die dann das Monopol von allem dann, oder?

B14: Genau, genau. Und in der Kammer sind 100 Prozent die VPT und ZVK-Leute und dann läuft das gleiche Spiel mit nur noch mehr oder mit mehr Macht ab, wie es jetzt so schon läuft.

I: Glaubst du, dass die Ausbildung sich irgendwie reformieren müsste?

B14: Müsste, ja. Problem dabei ist, ich habe da auch schon Unterrichtet, eine Zeit lang. An der Schule wo ich war, war ich der einzige, der ICF unterrichten konnte oder überhaupt davon gewusst hat, weil ich der einzige, der Wissenschaft unterrichten konnte und bin dann nach einem halben Jahr entlassen worden, mit der Aussage, ja wir wissen ja wie es geht, so wie du es machst, wie das eigentlich gemacht werden sollte aber das wollen die nicht. Deswegen sehe ich da, zumindest im eigenen Umfeld eher schwarz anstatt positiv, dass da was voran geht.

I: Okay, also wirklich komplett irgendwie gegen die Wand alles bis jetzt.

B14: Voll gegen die Wand, das wäre eigentlich das Allerbeste für das ganze System oder es gibt die Physiotherapie nicht mehr und alle Physiotherapeuten bekommen automatisch eine Ergotherapielizenz und dann irgendwie (unverständlich)

I: Das heißt, ein großes…

B14: Ein Therapeut, ähnlich wie die Krankenschwestern jetzt auch ja, oder Gesundheitspfleger ja auch, so diese eine Ausbildung haben und sich dann spezialisieren, ja genau.

I: Okay. Welche Merkmale bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Das heißt, was muss der Physiotherapeut können um auch als wirklich richtig guter Physiotherapeut zu gelten, wo du sagen würdest, hey, das ist jetzt der top Therapeuten schlechthin.

B14: Halt zielorientierte Kommunikation und Behandlungsweise.

I: Okay, wie Behandlungsweise, dass er was genau macht?

B14: Dass, wenn der Patient ein Ziel ausgibt mit, ich sag jetzt mal die Gehstrecke erweitern, dass halt nicht an der Mobilität gearbeitet wird, wenn die kein limitierender Faktor ist, sondern dass dann an der Gehstrecke gearbeitet wird und sobald ich die Gehstrecke, sobald das Ziel erreicht ist, die Therapie abgebrochen wird.

I: Das heißt, man versucht zusammen ein Ziel zu erreichen, dass eher funktioneller Natur ist oder wie würdest du das jetzt noch mit…?

B14: Ja, kann funktionieren, funktioneller Natur. Also ein realistisches Ziel wäre auch noch mal gut zu sagen, weil es gibt auch viele Patienten die dann sagen, sie haben 20 Jahre Schmerzen und wären gerne Schmerzfrei, das ist halt nicht realistisch. (Okay) Eher funktionell, in diese Richtung, beziehungsweise auch viel mit Schmerz. Also Schmerzreduktion, insgesamt.

I: Okay, beziehungsweise diese, so im Alltag wieder im sozialen Leben wieder (Alltagsfähigkeit, ja, Alltagsfähigkeit und Schmerzen zu reduzieren) Leistungsfähig zu sein, ja. Okay. Kommunikation, was ist dir denn da wichtig, du hast jetzt Kommunikation gesagt. Kann man das noch mal so bisschen aufteilen wie, wann, wo, was für dich wichtig wäre?

B14: Also wichtig wäre mir halt quasi eine gute Aufklärung ohne die Eskalation von dem Ganzen. Es gibt ganz viele, die noch vor Engel, 1970 stehen. Die sprechen ja oft über so, ja, rausgesprungene Bandscheiben und ausgerenkte Wirbel, was halt de facto einfach verkehrt ist. Deswegen eine Kommunikation die deeskalierend ist und einfach die Angst mindert und solche, ja, Angstfaktoren einfach zu reduzieren, was sehr häufig ist und bewegungslimitierend ist auch.

I: Ja, Problem ist dann natürlich auch viele Ärzte dieses biopsychosoziale Modell (Ja) oder das Belastungs-Belastbarkeitsmodell gar nicht kennen und sich ja eigentlich immer noch auf dieses biomechanische Modell beruhen, wenn die dann natürlich davor schon beim Arzt gewesen sind und dann zu uns kommen, dann sind die ja eigentlich schon komplett vorbelastet oder haben schon 10 yellow flags obendrauf.

B14: Das positive bei uns ist aber auch, dass wir 20 Minuten oder ausgelegt auf 20 Minuten pro Patienten haben, also und Orthopäden haben im Schnitt pro Quartal irgendwie drei bis fünf Minuten pro Patienten, deswegen hätten wir alleine schon von der Menge an Patientenkontakt mehr Möglichkeiten.

I: Okay, also glaubst du, dass wir mit unseren, vielleicht jetzt noch nicht mit diesen Fähigkeiten die wir haben aber auf jeden Fall mit den Rahmenbedingungen, mit der Zeit und mit dem Patientenkontakt eigentlich gute Möglichkeiten hätten oder da in der Kommunikation zu gewinnen.

B14: Also es sind da noch sehr, sehr viele Möglichkeiten nach oben, ja. In dieser, gerade die Möglichkeiten sind besser als man eigentlich annehmen will. (Okay) Im Verhältnis zum, zum Orthopäden und zum Arzt jetzt. Immer im Verhältnis.

I: Weil der ja so ein bisschen, in den letzten Jahren, so ein bisschen das Probleme auch hatte, eher so klinisch und mechanisch dann irgendwie zu agieren. Also hier Röntgenbild, MRT, ja, sie haben das und das und das… Weiter. (Genau, ja) Das heißt da hätte die Physiotherapie eigentlich großes Potential, die dann aufzufangen und mitzunehmen, oder?

B14: Ja, ja. Das wäre auch sinnvoll bei chronischen Schmerzpatienten, dass man da einfach eine oder zwei lange Einheiten macht anstatt 20 Minuten eine Einheit, wo man dann immer wieder beim Neuen anfängt.

I: Okay, das heißt dann auch bisschen mehr Autonomie. Dass wir dann selber entscheiden können was wir jetzt mit diesem Patienten machen und wie lange wir das mit diesen Patienten machen?

B14: Ja, jain. Ein gewisses Maß, beziehungsweise bestimmte Qualifikationen und so ein Maß Autonomie, okay. Für den regulären schulausgebildeten wäre es viel zu viel. Da denke ich eher, dass das System an sich extrem missbraucht wird bei schulausgebildeten Therapeuten also bin ich bei allen aber bei der Mehrzahl. So wie es jetzt eigentlich auch schon stattfindet. Immer noch mehr und noch mehr.

I: Ziel erreicht, gut, jetzt darf der Patient wieder weiter, sondern, dass er bis zum Sankt Nimmerleinstag weiter massiert wird um (Genau) wirtschaftlich zu sein.

B14: In der Regel alles ausschöpfen, was geht alles an Behandlungen und dann, ja, das Quartal warten und dann geht es weiter.

I: Hast du das Gefühl, schon so mitbekommen oder miterlebt oder?

B14: Ja, ja klar.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du die derzeit, oder wie wichtig schätzt du derzeit die Rolle der Physiotherapie für die gesamte Gesellschaft ein? Dass wir ein Mehrwert sind oder dass wir (Ja) eigentlich eher mehr Kosten verursachen und eigentlich eher alles mehr in die Länge zögern oder wie würdest du es so sehen?

B14: Also ich finde wir sind absolut austauschbar, beziehungsweise wenn wir uns, also Physiotherapie an sich einstampfen würde, würde es keinen großen Ausfall geben, bis auf den Zeitfaktor. Weil ja jede, jedes Rezept mit den sechs Behandlungen ungefähr, ungefähr drei Wochen mit zwei Wochen Wartezeit, Pi mal Daumen fünf Wochen dauert und dann ist einfach der Zeitfaktor das Effiziente, was dann schon wieder hilft. Und das wäre dann eigentlich der einzige negative Faktor. Weil die Patienten keine fünf Wochen durch die Physiotherapie warten, sondern direkt nach der zweiten Woche wahrscheinlich wieder beim Arzt stehen. Deswegen kann ich das so nicht ganz beurteilen also von der Behandlung an sich, wird es keinen Unterschied machen, der Zeitfaktor ist der entscheidende.

I: Okay, das heißt, so wies jetzt gerade ist, glaubst du eher, dass es eher mehr Kosten verursacht? Weil vielen Erkrankungen auch von alleine aufhören?

B14: Nein, nein. Das mit den Mehrkosten, nein, weil die Alternative wäre quasi keine Physiotherapie verursacht ja auch Kosten. Kosten dahingehend, dass die Patienten wieder mehr beim Arzt und deswegen werden wieder Kosten verursacht. Deswegen denke ich, ist das die, eine der günstigen Möglichkeiten für das System.

I: Und effizienter wäre es, würdest du vielleicht, habe ich so herausgehört, wenn die Patienten schneller zu uns kommen könnten, dass wir sie auch schneller behandeln könnten.

B14: Nein, am besten wäre keine Behandlung.

I: Okay. Bei allen Erkrankungen oder nur bei bestimmten, oder?

B14: Bei 99,9 Prozent.

I: Hast du da irgendwie so ein Bild bei welchen besonders, wo du sagst, hey eigentlich, was er hier macht ist…?

B14: Ja, klassisch sind die unspezifischen Rückenschmerzen aber das geht auch bis Schlaganfall, also in die Neurologieschiene, in Gynäkologie kenne ich mich jetzt nicht so aus, das will ich mal ausklammern aber viele, ja, Behandlungen mit Kindern finden eigentlich unrechtmäßig statt, beziehungsweise sind das einfach nur Angstmachereien mit irgendwelchen Schädeldeformitäten oder irgendwelchen (Fußderformitäten) Lieblingseiten oder sonstiges. Bei Schlaganfall, wie gesagt, ist es eigentlich das gleiche. Da werden dann halt irgendwelche spastiken massiert, was komplett sinnlos sind oder halt nicht komplett aber sehr viel sinnlose Sachen passieren und dahingehend komplett.

I: Okay. Und wenn die Physiotherapie sich selber quasi auf das wichtigste reduzieren würde und quasi selber irgendwann bestimmen könnte welche, welches Krankheitsbild auch wirklich therapiebedürftig wäre (Ja). Mit welcher Dauer und mit welcher Frequenz wir behandeln dürften, glaubst du dann, dass es dann effektiver wäre für die gesamte Gesellschaft?

B14: Nein, weil das die Physiotherapeuten bleiben halt Physiotherapeuten und die Meisten, also ich rede jetzt von der Mehrzahl der Therapeuten, nicht von irgendwelchen Mastern oder PhD´s, Bachelor eigentlich auch ausgenommen wobei die auch nicht besonders, besondere Qualitäten meistens haben aber auf die Mehrzahl, würde das die Kosten eher vergrößern. (Okay) Und die Qualität der Versorgung nicht…

I: … nicht fördern? Wenn jetzt alle Bachelor, Master und PhD wären? Wie wäre dann das Szenario und dann selber entscheiden dürften und nicht mehr 180.000 Physios sondern vielleicht nur noch 50.000 Physios die halt wirklich nur noch diese drei Ausbildungsformen dann haben, glaubst du dann, dass es effektiver wäre?

B14: Ja unter der Voraussetzung, dass die Bachelor-, Master und PhD-Programme auch qualitativ hochwertig sind. (Okay, standardisiert) Und das ist auch nochmal eine Sache, aber das ist wahrscheinlich ein eigenes Interview, weil das akademische System an sich auch nicht, ja eigentlich auch ein Krebsgeschwür mittlerweile ist, das so nicht funktioniert, beziehungsweise nicht das verursacht, was es eigentlich verursachen sollte.

I: Okay. Das heißt, da fallen auch wieder einige durch das Raster, die mehr Potential hätten.

B14: Ja, im Endeffekt so gut wie alle, weil Bachelor ist auch eine Sache von Studiengangs… sind ja universitäre Weiterbildungen oft, die dann bezahlt werden müssen und wer halt bezahlt, der kommt halt irgendwie durch.

I: Okay. Was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung? Was könnte jetzt jeder Physiotherapeut tun um dann diesen Prozess der positiven Weiterentwicklung nochmal zu unterstützen und selber auch mit anzukurbeln?

