



Technische Universität München
Lehrstuhl für Sport- und Gesundheitsmanagement

Masterarbeit

Passfähigkeit der Ausbildungen auf die Versorgungsbedarfe auf dem Gesundheitsmarkt am Beispiel Physiotherapie

Matching qualifications and labor supply requirements on the health care market: The example of
physiotherapy

Verena Kronast



Technische Universität München
Lehrstuhl für Sport- und Gesundheitsmanagement

Passfähigkeit der Ausbildungen auf die Versorgungsbedarfe auf dem Gesundheitsmarkt am Beispiel Physiotherapie

Matching qualifications and labor supply requirements on the health care market: The example of physiotherapy

Masterarbeit

Verfasser Verena Kronast
Betreuer: Univ.-Prof. Dr. rer. oec. Jörg Königstorfer
Ausgabe am: 20.03.2015
Abgabe am: 14.08.2015

Zusammenfassung

Hintergrund: Wachsende, sich wandelnde und komplexer werdende Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe implizieren eine zukünftig intensivere Nutzung der typischen Potenziale physiotherapeutischer Versorgungsleistungen und fordern, therapeutisches Handeln auf Forschungsergebnisse und reflektierte Praxis zu basieren. In Deutschland ist die physiotherapeutische Ausbildung an einer Berufsfachschule obligatorisch, es besteht aber die Diskussion einer effektiveren Bedarfsdeckung durch hochschulische Ausbildung.

Ziel: Ziel dieser Studie ist es, Unterschiede der berufsfachschulischen und hochschulischen Physiotherapieausbildung hinsichtlich ihrer Passfähigkeit auf die Versorgungsbedarfe des Gesundheitsmarktes herauszufinden und einen Beitrag zum aktuellen Diskurs zu leisten.

Methode: Unter Berücksichtigung des multifaktoriellen Hintergrunds wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Meinungen zur Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung in vier Dimensionen von 19 Physiotherapeuten mit deutschem Staatsexamen, 15 Lehrenden der berufsfach- und hochschulischen Berufsbildung, 16 Politikern aus Gesundheits- und Bildungspolitik, Berufsverbänden und Gewerkschaft sowie von 17 Vertretern der interdisziplinären Schnittstelle wie Ärzte, andere Gesundheitsfachberufe, Gesundheitswirtschaft und Krankenkassen untersuchte.

Ergebnisse: Demografischer und epidemiologischer Wandel werden in der berufsfachschulischen Ausbildung signifikant weniger schwerpunktmäßig berücksichtigt als von den außen stehenden Gruppen erachtet. Wachsende Anforderungen brauchen eine höhere Qualifizierung, implizieren mehr Professionalität, Verantwortung und Wertschätzung und könnten die Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt beeinflussen. Um besser auf die geänderten Rahmenbedingungen reagieren zu können, müssten die Berufsgesetze eigenverantwortliches Arbeiten durch direkte Zugänglichkeit oder Blankoverordnungen ermöglichen und die Ausbildungsgesetze dazu aktualisiert werden. Die Hochschulen decken den Bedarf an wissenschaftlich qualifizierten Physiotherapeuten noch zu wenig ab. Ein Hochschulabschluss könnte die Versorgungsbedarfe effektiver decken.

Diskussion: Unterschiede in den Meinungen der Gruppen konnten in der Passfähigkeit von berufsfachschulischer Ausbildung zum Versorgungsbedarf beobachtet werden. Gemeinsame Meinungstrends zeigten eine Tendenz zur Aktualisierung der Berufs- und Ausbildungsgesetze und dem Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung.

Konklusion: Die Ausbildung sollte sich am zukünftigen Bedarf orientieren und durch Aktualisierung der Berufs- und Ausbildungsgesetze eigenverantwortliches Arbeiten ermöglicht werden. Die hochschulische Ausbildung soll für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung angestrebt werden.

Abstract

Background: Growing, changing and increasingly complex demands on the health care professions imply an intensive use of typical potential physiotherapy benefits in the future and require therapeutic interventions based on research results and reflected practice. In Germany physiotherapy training at vocational schools is mandatory, but effective supply by university education is presently subject of discussions.

Objective: The purpose of this study is to find out differences between education at vocational schools and universities regarding their ability to match supply needs of the healthcare market and to contribute to the current discourse.

Method: Considering the multifactorial background, a questionnaire was developed, to analyze the opinions relating to matching between education and care in four dimensions of 19 physiotherapists with German graduation, 15 teachers of vocational and academic training, 16 politicians of health and education policy, professional associations and trade unions as well as 17 representatives of the interdisciplinary interface doctors, other health care professions, health industry and health insurance companies.

Results: Demographic and epidemiological change is considered significantly less in vocational school education as guessed by not directly involved groups. Growing requirements need a higher qualification level, imply more professionalism, responsibility and appreciation and may affect pricing in the healthcare market. In order to react better to changing circumstances occupational laws should permit autonomous work by direct access or blanco referrals, education laws need to be updated. Universities do not meet the demand for scientifically qualified physiotherapists yet. University degree could meet supply requirements more effectively.

Discussion: Different opinions of the groups were observed in the matching of vocational training and needs on health care market. Common trends of opinions showed a tendency to upgrade professional and educational laws and the added value of a high school education

Conclusion: Education should be based on future needs and autonomous work should be possible by updating job and education laws. Academic education should be aimed to be in line with demands in patient care.



Vorwort

Die vorliegende Arbeit versucht einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Physiotherapie in Deutschland im Kontext der Einführung der akademischen Ausbildungen basierend auf der Modellklausel zu leisten. Die begrenzten Möglichkeiten der Anwendung (subjektiv) bedarfsgerechter Physiotherapie aufgrund schlechter Rahmenbedingungen motivierten mich dazu, Einsatz für meinen Berufsstand zu zeigen, denn:

Physiotherapie ist mehr wert!

Zunächst gilt mein Dank meinen Kollegen an der Hochschule Rosenheim, allen voran Prof. Sabine Ittlinger, die mich durch fachlichen, kritischen und visionär geprägten Rat bei der Themenfindung inspirieren konnten. Unserem Präsidenten Prof. Heinrich Köster sei für sein stets wohlwollendes und förderndes Interesse an der Physiotherapie gedankt.

Meinem Professor der Technischen Universität München, Prof. Dr. Jörg Königstorfer, danke ich besonders für seine außerordentlich zuverlässige Betreuung und anspruchsvolle Förderung.

Ganz besonderer Dank gebührt meiner Familie und meinem Freund, die mich in jeglicher Hinsicht verstanden, unterstützt und gestärkt haben.

Alle Bezeichnungen, die auf Personen bezogen wie beispielsweise Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen sind, beziehen sich mit der sprachlich gewählten Formulierung stets auf beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form steht.

Rosenheim, im August 2015

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung	MPhG	Masseur- und Physiotherapeutengesetz
ANOVA	analysis of variance	p	Prüfgröße, Signifikanzwert
BFSO HeilB	Berufsfachschulordnung Heilberufe	PhysThAPr	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Physiotherapeuten
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen	SD	Standardabweichung
df	degrees of freedom	SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
EPBS	European Physical Therapy Benchmark Statement	SPSS	Statistiksoftware der Firma IBM
GesinE	Gesundheitsfachberufe in Europa	t	t-Wert in Teststatistik und t-Verteilung
F	F- Wert in Teststatistik und F-Verteilung	Tab.	Tabelle
h	absolute Häufigkeit	V	Variable
HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.	Var	Varianz
IFK	Berufsverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V.	ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
IWAK	Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur	VPT	Verband Physikalische Therapie e.V.
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Maß der Stichprobeneignung	WCPT	World Confederation of Physical Therapy
Kumul. %	Kumulierte Prozent	ZVK	Deutschen Verband für Physiotherapie e.V.
M	Mittelwert		

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Theoretische Grundlagen zur zukünftigen Entwicklung der physiotherapeutischen Ausbildung hinsichtlich der Versorgung auf dem Gesundheitsmarkt	3
2.1.	State of the art der Physiotherapieausbildung in Deutschland	3
2.1.1.	Berufsbild und Ausbildungsstandards	3
2.1.2.	Ausrichtung der Physiotherapieausbildung am Versorgungsbedarf	5
2.1.3.	Versorgungsbedarf an Physiotherapie in Deutschland.....	6
2.1.4.	Zukünftige Anforderungen hinsichtlich der Versorgung an Physiotherapie in Deutschland.....	7
2.1.5.	Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt	8
2.1.6.	Gesetzlicher Rahmen	10
2.1.7.	Die Berufsfach- und Hochschulen als Zubringer für den Markt.....	11
2.2.	Passfähigkeit der Ausbildung zum Bedarf nach Stakeholdern	12
2.2.1.	Passfähigkeit laut Physiotherapeuten	12
2.2.2.	Passfähigkeit laut Berufsfach- und Hochschulen	13
2.2.3.	Passfähigkeit laut Politikern	14
2.2.4.	Passfähigkeit laut interdisziplinärer Schnittstelle.....	15
2.3.	Forschungsfragen zur Passfähigkeit von physiotherapeutischem Bedarf und physiotherapeutischer Ausbildung	15
2.3.1.	Inwiefern wird der demografische und epidemiologische Wandel in der berufsfachschulischen Ausbildung berücksichtigt?	16
2.3.2.	Wie können wachsende Anforderungen die Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt verändern?	16
2.3.3.	Welche Anpassungen in den Berufsgesetzen wären nötig, um besser auf die geänderten Rahmenbedingungen reagieren zu können?	16
2.3.4.	Inwieweit decken die Hochschulen den Bedarf quantitativ ab?.....	16
2.3.5.	Könnte ein Hochschulabschluss den Bedarf besser abdecken?	16
3.	Ziel/ Fragestellung	17
4.	Material und Methode	18
4.1.	Konzeption	18

4.2.	Durchführung	23
4.3.	Auswertung	26
5.	Ergebnisse	29
5.1.	Allgemeine Meinung.....	29
5.2.	Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der Ausbildung	34
5.3.	Notwendige Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen	37
5.4.	Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen	41
5.5.	Quantitative Bedarfsdeckung durch die Hochschulen	44
5.6.	Effektivere Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss	48
6.	Diskussion.....	51
6.1.	Theoretischer Beitrag	51
6.2.	Beitrag für die Praxis	55
7.	Limitationen und Ausblick	65
7.1.	Methodenkritik.....	65
7.2.	Empfehlung	66
8.	Literaturverzeichnis	69
	Abbildungsverzeichnis	74
	Tabellenverzeichnis.....	75
	Eidesstattliche Erklärung.....	77
	Anlagenverzeichnis	78
Anlage A	Fragebogen	79
Anlage B	Mailtext Akquise der Teilnehmer.....	83



Anlage C	Mailtext Versendung des Fragebogenlinks an die Teilnehmer	84
Anlage D	Variablenübersicht.....	85
Anlage E	Multifaktorielles Modell der Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung in der Physiotherapie (eigenes Modell)	88
Anlage F	Daten bereinigt (digital)	89
Anlage G	SPSS-Syntax (digital).....	89
Anlage H	Masterarbeit als Pdf-Version (digital)	89

1. Einleitung

Wandel in den Versorgungsstrukturen des Gesundheitsmarkts

Um das Qualitätsniveau der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem langfristig hoch zu halten, ist ein Blick auf die sich wandelnden Rahmenbedingungen und Versorgungsbedarfe verlangt (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 8). Demografischer Wandel, geänderte wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie medizinischer Forschungsfortschritt gestalten die beruflichen Anforderungen an die Akteure im Gesundheitswesen kontinuierlich um (Bollinger, Gerlach & Pfadenhauer, 2005, S. 13). Daneben steigt der Therapiebedarf für alte und hochbetagte Menschen sowie für chronisch und multimorbid Erkrankte (Ewers et al., 2012, S. 34). Angehörige der Gesundheitsfachberufe wie die Physiotherapeuten stehen bereits seit einigen Jahren vor fälligen Anpassungen in der interdisziplinären Aufgabenverteilung, um eine bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten zu können (Robert Bosch Stiftung 2013, S. 8). Dabei ist das Herstellen einer gegenüber anderen Berufszweigen konkurrenzfähigen Arbeitszufriedenheit der Physiotherapeuten Basis für ein langfristiges Sicherstellen einer guten Versorgung (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 8), denn schlechte Arbeitsbedingungen und Bezahlung auf Niedrigverdienerniveau zwingen viele Physiotherapeuten in Deutschland dazu, den Beruf frustriert zu verlassen, was einen Fachkräftemangel nach sich ziehen wird (Hügler, 2013). Aus einem Branchenmonitoring für Gesundheitsberufe, das exemplarisch für die Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde, lässt sich bereits bis 2020 ein Fachkräftemangel in der Physiotherapie vorhersagen und es wird zu einer Verbesserung der Arbeits-, Vergütungs- und Ausbildungssituation aufgerufen (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, 2012). Die dargestellten Entwicklungen stellen Physiotherapeuten vor sich wandelnde Aufgaben und verlangen langfristig Anpassungen hinsichtlich der Qualifikationswege und Kompetenzprofile (Lehmann et al., 2014, S. 15).

Antwort des Bildungssystems auf Bedarfe des Gesundheitswesens

Um bedarfsgerecht auf den Anforderungswandel reagieren zu können und die Versorgungsqualität langfristig zu sichern, müssen Physiotherapeuten ihre Interventionen auf Forschungsergebnissen basieren und ihr Handeln reflektieren (Ewers et al., 2012, S. 34). Im Gegensatz zu Deutschland, wo die Berufszulassung zum Physiotherapeuten ausschließlich durch das Staatsexamen nach der Ausbildung an einer Berufsfachschule erworben werden kann, legen im europäischen Umland Physiotherapeuten bereits eine hochschulische Ausbildung ab (Lehmann et al., 2014, S. 15). Aufgrund des Zusatzes einer Modellklausel im Berufsgesetz der Physiotherapeuten, auf deren Basis es aktuell möglich ist, innerhalb einer sechsjährigen Testphase primärqualifizierende Studiengänge einzurichten, ist es seit 2009 möglich, Physiotherapie primärqualifizierend in Deutschland zu

studieren. Der Wissenschaftsrat hält die aktuelle Ausbildung an berufsbildenden Schulen in den Gesundheitsfachberufen für nicht ausreichend, um die auf dem Arbeitsmarkt geforderten Kompetenzen zu vermitteln, eher soll die Ausbildung hin zu primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen entwickelt werden, welche zu reflektiertem und evidenzbasiertem Handeln zur Bewältigung der komplexer werdenden Aufgaben befähigen können (Wissenschaftsrat, 2012, S. 8). Über die qualitative Passfähigkeit von berufsfachschulischer Ausbildung und Beruf konnten laut Lehmann et al. (2014) während der umfangreichen Untersuchung der Gesundheitsfachberufe in Europa (GesinE-Studie) im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Jahr 2014 durch Literaturrecherche keine zufriedenstellenden Untersuchungen mit genügendem Evidenzgrad gefunden werden.

Ziel dieser Arbeit

Zur Weiterentwicklung der aktuellen Diskussion um den Akademisierungsprozess in der Physiotherapie in Deutschland ist das Ziel der vorliegenden Studie, die Passfähigkeit der beiden physiotherapeutischen Ausbildungsabschlüsse zu den Versorgungsbedarfen auf dem Gesundheitsmarkt zu untersuchen und Unterschiede in den Einschätzungen von ehemaligen Ausbildungsteilnehmern im Vergleich zu anderen Perspektiven festzustellen. Darüber hinaus soll ein aktuelles Meinungsbild von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, die in die multifaktorielle Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung involviert sind, skizziert werden. Dazu werden zuerst theoretische Grundlagen hinsichtlich quantitativer und qualitativer Passfähigkeit dargelegt, um Entstehung und Einflussfaktoren des Sachverhalts zu verstehen. Die Befragung soll den Forschungsgegenstand von möglichst vielen Perspektiven beleuchten und ein umfassendes Meinungsbild aus therapeutischer, pädagogischer, politischer, ökonomischer und interdisziplinärer Sicht wiedergeben. Die Darstellung der Ergebnisse soll in eine Diskussion und Schlussfolgerung im aktuellen Kontext münden.

2. Theoretische Grundlagen zur zukünftigen Entwicklung der physiotherapeutischen Ausbildung hinsichtlich der Versorgung auf dem Gesundheitsmarkt

2.1. State of the art der Physiotherapieausbildung in Deutschland

2.1.1. Berufsbild und Ausbildungsstandards

Berufsbild des Physiotherapeuten

Der größte Berufsverband der Physiotherapeuten in Deutschland– der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. – definierte 2013 das Berufsbild der Physiotherapeuten als „eine an der Physiologie und Pathologie orientierte Bewegungstherapie“, die bei somatischen und psychischen Struktur- und Funktionsstörungen Einsatz findet und Patienten bei der Förderung, Bewahrung und Wiederherstellung ihrer Funktionen durch passive und aktive Maßnahmen unterstützen kann. (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., 2013b, Abs. 2-3). Einsatzgebiete für Physiotherapeuten auf dem Arbeitsmarkt sind stationär wie ambulant in den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., 2013b). Als Mitglied in der World Confederation for Physical Therapy (WCPT) wird von Deutschland angenommen, sich auch an den Normen des physiotherapeutischen Weltverbandes zu orientieren. Dieser definiert das Berufsbild des Physiotherapeuten in seiner Grundsatzerklärung als Dienst am Menschen, der Bewegung und Funktionsfähigkeit von Einzelpersonen oder Bevölkerungsgruppen in der ganzen Lebensspanne entwickelt, erhält und wiederherstellt, wenn diese durch Alterung, Verletzung oder Umweltfaktoren beeinträchtigt sind (World Confederation for Physical Therapy, 2011, S. 1). Eine zentrale Bedeutung in Bezug auf Gesundheit und Lebensqualität stellt neben physischem, psychischem, emotionalem und sozialem Wohlbefinden die funktionelle Bewegung dar, deren Potenzial Physiotherapeuten durch ihre Tätigkeit in der Gesundheitsförderung, Prävention, Befähigung und Rehabilitation identifizieren und durch prozesshafte, interaktive und zielgerichtete Versorgung ausbauen können (World Confederation for Physical Therapy, 2011, S. 11).