B14: Also könnten tun sie viel aber die Frage ist eher, wollen sie das. Beim Wollen habe ich ein riesen Fragezeichen. Ich denke, das wollen eher viele nicht, weil es halt eben unangenehm ist sich zu hinterfragen und einfach etwas anders zu machen was man die letzten 30 Jahre gemacht hat. Können ist die nächste Frage. Ich bezweifle auch, dass die Mehrzahl der Therapeuten die Softskills und Hardskills hat, das überhaupt durchzusetzen. Sprich, Assessments ausfüllen zu lassen, nur als Beispiel. Die zu überprüfen und dann in der Therapie umzusetzen. Also die Assessments ausfüllen lassen könnten sie wahrscheinlich schon nur die hätten halt, ich sage jetzt mal so bei einem Schema bei eins bis fünf gibt es, seins ist gar nichts, fünf ist gut. Dann wird die fünfer Stufe genauso behandelt wie die Einser. (Okay) Die Ergebnisse und Auswertung davon findet dann halt gar nicht statt. Deswegen bezweifle ich das die Professionalisierung da überhaupt machbar ist.

I: Also wie es jetzt so ist, glaubst du nicht, dass da überhaupt der einzelne irgendwie mit…

B14: Ja. Letzter Stand der Dinge war glaube ich bei 2,6 Prozent und 2,8 Prozent der Akademisierung, also quasi kann man vergessen. Der Wissenschaftsrat gibt da glaube ich 25 Prozent an oder um die 20 Prozent also bis wir dahin sind, ist noch ein riesen langer Weg. Jetzt hat es sich neu gebildet. Ein Verband, ich weiß nicht ob er sich schon Verband nennt aber das sind ja alle Vereine der effektiv gegen die Akademisierung, beziehungsweise nicht offiziell gegen die Akademisierung, sondern für die schulische Ausbildung wirbt. (Okay) Was natürlich dann auch wieder lächerlich ist, wenn wir 20 Prozent als Zielgabe hat und bei 2,6-2,8 Prozent geht es schon wieder dagegen.

I: Okay, also das heißt, auch eher negativ behaftet, so wie es jetzt gerade noch (Ja) im Moment ist. Und das sind dann irgendwie, dass das dann irgendwie mit Publikationen oder wenn jetzt jeder irgendwie an einem Strang ziehen würde und sich selber irgendwie, wenn jeder dann studieren würde, dass das dann irgendwie noch rumgerissen werden könnte oder?

B14: Wäre es möglich aber sehr schwierig, weil halt auch Verbandsstrukturen so festgefahren sind, beziehungsweise dann oft die Möglichkeiten oft gar nicht bieten, dass einer der halbwegs etwas in der Birne hat, an die höheren Positionen kommen.

I: Weil das alles schon so ein Machtkonglomerat ist, dass man da gar nicht hinkommt.

B14: Ja, genau, ja. Also zum Beispiel wenn man jetzt als Master hingeht und sagt, manuelle Therapie schaffen wir vom Verband ab, dann ist das finanziell nicht machbar, beziehungsweise ist nicht möglich, weil A die Mitglieder wollen das ja, auch wenn es professionell keinen Sinn macht und B, auch wenn es immer heißt, wir sind davon nicht abhängig, die sind davon abhängig. Weil es halt einfach finanziell viel ausmacht. Deswegen, per Definition eigentlich gar nicht möglich, so die Professionalisierung im Verband. Die machen was, ja, es wird auch jetzt immer mehr aber das ist alles nur quasi Augenwischerei an der Front. Jetzt, es werden irgendwelche Studienergebnisse auf Facebook von denen publiziert, so als Alibi aber im Endeffekt ändert sich nichts.

I: Okay. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten begründen könntest und rechtfertigen könntest?

B14: Nein, nein.

I: Okay, warum bist du dieser Meinung?

B14: Weil 100 Prozent in der Medizin gibt es nicht deswegen gehe ich auch davon aus, dass das bei mir nicht machbar ist, beziehungsweise man hat einfach Intentionen, beziehungsweise der Daniel Kahnemann sagt ja auch, dass sowas wie, jetzt muss ich mal kurz überlegen, dass Intentionen auch so wie schnelles, ja, wie heißt das denn wieder, denken1, hast du das auch gelesen? Schnelles denken, langsames denken. (Weiß ich gerade nicht mehr) Also so ein Nobelpreisträger in Wirtschaftswissenschaften (Okay) und der spricht auch darüber, dass man quasi, ah genau, dass es alles auf clinical reasoning abläuft und diese Intention, wo man sagt, ah, der braucht das, dass es das gar nicht gibt, sondern das einfach nur schnelles clinical reasoning ist.

I: Okay. Aber, dass du das clinical reasoning nutzt aber trotzdem das dann rechtfertigen könntest, dass du, dass wenn dich jemand fragt, hey, warum hast du das gemacht, dass du sagst, ich habe das gemacht, weil.

B14: Ich könnte es rechtfertigen aber nur deswegen, weil die Anderen das wahrscheinlich dem ganzen gar nicht folgen könnten. Deswegen kann man das dann rechtfertigen. Weil man das einfach so hinstellen kann, wie man es will.

I: Okay. Aber du weißt, also du hast selber von dir das Gefühl, dass du weißt, was du tust, in diesem Moment.

B14: Nein, nein. (Auch nicht? Okay) Ich habe die Ahnung, dass das oder die Wahrscheinlichkeit, dass das wahrscheinlich besser ist, was ich da jetzt mache oder auch nicht…

I: Aber so eine Abwägung, wo du jetzt sagst, hey, das ist jetzt kompletter Blödsinn aber ich mache jetzt das, weil es jetzt evidenzbasiert ist oder gerade in diesem Moment (Ja, ja, genau) besser funktioniert.

B14: Das ist eher so ein abwägen. Ist jetzt das evidenzbasierte eher im Vordergrund oder ist die Erwartung vom Patienten eher im Vordergrund oder was ist gerade im Vordergrund. Dann wähle ich dann aus.

I: Okay, gut. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapie?

B14: Ist im sozialen Gebilde sehr schwierig aufgrund dessen, dass alle Sehbehinderten oder sehr, sehr viele Sehbehinderte Beruf gar nicht mehr ausführen könnten, dann wiederum in Sozialsystem hängen bleiben und das wieder mehr Kosten verursachen würde als das was die Physiotherapie überhaupt einsparen könnte. Deswegen Vollakademisierung nein, wird nicht funktionieren.

I: Okay. Warum glaubst du, dass jetzt diese Vollakademisierung, vielleicht so in Bezug auf diese Professionalisierung, dass das noch nicht so greift oder so umsetzbar ist?

B14: Naja, einfach weil, es gibt ja sehr viele Schulen in Deutschland, viel zu viele Schulen und die werden dann von heute auf morgen arbeitslos.

I: Okay, und wenn man das dann vielleicht irgendwie dann auch so macht, dass das dann dual ist? Die Hochschulen mit diesen Berufsfachschulen dann kooperieren?

B14: Ja, wäre eine Möglichkeit das Problem ist auch wiederum, man hat halt nicht genügend Dozenten um überhaupt eine Vollakademisierung durchzuführen. (Weil es zu wenige sind) Weil die, die Dozenten sollten ja auch zumindest auch auf dem gleichen Level sein, wie die Auszubildenden also sprich, Bachelorniveau und da gibt es eben bei diesen 2,8%, selbst wenn man alle Studierten als Lehrer irgendwie in Positionen setzt, wird es sehr, sehr knapp das Ganze durchzubringen.

I: Ja, es gibt ungefähr 160 Berufsfachschulen in ganz Deutschland und wenn's dann ja genügend Lehrer geben sollte, dann müsste ja, ja, das würde gehen.

B14: Also könnte eventuell sogar mit den Zahlen jetzt so auf das arschlecken funktionieren (Okay) aber wird sehr, sehr knapp.

I: Okay. Glaubst du, dass in der derzeitigen Situation, dass es sinnvoll wäre den Direktzugang für die Physiotherapie umzusetzen?

B14: Kommt auf die Zielsetzung dahinter an. Wenn man sagt, man möchte möglichst den Physiotherapeuten auf die Finger hauen, über Regressanforderungen, weil sie Fehler gemacht haben, wäre das eine sinnvolle Möglichkeit. (Okay) Wenn man das Ganze positiv sieht, eher nicht.

I: Also so jetzt erstmal nicht, weil? Die Fähigkeiten, Skills oder?

B14: Weil die Fähigkeiten und das Bewusstsein quasi die effizienteste und effektivste Methode zu wählen, gar nicht besteht. Also ich denke, es wird viele, die das, also wenn alle das bekommen, unabhängig von irgendwelchen akademischen Graden, denke ich, wird es so passieren, dass 90 Prozent das missbrauchen würden.

I: Okay. Das heißt, dass wieder einige dann mehr behandeln würden als es notwendig wäre.

B14: Mehr behandeln oder Dinge einfach behandeln, die nicht zu behandeln sind, also sprich, Beispiel gestern, unterer Rückenschmerz, begonnen, stellt sich raus, es sind unspezifisch, ist ja klassisch eigentlich abwarten der Fall und die denke ich, würden massieren oder sehr häufig behandeln.

I: Okay, dass man das zum Teil freigibt, so diesen Direktzugang. Dass man das mit bestimmten Therapeuten macht, ab einem bestimmten Niveau oder so?

B14: Ja, nur das sind dann halt wieder so wenige Therapeuten, dass sich das dann auch wieder gar nicht lohnt, weil selbst wenn man nur Master und höher dann freigibt, viele Master, die fertig sind, sind denn überhaupt noch im Beruf? Also da steigen ja auch massiv Leute aus, deswegen, also es wäre eine Möglichkeit das so zu regeln aber ich denke es sind ja auch wenige Master- oder Bachelorabsolventen Chefs, also mit einer eigenen Praxis zum Beispiel und da ist dann halt auch wieder wahrscheinlich die Ausgangslage schlecht, das effizient und effektiv ablaufen zu lassen. Weil dann der Chef auf einmal sagt, ja wir brauchen jetzt da mehr, zu musst den behandeln, du musst den behandeln, du musst den behandeln.

I: Das heißt, dass da die eigene, die eigene Grenze dann nicht beachtet wird, sondern einfach weitergemacht wird (Ja). Okay.

B14: Ja also es gibt dann keine Grenze, weil es wirtschaftliche Grenzen gibt, die erstmal, halt ja, eingehalten werden müssen bevor das therapeutische überhaupt in das Gewicht fällt.

I: Genau, jetzt wird es auch noch einmal spannend, gerade dann in Bezug zu dieser Situation. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten?

B14: Ethik bedeutet im Alltag, man muss möglichst wenig Ethikgefühl haben, oder an Ethik denken um den Alltag bestehen zu können.

I: Okay, das heißt auch wieder (lach) negativ besetzt? Schlechte Erfahrungen öfters schon gehabt oder was, dass du?

B14: Ne, eigentlich auch wieder, dass klassisch der Patient kommt mit unspezifischen Rückenschmerzen und man sagt, Abbruch. Chef kommt, sagt, ne, ne, ne, kein Abbruch. Drei Rezepte A sechs Behandlungen.

I: Ist das schon öfters passiert bei dir wirklich in der Praxis?

B14: Ja, ja, ja. Oder anderes Beispiel. Bericht an den Arzt, keine weitere Therapie notwendig, 14 Tage später steht der Patient wieder da mit einer weiteren Therapie.

I: (lach) Ja, das kenne ich auch so. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung oder Studium überhaupt angesprochen?

B14: Also im Studium ja, im Master ist es angesprochen worden. Im Bachelor und Schulausbildung war überhaupt kein Thema. (Gar kein Thema?) Gar kein Thema.

I: Okay. Dann im Master, hattest du da das Gefühl, dass du da so ein bisschen auf jeden Fall so ein bisschen sensibilisiert wurdest, oder dass du da irgendwie überhaupt auch das Gefühl dann dafür bekommen hast, da überhaupt irgendwie sensibilisiert zu werden?

B14: Das Gefühl war vorher schon da, ist aber durch den Unterricht da noch einmal hochgekommen oder vorgekramt worden quasi. Dass das dann auch nochmal ein wichtiges Thema ist, neben diesen ganzen professionellen oder handwerklichen, technischen Wissensdingern halt, auch diese ethischen Sachen mit im Hinterkopf zu behalten, beziehungsweise nicht nur im Hinterkopf, sondern auch im, also viel parater zu haben.

I: Okay. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinander gesetzt? Also, du hast ja vorhin schon gesagt, du hattest ja immer mal so die Situationen, wo du, ja, dass du das Gefühl hattest, eigentlich was ich da jetzt machen muss…

B14: Direkt nicht. Also darüber nachgedacht ja aber nicht direkt damit… (Wo du jetzt mal abgewogen hättest und die Sachen so oder so gemacht hättest?) Also abgewogen ja und halt, das schon aber noch nicht direkt damit beschäftigt, über einen längeren Zeitraum. Also sprich, ich habe noch kein Buch darüber gelesen oder darüber recherchiert überhaupt. Ich habe mal darüber nachgedacht aber mehr auch nicht.

I: Mal schauen, vielleicht kommt ja nächstes Jahr oder übernächstes Jahr ein tolles Buch dann raus (lach), für die Physiotherapie.

B14: Neben Physiotherapie Grundlagen „best practice 2 Auflage“, übrigens, Bestseller.

I: Okay. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung ein? Ist es wichtig, also jetzt neben, neben der Ausdifferenzierung von der Definition und von Wissenschaft, dass das dann auch noch so ein großer Bestandteil ist?

B14: Da beißt halt der Hund der Katze in den Schwanz. Wenn wir uns über ethische Sachen unterhalten, wäre die Physiotherapie, so wie sie gerade durchgeführt wird, einfach nicht mehr möglich. Sprich auch wieder da Beispiel, unspezifische Rückenschmerzen. Am Samstag ist im Garten gearbeitet worden am Montag ist der Patient oder am Mittwoch ist der Patient in der Praxis. Dann wäre es eigentlich, ja, eigentlich nicht möglich den Patienten weiter zu behandeln.

I: Aber glaubst du, dass wenn wir oder wenn die Therapeuten da jetzt ein ethisches Verständnis dafür bekommen und diese Sensibilität, dass sich dadurch die Therapeuten auch professionalisieren würden, dass sie besser werden, dass sie das besser abwägen können und dann auch sagen, hey, ich mache jetzt nicht das, bis in die Unendlichkeit, weil ich weiß, dass es nicht richtig ist, dass es dadurch sich verändern kann?

B14: Glaube ich hängt es an den Therapeuten. Deswegen erstmal nein. Weil die Therapeuten dann sagen, ja, stimmt, aber ich brauche ja auch irgendwie ein bisschen Gehalt und sowas. Also ich glaube, dass das dann auch wieder an den wirtschaftlichen Faktoren spätestens da. Ich denke es hängt schon an der kognitiven Leistungsfähigkeit der Therapeuten ab, dass die das gar nicht möchten oder können. Aber spätestens an den wirtschaftlichen Faktoren wird es dann scheitern.

I: Okay, das heißt, dass da, das mit der Ausbildung einfach, da ist ja dieser EQR Standard, ist ja auf vier, Niveau vier angesetzt und Bachelor ist ja glaube ich auf Stufe sechs, das ist ja erst mal kognitiv gar nicht so umsetzen können, meinst du?

B14: Also ja, ja. Aber ich, ich würde auch die, die Schulausbildung der Physiotherapie nicht auf vier einstufen, sondern vielleicht so auf 0,5.

I: (lach) Ja, das ist schon ganz schön schlecht, das stimmt.

B14: Also das ist quasi so wieder auf Hauptschul… nein, nicht auf Hauptschulniveau aber auf, wie heißt denn das? Erste bis vierte Klasse Grundschulniveau.

I: Grundschule sogar. Okay. Hast du dich schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt?

B14: Einen Kodex? Nein, noch nicht.

I: Mal irgendwie gelesen oder irgendwie mal durchgeblättert oder so?

B14: Nein, also den Kodex ICD oder ICF vielleicht aber nein, ne.

I: Das sind ja so Guidelines aber so keinen ethischen Kodex mal irgendwie gelesen (Nein, nein) in einer Zeitschrift oder sowas? Okay. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma?

B14: Eine angesprochene Zwickmühle quasi zwischen ethischen Faktoren und anderen Faktoren. Als Beispiel, ja, ich sage jetzt mal wirtschaftliche Faktoren im größeren Sinn. Soll auch bedeuten, wenn ich jetzt den Patienten ablehnen würde, dass ich dann eventuell entlassen würde.

I: Okay, das heißt, abwägen zwischen zwei gleichwichtigen oder ähnlich wichtigen Werten. (Ähnlich wichtigen Werten, ja) Okay, gut. Ja, das ist schon einmal richtig. Jetzt ist es für mich wichtig, gerade in dieser Arbeit, herauszufinden, welche Situationen häufig bei dir im Alltag so vorkommen, mit dem Patienten, bei denen du selber eben dieses Gefühl hast, wie du es vorhin beschrieben hast. Wo du dann zwei Werte gegeneinander hast und wo es für dich auch selber schwierig wird, dass dann abzuwägen und zu sagen, ich mache jetzt das, weil oder ich mache das. Gibt es da irgendwie noch andere Situationen außer, der wirtschaftliche Aspekt?

B14: Also die Erwartungen von dem Patienten sind eins, die Erwartungen von den Doktoren, den Ärzten sind eins, wenn man es dann weiterspinnt, die Erwartungen von den Angehörigen des Patienten sind natürlich auch nochmal ein Faktor. Von den anderen Kollegen, dass man die nicht in die Pfanne haut. Als Beispiel wenn man halt einen Patienten mit einem anderen Kollegen sich teilt, und man in den Karteikarten liest, was man mit dem gemacht hat, kann man auch nicht, beziehungsweise wäre es schon möglich aber aus kollegialen Gründen sagt man dem Patienten nicht, dass das vollkommener Bullshit war, was der vorhergehende Kollege gemacht hat und da muss man halt immer abwägen beziehungsweise da ist immer so ein Dilemmafaktor drinnen.

I: Da braucht man auch Fingerspitzengefühl. Also wie, da geht es nämlich jetzt auch weiter, jetzt gut, wie du es definiert hast. Wie hast du dich denn da gefühlt. Also wenn du jetzt diese Situation hattest, was waren denn so deine tiefen Emotionen, deine Gefühle?

B14: Halt Wut. Blanke Wut.

I: Okay. Weil du in einer ausweglosen Situation warst oder eigentlich wie entscheiden konntest, wolltest, solltest? Oder weil das dann auch teilweise auch erpresserisch gewesen ist?

B14: Also, weil halt, weil es von den grundlegenden Sachen in der Physiotherapie gar nicht anders möglich ist. Also man kommt definitiv früher oder später in solche Dilemma rein und wird die auch immer häufiger bekommen.

I: Okay, das heißt, es war insofern diese Wut da weil du gerne etwas getan hättest, was richtig war und wichtig war oder vielleicht auch der Wahrheit entsprochen hat, du es aber nicht machen durftest, weil du sonst gekündigt worden wärst, zum Beispiel.

B14: Ja, ja.

I: Ja okay, das ist ganz schön krass. Das ist eigentlich nämlich, okay, ja, das kann ich jetzt nicht sagen aber das ist (lach) das ganze Dilemma in der Situation und, ja, das ist gerade so ein bisschen das Problem. Okay. Was hast du denn da getan um diese Situation aufzulösen?

B14: Resignation.

I: Okay, das heißt du hast dich einfach gefügt, oder?

B14: Mir ist es im Endeffekt mittlerweile schlicht egal was da passiert, in den Praxen.

I: Okay. Und jetzt auch persönlich jetzt bei dir, mit den Kollegen zum Beispiel oder mit dem Chef oder mit dem Patienten oder mit den Angehörigen?

B14: Egal. (Okay) Da die Physiotherapie ja sowieso wahrscheinlich keinen Effekt hat, an sich, versuche ich es mir so gut zu reden, dass eben das vollkommen egal ist ob ich den jetzt behandle oder nicht. Es macht finanziell wahrscheinlich für das System recht wenig Mehrkosten aus, es macht von dem Outcome her wenig Unterschied aus ob man jetzt eine Behandlung bekommt oder nicht also zumindest bei mir muss man sagen. Deshalb, ja, versuche ich das so mit mir klarzumachen.

I: Okay. Welche Prinzipien, welche Werte und Normen und Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich wichtig und welche auch besonders im Berufsalltag?

B14: Der Kapitalismus.

I: (lach) Okay, weil Physiotherapeuten so wenig verdienen oder?

B14: Weil alles andere nur noch mehr in einem Dilemma endet.

I: Okay. Jetzt noch so ein paar andere Sachen die dir jetzt noch wichtig sind als Werte und Normen, ein paar Schlagwörter, wo du sagst, hey das ist mir eigentlich tief im Herzen wichtig.

B14: Was mir im Herzen wichtig ist? Eine allgemein optimale Versorgung im Gesundheitswesen. (Also das wichtigste) Soll heißen, jeder bekommt das, was er braucht aber auch nicht mehr. Soll heißen, auch wieder im konkreten Fall, die Oma Erna mit Rückenschmerzen, unspezifisch, bekommt halt nur drei Behandlungen und der Andere halt dafür auch mehr. (Okay) Oder einfach mit den Kosten. Anstatt dann zwei Rezepte Physiotherapie abzurechnen, wäre es ja auch sinnvoll vielleicht ein Medikament besser anzubieten oder das eine, ja, Haushaltshilfe einen Tag öfters vorbeikommt, oder solche Sachen.

I: Okay, das heißt Effektivität für den der das oder was, was einem zusteht, dass man das dann auch bekommt. Unter (Was man dann braucht) wissenschaftsrationalen (Was einer braucht) Gesichtspunkten sozusagen. (Ja, ja) Okay. Gibt es noch irgendwas was, wo du sagst, dass ist mir eigentlich wichtig und das, danach richtige ich jetzt persönlich so ein bisschen mein, mein Streben und mein Leben, außer dem Kapitalismus?

B14: Ich versuche halt über physiomeetscience, dieser Wissenschaftsplattform, auf Instagram, Facebook und Twitter und der eigenen Webseite, versuche ich trotzdem, auch wenn es so negativ war, trotzdem versuche, vielen Therapeuten das wissenschaftliche Arbeiten oder wissenschaftliche Ergebnisse näher zu bringen. Bei manchen, also beim Bruchteil, wirklich ein Bruchteil der Therapeuten ist es einfach der Zeitfaktor. Neben der Praxis 40 Stunden und dann irgendwie Haushalt und Kind gar nicht möglich macht, irgendwie sich noch einmal drei Stunden hinzuhocken und eine Studie durchzulesen. Deswegen arbeite ich daran, zum Beispiel jetzt gerade an zwei Studien in einem Beitrag zur Hüftarthrose, was da das optimale Vorgehen ist. (Okay) Dass die Therapeuten das über physiomeetscience in 10 Minuten oder Viertelstunde lesen müssen anstatt das ganze über drei Stunden sich anzuzeigen.

I: Okay. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn zum Begriff der Ethik abgrenzen?

B14: Keine Ahnung. (Okay) Ich habe mich da mit dem Ethikthema noch nicht genauer beschäftigt und damit auch quasi mit dem Moralthema noch nicht.

I: Okay, gut. Moral ist quasi das richtige Handeln aus den richtigen Werten heraus. Das heißt in einem Gesundheitsfachberuf versucht man ja irgendwie zu helfen und Wahrheit oder das Richtige. Also so Begriffe hochzuheben und so ein bisschen nach diesen Normen und Werten zu leben oder zu arbeiten oder sein Handeln daran auszurichten. Und glaubst du, dass es sinnvoll wäre, wenn man das dann im Unterricht lernt? Glaubst du dann, dass dadurch der Physiotherapeut zu einem besseren Therapeuten werden könnte? Wenn er dann bestimmte Normen irgendwie entwickelt?

B14: Nein. Also die Mehrzahl nicht. Weil der Unterricht wäre dann, denke ich mal, über ein paar Stunden über diese dreijährige Berufsausbildung und die übrigen Lehrer würden das in circa 10 Minuten zunichte machen was in 20 Unterrichtseinheiten Moral angesprochen wurde.

I: Okay. Wenn man das theoretisch alles standardisieren würde und jeder Lehrer wäre ein professionell Handelnder Physiotherapeut und würde wissen, was das richtige ist. (Ja) Und alle so sind, vielleicht wie bei physiomeetscience?

B14: Ja, oder mit den in den Büchern. Also wie es quasi in den Büchern beschrieben ist, Physiotherapie Grundlagen Best practice, 2. Auflage.

I: Glaubst du dann, dass es dann eine Effektivitätssteigerung wäre und dass es dann besser wäre?

B14: Wäre besser. Wäre effektiver, ja. Aber in einem geringen Rahmen, weil die Physiotherapie an sich sehr wenig hergibt, was Effektivität betrifft.

I: Okay. Weil eigentlich viel zu viel oder zu heiß gekocht wird, für das, was auch wirklich an Effizient dabei rauskommt.

B14: Und weil es halt nicht wieder abgrenzbar ist zur Sportwissenschaft zum Beispiel.