Im Vergleich zur deutschen Definition fällt auf, dass der Weltverband das Berufsbild des Physiotherapeuten deutlich differenzierter beschreibt. Die WCPT geht zudem weg von einem pathogenetischen Ansatz und wendet sich einer salutogenetischen Annäherung der Patientenversorgung zu: Lebensqualität, Bewegungspotenzial sowie Ausrichtung der Therapie am Patientenziel stehen ressourcenorientiert im Vordergrund. Hinzu kommen die Idee einer interdisziplinären Aufgabenteilung sowie der patientenzentrierte Teamgedanke unter den Gesundheitsfachberufen.

Ausbildungsstandards

Aufschluss darüber, inwiefern Ausbildungsstandards die Ausübung des skizzierten Berufsbildes ermöglichen, gibt ein Blick in die Ausbildungs- und Berufsgesetze. Das Ausbildungsziel ist in § 8 des deutschen Berufsgesetz (Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG), 1994) verankert und impliziert, dass die Ausbildung auf die beruflichen Herausforderungen vorbereiten soll und zur Anwendung adäquater präventiver, kurativer und rehabilitativer Interventionen mit dem Ziel einer Förderung, Bewahrung und Wiederherstellung körperlicher und psychischer Funktionsstörungen sowie einer Kompensation bei irreversiblen Einschränkungen befähigen soll. Das Berufsgesetz (MPhG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV), 1994) geben einen bundeseinheitlichen Rahmen von 2900 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht sowie 1600 Stunden praktischer Ausbildung am Patienten vor. In der landesweiten Schulordnung (Berufsfachschulordnung nicht-ärztliche Heilberufe (BFSO HeilB), 1993) sind die genauen Stundenverteilungen und Schwerpunkte pro Bundesland festgehalten.

Der Weltverband beschreibt in seiner Ausbildungspolice als Ausbildungsziel in erster Linie die unabhängige und eigenverantwortliche Berufsausübung als Produkt einer primärqualifizierenden Ausbildung, die auf hochschulischem Niveau stattfindet und zum lebenslangen Lernen befähigt (World Confederation for Physical Therapy, 2011, S. 3). Anforderungen an das Curriculum sind neben der Berücksichtigung der Kompetenznachfrage im jeweiligen nationalen Kontext unter anderem die praktische Ausbildung zu einer direkten klinischen (interdisziplinären) Tätigkeit, die Arbeit in unterschiedlichen Settings, Forschungsmethoden und evidenzbasierte Praxis (World Confederation for Physical Therapy, 2011, S. 3-4). Weiterhin werden relevante berufsspezifische Kompetenzen als Produkt der Ausbildung in Can-do-statements beschrieben. Physiotherapeuten besitzen demnach fundierte Kompetenzen im Clinical Reasoning Prozess, der Evaluation der Ergebnismessung und dem Aufstellen eines Behandlungsplans und verfügen über soziale Kompetenzen in der Patientenedukation sowie fachlich-methodische in der Forschung, wobei der Fokus nicht alleinig auf die direkte Patientenversorgung begrenzt wird, sondern auch Berufsfelder im Bereich Public Health, Führungspositionen, Management, Lehre, Forschung und Politik umfasst (World Confederation for Physical Therapy, 2011, S. 11–12).

Auffallend im Vergleich zur deutschen Berufs- und Ausbildungsstruktur ist die Beschreibung der beruflichen Autonomie des Physiotherapeuten als sogenannter First Contact Practitioner, der per Definition nach Zalpour (2010) ohne vorgeschaltete ärztlicher Überweisung Patienten eigenverantwortlich im Direktzugang (Direct Access) begegnen darf, was Untersuchung, Behandlung und Prognostizierung einschließt. Auch die Verortung der Physiotherapieausbildung an Hochschulen

muss hervorgehoben werden. In Deutschland überwiegt ein stark vereinfachtes Verständnis des Physiotherapeutenberufs, das im internationalen Vergleich mit einer zeitlich stark verzögerten Professionalisierung und Forschungsentwicklung einhergeht (Ewers et al., 2012, S. 39). Im Gegensatz zu Deutschland, wo die Berufszulassung zum Physiotherapeuten ausschließlich durch das Staatsexamen nach einer berufsfachschulischen Ausbildung erworben werden kann, legen im europäischen Umland Physiotherapeuten eine hochschulische Ausbildung ab (Lehmann et al., 2014, S. 15). Seit 2001 ist es zwar teilweise möglich, Physiotherapie an Hochschulen in Deutschland zu studieren und einen Bachelor- bzw. Masterabschluss zu erreichen, wobei das Absolvieren des deutschen Staatsexamens obligatorisch ist und es dabei drei Studiengangmodelle zu unterscheiden gilt (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., 2013d): Ausbildungsintegrierende / duale Studiengänge sind an eine Berufsfachschule angeschlossen und finden in ihrer ersten Studienphase parallel zur schulischen Ausbildung statt, in der zweiten Studienphase - nach Ablegen des Staatsexamens - parallel zur Berufsausübung. Zweitens ist es möglich, ein berufsbegleitendes Studium zu absolvieren, welches zu einem späteren Zeitpunkt nach der Berufszulassung und parallel zur Berufsausübung stattfinden kann. Die dritte Möglichkeit ist ein primärqualifizierendes Studium, welches auf dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten aus dem Jahr 2009 basiert und erstmals ein grundständiges Studium in Deutschland ermöglicht (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., 2013c). Dafür beschloss der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V. kurz nach Bekanntmachung der Modellklausel im Berufsgesetz und der damit verbundenen Möglichkeit zur Implementierung von primärqualifizierenden Modellstudiengängen klare Empfehlungen für die Gestaltung dieser Ausbildungsprogramme. Dabei sollte grundsätzlich der Reflektierte Praktiker als Leitbild für das Ausbildungsziel stehen und die "wissenschaftsbasierte, kontextbezogene und praxisorientierte Befähigung für die Arbeit in interdisziplinären Teams (...), (eine) adäquate Einmündung der Absolventen auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (...) sowie Entwicklung neuer Handlungs- und Aufgabenfelder (ermöglichen)" (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V., 2010, S. 1).

2.1.2. Ausrichtung der Physiotherapieausbildung am Versorgungsbedarf

Qualitative Ausrichtung am Bedarf

Die Ausbildungsstandards werden gesetzlich von Bund und Ländern geregelt. Beratend steht den Regierungen der Wissenschaftsrat in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung zur Seite (Wissenschaftsrat, 2014). Dieser hält die aktuelle Ausbildung an deutschen Berufsfachschulen in den Gesundheitsfachberufen nicht für ausreichend, um die auf dem Arbeitsmarkt geforderten Kompetenzen zu vermitteln, eher soll die

Ausbildung hin zu einer hochschulischen Qualifizierung entwickelt werden, welche zu reflektiertem und evidenzbasiertem Handeln zur Bewältigung der komplexer werdenden Aufgaben befähigen kann (Wissenschaftsrat, 2012, S. 8).

Quantitative Ausrichtung am Bedarf

Die Anzahl der Ausbildungsplätze pro Jahr wird durch die jeweilige Bezirksregierung genehmigt und richtet sich nach den örtlichen und personellen Ressourcen der Ausbildungsstätten, welche genügend Räumlichkeiten, ausreichend Personal und genehmigte Praktikumsplätze für den klinischen Einsatz vorweisen müssen. Dabei wurden in Bayern für das Jahr 2014 von den einzelnen Bezirken pro Berufsfachschule 20-30 Plätze je Ausbildungsjahrgang genehmigt, was 40 Berufsfachschulen für Physiotherapie im Freistaat betraf (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, 2014). Demnach gab es im Jahr 2014 in etwa 1000 Ausbildungsplätze an bayerischen Berufsfachschulen.

2.1.3. Versorgungsbedarf an Physiotherapie in Deutschland

Wie auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2014 beschreibt, unterteilt sich der Versorgungsbedarf in objektiven, subjektiven und latenten Bedarf sowie in die Nachfrage an Gesundheitsversorgung und der Nutzung dieser Leistungen. Im Folgenden soll auf die direkt messbaren objektiven Bedarfe eingegangen werden.

Nachfrage an Physiotherapeuten auf dem Arbeitsmarkt

Physiotherapeuten wurden im Jahr 2010 laut einem Branchenmonitoring, das exemplarisch für Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde, überwiegend in Heilberufspraxen (90%) benötigt, weiterhin in Rehabilitationskliniken (5%), Krankenhäusern (2%) und sonstigen Einrichtungen eingesetzt (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, 2012, S. 146–163). Im Vergleich zu anderen therapeutischen Gesundheitsfachberufen stellten Physiotherapeuten die größte Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt dar. Über die Hälfte der insgesamt nachgefragten Stellen an therapeutischen Gesundheitsberufen wurde für Physiotherapeuten verbucht (ca. 1.000 von 2.000 Stellen) (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, 2012, S. 146–163).

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen

Mit einem seit Jahren konstanten Anteil von 11% am Bruttoinlandsprodukt machen die Ausgaben für Gesundheit einen nicht unbedeutenden Teil aus. Nach aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes zu den Gesundheitsausgaben in Deutschland stellten im Jahr 2013 ärztliche Leistungen, Waren und pflegerische/therapeutische Leistungen jeweils ein Viertel der Gesamtausgaben dar. Rein therapeutische Leistungen machten 6% aus. Innerhalb der therapeutischen Leistungen mach-

ten knapp drei Viertel des Gesamtumsatzes an Heilmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung physiotherapeutische Umsätze aus (Waltersbacher, 2014, p. 8). In einer epidemiologischen Analyse der behandelten Fälle im Jahr 2012 zeigte sich, dass die orthopädische Rehabilitation mit 31,9% aller rehabilitativen Leistungen die am meisten in Anspruch genommene Leistung in der Reha ist (Sachverständigenrat, S. 74). Die Regelbehandlungszeit ist durch den Heilmittelkatalog für jede Art der physiotherapeutischen Leistungserbringung vorgegeben. Ein vollzeitbeschäftigter Physiotherapeut behandelt in der Universitätsmedizin Mainz 2,3 Patienten pro Stunde, was im Jahr über 3.500 Therapieeinheiten bedeutet (Hügler, 2013, S. 12). Hochgerechnet auf aktuell 99.000 Vollzeitbeschäftigte würde dies bei maximaler Auslastung 350 Millionen Behandlungen bedeuten. Nach Angaben der AOK wurden rund 242 Millionen einzelne physiotherapeutische Behandlungen von gesetzlich Versicherten in Anspruch genommen, wobei die umsatzstärkste Leistung die normale Krankengymnastik mit knapp der Hälfte aller physiotherapeutischen Heilmittel darstellte (Waltersbacher, 2014, S. 7–40). Häufigste Indikationen der Krankengymnastik waren Erkrankungen der Wirbelsäule (43%), des Beckens / der Extremitäten (über 36%) und des Nervensystems (13%), wobei sich die Leistungen vor allem auf weibliche Patienten höheren Lebensalters (37% aller Behandlungen an Frauen zwischen 50 und 79 Jahren) konzentrierten (Waltersbacher, 2014, S. 41–43).

2.1.4. Zukünftige Anforderungen hinsichtlich der Versorgung an Physiotherapie in Deutschland

Der demografische Wandel in der Altersstruktur schreitet mit einer steigenden Anzahl alter und hochaltriger Menschen bei einer gleichzeitig abnehmenden Geburtenrate voran. Daneben steigt der Therapiebedarf für alte und hochbetagte Menschen sowie für chronisch und multimorbid Erkrankte (Ewers et al., 2012, S. 34), die sich über die Lebensspanne erstrecken und worunter auch immer mehr Kinder und Jugendlichen mit Allergien und Übergewicht zu beobachten sind (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 44). Künftig wird es komplexere Versorgungsaufgaben geben; Beispielsweise wird bei 70- bis 90-jährigen von fünf bis neun parallel manifestierten Erkrankungen ausgegangen, wovon ein Großteil sogar chronisch ist (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 23). Mit den gängigen, überwiegend pathogenetisch orientierten Ansätzen und den daraus generierten biomedizinischen Herangehensweisen können Physiotherapeuten die wachsenden und gewandelten Anforderungen nicht bewältigen, stattdessen bedarf es eher einer salutogenetischen und ganzheitlichen Versorgung (Ewers et al., 2012, S. 34) sowie einer vermehrten Gesundheitsinformation im Sinne eines Empowerments (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 25). Die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem befinden sich in qualitativer und quantitativer Hinsicht in einem Anforderungswandel, welcher auch für den einzelnen Patienten spürbar ist: Verhalten, Verhältnis-

se und gesellschaftliche Werte verändern sich und beeinflussen berufliche und private Kontextfaktoren (Ewers et al., 2012, S. 38). Auch der Einfluss des sozialen Wandels, der im Zuge demografischer Entwicklungen mit einem veränderten Familienbild einhergeht, kann einerseits intergenerationelle Hilfeleistungsmodelle nach sich ziehen, andererseits aber auch aufgrund gewachsener (beruflicher) Mobilität bedeuten, dass mehr professionelle Leistungen in Anspruch genommen werden (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 19–25). Darüber hinaus macht der Einzug von Technologie auch vor den Gesundheitsberufen nicht Halt und wird durch vermehrten digitalen Hilfsmiteinsatz und moderner Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten neue Versorgungsstrukturen in Richtung Telemedizin ermöglichen, was ein Zugewinn für die Effizienz und Wirtschaftlichkeit bedeutet (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 27). Auch wirtschaftliche Parameter werden den Gesundheitsmarkt noch mehr als bisher bestimmen und sowohl einen Nachweis als auch eine Optimierung der Effizienz in der intra- und interdisziplinären Patientenversorgung fordern und nicht zuletzt über das Ausmaß der Professionalisierung entscheiden (Robert Bosch Stiftung, S. 44–48). Eine zusätzliche Verbreiterung des Leistungsspektrums in Richtung Prävention und (betriebliche) Gesundheitsförderung sowie eine vermehrte Gewichtung nichtärztlicher Leistungen erscheinen eine effizientere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Sachverständigenrat, S. 93; 127). Um auf den umfangreichen Anforderungswandel reagieren zu können, ist es von großer Bedeutung, die typischen Potenziale der Gesundheitsfachberufe noch intensiver als bisher zu nutzen und langfristig das therapeutische Handeln auf Forschungsergebnisse und reflektierte Praxis zu basieren (Ewers et al., 2012, S. 34). In der aktuellen interdisziplinären Zusammenarbeit ist eine historisch geprägte und traditionell hierarchische Rollenverteilung zu beobachten, deren Aufbrechen berufsständische Konflikte nach sich ziehen wird. Dabei wäre eine Teamarbeit der medizinischen Fachberufe auf Augenhöhe ein großer Gewinn für praktische Lösungen, Beantwortung von Forschungsfragen und nicht zuletzt für eine effiziente Patientenversorgung (Ewers et al., 2012, S. 40)

2.1.5. Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt

Leistungsträger physiotherapeutischer Heilmittel

Physiotherapeuten sind gefordert, die Effektivität ihrer Versorgungsleistungen rational vor den finanzierenden Krankenkassen, überweisenden Ärzten und nicht zuletzt gegenüber Patienten zu belegen (Ewers et al., 2012, S. 39). Physiotherapeutische Heilmittel werden von verschiedenen Stellen im Gesundheitswesen finanziert: Fast zwei Drittel der Leistungen wurden 2013 von gesetzlichen Krankenkassen entrichtet, ein größer werdender Teil wird vom Patienten privat bezahlt (15%) und zu geringeren Anteilen erstatteten private Krankenversicherung (8%), gesetzliche Rentenversicherung, Arbeitgeber, öffentliche Haushalte, gesetzliche Unfallversicherung und soziale

Pflegeversicherung (jeweils unter 5%) die Kosten (Statistisches Bundesamt, 2015a). Leistungsträger für physiotherapeutische Heilmittel sind demnach überwiegend im ersten Gesundheitsmarkt verortet und in erster Linie durch die gesetzlichen Krankenkassen repräsentiert. Daneben sind Entwicklungen im zweiten Gesundheitsmarkt durch vermehrte Bereitschaft zu Eigenleistungen zu beobachten.