I: Und da sind wir wieder am Kern des Problems. So ein bisschen. (Ja) Sehr gut. Vielen Dank B14, dass du hier teilgenommen hast, an meinem Interview. Ich bedanke mich recht herzlich. (Sehr gerne, Herr Ringel)

Professionalisierung der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive	
Interview-Nr.	15
Name der Audiodatei	Interview 15
Datum der Aufnahme	12.08.2019
Ort der Aufnahme	Internettelefonie
Dauer der Aufnahme	62,45 Minuten
Befragte Person	B15
Interviewer	Sven Ringel
Datum der Transkription	06.01.2020
Transkribient	Sven Ringel
Besonderheiten	----------

I: B15, ich danke dir, dass du mitgemacht hast bei meinem Interview. Ich möchte heute mit dir über den Professionalisierungsprozess der deutschen Physiotherapie aus einer ethischen und moralischen Perspektive sprechen. Mir geht es insbesondere um deine persönliche Sicht, Wahrnehmung und Meinung zu folgenden Dingen… Also es gibt kein richtig oder falsch prinzipiell, sondern so, wie du das siehst, das möchte ich wissen. Frage Nummer eins. Wie würdest du aus deiner persönlichen Sicht die Physiotherapie definieren? Was ist für dich Physiotherapie?

B15: Physiotherapie ist für mich die Erhaltung oder Wiederherstellung auf einer Teilhabe-Ebene.

I: Okay, primär…

B15: Wenn es um die, wir sind halt Physiotherapeuten, primär physischen Eigenschaften des Menschen geht. Primär. Obwohl sekundäre Faktoren wie Psyche und Soziales immer eine Rolle spielen.

I: Okay, das heißt, Kerngebiet, würdest du jetzt dieses biopsychosoziale sehen oder würdest du noch andere Kerngebiete jetzt noch mit speziell für die Physiotherapie herausnehmen, die dir jetzt zum Beispiel auch wichtig sind?

B15: Also, wenn das jetzt rein um den Physiotherapeuten geht, oder um das Fach Physiotherapie. Wir haben wirklich erweiterte Rollen. (Ja, welche denn?) Also ich fülle zum Beispiel eine erweiterte Rolle aus, wenn ich in der Forschung arbeite, in der Physiotherapie. Oder ich erfülle eine erweiterte Rolle, wenn ich, so wie ich es in dem jetzigen Job mache, den Rehaprozess komplett manage. Leitungsaufgaben sind erweiterte Rollen.

I: Ja, okay. Das heißt, die reine Technikanwendung der Physiotherapie, wenn man sie jetzt definieren wollen würde, könnte man so ein bisschen weicher machen, dass das so ein bisschen in Richtung Grenzverschiebungen geben kann individuell? Glaubst du das so oder ist das sinnvoll?

B15: Also so unter dem Begriff, wie es auch die WCPT versteht, ist der Kern der praktische Physiotherapeut aber wir haben ein Verständnis für physiotherapy practice. Das heißt es gibt einen weichen Übergang zu anderen Rollen, die aber streng mit der Physiotherapie assoziiert sind. Also wenn ich in der Forschung arbeite und zu Rehabilitationsmaßnahmen eine Interventionsstudie mache, dann ist das physiotherapeutisch assoziiert. Oder ich mache die Leitung einer Physiotherapieabteilung oder ich bin Praxisinhaber. Dann ist das mit Physiotherapie assoziiert, da gibt es weiche Übergänge im Bereich APP, advanced physiotherapy practice halt und der Kern ist aber der praktisch arbeitende Physiotherapeut.

I: Okay, am Patienten dann halt quasi. Das ist das primäre, dass, wofür wir…

B15: Am oder mit dem Patienten. Ich mag den Begriff am Patienten nicht so gerne. (Okay) Ich würde immer so bevorzugen, mit dem Patienten.

I: Okay, das heißt nicht diese reine Anwendung, ich mache jetzt irgendwas am Patienten, sondern ich arbeite zusammen, um sein Leben, um seine soziale Teilhabe bestmöglich zu gestalten.

B15: Genau. Ich denke, dass ist der Begriff Therapeut oder? Wenn wir uns das anschauen, was andere therapeutische Berufe machen. Dann arbeiten die nicht, in der Regel nicht am Patienten, sondern sind immer Begleiter für ein höheres Ziel. Das ist bei mir eigentlich immer auf Partizipations- und Aktivitätsebene. Eigentlich Partizipationsebene, ich brauche keine Aktivität üben, die partizipativ einfach unwichtig oder irrelevant ist.

I: Ja, genau. Das ist nämlich schon die nächste Frage. Grenzt sich die Physiotherapie genügend von anderen Berufen ab oder gibt es dann wirklich so starke Überschneidungen, dass halt dann diese Definition Physiotherapie dann auch, ja manchmal auch

fehlinterpretiert werden könnte, jetzt mit anderen, ich sage jetzt einfach auch pseudowissenschaftlichen Berufsgruppen oder anderen Gesundheitsdienstleistern, die was ähnliches machen?

B15: Also da kann ich jetzt nur meine Sicht dazu sagen. Meine Sicht ist, dass sich die Physiotherapie gut abgrenzen kann von anderen Berufen (Ja) weil wir haben, denke ich, was die Aufgabe mit dem Patienten angeht, einfach ganz, ganz klare Aufgaben. Und das ist dem, was wir EBM nennen, also evidence based medicine. Halt, dass wir nach bestem Wissen und Gewissen nach unserem besten, nach aktueller Forschung und auch nach Grundlagenwissen, was da ja auch mit hineingehört, eine Entscheidung treffen, die primär, als primäres Ziel, als primäres Outcome eine Verbesserung der physischen, Physiotherapeut, physischen Kondition herbeiführen. Da finde ich, wir können uns gut abgrenzen, was ich aber subjektiv erlebe ist, dass wir uns nicht gut abgrenzen. (Ja) Dass wir im Bereich der komplementären Methoden immer mehr reinschwimmen mit ich, ich sage das jetzt mal, in der Schweiz ist eines der beliebtesten Fortbildungen oder die beliebteste Fortbildung im letzten Jahr in der Physiotherapie, ist Dry Needling. Und ich frage mich, ob das Physiotherapie ist (Ja) oder ob das nicht ein abgegrenzter Bereich ist von komplementären Methoden (Ja). Das gleiche gilt für Osteopathie, da kommen dann Physiotherapeuten, die mache Cranio-Sakrale Therapie und was weiß ich. Was ich ein großes Problem in Deutschland finde ist, die Regelung mit dem Heilpraktiker und sektoralen Heilpraktiker. Da sehe ich das als Problem, weil es das noch weiter aufweicht. Wenn ich als Physiotherapeut den Direct Access haben möchte, mache ich den sektoralen Heilpraktiker oder ich mache ihn vielleicht dann, wenn ich das schon sowieso mache, vielleicht den großen Heilpraktiker und dann gehen wir weiter, dann behandeln sie schon nicht mehr physiotherapeutisch sondern dann wird naturheilkundlich behandelt dann gibt es Tipps zur Homöopathie und zu anderen Sachen, die mit der Physiotherapie überhaupt nichts mehr zu tun haben. Wetter heute so behandelt und wird naturheilkundliche behandelt dann gibt es Tipps zu Homöopathie und zu anderen Verfahren die mit der Physiotherapie überhaupt nichts mehr zu tun haben. Und das ist was ich, was subjektiv mein Empfinden ist, wo es immer weiter verschwimmt (Ja). Halt auch mit solchen Regelungen, die dazugekommen sind, die da auch mit dazu geführt haben, und auch mit anderen Berufen, Osteopath ist ja in Deutschland noch nicht einmal ein Beruf, eigentlich ist das ja einfach nur so ein, wie soll ich das sagen, dass die ja auch mit solchen Regelungen dort einfach mit reinschwimmen. Da sehe ich so ziemlich ein Problem.

I: Okay, das heißt, du würdest jetzt so sagen, dass die Definition oder die Abgrenzung zu anderen, quasi so dieses clinical reasoning ist, als Kernkompetenz und eben das wissenschaftliche Arbeiten um diese Grenzen, zu anderen Berufen klarer zu formulieren aber dennoch es zu Überschneidungen kommen kann. Je nachdem wie sich jetzt der Physiotherapeut in seiner Identität jetzt mehr Richtung Wissenschaft oder mehr Administration oder sonstige Sachen entwickeln möchte.

B15: Ne. Also nicht ganz. Einen Kern triffst du da schon aber… Also wenn es nochmal darum geht, wo sich der Physiotherapeut abgrenzt, es geht um clinical reasoning mit dem Hauptoutcome von physischen Bedingungen, oder? (Okay, ja) Das ist es für mich ja. Und das zu behandeln, mit physiotherapeutischen Methoden, die gut evaluiert sind, die gut geprüft worden sind auf Wirksamkeit. Das sollte für mich so sein aber die Realität, die ich wahrnehme ist einfach eine Andere. Und natürlich darüber hinaus halt, kann der Physiotherapeut, und da geht es nicht um Abgrenzung zu anderen Berufen, sondern um die erweiterte Rolle des Physiotherapeuten, erweiterte Aufgaben übernehmen, wie zum Beispiel die Leitung einer Abteilung oder Praxisinhaber oder Forschung. Genau.

I: Gut. Okay, sehr gut. Frage Nummer zwei. Welche Praxis- beziehungsweise Behandlungsmodelle kennst du und nach welchem Modell richtest du deine primäre Behandlungsstrategie aus? Also es gibt ja mehrere Modelle, die ja in der Physiotherapie genutzt werden können. Welche kennst du und was ist so dein Ding, wo du sagst, das ist eigentlich das sinnvollste für den Patienten, das mache ich am häufigsten so?

B15: Also ich denke schon, dass ich am häufigsten zur Beurteilung von Gesundheit und Krankheit und auch zur Behandlung das biopsychosoziale Modell nutze, weil das rein biomedizinische oder auch rein biochemische Eigenschaften alleine nicht ausreichen um Gesundheit und Krankheit gut zu evaluieren und auch gut zu behandeln.

I: Okay, weil, du hast ja vorhin auch gesagt, wichtig ist ja die Partizipationsebene und quasi auch das, diese psychosoziale Integrität des Patienten nicht nur auf dieser reinen strukturellen Ebene, sondern das gesamte Erkennen des Manschens. (Genau) Okay, gut. Welche Kompetenzen sollte jeder Physiotherapeut nach der Ausbildung beziehungsweise Studium erworben? Was ist dir wichtig? Was sollte eigentlich ein Physiotherapeut direkt nach der Ausbildung mitbekommen haben? (lach) Da ist die Messlatte groß, glaube ich. Die wichtigsten.

B15: Also… Selbstkritisches Denken. (Okay) Das steht an der Spitze. Selbstkritisch immer hinterfragen und immer Fragen stellen. Neugier und selbstkritisches Denken, das ist das wichtigste. Wenn du nach dem wichtigsten fragst, sage ich, selbstkritisches Denken gegenüber allem, und dazu gehört vor allem auch gegenüber mir selber. (Ja) Das ist das allerwichtigste.

I: Okay. Weitere dann untergeordnete vielleicht? Zwei, drei, vier.

B15: Er sollte…

I: Die du jetzt bei dir in der Ausbildung vermisst hast aber dann vielleicht im Studium vielleicht so einen Aha-Effekt hattest?

B15: Also selbstkritisch oder kritisch ist ja schon fast so ein Übermantel für viele andere Dinge. Ich denke eine gewisse Fähigkeit Wissen deduktiv und induktiv anzuwenden. (Okay) Abstrakt und konkret zu werden halt. Da sollte es eine gewisse Fähigkeit geben. Dann denke ich ist es wichtig, dass man auch bestimmte, also, abstrakt werden kann, konkret werden kann aber auch bestimmt analytisch werden kann. (Okay) Das sind so die Fähigkeiten die ich als Fähigkeit mir wünschen würde, dass das in der Ausbildung besser vermittelt wird. Was mir natürlich persönlich in der Ausbildung gefehlt hat, in meiner damaligen Ausbildung, die jetzt aber auch schon 15 Jahre her ist. Ist halt ein grundsätzlich epistemologisches Wissen und ein grundsätzliches Wissen über evidenzbasierte Medizin, Forschung, alles was das beinhaltet und, oder? Im Backround.

I: Okay. Hast du das Gefühl, dass du damals durch die Ausbildung oder dann eben durch das Studium genügend auf den Berufsalltag vorbereitet wurde? Erstmal Ausbildung. Glaubst du das oder mit dem Studium, wie da deine Perspektive.

B15: Die Frage ist, soll ich das beantworten aus heutiger Sicht oder aus damaliger Sicht?

I: Aus der damaligen Sicht.