Gesetzliche Reglementierung des verfügbaren Therapieangebots

Die Preisgestaltung der Heilmittel der gesetzlichen Krankenversicherung ist vom Gesetzgeber bestimmt. Im Sozialgesetzbuch (SGB V) wird einerseits in § 71 nach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität gesichert, dass in der Gestaltung von Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Heilmitteln grundsätzlich keine Beitragssatzerhöhungen aus der Grundlohnsomme notwendig werden dürfen. Andererseits ist in § 125 festgelegt, dass der jeweilige Spitzenverband der Krankenkassen und die interessensvertretenden Berufsverbände der Heilmittelerbringer gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben sollen. Vor Abschluss der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Diese Rahmenempfehlungen enthalten Satzungen zu Inhalt, Dauer und Frequenz der Patientenbehandlung (Regelbehandlungszeit), Richtlinien zu Weiterbildung, Qualitätsmanagement sowie Prüfung der Wirtschaftlichkeit und geben letztendlich auch die Vergütungssätze für Heilmittel vor (Sozialgesetzbuch (SGB V), 2014). In Deutschland unterliegen Physiotherapeuten laut SGB V der ärztlichen Rezeptpflicht, was bedeutet, dass sie nur auf ärztliche Anweisung behandeln dürfen, um von der Krankenkasse bezahlt zu werden. Die Vertragsärzte der Krankenkassen unterliegen laut § 106 des SGB V wiederum einer Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen und sind verpflichtet, dort Rechenschaft über ihre Verordnungen abzulegen. Die Prüfstelle entscheidet, ob ein Verstoß gegen § 84 des SGB V vorliegt und veranschlagt bei Bedarf eine Honorarkürzung, um den Krankenkassen den Mehraufwand zu erstatten. Kurz gesagt: Das Budget der Ärzte für Heilmittelverordnungen ist begrenzt und wird von Seiten der Krankenkassen gesetzlich klein gehalten, was den Markt der Physiotherapeuten hinsichtlich verfügbarem Therapieangebot stark reguliert.

Angebot und Nachfrage

Das Angebot an physiotherapeutischem Fachpersonal setzt sich aus den aktuell Beschäftigten, den Ausbildungsabsolventen und den potenziell einsetzbaren Arbeitslosen des Berufs zusammen (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, 2012, S. 146). Laut neuesten Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2015b) waren im Jahr 2011 insgesamt 136.000 Physiotherapeuten (entspricht 99.000 Vollzeitäquivalenten) in Deutschland beschäftigt, was einer Verdopplung in den letzten 10

Jahren entspricht. In dieser Zeitspanne legten auch bundesweit (ohne Hessen und Bremen) jährlich gut 6.000 Absolventen ihre Physiotherapieausbildung ab (Statistisches Bundesamt, 2014) S. 592–596) und die Bundesagentur für Arbeit meldete konstant rückläufige Arbeitslosenzahlen auf etwa 2.000 arbeitslose Physiotherapeuten (Bundesagentur für Arbeit, 2015). Im Jahr 2010 führte das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur der Frankfurter Goethe-Universität ein Branchen Monitoring der Gesundheitsfachberufe exemplarisch für Rheinland-Pfalz durch. Dazu wurden durch den in der Arbeitsmarktforschung etablierten "Matching-Ansatz" die beiden Arbeitsmarktseiten Angebot an Fachkräften und Nachfrage dieser in Gesundheitseinrichtungen erhoben und ein etwaiger Überhang oder Mangel identifiziert. (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, 2012, S. 11–23). Die Nachfrage an Physiotherapie ist im Punkt 2.1.3 in den Versorgungsbedarfen dargestellt.

Vergütungssätze und Gehalt

Schlechte Arbeitsbedingungen und Bezahlung auf Niedrigverdienerniveau zwingen viele Physiotherapeuten in Deutschland dazu, den Beruf frustriert zu verlassen (Hügler, 2013, S. 11). Nach der Vergütungsvereinbarung gemäß § 125 SGB V für die Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen, Massagen und Bäder ist die Vergütung der Einzelbehandlung Krankengymnastik mit einer Regelbehandlungszeit von 15-25 Minuten auf 15,43 € festgelegt (Verband der Ersatzkassen e. V. et al., 2014, S. 4–10). Ein vollzeitbeschäftigter Physiotherapeut behandelt laut Angaben der Universitätsmedizin Mainz 2,3 Patienten pro Stunde, wobei die durchschnittliche Vergütung bei 13,07 € brutto pro Stunde liegt (Hügler, 2013, S. 12). Die Koppelung des Berufsstandes der Physiotherapeuten an die Grundlohnsumme gemäß § 71 des SGB V schließt Vergütungserhöhungen der Heilmittelerbringer nahezu aus (Arbeitsgruppe Gesundheit, 2015, S. 2).

2.1.6. Gesetzlicher Rahmen

Im SGB V ist die ärztliche Rezeptpflicht für Physiotherapeuten festgehalten, die impliziert, dass Physiotherapeuten nur auf ärztliche Anweisung behandeln dürfen. Ebenso ist dort die Kopplung der Vergütung an die Grundlohnsumme gemäß Beitragssatzstabilität verankert. Das MPhG regelt die Voraussetzungen für Berufserlaubnis, Ausbildungsstruktur, Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften, zu erbringende Dienstleistungen und Zuständigkeiten. Der § 9 des MPhG wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2009 mit einer Modellklausel „zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Physiotherapeutenberufs (...) dienen soll“ versehen, auf deren Basis es aktuell möglich ist, innerhalb der Testphase primärqualifizierende Studiengänge einzurichten und akademische Physiotherapeuten auszubilden. Eine wissenschaftliche Begleitung auf Basis einer vorgegebenen Evaluationsrichtlinie ist zu gewährleisten (Bundes-

ministerium für Gesundheit, 2009). Die PhysTh-APrV regelt bundesweit die staatliche Abschlussprüfung und Berufszulassung und gibt detaillierte Vorgaben der Examensgestaltung. Die Ausbildungsrichtlinien und Lehrpläne werden auf Länderebene hinsichtlich differenzierten Angaben zum Ausbildungsziel, Zulassungsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer, Inhalte des Unterrichts, Leistungsnachweisen, Abschlussprüfung und kleineren die Berufsfachschulen betreffenden Abschnitten geregelt, was in Bayern in der BFSO HeilB festgehalten ist.

2.1.7. Die Berufsfach- und Hochschulen als Zubringer für den Markt

Aktuelle Situation

In Deutschland gibt es laut aktuellen Angaben des ZVK im Jahr 2014 circa 270 Berufsfachschulen für Physiotherapie. Dies entspricht einer Schülerzahl im Schuljahr 2013/2014 von 21.000 Schülern und 6.000 Absolventen bei tendenziell rückläufigen Zahlen in den letzten zehn Jahren (Statistisches Bundesamt, pp. 592–596). In einer Hochschulbefragung des ZVK (Stand: 23.07.2013) gibt es an deutschen Hochschulen 37 Bachelor- und 16 Masterstudiengänge für Physiotherapie, sowie in Kooperation einer ausländischen Hochschule mit einer deutschen Berufsfachschule drei Bachelor- und zwei Masterstudiengänge, worunter sich zehn primärqualifizierende Studiengänge befinden (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., S. 1). Darüber hinaus haben Physiotherapeuten die Möglichkeit, Studiengänge in Berufspädagogik, Sport- oder Gesundheitswissenschaften zu besuchen, worauf in der vorliegenden Arbeit aber nicht genauer darauf eingegangen werden soll. Die Anzahl der Hochschulen mit Studiengängen im Bereich Physiotherapie wuchs von 27 im Jahr 2011 auf 51 Hochschulen im Jahr 2013, wobei der Modellklausel eine deutliche Wirkung zuzuschreiben ist, auf deren Basis zehn Hochschulen an 15 Standorten ein primärqualifizierendes Studium der Physiotherapie anbieten (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., S. 3). Im Jahr 2013 gab es in Deutschland 2.759 Physiotherapeuten mit einem Bachelor- und 167 mit einem Masterabschluss, 2011 waren es 1.602 Bachelor- und 48 Masterabsolventen sowie 267 Diplome (dieser Abschluss ist gemäß dem Bolognaprozess veraltet und bereits ausgelaufen) (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., S. 2). Dies entspricht einem Wachstum von 1.154 Bachelor- und 119 Masterabschlüssen in den dazwischen liegenden zwei Jahren. Momentan gibt es nach aktuellen Erhebungen des ZVK insgesamt 3.193 Physiotherapeuten (2,3%) mit akademischen Abschlüssen in Deutschland vor, was verdeutlicht, dass der Akademisierungsprozess in Deutschland deutlich an Fahrt gewonnen hat (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., S. 3).

Zukünftige Bedarfe

Der effektive und nachhaltige Beitrag durch die Gesundheitsfachberufe wird zur Bewältigung der Aufgaben mehr denn je gefragt sein, sodass es einem Mangel an Fachkräften frühzeitig entgegenzuwirken gilt. (Ewers et al., 2012, S. 38). Der Wissenschaftsrat empfahl 2012 eine Akademisierungsquote von 10-20% eines Ausbildungsjahrgangs (Wissenschaftsrat, 2012, S. 85). Studienplätze für Erstsemester waren 2013 im Bundesgebiet 991 vorhanden, wovon ein Großteil (566) von primärqualifizierenden Studiengängen bereitgestellt wurden (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., S. 2–3). Die Bereitstellung von knapp 1.000 Studienplätzen pro Jahr im Vergleich zu den vorhandenen ca. 3.200 Hochschulabschlüssen lässt ein Wachstum erwarten. Auch am Beispiel der Pflege wird die Veränderung der Aufgaben und der damit geforderten Kompetenzen als Potenzial für das Gesundheitssystem als "hochrelevant für die weitere Professionalisierung und Attraktivität" des Berufes gesehen und es wird gefordert, dass neben der gängigen Berufsausbildung 10% der Ausbildung an Hochschulen stattfinden soll. (Görres, 2008, S. 6). Um evidenzbasierte Praxis zu ermöglichen, muss die Forschung an den Hochschulen als wesentlicher Teil der Ausbildung verankert und entsprechende Forschungsstrukturen bereitgestellt werden, beispielsweise durch forschungsorientierte Masterstudiengänge oder hochschulübergreifende (interdisziplinäre) Kooperationen, wobei für den Transfer von wissenschaftlicher Theorie auf die Praxis ist besonders die Forschung am Patienten von Bedeutung ist (Ewers et al., 2012, S. 34–35).

2.2. Passfähigkeit der Ausbildung zum Bedarf nach Stakeholdern

2.2.1. Passfähigkeit laut Physiotherapeuten

Über die qualitative Passfähigkeit von berufsfachschulischer Ausbildung und Beruf konnten während der umfangreichen Untersuchung der Gesundheitsfachberufe in Europa (GesinE-Studie) im Jahr 2014 durch Literaturrecherche keine zufriedenstellenden Untersuchungen mit genügendem Evidenzgrad gefunden werden. Auffallend war jedoch, dass sich die erworbenen Kompetenzen nicht genügend mit den aktuellen und zukünftigen Bedarfen auf dem Arbeitsmarkt decken und einige Kompetenzen aufgrund von schlechten Rahmenbedingungen nicht genutzt werden können. (Lehmann et al., 2014, S. 190). Rohrbach, Grafe & Zalpour (2013) analysierten, welche berufsspezifischen Kompetenzen Berufsnovizen vorweisen (IST-Zustand) und welche Kompetenzen sie laut Deutschem Qualifikationsrahmen (DQR) und European Physical Therapy Benchmark Statement (EPBS) haben sollten (SOLL-Zustand). Dabei wurde zwischen berufsfach- und hochschulischen Berufsnovizen unterschieden. Bemerkenswert war, dass eine berufsfachschulische Ausbildung nur in Verbindung mit einem zusätzlichen Bachelorstudium die Mehrzahl der relevanten

Kompetenzen im Berufsalltag abdecken kann, da berufsfachschulisch gebildete Physiotherapeuten besonders im Fachwissen und der Selbstkompetenz deutlich schlechter abschneiden als hochschulisch qualifizierte (Rohrbach et. al., 2013, S. 26). Eine Weiterentwicklung der gängigen Qualifizierungswege von Physiotherapeuten auf Basis gesicherter Forschungsergebnisse scheint unerlässlich, um aktuelle und zukünftige Herausforderungen hinreichend bewältigen zu können (Lehmann et al., 2014, S. 15). Darüber hinaus sind die gesetzlichen Vorgaben einer Praxiszulassung nicht mehr zeitgemäß und hindern Therapeuten gemäß des aktuellen Versorgungsbedarfes zu handeln, da beispielsweise das Führen von Praxisräumlichkeiten nicht zielführend für eine bedarfsgerechte häusliche Versorgung ist (Arbeitsgruppe Gesundheit, 2015, S. 3).

2.2.2. Passfähigkeit laut Berufsfach- und Hochschulen

Im bundesweiten Ausbildungsziel laut § 8 des deutschen Berufsgesetzes ist festgelegt, dass die Ausbildung auf die beruflichen Herausforderungen vorbereiten soll (Masseur- und Physiotherapeutengesetz, 1994). Die Ausbildungsinhalte sind zudem in der PhysTh-APrV verankert. Neben den Bundesgesetzen können Berufsfachschulen landesspezifische Richtlinien und verbindliche Lehrpläne verabschieden. Die Passfähigkeit soll im Folgenden an zwei Bundesländern exemplarisch dargestellt werden. Im 2013 aktualisierten bayerischen Lehrplan wird der Bildungsauftrag als kompetenz – und lernfeldorientierte Ausbildung "beruflicher Flexibilität zur Bewältigung der sich wandelnden Anforderungen in Arbeitswelt und Gesellschaft auch im Hinblick auf das Zusammenwachsen Europas" verstanden und impliziert, "ein differenziertes und flexibles Bildungsangebot (zu) gewährleisten, um unterschiedlichen Fähigkeiten und Begabungen sowie den jeweiligen Erfordernissen der Arbeitswelt und der Gesellschaft gerecht zu werden" (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2013, S. 1). Im Lehrplan wird darüber hinaus das Berufsprofil des Physiotherapeuten zusätzlich zum Wortlaut von § 8 des MPhG unter anderem mit interdisziplinären und evidenzbasierten Kenntnissen erweitert (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2013, S. 3–4). Auch NRW impliziert in seiner lernbereichsorientierten Ausbildungsrichtlinie aus dem Jahr 2005, dass demografische, epidemiologische und soziale Entwicklungen in der Ausbildung berücksichtigt und Physiotherapeuten insbesondere zur Behandlung von hochbetagten, multimorbid und chronisch erkrankten Patienten ausgebildet werden sollen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2005, S. 6). Darüber hinaus wird die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses, Patientenedukation, Ressourcenorientierung und wissenschaftliche Kompetenz gefordert (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2005, S. 6–7). Im Jahr 2009 wurde § 9 des MPhG mit einer Modellklausel versehen, unter deren Wirkung Ausbildungsangebote getestet werden können, die der Weiterbringung des Berufsstandes dienen sollen. Dabei dür-

fen die Länder auch außerhalb staatlich anerkannter Berufsfachschulen ausbilden – beispielsweise an Hochschulen, wobei der Lehrplan nur dann von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PhysTh-APrV) abweichen darf, wenn die jeweilige Stundenzahl der theoretischen, fachpraktischen und praktischen Ausbildung beibehalten wird und die Erlangung des Ausbildungsziel gewährleistet ist (Masseur- und Physiotherapeutengesetz, 1994). Der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V. gab 2010 formale und inhaltliche Empfehlungen zur Struktur primärqualifizierender Studiengänge gemäß der Modellklausel ab, wonach reflektierende Praktiker ausgebildet werden sollen, welche Wissenschaft als festen Bestandteil ihres Handelns im jeweiligen aktuellen (interdisziplinären) Kontext anwenden sowie dadurch neue Aufgabenfelder initiieren können (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V., 2010, S. 1). Deutsche Hochschulen sind sich sicher, dass ein Studium in den Gesundheitsfachberufen gebraucht wird, da die enge Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis, die Reflexionsfähigkeit und das selbständige Generieren von Forschungsbedarfen den Zugewinn eines Bachelorstudiums darstellen (Gerst & Hibbeler, 2012, S. A2461).

2.2.3. Passfähigkeit laut Politikern

Der Wissenschaftsrat hält die aktuelle Ausbildung an berufsbildenden Schulen in den Gesundheitsfachberufen nicht für ausreichend, um die auf dem Arbeitsmarkt geforderten Kompetenzen zu vermitteln, eher soll die Ausbildung hin zu einer hochschulischen Qualifizierung entwickelt werden, welche zu reflektiertem und evidenzbasiertem Handeln zur Bewältigung der komplexer werdenden Aufgaben befähigen kann. Vor allem primärqualifizierende Bachelorstudiengänge, die nah an der klinischen Praxis lehren, werden als notwendig für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung gesehen (Wissenschaftsrat, 2012, S. 8). Auch der Gesundheitsforschungsrat begrüßt in seiner Empfehlung aus der 29. Sitzung im Dezember 2011 eine Professionsentwicklung in der Physiotherapie und hält diese sowohl für die Weiterentwicklung der Berufspraxis als auch für die Anpassung an internationale Niveaus für essentiell. (Gesundheitsforschungsrat, 2011, S. 1). Zur bedarfsgerechten Versorgung sollten sich auch die Sozialversicherungsträger ihrer Verantwortung bewusst sein und gezielt Forschungsfragen zu Versorgungsthemen in den Gesundheitsberufen anstoßen (Gesundheitsforschungsrat, 2011, S. 2). Der Wissenschaftsrat hält den Bestand der hochschulisch qualifizierten Physiotherapeuten für zu gering und empfiehlt eine Akademisierungsquote von 10-20% eines Ausbildungsjahrgangs (Wissenschaftsrat, 2012, S. 85). Im Positionspapier des Arbeitskreis Gesundheit der CDU/CSU, in dem ein Physiotherapeut als Bundestagsabgeordneter beteiligt war, wird zur Bewältigung zukünftiger Versorgungsengpässe als Kernanforderung die Aktualisierung und Anhebung der Ausbildungsstandards sowie die Vermittlung

von diagnostischen Kompetenzen im Screening gefordert (Arbeitsgruppe Gesundheit, 2015, S. 1–2).

2.2.4. Passfähigkeit laut interdisziplinärer Schnittstelle

Das Deutsche Ärzteblatt berichtete 2012 kurz nach Veröffentlichung des Gutachtens des Wissenschaftsrates zur hochschulischen Qualifikation der Gesundheitsfachberufe eine Stellungnahme der Ärzteschaft zu diesem Thema. Ein im Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates sitzender Neurologe berichtet von seiner anfänglichen Skepsis, die aber aufgrund der Argumente des Anforderungswandels, der nur durch ein multidisziplinäres Team mit reflektierter und evidenzbasierter Praxis zu beantworten scheint, nun aber voll hinter der grundständigen hochschulischen Primärqualifikation steht (Gerst & Hibbeler, 2012, S. A2459). Ihre klare Ablehnung zur hochschulischen Qualifikation der Gesundheitsfachberufe kommunizierten Ärztevertretungen aus der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin und dem Deutschem Hochschulverband, wozu Bundesärztekammer, Marburger Bund, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Medizinische Fakultätentag zählen, da die bisherige Ausbildungsstruktur ausreiche (Gerst & Hibbeler, 2012). Die direkte Zugänglichkeit zur bedarfsgerechteren Herangehensweise wurde ebenso sofort abgelehnt, da jeder Patient Anspruch auf eine fachärztliche Behandlung hat (Gerst & Hibbeler, 2012, S. A2460). In anderen Zeitschriften wurde auch über Meinungen berichtet, dass Diagnostik eine ausschließlich den Ärzten zugeschriebene Tätigkeit ist, deren Ausführung durch die Gesundheitsfachberufe das Wohl des Patienten gefährden würde (Eppinger, 2015). Die Fachberufekonferenz der Bundesärztekammer hält eine Zusammenarbeit der Professionen für einen Zugewinn zum Wohle der Patientenversorgung und empfiehlt interprofessionelle Bildung an gemeinsamen medizinischen Hochschulen schon von Beginn der beruflichen Laufbahn an, um angemessen und gemeinsam auf die künftigen komplexen Versorgungsbedarfe reagieren zu können (Gerst, 2015).

2.3. Forschungsfragen zur Passfähigkeit von physiotherapeutischem Bedarf und physiotherapeutischer Ausbildung

Vor dem Hintergrund der wachsenden, sich wandelnden und komplexer werdenden Anforderungen an den Beruf des Physiotherapeuten ist es von großer Bedeutung, die typischen Potenziale des Berufs noch intensiver als bisher zu nutzen und langfristig das therapeutische Handeln auf Forschungsergebnisse zu basieren (Ewers et al., 2012, S. 34). Daneben haben gesetzliche und ökonomische Faktoren Einfluss auf die Passfähigkeit. Die aktuelle Ausbildung an deutschen Berufsfachschulen erscheint nicht mehr ausreichend, um die auf dem Arbeitsmarkt geforderten Kompe-

tenzen zu vermitteln, vielmehr soll die Ausbildung hin zu einer hochschulischen Qualifizierung entwickelt werden, welche zu reflektiertem und evidenzbasiertem Handeln befähigen kann (Wissenschaftsrat, 2012, S. 8). Zur Untersuchung der Passfähigkeit der berufsfachschulischen und hochschulischen Ausbildung zu den Versorgungsbedarfen auf dem Gesundheitsmarkt ergeben sich für die vorliegende Studie folgende Forschungsfragen:

- 2.3.1. Inwiefern wird der demografische und epidemiologische Wandel in der berufsfachschulischen Ausbildung berücksichtigt?
- 2.3.2. Wie können wachsende Anforderungen die Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt verändern?
- 2.3.3. Welche Anpassungen in den Berufsgesetzen wären nötig, um besser auf die geänderten Rahmenbedingungen reagieren zu können?
- 2.3.4. Inwieweit decken die Hochschulen den Bedarf quantitativ ab?
- 2.3.5. Könnte ein Hochschulabschluss den Bedarf besser abdecken?

3. Ziel/ Fragestellung

Ziel dieser Studie ist es, die Passfähigkeit von berufsfachschulischer und hochschulischer Physiotherapieausbildung auf die Versorgungsbedarfe auf dem Gesundheitsmarkt zu untersuchen und herauszufinden, inwiefern eine hochschulische Ausbildung die Bedarfe besser decken könnte.

4. Material und Methode

4.1. Konzeption

Auswahl der Probanden

Bei den in dieser Studie befragten Teilnehmern handelt es sich um eine theoriegeleitete Auswahl, die aufgrund theoretischer Vorüberlegungen der Verfasserin dieser Arbeit ausgewählt wurden. Da die Forschungsfragen die Bereiche physiotherapeutisches Handeln, Ausbildung, Bedarfsorientierung, gesetzliche Grundlagen sowie Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt untersuchen, war das Ziel, ein möglichst breit gestreutes multiperspektivisches Meinungsbild einzuholen. Vor dem Hintergrund der bereits dargestellten komplexen Involvierung unterschiedlicher Akteure in die Passfähigkeit zwischen Versorgung und Bildung, sollten folgende vier Gruppen gebildet werden, die in sich eine hohe Variabilität bedienen sollten:

- A Physiotherapeuten
- B Berufsbildung
- C Politiker
- D Interdisziplinäre Schnittstelle

Zur Veranschaulichung der Vorüberlegungen zur Stichprobenauswahl wurde ein eigenes Modell entwickelt (vgl. Abb. 1), welches genauer im folgenden Teil der Fragebogenkonstruktion erläutert wird. Basierend auf ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe im empirisch geleiteten Raster für die Quotenauswahl (vgl. Tab. 1) sowie der fachlichen Expertise zur Thematik (besonders für die Gruppen der Politiker) wurden die Teilnehmer ausgesucht. Die Gruppe der Physiotherapeuten sollte Probanden einschließen, die eine Physiotherapieausbildung an möglichst verschiedenen Berufsfachschulen in Deutschland absolviert hatten. Diese Gruppe sollte abbilden, wie Physiotherapeuten ihre eigene Ausbildung hinsichtlich Passfähigkeit zu den benötigten Kompetenzen auf dem Arbeitsmarkt einschätzen und was das Outcome der berufsfachschulischen Ausbildung ist. Um ein Bild der Ausbildungsstrukturen und gelehnten Inhalte im Bundesgebiet abzudecken, sollten Lehrende aus der Berufsbildung für Physiotherapie befragt werden. Diese Gruppe sollte sich angesichts des aktuellen Akademisierungsprozesses in Deutschland – aus Lehrenden an Berufsfachschulen und Lehrenden an Hochschulen zusammensetzen. Für die Erforschung des qualitativen und quantitativen Bedarfs an Physiotherapie innerhalb berufspolitischer und gesetzlicher Rahmenstrukturen wurden Politiker und Gewerkschaftsmitglieder aus dem Gesundheits- und Bildungssektor sowie Mitglieder in den physiotherapeutischen Berufsverbänden akquiriert. Der Bogen zu einer umfassenden multiperspektivischen Beleuchtung der Fragestellung wurde dann noch

über die Gruppe der interdisziplinären Schnittstelle zu den Physiotherapeuten gezogen: Weitere Gesundheitsfachberufe wie Ärzte, Ergotherapeuten, Logopäden und Pflegekräfte sollten ihre fachliche Meinung abgeben, weiterhin Experten aus Gesundheitswirtschaft und –management, Pharmaindustrie, Krankenkasse und Sozialversicherung. Um ein vergleichbares Sample zu haben, sollten die Gruppen möglichst gleich groß sein und jeweils eine Teilnehmeranzahl von 20-30 Personen beinhalten.

Tab. 1 Raster für die Quotenauswahl

<i>Physiotherapeuten</i>			
Versorgungspfad	Abschluss	Fachbereich	Berufsfachschule
Akut	Staatsexamen in D	Orthopädie	Bayernweit
Ambulant	Plus Studium	Chirurgie	Deutschlandweit
Rehabilitation		Innere Medizin	
Prävention		Neurologie	
		Pädiatrie	
		Gynäkologie/Urologie	
		Sport/ Ergonomie	
<i>Politik</i>	<i>Berufsbildung</i>	<i>Interdisziplinäre Schnittstelle</i>	
Gesundheitspolitik	Berufsfachschullehrer	Ärzte	
Bildungspolitik	Professoren	Ergotherapeuten	
Berufsverband	Lehrbeauftragte	Logopäden	
Gewerkschaft		Pflegekräfte	
		Gesundheitsmanagement/- wirtschaft	
		(Pharma-) Industrie	
		Sozialversicherungswesen/ Krankenkasse	

D = Deutschland

Fragebogen

Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte auf dem generierten Forschungsbedarf der Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, wo zur Passfähigkeit von Ausbildung und Beruf keine zeitgemäßen und aussagekräftigen Studien gefunden werden konnten (Lehmann et al., 2014, S. 190). Darüber hinaus wurde die Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Richtlinien der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben (Bundesministerium für Gesundheit, 2009) herangezogen. Davon wurde vor allem Themen aus dem zweiten Teil, der Bewertung von Modellvorhaben, aufgegriffen. Neben den beiden genannten Quellen und dem bereits dargestellten theoretischen Hintergrund erfolgte die Konstruktion des Fragebogens unter Berücksichtigung gedanklicher Modellbildung. Gemäß La-

mes (2011) war in der Modellbildung das pragmatische Merkmal, nämlich die Abbildung zu einem bestimmten Zweck, von wichtigster Bedeutung. Die Modellvalidierung erfolgte durch Kommilitonen der Verfasserin, die das Modell hinsichtlich Ebene und Zweck der Modellierung sowie fehlende und wesentliche Merkmale begutachteten. Das Modell zur Fragebogenkonstruktion ist im Folgenden dargestellt (vgl. Abb. 1).

Auf dem Gesundheitsmarkt treffen Versorgungsbedarf und Bedarfsdeckung zusammen. Der Versorgungsbedarf stellt in quantitativer Hinsicht die Anzahl der Patienten dar („Wie viele Patienten nehmen physiotherapeutische Leistungen in Anspruch?“) und in qualitativer Hinsicht die Art der Patienten („Welche epidemiologischen Krankheitsbilder sind überwiegend vorzufinden?“) (vgl. Punkt 2.1.3 dieser Arbeit). Das Angebot an physiotherapeutischer Behandlung zur Bedarfsdeckung kann auch wieder quantitativ („Wie viele Physiotherapeuten befinden sich auf dem Arbeitsmarkt?“) und qualitativ („Wie effizient ist die Behandlung?“) betrachtet werden.

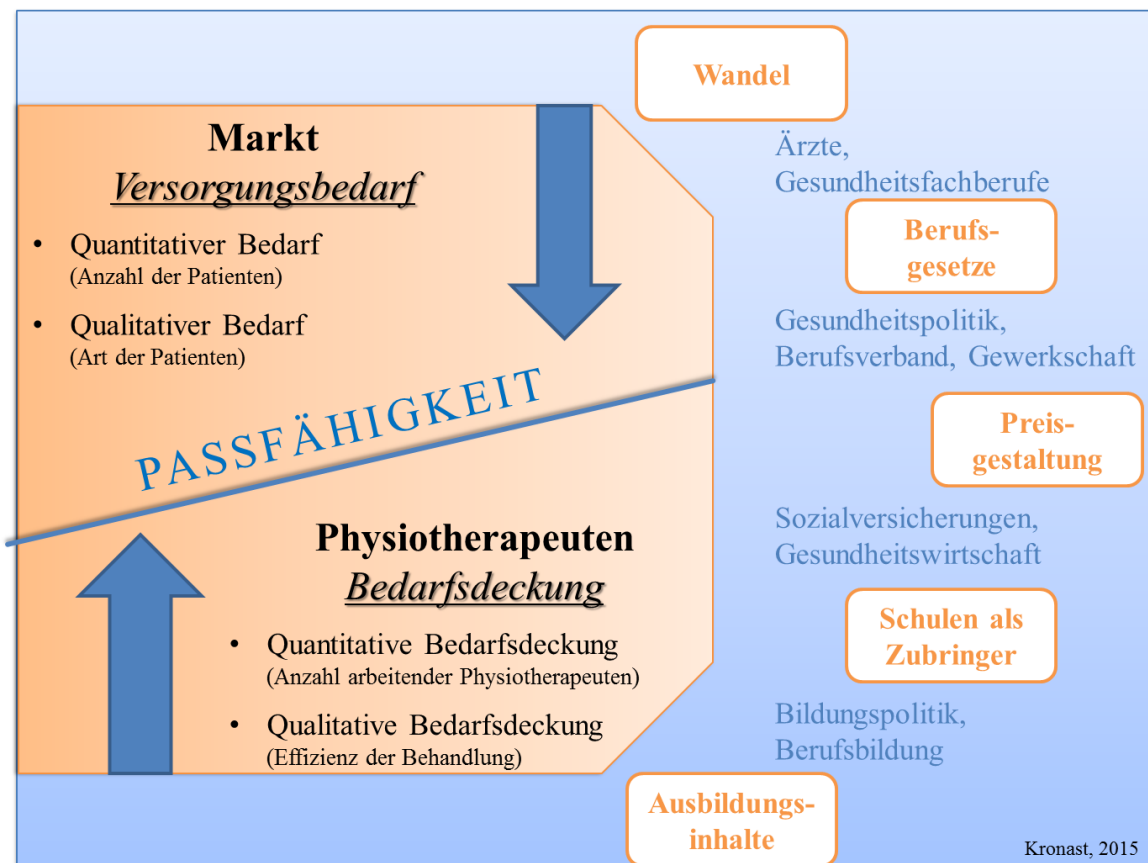


Abb. 1 Involvierung verschiedener Akteure und Themen des Gesundheitswesens in der Passfähigkeit zwischen Versorgung und Bildung (eigenes Modell).

Weitere Einflussfaktoren auf den untersuchten Sachverhalt ergeben sich aus den aktuellen berufsstrukturellen Rahmenbedingungen: Neben dem bereits aufgeführten Wandel in der Patientenstruk-

tur setzen berufsrechtliche Aspekte dem physiotherapeutischen Handlungsspielraum gesetzliche Grenzen (vgl. Punkt 2.1.6 dieser Arbeit). Ein weiterer gesetzlicher Faktor, der einen erheblichen Teil zur Regulierung von Angebot und Nachfrage einnimmt, ist die Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt (vgl. Punkt 2.1.5 dieser Arbeit). Dabei fungiert der Ausbildungsmarkt als wesentlicher Zubringer für den Arbeitsmarkt (vgl. Punkt 2.1.7 dieser Arbeit). Die aktuelle Diskussion um eine verbesserte Patientenversorgung durch eine hochschulische Ausbildung beeinflusst dabei Ausbildungsstruktur und –inhalte (vgl. Punkt 2.2 dieser Arbeit).

Bestimmung der Fragebogendimensionen

Als Herangehensweise an die Fragebogenkonstruktion wurde auf Empfehlung von Mayer (2013) nach intensiver Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand ein Ausschnitt der Realität als Modell abgebildet (vgl. Abb. 1), die Dimensionen und latenten Variablen abgeleitet und manifeste Items formuliert. Die Passfähigkeit der Ausbildungen auf die Versorgungsbedarfe auf dem Gesundheitsmarkt als übergeordneter theoretischer Begriff kann in verschiedene Dimensionen zerlegt werden und spiegelt darin die fünf Forschungsfragen wieder (vgl. Abb. 2): Die Passfähigkeit in qualitativer Hinsicht beinhaltet, inwiefern Physiotherapeuten aufgrund ihrer in der berufsfachschulischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen das aktuelle und künftige Patienten Klientel bedarfsgerecht behandeln können und ob ein Hochschulabschluss den Bedarf effektiver abdecken könnte. Die nächste Dimension stellt die Passfähigkeit in quantitativer Hinsicht dar und spiegelt die Frage wieder, ob jene Physiotherapeuten, die die erforderlichen Kompetenzen besitzen ausreichen, um die Nachfrage an Therapieleistungen decken zu können. Die Dimension Passfähigkeit innerhalb des gesetzlichen Rahmens behandelt, inwiefern Physiotherapeuten gemäß ihrer Berufsgesetze bedarfsgerecht agieren dürfen. Die letzte Dimension stellt die Passfähigkeit in ökonomischer Hinsicht dar und repräsentiert, inwiefern Vergütung der physiotherapeutischen Versorgungsleistung den Anforderungen an den Beruf im Gesundheitssystem entspricht oder ob ein formal höherer Berufsabschluss eine Angleichung an höhere Standards bringen könnte.