B15: Aus der damaligen Sicht würde ich sagen, für das Berufsleben (Ja), war ich ausreichend vorbereitet (Okay). Also rein für das Berufsleben. Die Patienten zu behandeln, egal was das jetzt inhaltlich bedeutet. Halt sechs Termine in einem Rezept zu machen etc. Rein um zu arbeiten in meinem Beruf, ohne mir Sorgen zu machen, ohne große Gedanken, war ich gut genug vorbereitet. Aus heutiger Sicht würde ich das anders sehen.

I: Okay. Was, wie würdest du das dann aus heutiger Sicht sehen. Was hat oder hätte dir gefehlt, was, wo du sagst, ah, das war jetzt aber ganz schön kritisch oder das war, hui, manchmal auch fahrlässig oder wie auch immer.

B15: Ja ich würde schon sagen, dass der Inhalt, ich habe eigentlich schon immer muskuloskeletal gearbeitet, dass der Inhalt meiner Ausbildung zu dem was man dann für Patienten hat, man hat ihnen halt nicht, als Beispiel, den rein strukturellen Patienten, so wie ich es gelernt habe sondern man hat, wie ich auch eben davor gesprochen habe, oft ein biopsychosoziales Modell und wenn man die alle versucht strukturell zu behandeln dann ist das fahrlässig den Patienten gegenüber, weil man sie nicht in dem fördert, was ein Patient eigentlich wirklich braucht, primär und das ist erstmal Selbstwirksamkeit und ich habe genau das Gegenteil gelernt und auch das Gegenteil gemacht. Das ist meine, aus heutiger Sicht. Aber aus damaliger Sicht, halt von dem Standpunkt aus, habe ich mich eigentlich recht gut gefühlt.

I: Okay, gut. Nutzt du neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung deiner Patienten?

B15: Ja

I: Okay. Dann auch schon gleich die nächste Frage. Wann hast du denn das letzte Mal bewusst im Internet oder in Fachzeitschriften praxisrelevante oder berufsrelevante Studien recherchiert?

B15: Vor einer halben Stunde.

I: Okay. Aus welchem Grund? Eigeninteresse oder Patient oder Studie?

B15: Zur Eingrenzung, zur Eingrenzung meiner Kriterien einer geplanten Metaanalyse.

I: Okay. Also für deinen PhD dann quasi oder? Machst du das auch manchmal für Patienten, wenn du sagst, hey, ich habe da jetzt eine Frage (Ja) und jetzt recherchiere ich mal punktuell.

B15: Das letzte Mal erst letzte Woche. Hatte ich eine Patientin mit genetischen (unverständlich) Syndrom. Wollte ich bezüglich der Behandlung, was Krafttraining angeht, was nachschauen (Ja) aber beziehungsweise, da war mir eine Frage offen gewesen und dann habe ich das recherchiert. Das ist mein Standardvorgehen. (Ja, okay) Denn wenn Fragen offen sind, wenn… dann ist es erst einmal so, dass man schaut, was gibt es denn zu dem Thema.

I: Ja. Nutzt du nationale oder internationale Versorgungsleitlinien zur Versorgung deiner Patienten oder richtest du dich danach oder ist es eher so, dass du dann vereinzelt Studien eher nutzt?

B15: (lach) Ich nutze, ich sage mal so, ich lese Leitlinien aber ich nutze sie nicht eins zu eins.

I: Okay. Also nicht eins zu eins. Wie nutzt du sie dann?

B15: Ich nutze sie in Abgleich mit aktueller Studienlage und der aktuellen Aussagen aus Systematic Reviews und Metaanalysen. Ich gebe ehrlich zu, ich traue nicht jeder Leitlinie (Okay) und mir ist es zu mühsam geworden, Leitlinien zu prüfen.

I: Okay, weil eine Leitlinie ist dann vielleicht auch mal irgendwie vom Stand von, von vor fünf oder sechs Jahren und was dann da auch teilweise mit inkludiert wird, ist ja auch ja auch manchmal unglaublich vielleicht. Siehst du das auch so?

B15: Das Problem ist, dass dort Konsensfindungen stattfinden von Leuten, die auch ein bestimmtes Ziel haben, oder? Eine Leitlinie ist nicht immer mehr als ein systmatisches Vorgehen in einem Systematic Review. Es ist eigentlich keine systematische qualitative Forschungsarbeit mehr. Quantitative Forschung, Entschuldigung.

I: Zusammenfassung von allem was gerade…

B15: Und manchmal ist es halt auch Leitlinie nicht evidence based medicine, sondern medicine based evidence. Wenn ich das raussuche, was mir gefällt und das sogar finde, dann kann ich auch etwas darüber schreiben. Das sehe ich kritisch bei manchen Leitlinien. Es gibt sehr, sehr gute Leitlinien aber es gibt schlechte Leitlinien und ich habe in Deutschland ein paar Leitlinien schon einmal gelesen, die ich, wo die Recomendation einfach für mich Hanebüchen waren, am Schluss. Und was auch immer, man sich genau anschauen sollte ist, um welche Art von Leitlinie handelt es sich. Ist es eine S3 Leitlinie, ist es eine S2 oder sogar eine S1. Sehr oft wird dann gleich so gesagt, ja, ich habe eine Leitlinie gelesen wo das drinsteht, halt so und so wird es gemacht. Und wenn man dann genau nachfragt, hört man dann raus, das ist eine S1 Leitlinie. Da muss man einfach sagen, okay, gab es da wirklich nichts Besseres als die Konsensfindung von Experten.

I: Okay, gut. Nächste großes Thema. Jetzt geht es so ein bisschen um die Professionalisierung und die Entwicklung dieses Berufstandes. Was sagt dir erstmal der Begriff, Professionalisierung?

B15: Also für mich grundsätzlich, jetzt mal unabhängig vom Beruf heißt Professionalisierung eine bestimmte Tätigkeit auf ein Niveau zu heben, dass ich das beruflich mache. Das ist der Profi oder der macht das professionell und immer weiter im Sinne von auf einem hohen Niveau betreibe, auf einem sehr hohen Niveau betreibe.

I: Das heißt, du würdest dann schon gleich sagen, Professionalisierung als individueller Aspekt, sozusagen, dass du dich von einem gewissen Niveau, auf ein deutlich höheres Niveau dann quasi entwickelst oder der Therapeut als solches.

B15: Das ist schwierig zu sagen, weil, eigentlich Professionalisierung als, sage ich mal Verständnis als Sportler, heißt, ich mache etwas beruflich halt, das ist ein, ich bin kein Amateur, ich mache das nicht als Hobby mehr sondern ich mache es professionell und das

macht erstmal jeder Physiotherapeut, der beruflich arbeitet, der nicht, vielleicht ein wohltats…, als Wohltätigkeitsphysiotherapeut, weil es ihm einfach Spaß macht aber ich glaube, wenn wir uns das vergleichen mit Sportlern, dann ist der Vergleich gar nicht schlecht halt so. Um professionell Sport zu treiben, muss ich auf einem sehr hohen Niveau rein. Und das ist eigentlich die Voraussetzung, eine der Voraussetzungen für Professionalisierung, weil als Physiotherapeut frage ich mich, ob das immer gegeben ist.

I: Ja, das wäre nämlich die zweite Frage gewesen.

B15: Obwohl das manchmal gegeben ist, dass Manche Geld damit verdienen, wird es auf einem Hobbyniveau betrieben.

I: Das heißt, da ist dann die Frage, also wenn ich jetzt sagen würde, so, was fällt dir jetzt zum Begriff Physiotherapie und Professionalisierung ein, da würdest du eher sagen, dass es, ja, so eher ein Hobby, primär, also meistens noch oder in den überwiegenden Fällen noch ein Hobby, Hobbyausübung ist oder?

B15: In erweiterten Worten, also wenn du deinen Lebensunterhalt verdienst. Hört sich jetzt ein bisschen blöd an aber ich möchte einfach mal ein Beispiel dazu, ein Beispiel (Ja) dazu nennen. Wenn wir uns Themen anschauen, womit sich Physiotherapeuten beschäftigen, was man so subjektiv mitkriegt und da gibt es natürlich immer einen Störfaktor, keine Frage aber dann geht es darum, wie ist meine Taktung wie ich arbeite, wo ich dann denke, okay, frag mal jemanden bei VW wie getaktet der arbeitet. Das solltest du gar nicht bestimmen, sondern das sollte der Markt bestimmen. Dann, was macht mir Spaß, was tut mir gut ohne epistemologische Ansätze an bestimmte Themengebiete zu gehen, ist für mich auf einem Niveau was für mich nicht ausreicht um zum Beispiel, wenn du Sportler wärest, dann würdest du dich mit deinem Sport so professionell auseinandersetzen, du würdest die besten Trainingsmethoden studieren, du würdest dir Trainer suchen, die die besten Trainingsmethoden parat haben, stell dir mal vor du bist Sprinter oder so, der, wo man genau auch weiß, aus einer ähnlichen Sache wie EBM oder, den Voraussetzungen des Sportlers, mit dem, was man aus der Wissenschaft weiß, über Trainingsaspekte ect., so würdest du vorgehen. Und wenn ich etwas beruflich mache, vielleicht wäre das im Bereich Physiotherapeut genau die Forderung, die es bräuchte um von Professionalisierung zu sprechen.

I: Das heißt quasi, dass du diese Eigeninitiative, sich selber auch weiterentwickeln zu wollen und das dann eben auch aus einem reflektierten Hintergrund heraus, dass ich auch wirklich weiß, hey, ich mache das, weil mir fehlt das oder jetzt möchte ich mich persönlich weiterentwickeln, aus meinem eigenen Antrieb heraus dann quasi.

B15: Genau. Und das Ergebnis muss ja auch professionell sein. Also ich würde jetzt sagen, wenn jemand, der einen Patienten kriegt, mit Schulterschmerzen und er massiert ihn sechs Termine, dann ist das kein professionelles Vorgehen, oder? (Ja) Da fehlen ja zig Schritte für die Behandlung. Aber das ist eben das, was sehr häufig passiert.

I: Also glaubst du, dass jetzt dieser Weg zur Professionalisierung als Therapeut als solches und als Berufszweig als solches, dass der gerade durch diese Situation stagniert, so ein stückweit oder könntest du das so mit…?

B15: Ja, das denke ich schon.

I: Okay. Was könnte deiner Meinung nach getan werden. Um diese Professionalisierung der deutschen Physiotherapie zu unterstützen?

B15: Als erstes braucht man Dozenten an Schulen. Ist egal, ist egal über welche Schule wir sprechen oder? Das ist nämlich das nächste Thema. Wir haben ja gerade eben von Hobby gesprochen, oder? Ich glaube es gibt an vielen Physiotherapieschulen so ein paar Hobbydozenten.

I: Die das halt einfach so nebenher machen, weil sie noch ein bisschen, noch ein bisschen Geld nebenher verdienen.

B15: Also ich kann dir aus meiner Erfahrung erzählen, von dem, was ich von Kollegen weiß und von meiner Eigenen. Also ich hatte auch Dozenten, die waren Hausfrauen, eigentlich. Also die waren auch mal Physiotherapeuten aber dann haben die Kinder gekriegt und dann machen die nebenbei noch mal so, ich weiß ja nicht, für 10% Unterricht geben.

I: Das heißt, Ausbildung qualitativ besser machen mit besseren Fachkräften und auch neue Unterrichtseinheiten oder neue Unterrichtsstrukturen, (Ja) was meinst du da?

B15: Ja. Neue Unterrichtsstrukturen und neue Unterrichtseinheiten sind, gehören für mich dazu. Also erstmal die qualitativ, die Qualität des Dozenten muss ganz, ganz klar sein, das sollte definiert sein. Das muss irgendwo definiert sein. Wer hat die Qualifikation zu unterrichten. Natürlich, es gibt immer auch ganz tolle Dozenten, die haben nicht jede Qualifikation und die haben sich auch viel selber beigebracht aber irgendwo brauchen wir Regelungen. Ohne Regelung finden wir dort nie irgendwie einen wirklichen Faktor den wir überhaupt kontrollieren können. (Also Standards) Genau. Dann die Ausrichtung der Unterrichtsfächer… Sven, ganz ehrlich, ich habe in einem Fach, Physiotherapie Grundlagen, tage- und stundenlang achsengerechtes passives durchbewegen gemacht. Oder zwei Jahre lang, vier Stunden die Woche Massagetherapie. Wo du die Reihenfolge von irgendwelchen Griffen lernst, wo wir heute wissen, oder ich heute weiß, das wusste man wahrscheinlich damals auch schon, dass es überhaupt keine Rolle spielt (Okay). Semesterweise Elektrotherapie, Hydrotherapie. Ich will nicht sagen, dass man das komplett streichen soll. Ich finde das Wissen dahinter sollte man für eine Grundlage schon haben aber ob es notwendig ist.