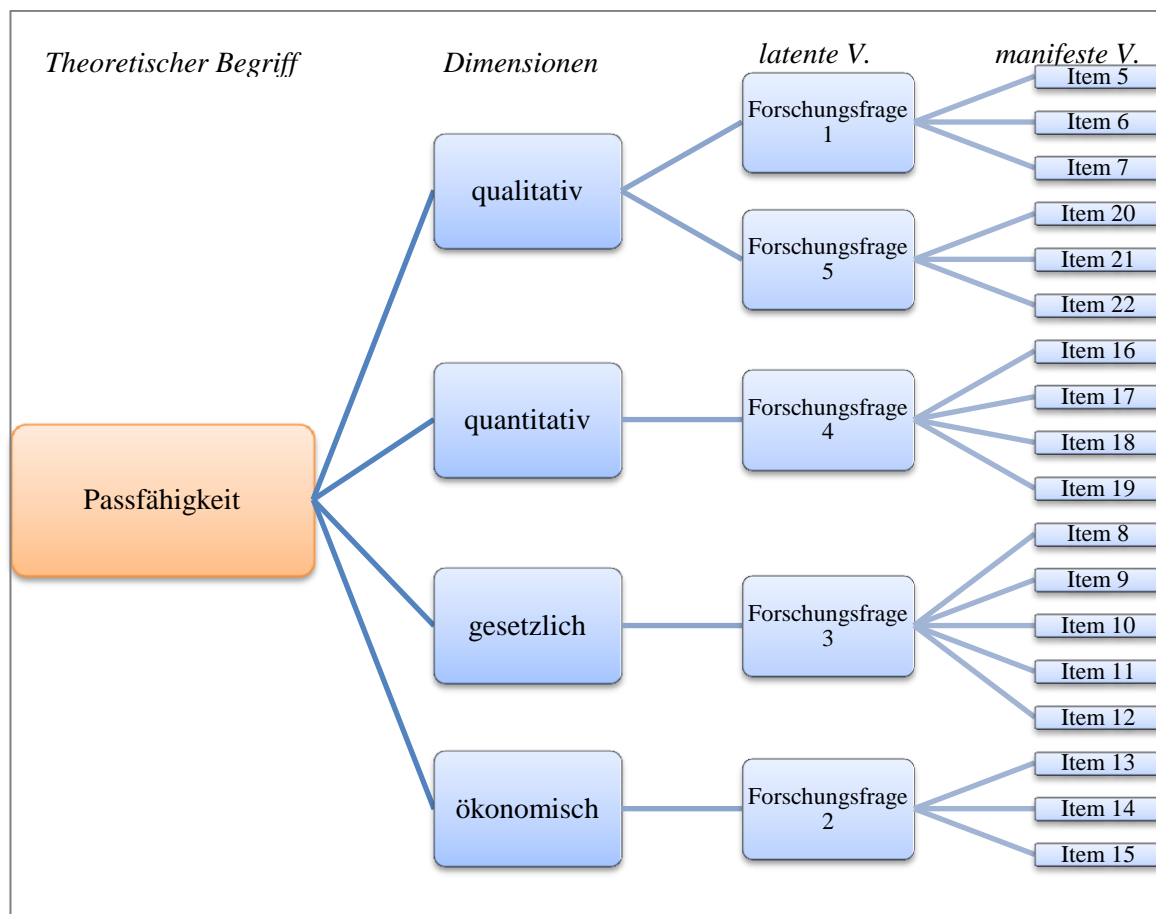


Abb. 2 Dimensionsbildung des Fragebogens angewandt nach Mayer (2013) (eigenes Modell).

Methodische Vorüberlegungen

Zu Beginn des Fragebogens sollte eine Kategorisierung in die jeweiligen Tätigkeitsbereiche für die Einteilung in die verschiedenen Gruppen vorgenommen werden. Dabei waren auch Mehrfachnennungen möglich, um der fachlichen Expertise des Teilnehmers Platz zu geben. Eisbrecherfragen zur allgemeinen Meinung über die Physiotherapie, die offen beantwortet werden sollten, leiteten den Fragebogen thematisch ein und sollten, obwohl sie keiner Forschungsfrage zugeordnet sind, zur Untermauerung der Ergebnisdiskussion beitragen. Die Items sollten hauptsächlich in Form von Ratingskalen formuliert werden. Ratingskalen stellen eine der am häufigsten verwendeten sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden dar (Menold & Bogner, 2015, S. 1), weshalb eine Likertskala als Erhebungsinstrument gewählt wurde. Die Antwortkategorien wurden in sechs Stufen aufgeteilt (1 = „stimme stark zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „stimme eher zu“, 4 = „lehne eher ab“, 5 = „lehne ab“, 6 = „lehne stark ab“), da eine Faustregel von fünf bis sieben Kategorien empfohlen wird, die eine praktikable Verbalisierung ermöglicht. Eine Skalenmitte wurde nicht angeboten, da eine Mittelkategorie für manche Teilnehmer eine Art Einladung für Satisficing-

Verhalten darstellen kann oder diejenigen ohne Meinung zum Thema sich in die Mittelkategorie flüchten (Menold & Bogner, 2015, S. 5–6). Die Quote sollte bewusst so ausgewählt werden, dass nur Personen mit einer Meinung zur physiotherapeutischen Ausbildungsstruktur teilnehmen werden. Eine klare Zustimmung oder Ablehnung sollte dadurch gegeben sein. Dies implizierte auch das bewusste Verzicht auf eine „Weiß nicht“-Kategorie, da vorausgesetzt wurde, dass die Teilnehmer die Fragen beantworten können. Im Online-Fragebogen war es den Teilnehmern möglich, eine Frage nicht zu beantworten und trotzdem weiterzumachen. Wenn Ratingskalen horizontal ausgerichtet sind, können Primacy-Effekte vermieden werden (Menold & Bogner, 2015, S. 9), weshalb die Likertskala im Querformat dargestellt wurde. Darüber hinaus sollte der positive Effekt der offen gestellten Frage nach Mayer (2013) genutzt werden, um die Meinung der Teilnehmer zu eruieren, weshalb noch einige offene qualitative Fragen gestellt wurden. Der Fragebogen ist in Anlage A einsehbar.

4.2. Durchführung

Pretest

Vor dem Start der Datenerhebung wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen, um die Items zu validieren. Dazu wurden sechs fachkompetente Kommilitoninnen aus dem Masterstudiengang der Verfasserin Face-to-Face bezüglich Verständlichkeit, Vollständigkeit, Eindeutigkeit und Beantwortbarkeit der Items durch die verschiedenen Gruppen interviewt. Der Fragebogen wurde daraufhin überarbeitet und einem erneuten Pretest – dieses Mal mit fünf fachlichen Laien - unterzogen. Das verwendete Softwarepaket erlaubte eine Kommentierung der Items während des Online-Pretests, wodurch bei dieser Runde auch die Machart des Onlinetools mitbewertet werden konnte. Nach weiteren kleinen Änderungen aus dem zweiten Pretest konnte die Befragung beginnen.

Studiendesign

Die Befragung wurde anhand eines Online-Fragebogens mit dem Softwarepaket SoSci Survey zusammengestellt und enthielt insgesamt 22 Fragen. Die erste Frage diente einer Kategorisierung in Gruppen, 13 geschlossenen Fragen wurden anhand einer sechsstufigen Likertskala beantwortet und acht offene Fragen durch freie Text- oder Ziffernennungen. Die Teilnehmer wurden durch persönliche Kontakte und Internetrecherche nach den oben genannten Kriterien (vgl. Tab. 1) ausgesucht und per Mail für die Befragung akquiriert (Mailakquise 1). Dazu wurden in einer ersten Runde insgesamt 124 Personen aktiv per Mail angeschrieben (vgl. Anlage B) und darauf verwiesen, den Fragebogen an geeignete Kollegen weiterzuleiten. Bei positiver Rückmeldung der ge-

wonnenen Teilnehmer (n=44, Rücklaufquote 35%) wurde in einer zweiten Mail (vgl. Anlage C) der Link zum Fragebogen versendet und ein Befragungszeitraum von zwei Wochen gegeben. Parallel dazu wurden zusätzlich bei einer öffentlichen Podiumsdiskussion im Rahmen einer Tagung des Hochschulverbands Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V. der Fragebogen als gedruckte Version an bestimmte Personen, die durch Zugang zur Anmeldeleiste im Vorhinein bekannt waren, verteilt. Auf der Tagung wurden 27 Fragebögen verteilt, wovon 15 Fragebögen ausgefüllt wurden (Rücklaufquote: 55%). Dabei stellte sich nach der Analyse der Teilnehmerliste heraus, dass überwiegend Hochschullehrende an der Tagung teilgenommen hatten, weshalb noch über 15 Berufsfachschulen deutschlandweit angeschrieben und der Link gleich mit versandt wurde (Mailakquise 2). Bei keiner Rückmeldung bzw. keiner neu aufgezeichneten Teilnahme der Berufsbildung im Online-Survey wurden durch eine Erinnerungsmail die 15 Berufsfachschulen nach zwei Wochen noch einmal an die verlängerte Frist von einer weiteren Woche informiert. Das Studiendesign ist im folgenden Flussdiagramm noch einmal veranschaulicht (vgl. Abb. 3).

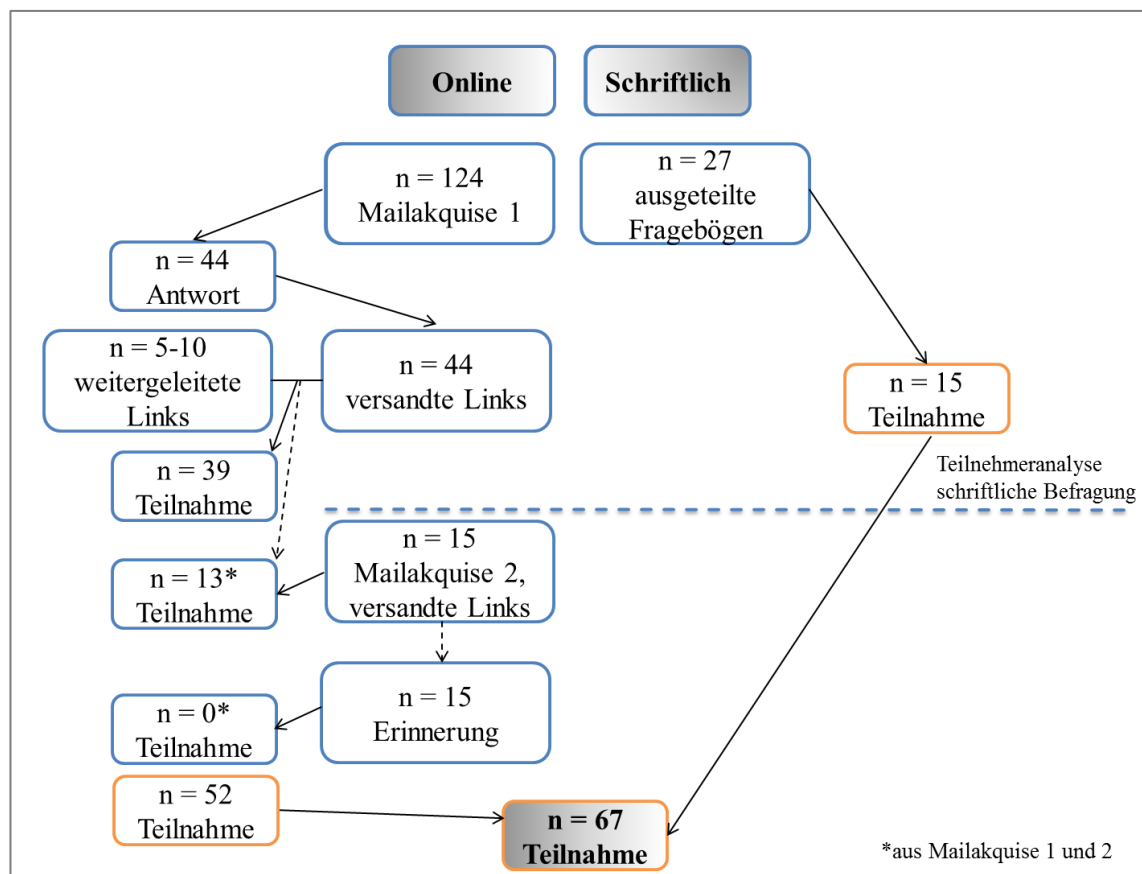


Abb. 3 Flussdiagramm zum Studiendesign (eigenes Modell).

Von insgesamt 139 persönlich angeschriebenen Personen und Institutionen (Mailakquise 1 (n = 124), Mailakquise 2 (n = 15)) sowie 5-10 weitergeleiteten Links an beispielsweise Kollegen aus

dem Ärztenetzwerk Rosenheim und der Gewerkschaft ver.di nahmen schließlich 67 Personen an der Befragung teil, was einer Rücklaufquote von 45-48% entspricht. Darunter waren 19 Physiotherapeuten, 15 Lehrende in der Berufsbildung für Physiotherapie, 16 Politiker aus den Bereichen Gesundheits- und Bildungspolitik, Gewerkschaft und Berufsverband sowie 17 Personen der interdisziplinären Schnittstelle. Die teilgenommenen Physiotherapeuten hatten alle ein Staatsexamen an einer deutschen Berufsfachschule überwiegend in Bayern wie z.B. in München, Traunstein, Wasserburg, Bad Gögging und Rothalmünster aber auch in anderen Bundesländern wie Osnabrück (NI), Ortenau (BW) und weiteren. Neun der 19 befragten Physiotherapeuten verfügten zusätzlich über ein Hochschulstudium in Deutschland oder im Ausland. Über die Hälfte der Befragten ist in einer ambulanten Praxis tätig, vier in der Rehabilitation, zwei im einem Akutkrankenhaus und eine Physiotherapeutin in der Forschung, drei Personen konnten nicht zugeordnet werden. Die Berufsbildung Physiotherapie wurde hauptsächlich von Lehrenden an deutschen Hochschulen repräsentiert, die zum Teil Mitglieder im Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V. sind. Es nahmen mindestens elf Hochschullehrende und zwei Berufsfachschullehrende an der Befragung teil. Aufgrund der überwiegend schriftlichen Befragungsform dieser Teilstichprobe kann keine genaue Rekonstruktion vorgenommen werden. Politiker konnten auf Regional- und Länderebene (Rosenheim, Bayern) aus den Parteien CSU, SPD und Grüne akquiriert werden und deckten die Bereiche Gesundheitspolitik mit fünf Teilnehmern, Bildungspolitik mit drei Teilnehmern und Gewerkschaft ver.di mit drei Teilnehmern ab. Erfreulich war auch die Bereitschaft der Berufsverbände auf Länder- und Bundesebene. Vom Verband Physikalische Therapie (VPT) e.V. konnte eine Person befragt werden, vom Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. zwei Personen und vom Berufsverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) e.V. ebenfalls zwei Personen. Die interdisziplinäre Schnittstelle gliederte sich in sieben Teilnehmer aus den Reihen der Ärzte, Pflege und anderen Therapieberufe wie Ergotherapie und Logopädie. Unter den Ärzten waren neben zwei Allgemeinmediziner und einem Sportmediziner noch weitere aus dem breit gefächerten Ärztenetz Rosenheim. Die Pflege konnte durch eine Krankenschwester mit zusätzlichem Hochschulabschluss repräsentiert werden, die Ergotherapie und Logopädie durch Tätige und Lehrende in diesem Bereich. Sechs Personen nannten als Tätigkeitsbereich Gesundheitsmanagement, -wirtschaft und (Pharma-) Industrie. Davon waren drei Hochschullehrende aus dem jeweiligen Gebiet vertreten und drei weitere Experten. Den Part der Krankenkassen und Sozialversicherungssysteme bildeten ein Hochschullehrender in diesem Bereich, zwei Vertreter der gesetzlichen und einer der privaten Krankenkassen ab (vgl. auch Tab. 2).

Tab. 2 Rekonstruktion der Stichprobe.

<i>Physiotherapeuten (n=19)</i>					
Versorgungspfad		Abschluss		Berufsfachschule	
Akut	2	Staatsexamen	1	Traunstein (BY)	4
			9		
Ambulant	9	Zusätzliches Studium	9	Wasserburg (BY)	3
Rehabilitation	4			Osnabrück (NI)	1
Forschung	1			Bad Gögging (BY)	2
NN*	3			Rotthalmünster (BY)	1
				München (BY)	3
				Ortenau (BW)	1
				NN*	4

<i>Politik (n=16)</i>		<i>Berufsbildung (n=15)</i>		<i>Interdisziplinäre Schnittstelle (n=17)</i>	
Gesundheitspolitik	5	Berufsfachschullehrer*	2-3	Ärzte*	3-5
Bildungspolitik	3	Hochschullehrende*	11-13	Ergotherapeuten*	1-5
Berufsverband	5			Logopäden*	1-5
Gewerkschaft	3			Pflegekräfte	1
				Gesundheitsmanagement/-wirtschaft	5
				(Pharma-) Industrie	1
				Sozialversicherungswesen	1
				Gesetzliche Krankenkasse	2
				Private Krankenkasse	1

*Stichprobengröße konnte nur geschätzt werden.
Mehrfachbesetzungen von Kriterien möglich.

4.3. Auswertung

Datenaufbereitung

Mehrfachnennungen wurden nach dem jeweiligen Haupttätigkeitsfeld kategorisiert und als Einfachnennung gewertet, keine Angaben wurden bei den Likert-Fragen als leere Zellen gelassen, bei den offenen Fragen mit null oder bei einer anderen Betitelung („keine Ahnung“) als solche kodiert. Angesichts der Diskussion um das Skalenniveau von Likertskalen und der häufig kritisierten Wahl einer parametrischen Auswertungsmethode können nach einem Review von Norman (2010) parametrische Verfahren für Likertdaten, kleine Stichprobengrößen, ungleiche Varianzen und nicht normal verteilte Daten verwendet werden, ohne befürchten zu müssen, zu einer falschen Schlussfolgerung zu kommen (Norman, 2010). Die Daten der sechsstufigen Likertskala wurden demnach als intervallskaliert interpretiert und für eine metrische Auswertung vorbereitet.

Datenauswertung der metrischen Daten

Die statistische Auswertung der metrischen Daten erfolgte mithilfe des Statistikprogrammes IBM SPSS Statistics 22. Deskriptive Statistiken wie Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen wurde pro Item und Gruppe analysiert. Die Normalverteilung wurde durch grafische Inspektion sowie den Shapiro-Wilk-Test durchgeführt, der aufgrund seiner hohen Güte gewählt wurde (Bredner, 2015). Die Likert-Items wurden mittels exploratorischer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) innerhalb ihrer theoriegeleiteten Dimension (vgl. Tab. 3) untersucht, um zu prüfen, ob die latente Variable durch die jeweiligen manifesten Variablen abgebildet wird (Klopp, 2013, S. 1). Dabei wurde die Hauptkomponentenanalyse gewählt, da diese als eine in der Psychologie am meisten verwendete Methodik dafür gilt (Klopp, 2013, S. 1). Eine Auflistung der Kodierung der Variablen befindet sich in Anlage D.

Tab. 3 Dimensionen und Items des konstruierten Fragebogens.

<i>Dimensionen</i> (latente Variablen)	<i>Items</i> (manifeste Variablen)
1) Personelle Daten	1
2) Allgemeine Meinung über die Physiotherapie	2-4
3) Berücksichtigung des aktuellen Wandels in der Ausbildung	5-7
4) Notwendige Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen	8-12
5) Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen	13-15
6) Quantitative Bedarfsdeckung durch die Hochschulen	16-19
7) Effektivere Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss	20-22

Zur Analyse der Normalverteilung wurde der Shapiro-Wilk-Test und die Sichtung der Daten angewandt (Bredner, 2015). Sowohl im Falle einer Normal- und Nichtnormalverteilung, erfolgte eine Auswertung der als intervallskalierten sechsstufigen Likertskala mithilfe des t-Tests für eine unabhängige Stichprobe, der aufgrund des Reviews von Norman (2010) ohne Bedenken, zu einem falschen Ergebnis zu kommen, zur Auswertung von Likertskalen eingesetzt werden darf. Im t-Test wurden die Mittelwerte der Gruppen zur Vergleichsgruppe der Physiotherapeuten auf signifikante Unterschiede überprüft und es wurde dabei mit einem Signifikanzniveau (alpha) von 5% ausgegangen. Um mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen noch herauszuheben, wurde eine neue gemeinsame Gruppe aus den Physiotherapeuten und der Berufsbildung gebildet, da diese am direktesten in die Berufsausbildung involviert sind. Um dann einen Vergleich zwischen allen drei Gruppen zu machen, wurde im Levene-Test die Varianzgleichheit geprüft und eine ANOVA Va-

rianzanalyse durchgeführt. Auch hier konnte nach dem Review von Norman (2010) eine Varianzungleichheit ignoriert werden, ohne auch bei einer kleinen Stichprobe zu einem falschen Ergebnis zu kommen. Wenn signifikante Unterschiede nach Durchführung der ANOVA gefunden wurden, wurde der Post-hoc Scheffé Test angewandt, um alle Kombinationen der drei Gruppen genauer darzustellen.

Datenauswertung der qualitativen Daten

Für die Textdaten wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) angewendet. Zuerst wurden die Daten systematisch analysiert und am Material abgeleitete Kategoriensysteme gebildet, welche die Antworten vorher festsetzten. Darauf wurden schrittweise induktive Kategorien gebildet (offene Kodierung), ohne sich an vorab formulierten Theorien zu orientieren. Ein erstes Kodiersystem wurde aufgestellt, die Daten in Dichotomien kodiert und den Kategorien zugeordnet. Beim erneuten Durchgehen wurde selbst überprüft, ob das Abstraktionsniveau vernünftig gewählt wurde. Die Validierung erfolgte durch mehrere unabhängige Personen, die gebeten wurden, die Textdaten selbst den Kategorien zuzuordnen (Mayring, 2000, S.75-76). Daraufhin wurden die Dichotomien quantitativ mittels Statistikprogramm SPSS in Kreuztabellen ausgewertet und mittels Fisher-Test verglichen, da die befragten Sub-Gruppen eine kleinere Anzahl als 20 Teilnehmer aufwiesen und damit für den Chi-Quadrat-Test nicht geeignet waren (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006, S. 244 – 257). Die offenen Zifferangaben der Items 16 und 19 wurden als metrische Zahlen mit Mittelwerten, Standardabweichungen und Varianzen pro Frage und Gruppe ausgewertet und mittels t-test für unabhängige Stichprobe zwischen jeweils zwei Gruppen bzw. mittels ANOVA-Varianzanalyse und Post-hoc-Scheffé zwischen drei Gruppen verglichen.

5. Ergebnisse

5.1. Allgemeine Meinung

Zu Beginn des Fragebogens wurden drei Fragen zur allgemeinen Meinung über die Physiotherapie gestellt. Was eine gute physiotherapeutische Behandlung für den Befragten bedeutet, eruierte Item 2. Aus den offenen Fragen bildeten sich zehn Kategorien:

- 1) Wirksame und effiziente Problemlösung
- 2) Zwischenmenschlich gut aufgehoben
- 3) Basierend auf Befund (messbar)
- 4) Fachkompetente, evidenzbasierte und reflektierte Herangehensweise
- 5) Patientenzentrierte, individuelle, ganzheitliche Herangehensweise
- 6) Hilfe zur Selbsthilfe
- 7) Zielorientierte Behandlung
- 8) Mix aus verschiedenen Therapieansätzen
- 9) Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- 10) Prävention/ Wellness

Dabei zeigten sich folgende Ergebnisse: Für über die Hälfte der Physiotherapeuten bedeutete eine gute physiotherapeutische Behandlung in erster Linie eine „patientenzentrierte, individuelle, ganzheitliche Herangehensweise“ (Kategorie 5: 10 Nennungen, 53% der Physiotherapeuten), für knapp ein Drittel, dass sie „basierend auf Befund (messbar)“ ist (Kategorie 3: 6 Nennungen, 32% der Physiotherapeuten) und für über ein Viertel, dass sie durch eine „fachkompetente, evidenzbasierte und reflektierte Herangehensweise“ (Kategorie 4: 5 Nennungen, 26% der Physiotherapeuten) gezeichnet ist. Weitere Aspekte sind in der Tabelle (vgl. Tab. 4) dargestellt.

Tab. 4 Definition einer guten physiotherapeutischen Behandlung.

Kategorie	Gruppe												Σ
	A (n = 19)		B (n = 15)			C (n = 15)			D (n = 13)			h	
	h	%	h	%	p	h	%	p	h	%	p		
1	3	16	4	27	,672	10	67	,006	9	69	,033	26	
2	3	16	2	13	1,000	1	7	,608	3	23	1,000	9	
3	6	32	6	40	,724	2	13	,244	2	15	,236	16	
4	5	26	5	33	,718	2	13	,415	3	23	,695	15	
5	10	53	6	40	,510	2	13	,030	2	15	,014	20	
6	4	21			,113			,109	1	8	,342	5	
7	4	21	6	40	,276	4	27	1,000			,106	14	
8	1	5			1,000			1,000			1,000	1	
9						1	7	,457	1	8	,472	2	
10						2	13	,202	2	15	,216	4	
Σ	36		29			24			23			112	

p-Werte < ,05 sind fett markiert, (exakte zweiseitige Signifikanz) im Vergleich zu Gruppe A.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

% innerhalb der Gruppe; Mehrfachnennungen möglich.

Als gute physiotherapeutische Behandlung erachteten die Lehrenden aus der Berufsbildung hauptsächlich eine Behandlung „basierend auf Befund (messbar)“, eine „patientenzentrierte, individuelle, ganzheitliche Herangehensweise“ und eine „zielorientierte Behandlung“ (Kategorien 3, 5 und 7: jeweils 6 Nennungen; 40% der Berufsbildung), dicht gefolgt von einer „fachkompetenten, evidenzbasierten und reflektierten Herangehensweise“ (Kategorie 4: 5 Nennungen; 33% der Berufsbildung). Von rund einem Viertel der Lehrenden wurde die „wirksame und effiziente Problemlösung“ genannt (Kategorie 1: 4 Nennungen, 27% der Berufsbildung). Die Gruppe der Berufsbildung antwortete in keiner Kategorie signifikant unterschiedlich zur Gruppe der Physiotherapeuten. Die Politiker waren zu zwei Dritteln der Meinung, dass eine gute physiotherapeutische Behandlung eine „wirksame und effiziente Problemlösung“ (Kategorie 1: 10 Nennungen; 67% der Politiker) ist und unterschied sich in diesem Punkt signifikant von der Einschätzung der Physiotherapeuten ($p = ,006$). Knapp ein Drittel der Politiker nannte eine „zielorientierte Behandlung“ (Kategorie 7: 4 Nennungen, 27% der Politiker).. Wenige Politiker erwähnten eine „patientenzentrierte, individuelle, ganzheitliche Herangehensweise“ (Kategorie 5 2 Nennungen, 13% der Politiker), worin sie sich im Vergleich zu den Physiotherapeuten signifikant unterschieden ($p = ,030$). Die interdisziplinäre Schnittstelle hielt in zwei Drittel ihrer Aussagen in erster Linie eine „wirksame und effiziente Problemlösung“ (Kategorie 1: 9 Nennungen; 69% der interdisziplinären Schnittstelle) für eine gute physiotherapeutische Behandlung, was einen signifikanten Unterschied ($p = ,033$) zur Meinung der Physiotherapeuten darstellte. Zudem wurden von knapp einem Viertel

eine „fachkompetente, evidenzbasierte und reflektierte Herangehensweise“ und das sich „zwischenmenschlich gut aufgehoben“ Fühlen (Kategorien 4 und 2: jeweils 3 Nennungen; 23% der interdisziplinären Schnittstelle) genannt. Wenige erwähnten eine „patientenzentrierte, individuelle, ganzheitliche Herangehensweise“ (Kategorie 5: 2 Nennungen, 15% der interdisziplinären Schnittstelle) und stellten einen signifikanten Unterschied ($p = ,014$) zu den Angaben der Physiotherapeuten dar. Weitere Aspekte sind in der Tabelle (vgl. Tab. 4) dargestellt.

Item 3 erfragte, auf welcher Erkenntnisquelle ein Physiotherapeut überwiegend seine Behandlung basiert. Es bildeten sich folgende acht Kategorien:

- 1) Ausbildung
- 2) Berufserfahrung
- 3) Fortbildungen
- 4) Befund/ individueller Patientenkontext
- 5) Wissenschaft, Forschungsergebnisse oder evidenzbasierte Leitlinien
- 6) Intuition
- 7) Studium
- 8) Fachwissen/ Grundlagenfächer

Die Physiotherapeuten gaben zu zwei Dritteln ihre „Berufserfahrung an (Kategorie 2: 12 Nennungen, 67% der Physiotherapeuten) und knapp die Hälfte nannte „Fortbildungen“ (Kategorie 3: 7 Nennungen, 39% der Physiotherapeuten). Ein Drittel nannte „Wissenschaft, Forschungsergebnisse oder evidenzbasierte Leitlinien“ (Kategorie 5: 6 Nennungen, 33% der Physiotherapeuten. Weitere Angaben sind in der folgenden Tabelle (vgl. Tab. 5) dargestellt.

Tab. 5 Erkenntnisquellen physiotherapeutischer Behandlung.

Kategorie	A		B			Gruppe C			D			Σ
	(n = 18)		(n = 15)			(n = 15)			(n = 12)			
	<i>h</i>	%	<i>h</i>	%	<i>p</i>	<i>h</i>	%	<i>p</i>	<i>h</i>	%	<i>p</i>	<i>h</i>
1	4	22	6	40	,276	6	40	,454	5	42	,706	21
2	12	67	6	40	,300	9	60	,739	5	42	,054	32
3	7	39	5	33	1,000	2	13	,135			,008	14
4	5	28	3	20	1,000	1	7	,187			,047	9
5	6	33	2	13	,257	5	33	1,000	3	25	,451	16
6	1	6	1	7	1,000			1,000			1,000	2
7			1	7	,441							1
8			3	20	,076	4	27	,035	5	42	,016	12
Σ	35		27			27			18			107

p-Werte < ,05 sind fett markiert, (exakte zweiseitige Signifikanz) im Vergleich zu Gruppe A.
 A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.
 % innerhalb der Gruppe; Mehrfachnennungen möglich.

Die Berufsbildung schätzte zu jeweils knapp der Hälfte, dass Physiotherapeuten ihr Handeln überwiegend auf Erkenntnissen aus der „Ausbildung“ und „Berufserfahrung“ basieren (Kategorien 1 und 2: jeweils 6 Nennungen, 49% der Berufsbildung), ein Drittel war der Meinung, dass „Fortbildungen“ die Basis sind (Kategorie 3: 5 Nennungen, 33% der Berufsbildung). Knapp zwei Drittel der Politiker nannte die „Berufserfahrung“ (Kategorie 2: 9 Nennungen, 60% der Politiker) und knapp die Hälfte die „Ausbildung“ (Kategorie 1: 6 Nennungen, 40% der Politiker). Darüber hinaus nannte ein Drittel „Wissenschaft, Forschungsergebnisse oder evidenzbasierte Leitlinien“ (Kategorie 5: 5 Nennungen, 33% der Politiker). Die interdisziplinäre Schnittstelle vertrat die Meinung, dass Physiotherapeuten ihre Behandlung auf Erkenntnisse aus „Ausbildung“, „Berufserfahrung“ und „Fachwissen / Grundlagenfächern“ basieren (Kategorien 1, 2 und 8: jeweils 5 Nennungen, 42% der interdisziplinären Schnittstelle) und unterschieden sich in der Kategorie 8 signifikant von der Meinung der Physiotherapeuten ($p = ,035$). Dadurch dass die Schnittstelle die Kategorien 3 und 4 überhaupt nicht genannt hatte, war auch dort ein signifikanter Unterschied (Kategorie 3: $p = ,008$, Kategorie 4: $p = ,047$) zu beobachten. Weitere Aspekte sind in der vorherigen Tabelle (vgl. Tab. 5) dargestellt.

Für die Frage, welche Ausbildungsinhalte die Befragten für essentiell erachteten (Item 4), bildeten sich folgende Kategorien:

- 1) Befund/ Clinical reasoning
- 2) evidenzbasierte und reflektierte Praxis
- 3) Physiotherapeutische Diagnostik
- 4) Soft Skills: Kommunikation
- 5) (Funktionelle) Anatomie und Physiologie
- 6) Sozialwissenschaften/ Psychologie/ Ethik
- 7) Bewegungslehre/ Motorisches Lernen
- 8) Medizin/ Krankheitslehre
- 9) Praktische Ausbildung/ Therapie
- 10) Ergonomie
- 11) Naturwissenschaftliche Grundlagenfächer
- 12) wissenschaftliches Arbeiten
- 13) alle
- 14) interdisziplinäre Inhalte
- 15) traditionelle Heilmethoden/ Psychosomatik
- 16) Berufs-, Staats- und Gesetzeskunde
- 17) Spezielle Behandlungstechniken
- 18) Mustererkennung /vernetztes Denken

- 19) Betriebswirtschaft
 20) Pädagogik
 21) Personalkompetenz/ selbstorganisiertes Lernen

Essentielle Ausbildungsinhalte stellten für über ein Viertel der Physiotherapeuten vor allem „(funktionelle) Anatomie / Physiologie“ oder „Spezielle Behandlungstechniken“ (Kategorien 5 und 17; jeweils 5 Nennungen, 28% der Physiotherapeuten) und für über ein Fünftel „Befund / Clinical Reasoning“ (Kategorie 1: 4 Nennungen, 22% der Physiotherapeuten) dar (vgl. Tab. 6).

Tab. 6 Für essentiell erachtete Ausbildungsinhalte.

Kategorie	A (n = 18)		B (n = 15)			Gruppe C (n = 15)			D (n = 13)			Σ h
	h	%	h	%	p	h	%	p	h	%	p	
1	4	22	2	13	,672	1	7	,347	1	8	,342	8
2	3	17	2	13	1,000	1	7	,608	2	15	1,000	8
3	1	6	4	27	,146	1	7	1,000			1,000	6
4	2	11	3	20	,634	3	20	,642			,487	8
5	5	28	4	27	1,000	5	33	1,000	9	69	,171	23
6	2	11	3	20	,634	3	20	,642	5	38	,219	13
7			2	13	,187	1	7	,457	1	8	,472	4
8	2	11	3	20	,634	4	27	,379	4	31	,391	13
9	3	17	4	27	,672	4	27	,677	5	38	,434	16
10			1	7	,441							1
11	3	17	4	27	,672	2	13	1,000			,231	9
12	2	11	2	13	1,000	1	7	1,000			,487	5
13	1	6	1	7	1,000			1,000			1,000	2
14	3	17	1	7	,613	1	7	,608			,231	5
15						2	13	,202				2
16	1	6			1,000	2	13	,582	1	8	1,000	4
17	5	28			,053	1	7	,187	3	23	,695	9
18	1	6	1	7	1,000	1	7	1,000			1,000	3
19									1	8	,472	1
20									1	8	,472	1
21	1	6			1,000			1,000			1,000	1
Σ	39		37			33			33			142

p-Werte < ,05 sind fett markiert, (exakte zweiseitige Signifikanz) im Vergleich zu Gruppe A.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

% innerhalb der Gruppe; Mehrfachnennungen möglich.