I: Oder auf jeden Fall auf das Mindestmaß reduzieren, dass man dann wieder Platz hat oder Ressourcen hat und Zeit hat.

B15: Genau. Auch ein pragmatisches Maß, oder?! (Ja) Und daraus wieder Ressourcen zu schaffen, was deutlich fehlt ist Epistemologie also erkenntnistheoretische Fächer einzubauen, dass man evidenzbasierte Medizin einbaut, dass man die physiotherapeutischen Behandlungsfächer in clinical reasoning und in der Behandlung erweitert vom biostrukturellen, biomedizinischen Modell zum biopsychosozialen Modell. Das braucht einfach mehr Zeit, oder? Also wenn wir jetzt wieder über irgendwelche Techniken der Schulter sprechen oder so, da sind die rein biomedizinischen Sachen, die man trainieren kann, die man üben kann, einfach. Schwieriger wird es wenn halt der psychosoziale Überbau, wenn der mit betrachtet wird, welche Maßnahmen gibt es, was kann ich für Adhärenz tun, was kann ich für Selbstwirksamkeit tun, das braucht einfach mehr Zeit aber die Zeit wäre denke ich da, wenn man in anderen Fächern viel, viel pragmatischer umgeht und sagt, okay, wir machen wirklich mal, von mir aus, drei Wochen ein

bisschen intensiver Massage und Weichteilbehandlung und dann machen die mal ein bisschen intensiver mit dem Hintergrundwissen, was kann überhaupt Elektro und was kann man machen und worauf muss ich dabei achten und diese anderen Sachen. Dass man das, dementsprechend.

I: Gerade von der Grundlage her soll sich die Basis schaffen, für jeden Physiotherapeut, dass dann insgesamt dieser Prozess sich weiterentwickeln kann. Okay. Wenn wir jetzt auch mal so in die Verbandspolitik oder Politik allgemein nehmen, was glaubst du denn, was da noch sinnvoll wäre, was man noch für Stellschrauben drehen könnte, dass sich die Physiotherapie da auch noch einmal weiterentwickeln könnte?

B15: Also, wenn wir auf Verbandsebene schauen… Es ist immer ein bisschen schwierig. Also es ist für mich auch so ein zweischneidiges Schwert. Ich sage, einerseits, wenn wir nach Deutschland gucken, wir haben, ich weiß nicht, sind es fünf oder sechs Verbände, also es ist auf jeden Fall welche, die auch substantielle Mitgliederzahlen haben. Das ist einerseits nicht förderlich, weil sie nicht zusammenarbeiten anderseits denke ich manchmal, ich erlebe das in der Schweiz auch ganz anders, wo es auch nur einen Verband gibt, belebt ja Konkurrenz auch ein bisschen das Geschäft.

I: Dass dann auch so ein bisschen Demokratie entsteht, das ist dann irgendwie…

B15: Genau. Also wenn wir jetzt, wenn ich das ein wenig mit der Schweiz vergleichen darf, halt, der Verband ist scheiße. Aus meiner persönlichen Sicht und das sage ich jetzt einfach so raus halt. Die sind beauftragt worden, schon von Gesetzeswegen her, vor 20 Jahren ein Qualitätskonzept auszuarbeiten. Die sind damit bis heute nicht fertig aber wer setzt die unter Druck, die Mitglieder sollten sagen, ich gehe jetzt in einen anderen Verband aber machen die nicht halt. Die Praxisinhaber sind quasi Zwangsmitgliederbei und der Rest zieht irgendwie mit. Von daher ist das so ein zweischneidiges Schwert in Deutschland unterwegs wo wir einmal vier Verbände haben, die irgendwie nicht 100% miteinander arbeiten auf der anderen Seite ist es vielleicht gar nicht schlecht wenn bestimmte, eine bestimmte Konkurrenzsituation zu haben aber eigentlich sollte es eine Spitzengruppe geben, die in einen Konsens findet und die Physiotherapie zusammen vertritt.

I: Okay, das heißt ein größeren Verband, sozusagen und dann vielleicht für die Masseure oder dann für die Selbstständigen, die dann eben die Interessen dann bei dem größeren Verband dann einfordern könnten oder dann quasi Interessen weiter vertreten könnten.

B15: Ja. Dann müssen diese Verbände unabhängiger werden. Diese Verbände vertreten zum Großteil eigentlich Praxisinhaber. Das sind deren Interessengruppen, genau. Da geht es um Geld, oder? Und die Verbände müssen unabhängig auch sein, von Fortbildungsanbietern, von allen die irgendeinen monetären Benefit bieten von allen Institutionen, müssen diese Verbände sein. Weil das ist glaube ich schon ein Hindernis, was wir haben, erleben, wenn es jetzt zum Beispiel um die Diskussion um bestimmte zusätzliche Ausbildung im Bereich des Zertifikatsbereich zu sehen. Da findet keine grundsätzliche und richtige Evaluation statt die immer wieder auf die Berechtigung oder Nichtberechtigung von einer Zertifikatsposition überprüfen beziehungsweise von mir auch für eine neue einsetzen oder sowas. Das findet überhaupt nicht statt, sondern es sind Interessensgruppen.

I: Das ist ein bisschen intransparent, ge, mit den ganzen Zertifikaten. Da macht jeder irgendwie das was er will und kann es dann irgendwo…

B15: Ja und dass jeder Verband irgendwie einen eigenen Kurs für Bobath und einen eigenen Kurs für manuelle Therapie anbietet ist doch schon sehr, sehr fraglich, wenn wir heute darüber sprechen, dass wir eigentlich diese Zertifikate gar nicht haben wollen, oder? Und wenn wissen, was solche Kurse kosten und was Dozentenhonorare sind, dann ist das für mich schwer vorstellbar, dass es sowas nicht irgendwo, und die Dozenten selber haben irgendwo Delegierte, wenn sie in so einem Verband sind dann ist das für mich schon schwer vorstellbar, dass dort ein grundsätzlich unabhängiges Verfahren über solche Entscheidungen, kann ich mir nicht vorstellen. Würde ich auch nicht machen. (Ja) Also in der Situation, oder? Also wenn du selber einen Schein hast, ist das ja nicht so verkehrt, ohne jetzt hier jemanden konkret vorzuwerfen aber die Versuchung alleine ist ja schon einfach das Problem.

I: Ja. Okay. Welche Merkmale oder Fähigkeiten bringst du mit einer professionellen Physiotherapie in Verbindung? Was sollte der top professionell ausgebildete Physiotherapeut, was soll der alles für Fähigkeiten haben?

B15: Also er sollte ein gutes clinical reasoning betreiben können unter allen Einflussfaktoren, was wir ja heute mit dem biopsychosozialen Modell wissen, er sollte in der Lage sein eine gewisse Grundlage an patientengerechter Kommunikation an den Tag zu legen.

I: Okay, das heißt, die Interaktion und die Kommunikation quasi mit dem Patienten.

B15: Genau also das finde ich einen ganz, ganz wichtigen Part. Es gibt heute tolle einfache, es ist echt einfach sowas zu lernen, motivational Interviewing ist recht easy. Also es gibt ganz andere Kommunikationsseminare und da sind die Techniken auf einem ganz anderen Level. Ob es das braucht, ist eine andere Frage aber sowas als Basis zu machen finde ich super. Ein professioneller Physiotherapeut sollte bei seiner Entscheidungsfindung halt und der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten immer für mich professionalisiert evidence based medicine also EBM prozessmäßig vorgehen. Er sollte das verstehen, dass EBM kein Dreisäulenmodell ist sondern ein Prozessmodell und sollte damit auch bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oder wir sagen auch englisch shared decision making den Patienten auch wirklich gut Optionen bieten können und ihm auch wirklich die Vor- und Nachteile für den Patienten aufklären können und… ja, ich denke, mit den Fähigkeiten ist man schon 5% der oberen Pyramide.

I: Okay, sehr gut. Ja, schätze ich auch so.

B15: Weil ein praktisch tätiger Physiotherapeut mit dem Patienten denke ich, klar wir können auch über individuelle Sachen noch sprechen in bestimmten Fachbereichen aber wenn wir erstmal generell sprechen, oder, ist Physiotherapeuten egal ob muskuloskeletal oder neurologisch oder onkologisch, clinical reasoning, Kommunikation, zu Kommunikation gehören ja auch Themen wie aktives Zuhören ect. möchte ich gar nicht so weit eingehen in die Tiefe und EBM-Verständnis und die gemeinsamen Entscheidungsfindung darin dann ist man schon ziemlich weit oben.

I: Wie wichtig schätzt du die derzeitige Rolle der Physiotherapie für die Gesellschaft ein? Glaubst du, dass es jetzt gerade, so ist das die Physiotherapie ein Mehrwert für die Gesellschaft ist? Wenn ja, warum oder glaubst du dann auch manchmal, dass es eher sogar negativ behaftet ist, dass wir sogar vielleicht zu viel Kosten produzieren oder zu ineffektiv arbeiten und warum glaubst du das?

B15: Also ich denke ein Physiotherapeut kann einen Mehrwert für die Gesellschaft darstellen und ich kann diese Frage nicht gut pauschal beantworten (Ja) weil wir beide Seiten haben, oder?! Ich glaube zum einen, dass in manchen Gebieten Physiotherapeuten überschätzt werden was so verordnet wird, dass wir dem Gesundheitssystem, auch wenn wir nur in absoluten ein kleiner Faktor sind, trotzdem zu teuer sind, weil wir Dinge machen die sinnlosen sind. Ich kenne die Argumente, ja aber Andere machen das auch aber ich sollten nicht immer gucken was andere machen, sondern was ich selber mache. Wir sprechen über Fachkräftemangel, wo ich gar nicht weiß, wie ist eigentlich der wirkliche Bedarf. Also gibt es diesen Bedarf eigentlich wirklich und wenn wir jetzt einmal alle Kriterien mal in betrachten ziehen und von daher denke ich, ist der Nutzen für die Gesellschaft teilweise schon ganz schön fraglich, oder? Auf der anderen Seite glaube ich, und ich muss sagen das ist meine persönliche Erfahrung, dass ich in einer Klinik arbeite mit muskuloskeletalen und neurologischen Patienten, die teilweise sehr, sehr schwer betroffen sind, eine sehr, sehr schlechte Partizipation haben (Ja), halt dort wirklich eingeschränkt sind in ihrer Teilhabe und wir das wieder herstellen können, als Physiotherapeut aber manchmal auch inter- und transdisziplinär mit anderen Disziplinen, finde ich, könnte unser Stellenwert sehr, sehr hoch und sehr, sehr, sehr wichtig sein und es wäre schön, wenn das mehr so praktiziert würde. Was ich einfach glaube in den kleinen Praxen, die es so überall gibt, also so mit zwei, drei, vier oder ein Mann, ich glaube fast, die braucht es nicht.

I: Okay, gut. Wie wichtig schätzt derzeit die Rolle ach so, okay, das hatten wir schon gerade. Was denkst du welche Rolle spielt jeder einzelne Physiotherapeut im Prozess der Professionalisierung? Was kann jeder Einzelne dafür tun, um vielleicht auch das gesamte Berufsbild der Physiotherapie sich weiterzuentwickeln?

B15: Es ist eigentlich das, das habe ich vorhin schon ähnlich beantwortet. Jeder Einzelne kann sich und alle anderen kritisch hinterfragen. (Okay) Das ist wieder die Grundlage. Das, wenn das jeder Einzelne tut, dann werden viele Dinge, die unsinnig sind wegfallen und viele Dinge in Angriff genommen, die wichtig sind. Weil kritisches hinterfragen, hat auch immer das Bedürfnis Antworten zu kriegen. Und man möchte selten gerne dumm sterben und damit wäre eigentlich schon sehr, sehr viel getan, wenn man sich freimacht von bestimmten Dingen die man gelernt hat und sagt, okay, ich beleuchte das alles kritisch. (Okay, also würdest…) Wenn das überhaupt keiner tun würde, dann würde in der Gesamtheit und dann kommen natürlich die spezifischen Themen, wo wir nicht alle Physiotherapeuten dafür brauchen aber alle müssen diese Fähigkeit oder, wenn man so… (toleriert oder dann auch reflektiert) Reflektiert und auch mittragen, oder?