Für die Berufsbildung bedeuteten zu jeweils über einem Viertel „Physiotherapeutische Diagnostik“, „(Funktionelle) Anatomie und Physiologie“, „Praktische Ausbildung/ Therapie“ und „Naturwissenschaftliche Grundlagenfächer“ (Kategorien 3, 5, 9 und 11: jeweils 5 Nennungen, 28% der Berufsbildung). Die Politiker erachteten „(Funktionelle) Anatomie und Physiologie“ (Kategorie 5: 5 Nennungen, 33% der Politiker) und „Medizin/ Krankheitslehre“ oder „Praktische Ausbildung/ Therapie“ (Kategorien 8 und 9: jeweils 4 Nennungen, 27% der Politiker) für essentiell. Zwei Drittel der interdisziplinären Schnittstelle hielten „(Funktionelle) Anatomie und Physiologie“ (Kategorie 5: 9 Nennungen, 69% der interdisziplinären Schnittstelle) für wichtig, über ein Drittel „Sozialwissenschaften/ Psychologie/ Ethik“ oder „Praktische Ausbildung/ Therapie“ (Kategorien 6 und 9: jeweils 5 Nennungen, 38% der interdisziplinären Schnittstelle) für wichtig (vgl. Tab. 6). Dadurch, dass die drei dargestellten Items keinen direkten Beitrag zur Beantwortung einer Forschungsfrage leisten, sondern zur Untermauerung der gefundenen Ergebnisse dienen, wurde die Auswertung nicht so detailliert wie in den folgenden Ergebnisabschnitten beschrieben.

5.2. Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der Ausbildung

Die Stichprobe stellte sich als angemessen für die Abbildung der Dimension dar und entsprach einer „ziemlich guten“ Interkorrelation zwischen den Variablen zu einer Komponente ($KMO = ,741$). Die Varianz wurde am stärksten durch Item 6 erklärt ($= ,839$), welcher auch die höchste Faktorladung hatte ($= ,916$) (vgl. Tab. 7).

Tab. 7 Ergebnisse Faktorenanalyse Dimension 3

Item	Kommunalitäten		Erklärte Gesamtvarianz			Komponentenmatrix	
	Extraktion	Σ	Extrahierte	Summen von quadrier- ten Ladungen	% Var	Kumul.%	Komponente 1
5	,793						,890
6	,839	2,436		81,186	81,186		,916
7	,804						,897

Auf die Frage, ob in der Ausbildung Schwerpunkte auf den zukünftigen Bedarf, nämlich der Behandlung von älteren Patienten vorbereiten (Item 5), stimmten die Physiotherapeuten ($M = 3,3 (\pm 1,2)$) und die Befragten aus der Berufsbildung ($M = 3,0 (\pm 1,0)$) eher zu (vgl. Tab. 8).



Tab. 8 Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der berufsfachschulischen Ausbildung.

I-tem	Gruppe											
	A			B			C			D		
	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Va</i> <i>r</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Va</i> <i>r</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Va</i> <i>r</i>
5	15	3,3 ± 1,2	1,5	15	3,0 ± 1,0	1,0	14	2,2 ± 1,1	1,3	15	2,3 ± 0,8	0,7
6	16	3,5 ± 1,4	1,9	15	3,0 ± 0,9	0,9	14	2,4 ± 0,7	0,6	15	2,3 ± 0,9	0,8
7	16	3,8 ± 1,3	1,8	15	3,3 ± 1,0	0,9	14	2,9 ± 1,1	1,2	15	2,5 ± 1,1	1,3

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

1 = „stimme stark zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „stimme eher zu“, 4 = „lehne eher ab“, 5 = „lehne ab“, 6 = „lehne stark ab“.

Im Vergleich zu den Physiotherapeuten gaben die Gruppen der Politiker ($M = 2,2 (\pm 1,1)$, $t(27,00) = 2,41$, $p = ,023$) und der interdisziplinären Schnittstelle ($M = 2,3 (\pm 0,8)$, $t(28,00) = 2,46$, $p = ,020$) eine signifikant höhere Zustimmung an. Durch Zusammenfassung der Physiotherapeuten und Lehrenden zu einer neu gebildeten Gruppe konnte der signifikante Unterschied zur Meinung der Politiker ($t(42,00) = 2,56$, $p = ,014$) und der interdisziplinären Schnittstelle ($t(43,00) = 2,48$, $p = ,017$) noch deutlicher hervorgehoben werden (vgl. Tab. 9).

Tab. 9 Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich der Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der berufsfachschulischen Ausbildung.

Item	Gruppe									
	B			C			D			
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	
5	0,65	28,00	,519	2,41	27,00	,023	2,46	28,00	,020	
6	A	1,18	29,00	,246	2,89	23,76	,008	3,00	25,86	,006
7		1,15	29,00	,261	1,98	28,00	,058	2,73	29,00	,011
5				2,56	42,00	,014	2,48	43,00	,017	
6			E	2,62	43,00	,012	2,88	44,00	,006	
7				1,77	43,00	,084	2,69	44,00	,010	

p-Werte < ,05 sind fett markiert (zweiseitige Signifikanz).

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,

E = neugebildete Gruppe aus A und B

Der Vergleich zwischen den drei Gruppen ist in Tab. 10 dargestellt und zeigt einen signifikanten Unterschied ($F(2, 56) = 5,01$, $p = ,010$), wobei dieser am stärksten zwischen Physiotherapeuten mit Berufsbildung und der Gruppe der Politiker beobachtet wurde ($p = ,031$).

Tab. 10 Unterschiede der drei Gruppenmeinungen bezüglich der Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der berufsfachschulischen Ausbildung.

Item	Gruppen C, D, E			Gruppe		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	C <i>p</i>	D <i>p</i>	D <i>p</i>
5	5,01	2 56	,010	,031	,062	,954
6	6,41	2 57	,003	,030	,013	,972
7	4,17	2 57	,020	,213	,031	,751

p-Werte < ,05 sind fett markiert.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,

E = neugebildete Gruppe aus A und B

Ob in der berufsfachschulischen Ausbildung auch schwerpunktmäßig auf die Behandlung von chronisch kranken Patienten vorbereitet wird (Item 6), lehnten die Physiotherapeuten eher ab ($M = 3,5 (\pm 1,4)$), wobei die Berufsbildung eher zustimmte ($M = 3,0 (\pm 0,9)$). Die beiden anderen Gruppen hielten die Versorgung von chronischen Patienten für einen Schwerpunkt in der Ausbildung und sowohl Politiker ($M = 2,4 (\pm 0,7)$, $t(23,76) = 2,89$, $p = ,008$) als auch interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 2,3 (\pm 0,9)$, $t(25,86) = 3,00$, $p = ,006$) stimmten der Aussage zu, was jeweils einen signifikanten Unterschied zur Meinung der Physiotherapeuten darstellte. Nach Zusammenfassen der Physiotherapeuten mit der Berufsbildung konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied zu den Politikern ($t(43,00) = 2,62$, $p = ,012$) und zur interdisziplinären Schnittstelle ($t(44,00) = 2,88$, $p = ,006$) gefunden werden (vgl. Tab. 9). Die drei Gruppen unterschieden sich signifikant voneinander ($F(2, 57) = 6,41$, $p = ,003$), vor allem zwischen Physiotherapeuten mit Berufsbildung im Vergleich zur Gruppe der Politiker ($p = ,030$) und Physiotherapeuten mit Berufsbildung zur Gruppe der interdisziplinären Schnittstelle ($p = ,013$) (vgl. Tab. 10). Item 7 eruierte die schwerpunktmäßige Vorbereitung auf die Behandlung von multimorbiden Patienten, was die Physiotherapeuten eher ablehnten ($M = 3,8 (\pm 1,3)$). Dagegen stimmten Berufsbildung ($M = 3,3 (\pm 1,0)$), Politiker ($M = 2,9 (\pm 1,1)$) und die interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 2,5 (\pm 1,1)$) eher zu. Die Meinung der interdisziplinären Schnittstelle stellte eine signifikant unterschiedliche Meinung zur Einschätzung der Physiotherapeuten ($t(29,00) = 2,73$, $p = ,011$) und der Physiotherapeuten mit Berufsbildung ($t(44,00) = 2,69$, $p = ,010$) dar (vgl. Tab. 9). Im Vergleich der drei Gruppen konnte ein signifikanter Unterschied ($F(2, 57) = 4,17$, $p = ,020$) beobachtet werden, welcher vor allem durch den signifikanten Wert zwischen den Gruppen Physiotherapeuten mit Berufsbildung und der Gruppe der interdisziplinären Schnittstelle ($p = ,031$) erklärt werden kann (vgl. Tab. 10).

5.3. Notwendige Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen

Die Dimension 4 gliederte sich in vier quantitative (Items 8, 10, 11, 12) und in eine qualitative Frage (Item 9). Zuerst werden die Ergebnisse der quantitativen Fragen dargestellt. Item 8 eruierte, ob der Gesundheitsmarkt die eigenverantwortliche Arbeit des Physiotherapeuten braucht, um (Haus-) Arztpraxen zu entlasten. Die Physiotherapeuten ($M = 1,4 (\pm 0,6)$) und die Berufsbildung ($M = 1,4 (\pm 0,5)$) gaben eine starke Zustimmung an (vgl. Tab. 11 Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich notwendiger Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen. Tab. 11).

Tab. 11 Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich notwendiger Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen.

Item	Gruppe											
	A			B			C			D		
	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>
8	17	1,4 ± 0,6	0,4	14	1,4 ± 0,5	0,3	16	1,9 ± 1,0	0,9	16	1,9 ± 0,7	0,5
10	17	1,2 ± 0,4	0,2	14	2,1 ± 1,2	1,4	16	2,1 ± 1,3	1,8	16	1,9 ± 0,8	0,6
11	16	1,6 ± 0,9	0,8	14	1,5 ± 0,8	0,6	15	1,7 ± 1,1	1,2	15	2,2 ± 0,9	0,7
12	16	1,7 ± 0,9	0,9	14	1,4 ± 0,6	0,4	15	1,4 ± 0,6	0,4	15	1,7 ± 0,7	0,5

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

1 = „stimme stark zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „stimme eher zu“, 4 = „lehne eher ab“, 5 = „lehne ab“, 6 = „lehne stark ab“.

Die Politiker ($M = 1,9 (\pm 1,0)$) und die interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 1,9 (\pm 0,7)$, $t(31,00) = -2,61$, $p = ,014$) stimmten der Aussage zu, was einen signifikanten Unterschied der Schnittstelle zur Meinung der Physiotherapeuten darstellte. Durch Zusammenfassung der Physiotherapeuten und Lehrenden zu einer Gruppe konnte der signifikante Unterschied zur Meinung der interdisziplinären Schnittstelle ($t(45,00) = -2,97$, $p = ,005$) noch deutlicher hervorgehoben werden (vgl. Tab. 12).

Tab. 12 Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich notwendiger Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen.

Item	Gruppe								
	B			C			D		
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
8									
10	A								
11									
12									
8									
10				E					
11									
12									

p-Werte < ,05 sind fett markiert (zweiseitige Signifikanz).

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,

E = neugebildete Gruppe aus A und B

Der Vergleich zwischen den drei Gruppen ist in der folgenden Tabelle (vgl. Tab. 13) dargestellt und zeigte einen signifikanten Unterschied ($F(2, 60) = 4,27, p = ,018$), wobei dieser am stärksten zwischen Physiotherapeuten mit Berufsbildung und der Gruppe der interdisziplinären Schnittstelle beobachtet wurde ($p = ,048$).

Tab. 13 Unterschiede der drei Gruppenmeinungen bezüglich notwendiger Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen.

Item	Gruppen C, D, E			Gruppe		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	C	D	D
				<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
8						
10						
11						
12						

p-Werte < ,05 sind fett markiert.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,

E = neugebildete Gruppe aus A und B.

Der Aussage, dass enge gesetzliche Vorgaben wie z. B. die Rezeptpflicht Physiotherapeuten an einer eigenverantwortlichen Arbeitsweise hindern (Item 10) stimmten die Physiotherapeuten stark zu ($M = 1,2 (\pm 0,4)$), was eine signifikant unterschiedliche Meinung im Vergleich zu den Gruppen der Berufsbildung ($M = 2,1 (\pm 1,2), t(16,00) = -2,75, p = ,014$), der Politiker ($M = 2,1 (\pm 1,3), t(17,99) = -2,35, p = ,030$) und der interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 1,9 (\pm 0,8), t(31,00) = -3,24, p = ,003$) darstellte (vgl. Tab. 11 und Tab. 12). Nach Zusammenfassung der Physiotherapeuten und Berufsbildung konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (vgl. Tab. 13).

Alle Gruppen stimmten zu, dass Physiotherapeuten effizienter arbeiten könnten, wenn sie eigenverantwortlich über Rezepte bestimmten dürften (Item 11): Physiotherapeuten ($M = 1,6 (\pm 0,9)$), Berufsbildung ($M = 1,5 (\pm 0,8)$), Politiker ($M = 1,7 (\pm 1,1)$) und interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 2,2 (\pm 0,9)$), (vgl. Tab. 11). Die Meinungen der Gruppe Physiotherapeuten mit Berufsbildung und der Gruppe interdisziplinären Schnittstelle unterschieden sich signifikant ($t(43,00) = -2,41, p = ,020$) (vgl. Tab. 12). Stark war die Zustimmung der Berufsbildung ($M = 1,4 (\pm 0,6)$) und der Politiker ($M = 1,4 (\pm 0,6)$), dass Physiotherapeuten um eigenverantwortlich arbeiten zu können, besser in der Diagnostik geschult werden sollten (Item 12). Die Physiotherapeuten ($M = 1,7 (\pm 0,9)$) und interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 1,7 (\pm 0,7)$) stimmten dem zu (vgl. Tab. 11). In diesem Item war kein signifikanter Unterschied in den Meinungen der Gruppen zu beobachten (vgl. Tab. 12 und Tab. 13).

Welche Voraussetzungen in den Berufsgesetzen notwendig wären, um besser auf den zukünftigen Bedarf von geriatrischen, chronischen und multimorbiden Patienten reagieren zu können, eruierte Item 9. Folgende sieben Kategorien wurde gebildet:

- 1) Ermöglichen des eigenverantwortlichen Arbeitens durch Direct Access
- 2) Aktualisierung der Ausbildungsstruktur
- 3) Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankoverordnungen
- 4) Verankerung interdisziplinärer Konzepte
- 5) Budgeterweiterung der Ärzte bei bleibender Rezeptpflicht
- 6) Aktualisierung der staatlichen Abschlussprüfung
- 7) Kostenlose Ausbildung

Über die Hälfte der Physiotherapeuten hielt in erster Linie das „Ermöglichen des eigenverantwortlichen Arbeitens durch Direct Access“ (Kategorie 1: 8 Nennungen, 53% der Physiotherapeuten) für notwendig, um langfristig bedarfsgerecht arbeiten zu können. Weiterhin erwähnten über ein Viertel die „Aktualisierung der Ausbildungsstruktur“ oder die „Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankoverordnungen“ (Kategorien 2 und 3: jeweils 4 Nennungen, 27% der Physiotherapeuten). Wenige nannten die „Verankerung interdisziplinärer Konzepte“ oder die „Budgeterweiterung der Ärzte bei bleibender Rezeptpflicht“ (Kategorien 4 und 5: jeweils 2 Nennungen, 13% der Physiotherapeuten) (vgl. Tab. 14).

Tab. 14 Voraussetzungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf den zukünftigen Bedarf.

Kategorie	A (n = 15)		B (n = 10)		Gruppe C (n = 16)			D (n = 12)			Σ h	
	h	%	h	%	h	%	p	h	%	p		
1	8	53	5	50	,728	4	25	,476	4	33	,302	21
2	4	27	4	40	1,000	2	13	,666	2	17	,662	12
3	4	27	1	10	,355	2	13	,666	3	25	1,000	10
4	2	13	4	40	,370	2	13	1,000			,487	8
5	2	13			,492	3	19	,642	2	17	1,000	7
6						1	6	,457				1
7						1	6	,457				1
Σ	20		14			15			11			60

p-Werte < ,05 sind fett markiert, (exakte zweiseitige Signifikanz) im Vergleich zu Gruppe A.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

% innerhalb der Gruppe; Mehrfachnennungen möglich.