I: Ja, genau. Weil ich glaube, ich sehe das ja auch oft, dass wir ja gerade auch so in den social medias eigentlich immer versuchen um Aufklärung zu kämpfen und irgendwas voranzubringen. Manchmal mehr oder weniger polemisch, das ist ja dann irgendwie auch individuell aber, dass es ja eigentlich eher auf, auf Gegenwind stößt als dann irgendwie auf, ich sage jetzt mal, Neutralität. Es gibt ja auch viele, die lesen ja mit, das ist ja okay, aber ich merke immer ja nur die Leute, die sich da dagegenstemmen, dass das (Genau) irgendwie auch mit, dass man, dass man sich nicht gleich in die Kontraposition dann einbegibt, sondern, dass man dann sagt, hey, okay, das ist ja mal interessant, ich lese das mal durch und ich schaue mal, was es dazu gibt und bilde mir dann meine eigene Meinung.

B15: Genau. Also das ist ja halt das, was man viel mitkriegt, und natürlich hat es immer einen Störfaktor, es gibt viele, die nur mitlesen, da wissen wir die Meinung nicht aber ich höre wie in vielen Praxen behandelt oder gehandelt wird halt, welche Empfehlungen Patienten bekommen und deswegen kann ich mir gut vorstellen, dass die, die mitlesen stille Mitleser auch nicht schreiben, weil sie auch sagen, ich halte davon nichts und deswegen sage ich mal dazu gar nichts jetzt oder will dem auch keine Aufmerksamkeit schenken. (Okay) Aber das ist, ja, wenn wir alle selbstkritischer werden dann glaube ich sehr, dann würde das dem Beruf sehr helfen.

I: Okay. Glaubst du von dir selber, dass du jeden Schritt deines therapeutischen Vorgehens am Patienten, begründen könntest? Oder was heißt jeden Schritt aber viele Schritte, dass du irgendwie Argumente für das hast, was du gerade tust.

B15: Also ich habe da sogar eine Regel für mich, dass ich 80% immer Begründen muss, für mich selber, mir selber begründen muss (Ja) und 20% Intuition einfließen lasse darf. (Ja, genau. Intuition) Das ist meine Maxime, das versuche ich. Ich glaube auch, dass ein bisschen Intuition und 80% also der Großteil begründet ist. Und dass diese Intuition nicht schadet (Ja). Ich sehe das auch EBM-mäßig sogar so, ich denke, dass das dieser individuelle, intuitive Bereich nichts gegen EBM sagt und versuche eigentlich immer diese, diese Regel für mich einzuhalten.

I: Okay. Also das heißt, quasi so aus eigener, aus eigener Erfahrung und eigene Werte und Normen und Überzeugungen dann mit in die Therapie mit einzubringen.

B15: Für diesen gewissen Bereich. Ja aber eher als ein intuitiver Faktor auf das Individuum, oder? Wo ich dann vielleicht ein Gespür habe, okay, bei dem Patienten müssen wir vielleicht oder sollte ich eher mein Vorgehen dementsprechend so und so anpassen. Einfach aus der Intuition heraus.

I: Genau aber du könntest es ja auch quasi durch diese Begründung der Intuition ja auch argumentieren. Das heißt… (Ja, gut, wenn du es so siehst, könnte ich es auch so argumentieren, ja) Weil da gibt es nämlich auch interessante Untersuchungen gerade dann im Bereich der Berufssoziologie und Professionsforschung, da hat man eben auch von diesem Arbeitsbündnis gesprochen. Und da ist es eben wichtig, weil wir ja mit Menschen agieren, weil zwei Menschen aus unterschiedlichen Lebenswelten kommen, dass man sich dann doch irgendwo treffen muss und überschneiden muss und diese reine technische Anwendung ist ja sinnvoll, bis zu einem gewissen Punkt wenn es dann (Genau) Menschen mit Ängsten und mit Sorgen und mit Schmerzen geht. (Genau) Sehr gut. Welche Ausbildungsmaßnahmen stellen deiner Meinung nach, das professionelle Handeln der Physiotherapeuten am effektivsten sicher? Studium, ja, nein, Ausbildung, Zertifikate?

B15: Studium. Universität. Ich sage es extra, Universitätsstudium.

I: Okay. Wie weit glaubst du schon, dass Bachelor reicht um erstmal die Grundlagen zu haben oder glaubst du, dass es sinnvoller ist, dass das irgendwie dann mehr Richtung Mastersystem dann angehoben werden müsste, dass dann halt die, die auch wirklich am Patienten arbeiten eher Master sein sollten? Oder diese Entscheidungen dann tragen oder die Verantwortung dann vielleicht tragen.

B15: Also das, der akademische Zustand also wer mit dem Patienten arbeitet, du weißt, ich habe es vorhin schon gesagt, der am Patienten arbeitet, sage ich nicht so gerne. Mit dem Patienten arbeitet würde an sich der Universitäts-Bachelor und ich denke, das kommt ja auch immer auf die Inhalte an aber ein guter Universitäts-Bachelor sollte auf jeden Fall ausreichen. Ich glaube für Entscheidungen auf operativer Ebene, darüber hinaus, ich bin schon noch ein bisschen ein Fan, das hat mehrere Gründe für mich, dass auf operativer

Ebene ein Masterabschluss dafür notwendig wäre um weitreichende Befugnisse umzusetzen. Das hat auch was damit zu tun, mit zukünftigen Vergütungssystem und zukünftiger Frage der Haftung und der Vorgesetzten halt. Also ich könnte mir schon langfristig vorstellen, dass der Physiotherapie mehr Kompetenzen geben werden aber dafür braucht es Abschlüsse.

I: Okay. Auch mehr Verantwortung dann dementsprechend. Okay. Wie stehst du zu einer flächendeckenden Akademisierung der Physiotherapeuten?

B15: Ich bin absolut dafür.

I: Okay. Aus welchem Grund? Einfach die Qualität flächendeckend einfach anzuheben? Also die…

B15: Einmal das dann denke ich an geregelten Universitäten mit geregelten Curricula haben wir weniger Heterogenität bei den Abschlüssen also bei den Abschlusskompetenzen. Die Abschlusskompetenzen sind etwas sehr, sehr wichtiges, wenn wir uns fragen was nachher so ein Therapeut darf und darüber hinaus gibt es natürlich auch berufspolitische Themen. Klar, es gibt jetzt die Schulgeldfreiheit einerseits, jetzt gibt es sogar die Ausbildungsvergütung, das ist etwas, was ich sehr kritisch sehe. Und ich glaube mit einem Studium würde man berufspolitisch dem Beruf sehr, sehr helfen und was ich noch dazu denke und das ist meine eigene Erfahrung im Vergleich mit der Schweiz, dass ein Universitätsstudium im Kontext zu anderen Berufen zu mehr Anerkennung und zu mehr Respektierung und Gehör führt.

I: Also das Prestige, das allgemeine Prestige, dass sich das dann dementsprechend anhebt.

B15: Angleicht. Als Beispiel, hier in der Schweiz gibt es Kongresse, die machen Ärzte und Therapeuten zusammen. Da steht vorne einer mit Masterabschluss oder mit PhD-Abschluss und hält einen Vortrag vor 500 Leuten und da sitzen genauso Ärzte wie Therapeuten, wie Sportwissenschaftler im Publikum, die alle den, sage ich mal, Therapeuten zuhören. Und das ist glaube ich eher in Deutschland momentan nicht vorstellbar.

I: Okay. Glaubst du, dass es in der derzeitigen Situation sinnvoll wäre, den Direktzugang für Physiotherapeuten umzusetzen?

B15: Nein.

I: Nein?! Okay, warum?

B15: Es gibt für mich mehrere Gründe. Das eine ist einmal die Qualität des Therapeuten, die Möglichkeit von clinical reasoning, Erkennung von Red Flags. All diese Fähigkeiten sind nicht gegeben. Die andere ist aber auch eine berufspolitische Sache. Ich frage mich, was nützt es einen Therapeuten. Weil, ich müsste dafür eine umfangreiche Dokumentation machen, eine umfangreiches clinical reasoning, was Zeit kostet und Arbeit kostet. Und die Frage ist, werde ich dafür vergütet und bekomme ich dafür dementsprechend Ressourcen zeitlicher Art. Und dafür solche Regelungen, da es bisher noch überhaupt gar keine Regelungen gibt, sehe ich da auch keinen Vorteil für den Physiotherapeuten, den direct access zu haben, wenn das nur mit mehr Arbeit bei eventuell gleicher Vergütung ist, deswegen würde ich das, wenn es angestrebt werden sollte, zwingend Therapeuten auf diesem Niveau geschult werden und auch nicht nur geschult, sondern auch überprüft werden. Es muss eine regelmäßige Qualitätssicherung stattfinden, die geprüft wird auch beim Therapeuten auch noch in zwei Jahren, wenn man dazu in der Lage ist.

I: Dass man alle zwei Jahre so eine Art Refresher mit Prüfung oder vielleicht ohne Prüfung, je nachdem, das muss man dann halt…

B15: Es gibt ja verschiedene Modelle, oder, man kann ja auch mal ein Fallbeispiel einschicken, irgendwo, aber es muss irgendwo, und ob das jetzt alle zwei oder vier Jahre ist, das lässt sich alles diskutieren aber das muss einfach sichergestellt sein weil wir wissen, jemand, der seine Ausbildung vor 30 Jahren abgeschlossen hat erzählt dir heutzutage Zeug, wovon du noch nie etwas gehört hast, weil es auch besser ist, dass du davon auch noch nichts gehört hast. Aber der sollte den nicht in 30 Jahren auch noch Leute beim direct access befunden, eventuell oder Red Flags ausschließen und das clinical reasoning machen. Das ist von der Qualität einfach nicht gegeben.

I: Okay, gut. Nächster großer Block. Jetzt gehen wir schon langsam in die Ethik und Berufsethik rein. Erstmal eine grundlegende Frage. Was bedeutet für dich Ethik im Beruf des Physiotherapeuten? Das heißt, jetzt kannst du wirklich alles das raushauen, was du möchtest und was dir mit diesen beiden Worten dann so ein bisschen in den Sinn kommt.

B15: Also Ethik bedeutet für mich eine gewisse Fairness oder Fairness erstmal. Fairness ist erstmal ein recht gutes, gutes Wort für, auf Bezug für Ethik. Fairness und das heißt in der Behandlung, dass ich meinem Patienten immer die bestmögliche Behandlung, die effektivste Behandlung in seinem Sinne, das heißt auch inkludiert schon Kosten und Zeit effektiv und, dass ich jeden Patienten, egal ob privat- oder allgemeinversichert, die gleiche Behandlung zukommen lasse.

I: Okay, sehr gut. Wurde das Thema Ethik in deiner Ausbildung und dann nochmal später im Studium auch noch einmal irgendwie angesprochen oder irgendwie mal aufarbeitet?

B15: In meiner Ausbildung nicht, im Studium schon, ja.

I: Okay, was wurde da besprochen? Was wurde da explizit angesprochen?

B15: Also da ging es erstmal so um ethische Grundsätze, also Metaethik, angewandte Ethik und dann ging es schon so in das medizinische, so ein bisschen hypokratischen Eid von den Ärzten, ob wir Therapeuten auch so etwas brauchen und solche Themen eben.

I: Okay, cool. Wieviel Stunden, weißt du das noch ungefähr so grob geschätzt?

B15: Das Fach hat 5 ECTS abgedeckt.

I: Okay, krass… Okay, gut.

B15: Ich hätte gerne also aus meiner Sicht hätte das gerne 5 noch mehr haben dürfen. Ich glaube es gibt genug Stoff in dem Bereich, mehr darüber zu sprechen.

I: Ja. Hast du dich schon einmal bewusst mit dem Thema Ethik in einem beruflichen Kontext auseinandergesetzt, wo du gesagt hast, ah okay, da ist jetzt irgendwie ein bisschen Sensibilität oder das ist jetzt so eine ethische Frage für dich, ist das schon einmal vorgekommen?

B15: Ja, das konfrontiert mich sogar öfter. Es ist doch immer wieder auch ethisch die Frage, wenn ich eine Entscheidung treffe in der Klinik oder mitentscheide, zusammen mit anderen Disziplinen ob ein Patient verlängert werden muss oder nicht. (Okay, ja) Und das ist auch eine ethische Frage irgendwo (Ja). Aus zweierlei Hinsicht oder, weil ich muss immer das für den Patienten berücksichtigen und für den fiktiven Patienten der seinen Platz nicht einnehmen kann, wenn ich ihn verlängere. Das andere, was mich auch öfters betrifft ist privat- oder allgemeinversichert. Ich habe das Glück in einer Klinik zu arbeiten die wirklich sagt, für uns gilt der ethische Grundsatz, dass jeder gleichbehandelt wird aber die Erwartung vom Patienten ist oft eine andere, wenn er privatversichert ist.

I: Also der kommt schon mit dem, mit der Erwartung hin, er wird jetzt hier bevorzugt und alle anderen müssen… Okay. Wie wichtig schätzt du eine ethische Auseinandersetzung für den Prozess der Professionalisierung in der Physiotherapie ein?

B15: Das halte ich schon für sehr wichtig. Das halte ich für sehr wichtig, weil ich glaube ein Verständnis für Ethik hilft auch dabei selbstkritischer zu sein. Das, denke ich, ist auch eine Voraussetzung, irgendwo, auf einer Metaebene unseres Denkens, oder? (Ja, genau) Ein ethisches, einen ethischen Glaubenssatz zu haben, kann unser Verhalten sehr, sehr stark beeinflussen und ich glaube für Reflektion, Selbstkritik, kritische Blicke auf andere Dinge und der Umgang mit unserer Profession ist glaube ich ein mutiger ethischer Glaubenssatz. Denn gute ethische Werte finde ich sehr, sehr wichtig.

I: Ah, das hast du sehr schön gesagt. Sehr gut, okay. Hast du dich schon einmal bewusst oder schon einmal mit einem Berufskodex der Physiotherapie auseinandergesetzt, irgendwie schon einmal gelesen oder irgendwo in einer Zeitschrift durchgeblättert oder damals irgendwie im Unterricht angesprochen gehabt?

B15: Einen Berufskodex? Ne, ehrlich gesagt nicht.

I: Okay, gut. Was bedeutet für dich ein ethisches Dilemma? Oder allgemein ein Dilemma. Wenn du es jetzt erklären müsstest, mit deinen eigenen Worten.

B15: Ein ethisches Dilemma, das ist… mit meinen eigenen Worten. Ein ethisches Dilemma ist eine Abwägungssache. (Ja) Oder, wo man abwägen muss. Das Beispiel ist der Autofahrer der auf, der wenn er ausweicht, tötet und der, wenn er drauffährt tötet, oder?! Und jetzt ist halt die Frage, in unserem Beruf gibt es sowas und ich glaube, dass es sowas häufig gibt.

I: Ja, das ist nämlich auch schon gleich die nächste Frage. (Ja) Du hast ja auch, du hast ja vorhin auch schon erzählt, du bist ja in so einer Art Entscheidungssituation und hast ja auch dementsprechend auch Verantwortung und deswegen auch, bist du ja auch häufig mit solchen Situationen auch konfrontiert. Was sind denn dann so für dich, wenn du jetzt ethische Dilemma im Alltag nochmal reflektieren müsstest, was hast du denn in den letzten Wochen oder Monaten dann mal erlebt, wo du dich in einem Dilemma gefühlt hättest?

B15: (…) Muss ich ganz kurz darüber nachdenken.

I: Du hast ja vorhin schon kurz gesagt, mit Patienten. Dass der eine ja privat sein will und dann natürlich, der Andere, der, sage ich mal, Kassenpatient ist.

B15: Für mich ist das gottseidank kein Dilemma. (Weil das eh schon bei euch die Norm ist, quasi) Also mein Arbeitgeber steht da hinter mir, deswegen kann ich dort bestimmen. Für mich wäre es unethisch dem Privatpatienten eine bessere Behandlung zu geben. Ich finde es vollkommen okay, dass ich für die bessere Versicherung ein Einzelzimmer bekomme, hier einen Extrakaffee und ein paar Goodies und so, dafür bezahlen sie. Für mich ist es nicht okay, dass die Behandlung eine andere wäre als bei dem allgemeinversicherten Patienten, wenn es um das medizinische geht. Da habe ich gottseidank kein Dilemma. Was dann schon manchmal die Frage ist, ist, da komme ich dann aus einem anderen Berufsfeld was ich, das was in den letzten Monaten nicht mehr bedient habe, ist die Frage nach… Ich habe in der Vergangenheit auch die Arbeitsfähigkeit beurteilt. (Ja) Und da kann man manchmal in ein ethisches Dilemma kommen.

I: Okay, das heißt, ob der Patient schon…

B15: Ja, um das verständlich zu machen. Ein Portugiese, der in Portugal nur vier Jahre in der Schule ist, war. Und in die Schweiz gekommen ist und als Bauhelfer gearbeitet hat und aufgrund von irgendeinem körperlichen Defizit, warum er das nicht mehr machen kann, den kann ich medizinisch-theoretisch eine Verweistätigkeit, eine mittelschwere Tätigkeit zuweisen und weiß damit, dass er keine Rente bekommt. Aber ich weiß ja im Hintergrund, dass der kein, nie so eine Tätigkeit finden wird. Das ist ein ethisches Dilemma dann irgendwo, dass ich entweder für den Sozialstaat eine Entscheidung treffe oder für das einzelne Individuum, was direkt vor mir steht. Das habe ich schon, aber das ist schon eher so eine erweiterte Physiotherapie. Das ist so eine Aufgabe, die typischerweise Physiotherapeuten in Deutschland nicht machen. (Ja) Für eine physiotherapeutische Tätigkeit oder auch in meinem Rahmen der Entscheidung in der Klinik… Ja, es gibt manchmal diese Punkte, wo ich denke, wir haben viele Leute auf Anmeldung und wenn die Frage ist, wenn wir einen Patienten verlängern oder nicht, wo ich mich manchmal in diesem Dilemma befinde, wo ich manchmal denke, ist denn überhaupt eine Rehafähigkeit gegeben. Das was wir bisher gesehen haben, ist eigentlich nicht so. Das kostet auch unserer Versicherung Geld (Ja) und ich habe jetzt nicht unbedingt Mitleid mit Versicherungen aber ich habe Mitleid mit unserem Solidaritätsprinzip (Ja). Manche sehen das so, jetzt habe ich so lange eingezahlt, jetzt will ich auch etwas raushaben und das ist kein Solidaritätsprinzip im Sinne einer Versicherung, oder?! Und da befinde ich mich schon manchmal in einem Dilemma.

I: Okay. Und was machst du denn, wenn du in so einem Dilemma bist um dieses Dilemma bestmöglich für dich dann irgendwie zu lösen? Hast du dann irgendwie eine Strategie oder?

B15: Ich versuche dann schon in solchen Fällen, alle Faktoren abzuwägen. Also wenn ich jemanden aus der Reha entlasse, welche Folgen hat das? Lebt der alleine zuhause, lebt der nicht alleine zuhause, hat er Unterstützung, hat er keine Unterstützung. Diese Faktoren lasse ich zum Beispiel mit einfließen.

I: Das heißt Informationen sammeln und dann irgendwo eine genauere Entscheidung wahrscheinlich eher mehr auf rationalen Grundlagen oder?

B15: Ich versuche das so rational wie möglich zu machen. Wobei ich auch ganz ehrlich zugebe, dass schon ganz unterbewusst auch subjektive Faktoren eine Rolle spielen, oder?! Also du hast Patienten, da hast du, ich sag mal so, mit den kommst du sehr gut aus oder du merkst, dass du so ein Stück das Verhältnis (unverständlich) und dann hast du welche, das kann man dann auch ganz ehrlich sagen, jeder kennt solche Patienten, die man nervig findet und ich glaube dieser subjektive Faktor den kann man nicht einfach ausschalten. Aber es ist schon so, dass ich versuche, so viel wie möglich das einfach faktenbasiert zu entscheiden.

I: Okay, gut. Welche Prinzipien, Werte und Normen beziehungsweise Handlungsgrundsätze sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Das können so Stichpunkte sein, wo du sagst, daran knüpfe ich so ein bisschen mein Ethos auf. Also das ist für mich meine Grundsatzhaltung nach der ich mich orientiere.

B15: Kannst du nicht mal versuchen, das anders zu formulieren?

I: Also welche Werte und Normen sind für dich persönlich im beruflichen Alltag besonders wichtig? Also das sind so Stichpunkte, welche Normen, welche Werte, welche Grundlagen sage ich mal, wo du sagst, dass für mich persönlich wichtig.

B15: Reflexion, Ehrlichkeit, (Okay) Ethik ist auch ein Bereich, oder? Das ist für mich wichtig, halt. Mitgefühl, (Ja) also für mich. Mitgefühl kann sich negativ auswirken aber ich finde eine gewisse Art von Mitgefühl und Teilhabe und Empathie ist für mich auch etwas ganz Wichtiges. Mit Empathie meine ich nicht nur Patienten gegenüber sondern auch Kollegen, Interdisziplinarität, gegenüber… Also eine gewisse Grundempathie finde ich, sollte immer so vorhanden sein.

I: Ja, okay. Was bedeutet für dich der Begriff Moral und wie würdest du ihn persönlich zum Begriff der Ethik, so ein bisschen abgrenzen? Auch wieder in deinen eigenen Worten.

B15: Das ist ja schon sehr philosophisch, so dieser Themenbereich. Da tue ich mich immer ein bisschen schwer damit. (Das ist komplett in Ordnung) Ethik ist für mich schon eher eine Wissenschaft (Ja), die auf, die man auf Fakten basiert aufziehen kann und Moral hat doch eher was mit Glaubenssätzen und, also auf einer persönlichen Metaebene oder einer gesellschaftlichen Metaebene mit Glauben und Glaubenssätzen und… Ja, der Grundeinstellung zu tun.

I: Genau. Das ist eigentlich auch so. Moral ist quasi auf Werte und Normen basierte Handlung, die ich von mir aus rechtfertige und die Ethik ist quasi die Wissenschaft dieser Moral. Also die reflektiert dann quasi darüber. Okay. Wie schätzt du die Rolle der moralischen Fähigkeit eines Physiotherapeuten im beruflichen Alltag ein? Das heißt, ist es wichtig, moralische Kompetenzen zu entwickeln oder zu haben um dann als professionellerer Physiotherapeut zu agieren?

B15: Also ich finde man sollte ein Verständnis von Moral haben. Ein Verständnis sollte man schon dafür haben. Also Grundlagen, für mich schon das ethische aber ein Verständnis für Moral sollte man haben und man sollte das Verständnis für die Moral anderer haben oder… Ja. Auf der Grundlage von Ethik finde ich, ist Moral sicherlich nichts verkehrtes in seinen, in, sage ich mal, in seiner Gesellschaftspopulation, wo man sich bewegt. (Ja) Dafür ist das sicher gut. Es kommt aber auch immer so ein bisschen auf die berufliche Herausforderung an. Ich sage mal ein Beispiel wie es bei uns ist. Wir haben viele ausländische Patienten. Teilweise aus fernen und fremden Ländern wo ich denke einfach, dass sich diese moralischen Prinzipien stark unterscheiden und da ist es dann wieder wichtig das Verständnis dafür zu haben.

I: Ja, dass halt auch, dass es auch Menschen, auch andere Menschen gibt, die andere Werte- und Normenverhältnisse und ein Verständnis haben. Das man da auch…

B15: Das heißt aber nicht, dass man das alles so folgen muss. Man muss das nicht in seinem Alltag… Also ein Handeln, welches auf diesen Werten und Normen passiert, akzeptieren. Aber man sollte ein Verständnis dafür haben.

I: Ja. Und glaubst du, wenn man diese Fähigkeit explizit irgendwie auch mit trainiert oder schult, dass sich dann irgendwie auch dieser Professionalisierungsprozess weiterentwickeln könnte und warum glaubst du das, ja oder nein?

B15: Oh, da sage ich dir ganz ehrlich, da habe ich jetzt keine Antwort darauf. (Okay) Ob das moralisch dabei hilft, also…

I: Gut, dann machen wir gleich die letzte Frage. Welchen Stellenwert hätte für dich die Integration eines Ethik- und Moralkompetenzunterricht? Hast du zum Beispiel bei dir damals davon profitiert, dass ihr damals so einen Ethikunterricht dabei hattet?

B15: Also für meine persönliche Entwicklung und auch in den Diskussionen die es dort gab, würde ich schon sagen, dass ich davon profitiert habe. Und ich würde das auch empfehlen für die grundlegende Ausbildung mit einfließen zu lassen. Wir sind ein Beruf wo wir viele, viele Sozialbereiche irgendwo mit verknüpft sind. Nicht nur das soziale Handeln mit den Patienten, sondern auch unser Sozialsystem mit dem wir arbeiten oder die Versicherungen. Ich habe vorhin von einem Solidaritätsprinzip gesprochen und ich glaube ein gewisses Verständnis, also ein grundlegendes Verständnis dafür in einem Unterricht vermittelt zu bekommen und darüber zu debattieren und sich damit auseinanderzusetzen und da meine ich nicht nur einfach einen Frontalunterricht sondern auch darüber zu sprechen und in eine Interaktion zu gehen, glaube ich kann sehr, sehr förderlich sein auch für die Weiterentwicklung für diesen Beruf.

I: Okay, super. Das war es schon. B15, ich danke dir.

B15: Gerne, gerne, Sven.