Als notwendige Voraussetzung in den physiotherapeutischen Berufsgesetzen führte über die Hälfte der Berufsbildung das „Ermöglichen des eigenverantwortlichen Arbeitens durch Direct Access“ (Kategorie 1: 5 Nennungen, 50% der Berufsbildung) auf. Daneben erwähnten einige Lehrende die „Aktualisierung der Ausbildungsstruktur“ und die „Verankerung interdisziplinärer Konzepte“ (Kategorien 2 und 4: jeweils 4 Nennungen, 40% der Berufsbildung). Ein Zehntel forderte die „Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankoverordnungen“ (Kategorie 3: 1 Nennung, 10% der Berufsbildung). Ein Viertel der Politiker war der Meinung, dass das „Ermöglichen des eigenverantwortlichen Arbeitens durch Direct Access“ (Kategorie 1: 4 Nennungen, 25% der Politiker) eine wichtige Voraussetzung wäre, um in Zukunft besser auf den Versorgungsbedarf reagieren zu können. Knapp ein Fünftel hielt eine „Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankverordnungen“ (Kategorie 5: 3 Nennungen, 19% der Politiker) für notwendig. Weiterhin erwähnten die Politiker eine „Aktualisierung der Ausbildungsstruktur“, die „Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankoverordnungen“ und die „Verankerung interdisziplinärer Konzepte“ (Kategorien 2, 3 und 4: jeweils 2 Nennungen, 13% der Politiker). Die „Aktualisierung der staatlichen Abschlussprüfung“ und eine „kostenlose Ausbildung“ (Kategorien 6 und 7: jeweils 1 Nennung, 6% der Politiker) forderten wenige. Als notwendige Voraussetzung in den physiotherapeutischen Berufsgesetzen hielt ein Drittel der interdisziplinären Schnittstelle das „Ermöglichen des eigenverantwortlichen Arbeitens durch Direct Access“ (Kategorie 1: 4 Nennungen, 33% der interdisziplinären Schnittstelle) und ein Viertel die „Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankoverordnungen“ (Kategorie 3: 3 Nennungen, 25% der interdisziplinären Schnittstelle). Jeweils knapp ein Fünftel erwähnte die „Aktualisierung der Ausbildungsstruktur“ und die „Budgeterweiterung der Ärzte bei bleibender Rezeptpflicht“ (Kategorien 2 und 5: jeweils 2 Nennungen,



17% der interdisziplinären Schnittstelle). In Item 9 konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Meinungen der vier befragten Gruppen beobachtet werden.

5.4. Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen

Die Dimension 5 gliederte sich in zwei quantitative (Items 13 und 15) und in eine qualitative Frage (Item 14). Zuerst werden die Ergebnisse der quantitativen Fragen dargestellt. Der Aussage, dass wachsende Anforderungen an einen Beruf eine höhere Qualifizierung brauchen (Item 13), stimmte die Gruppe der Berufsbildung stark zu ($M = 1,2 (\pm 0,6)$), die Physiotherapeuten ($M = 1,5 (\pm 0,6)$), Politiker ($M = 1,6 (\pm 0,7)$) und interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 1,6 (\pm 0,7)$) stimmten zu (vgl. Tab. 15).

Tab. 15 Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen.

Item	Gruppe											
	A			B			C			D		
	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>
13	17	1,5 ± 0,6	0,4	14	1,2 ± 0,6	0,3	16	1,6 ± 0,7	0,5	16	1,6 ± 0,7	0,5
15	17	2,6 ± 1,1	1,2	14	2,6 ± 1,0	1,0	16	3,1 ± 1,5	2,3	16	3,3 ± 0,8	0,6

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.
 1 = „stimme stark zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „stimme eher zu“, 4 = „lehne eher ab“, 5 = „lehne ab“, 6 = „lehne stark ab“.

Die Gruppen unterschieden sich in Item 13 nicht signifikant voneinander (vgl. Tab. 16).

Tab. 16 Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich der Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen.

Item	Gruppe									
	B			C			D			
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	
13	A	1,18	29,00	,250	-0,66	31,00	,514	-0,66	31,00	,514
15		,01	29,00	,991	-0,90	31,00	,377	-1,79	31,00	,083
13	E				-1,36	45,00	,182	-1,36	45,00	,182
15					-1,10	45,00	,276	-2,03	45,00	,048

p-Werte < ,05 sind fett markiert (zweiseitige Signifikanz).
 A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,
 E = neugebildete Gruppe aus A und B

Auch in geclusterten Vergleich konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (vgl. Tab. 17).

Tab. 17 Unterschiede der drei Gruppen bezüglich der Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen.

Gruppen C, D, E			
Item	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
13	1,30	2 60	,281
15	1,71	2 60	,189

p-Werte < ,05 sind fett markiert.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,
E = neugebildete Gruppe aus A und B

Item 15 eruierte, ob angesichts der gängigen Preisverhandlungen zwischen Berufsverbänden und Krankenkassen auch eine Preisgestaltung auf Basis eines Marktdiagramms (Angebot/ Nachfrage) vorstellbar wäre. Alle Gruppen stimmten dem eher zu: Physiotherapeuten ($M = 2,6 (\pm 1,1)$), Berufsbildung ($M = 2,6 (\pm 1,0)$), Politiker ($M = 3,1 (\pm 1,5)$) und die interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 3,3 (\pm 0,8)$) waren derselben Meinung (Tab. 15). Ein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen der zusammengefassten Gruppe der Physiotherapeuten mit Berufsbildung und der Gruppe der interdisziplinären Schnittstelle ($t(45,00) = -2,03$, $p = ,048$) (vgl. Tab. 16), aber nicht im Vergleich der drei Gruppen miteinander (vgl. Tab. 17).

Was ein formal höherer Berufsabschluss nach Meinung der Befragten mit sich bringen würde, wurde in Item 14 analysiert. Aus der offen gestellten Frage bildeten sich folgende dreizehn Kategorien:

- 1) Mehr Verantwortung
- 2) Komplexere Aufgaben
- 3) Mehr Geld
- 4) Höhere Wertschätzung des Berufsstandes bzw. mehr eigenes Selbstbewusstsein
- 5) Professionalität bzw. höheres fachlich-methodisches Kompetenzniveau
- 6) Hochwertigere Patientenversorgung
- 7) Bessere Positionierung auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt
- 8) Interprofessionalität
- 9) Nicht automatisch eine bessere Ausbildung
- 10) Kosteneinsparung
- 11) Gefahr der Untergewichtung der praktischen Anteile
- 12) Eigene Ausbildertätigkeit
- 13) Eine eigene Berufskammer

Über die Hälfte der Physiotherapeuten war der Meinung, dass ein formal höherer Abschluss in erster Linie eine „höhere Wertschätzung des Berufsstandes bzw. mehr Selbstbewusstsein“ (Kate-



gorie 4: 9 Nennungen, 56% der Physiotherapeuten) mit sich bringen würde. Über ein Drittel nannte „Professionalität bzw. ein höheres fachlich-methodisches Kompetenzniveau“ (Kategorie 5: 6 Nennungen, 38% der Physiotherapeuten). Außerdem war jeweils knapp ein Fünftel der Meinung, dass ein höherer Abschluss „mehr Geld“ oder „eine hochwertigere Patientenversorgung“ (Kategorien 3 und 6: jeweils 3 Nennungen, 19% der Physiotherapeuten) implizieren würde. Wenige waren der Meinung, dass sie durch den Abschluss „mehr Verantwortung“ (Kategorie 1: 2 Nennungen, 13% der Physiotherapeuten) oder „komplexere Aufgaben“ (Kategorie 2: 1 Nennung, 6% der Physiotherapeuten) übertragen bekommen. Eine „bessere Positionierung auf dem Arbeitsmarkt“, „Interprofessionalität“ wurden erwähnt und es wurde festgestellt, dass ein höhere Abschluss „nicht automatisch eine bessere Ausbildung“ darstellt (Kategorien 7, 8 und 9: jeweils 1 Nennung, 6% der Physiotherapeuten) (vgl. Tab. 18).

Tab. 18 Implikationen eines formal höheren Berufsabschlusses.

Kategorie	A (n = 16)		B (n = 13)			Gruppe C (n = 15)			D (n = 12)			Σ h
	h	%	h	%	p	h	%	p	h	%	p	
1	2	13	4	31	,370	2	13	1,000	5	42	,219	13
2	1	6			1,000			1,000	1	8	1,000	2
3	3	19	3	23	1,000	2	13	1,000			,231	8
4	9	56	3	23	,152	4	27	,293	3	25	,083	19
5	6	38	4	31	1,000	5	33	1,000	5	42	1,000	20
6	3	19	1	8	,613	4	27	,677	2	17	1,000	10
7	1	6	1	8	1,000	1	7	1,000			1,000	3
8	1	6			1,000	1	7	1,000	1	8	1,000	3
9	1	6			1,000			1,000			1,000	1
10			1	8	,441	1	7	,457				2
11						1	7	,457				1
12									1	8	,472	1
13									1	8	,472	1
Σ	27		17			21			19			84

p-Werte < ,05 sind fett markiert, (exakte zweiseitige Signifikanz) im Vergleich zu Gruppe A.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

% innerhalb der Gruppe; Mehrfachnennungen möglich.

Ein Drittel der Lehrenden erwähnte „mehr Verantwortung“ und „Professionalität bzw. höheres fachlich-methodisches Kompetenzniveau“ (Kategorien 1 und 5: jeweils 4 Nennungen, 31% der Berufsbildung). Darüber hinaus waren knapp ein Viertel der Meinung, dass ein höherer Abschluss auch „mehr Geld“ und eine „höhere Wertschätzung des Berufsstandes bzw. mehr Selbstbewusstsein“ mit sich bringen würde (Kategorien 3 und 4: jeweils 3 Nennungen, 23% der Berufsbildung).

Wenige Lehrende schätzten, dass dies eine „hochwertigere Patientenversorgung“, „bessere Positionierung auf dem Arbeitsmarkt“ oder eine „Kostensparnis“ (Kategorien 6, 7 und 10: jeweils 1 Nennung, 8% der Berufsbildung) implizieren könnte. Die „Professionalität bzw. höheres fachlich-methodisches Kompetenzniveau“ (Kategorie 5: 5 Nennungen, 33% der Politiker) erachtete ein Drittel der Politiker als Folge eines höheren Abschlusses. Ein knappes Drittel nannte eine „höhere Wertschätzung des Berufsstandes bzw. mehr Selbstbewusstsein“ oder eine „hochwertigere Patientenversorgung“ (Kategorien 4 und 6: 4 Nennungen, 27% der Politiker). Von wenigen kam die Aussage, dass ein höherer Abschluss „mehr Verantwortung“ oder „mehr Geld“ (Kategorien 1 und 3: jeweils 2 Nennungen, 13% der Politiker) mit sich bringen würde oder auch eine „bessere Positionierung auf dem Arbeitsmarkt“, „Interprofessionalität“, „Kosteneinsparung“ oder „Gefahr der Untergewichtung der praktischen Anteile“ (Kategorien 7, 8 10 und 11: jeweils 1 Nennung, 7% der Politiker) implizieren würde. Knapp die Hälfte der Befragten aus der interdisziplinären Schnittstelle war der Meinung, dass ein höherer Abschluss „mehr Verantwortung“ oder mehr „Professionalität bzw. höheres fachlich-methodisches Kompetenzniveau“ (Kategorien 1 und 5: jeweils 5 Nennungen, 42% der interdisziplinären Schnittstelle) implizieren würde. Zudem bedeutete dies für ein Viertel eine „höhere Wertschätzung des Berufsstandes bzw. mehr Selbstbewusstsein“ (Kategorie 4: 3 Nennungen, 25% der interdisziplinären Schnittstelle). Eine „hochwertigere Patientenversorgung“ (Kategorie 6: 2 Nennungen, 17% der interdisziplinären Schnittstelle) nannten wenige der befragten Gruppe, wie auch „komplexere Aufgaben“, „Interprofessionalität“, „eigene Ausbildungstätigkeit“ oder „eine eigene Berufskammer“ (Kategorien 2, 8, 12 und 13: jeweils 1 Nennung, 8% der interdisziplinären Schnittstelle). Die Meinungen der befragten Gruppen unterschieden sich zur Meinung der Physiotherapeuten nicht signifikant (vgl. Tab. 18).

5.5. Quantitative Bedarfsdeckung durch die Hochschulen

Dimension 6 bestand aus einer Likert-Frage (Item 18) und drei offenen Fragen, wovon aber eine qualitative Textantwort (Item 17) und zwei quantitative Zifferantworten (Items 16 und 19) auszuwerten waren. Zuerst werden die Ergebnisse der quantitativen Fragen dargestellt. Dass die Hochschulen den Bedarf an wissenschaftlich qualifizierten Physiotherapeuten bereits genau abdecken, lehnten Physiotherapeuten ($M = 4,4 (\pm 1,3)$), Politiker ($M = 4,3 (\pm 1,0)$) und interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 4,1 (\pm 1,1)$) eher ab (vgl. Tab. 19).

Tab. 19 Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen (Item 18: Likertskala).

Item	Gruppe											
	A			B			C			D		
	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>
18	16	4,4 ± 1,3	1,6	14	4,6 ± 1,2	1,3	16	4,3 ± 1,0	1,0	15	4,1 ± 1,1	1,1

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.
 1 = „stimme stark zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „stimme eher zu“, 4 = „lehne eher ab“, 5 = „lehne ab“, 6 = „lehne stark ab“.

Die Lehrenden in der Berufsbildung ($M = 4,6 (\pm 1,2)$) waren noch deutlicher der Meinung, dass dies abgelehnt werden kann, unterschieden sich aber nicht signifikant von den Physiotherapeuten (vgl. Tab. 20).

Tab. 20 Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen.

Item		Gruppe								
		B			C			D		
		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
16		,55	26,00	,588	-,87	28,00	,393	,49	26,00	,625
18	A	-,44	28,00	,661	0,15	30,00	,878	0,58	29,00	,569
19		-,40	28,00	,696	-1,16	29,00	,257	-,12	27,00	,904
16					-1,12	16,89	,278	,33	38,00	,741
18				E	0,44	44,00	,664	0,91	43,00	,366
19					-1,08	42,00	,288	,10	40,00	,924

p-Werte < ,05 sind fett markiert (zweiseitige Signifikanz).
 A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,
 E = neugebildete Gruppe aus A und B

Auch im Vergleich der drei Gruppen Physiotherapeuten mit Berufsbildung, Politiker und interdisziplinäre Schnittstelle waren keine signifikanten Unterschiede zu beobachten (vgl. Tab. 21).

Tab. 21 Unterschiede der drei Gruppen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen.

Item	Gruppen C, D, E			
	<i>F</i>	<i>df</i>		<i>p</i>
16	1,45	2	51	,244
18	0,45	2	58	,638
19	,08	2	53	,456

p-Werte < ,05 sind fett markiert.
 A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,
 E = neugebildete Gruppe aus A und B

Die Physiotherapeuten nahmen ein Verhältnis der beiden Ausbildungsabschlüsse von einem Bachelorabschluss zu 81 Berufsfachschulabschlüssen ($M = 81,4 (\pm 247,0)$) wahr. Die Berufsbildung gab ein Verhältnis von einem Bachelorabschluss zu 41 Berufsfachschulabschlüssen ($M = 41,2 (\pm 60,9)$), die Politiker zu 176 Berufsfachschulabschlüssen ($M = 176,4 (\pm 350,5)$) und die interdisziplinäre Schnittstelle zu 46 Berufsfachschulabschlüssen ($M = 45,7 (\pm 37,7)$) an (vgl. Tab. 22). Das wahrgenommene Verhältnis der Gruppen unterschied sich nicht signifikant von der Meinung der Physiotherapeuten (vgl. Tab. 20 und Tab. 21). Welches Verhältnis der Ausbildungsabschlüsse die Befragten für sinnvoll erachteten, eruierte Item 19. Die Physiotherapeuten gaben ein Verhältnis von einem Bachelorabschluss zu 5 Berufsfachschulabschlüssen an ($M = 4,6 (\pm 10,3)$), die Berufsbildung zu 6 Berufsfachschulabschlüssen ($M = 6,3 (\pm 13,4)$), die Politiker zu 10 Berufsfachschulabschlüssen ($M = 9,6 (\pm 14,0)$) und die interdisziplinäre Schnittstelle von 5 Berufsfachschulabschlüssen an ($M = 5,0 (\pm 5,9)$) (vgl. Tab. 22). Dabei unterschieden sich die Gruppenmeinungen nicht signifikant (vgl. Tab. 21).

Tab. 22 Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen (Items 16 und 19: Zifferangaben).

Item	Gruppe					
	A			B		
	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>
16	16	81,4 ± 247,0	60995,1	12	41,2 ± 60,9	3712,2
19	17	4,6 ± 10,3	105,4	13	6,3 ± 13,4	180,7
	C			D		
	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>	<i>n</i>	$M \pm SD$	<i>Var</i>
16	14	176,4 ± 350,5	122866,0	12	45,7 ± 37,7	1418,8
19	14	9,6 ± 14,0	195,6	12	5,0 ± 5,9	34,4

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

Item 17 eruierte, für welche Bereiche ein Studium für sinnvoll gehalten wird. Es bildeten sich folgende 13 Kategorien:

- 1) Evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung
- 2) Wissenschaftliches Arbeiten und Forschung
- 3) Grundsätzlich für die Physiotherapie sowie weitere Gesundheitsfachberufe
- 4) Diagnostische Kompetenzen im First Contact
- 5) Praxisleitung / Selbständigkeit
- 6) Lehre
- 7) Interdisziplinäres Arbeiten
- 8) Verantwortungsvolle Aufgaben

- 9) Gewandelte Herausforderungen
- 10) Management
- 11) Prävention, Rehabilitation, Gesundheitsförderung
- 12) Bachelor als Grundstudium, Master als Spezialisierung
- 13) Für bestimmte Fächer

Knapp die Hälfte der Physiotherapeuten war der Meinung, dass ein Studium vor allem für die „evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung“ oder für „wissenschaftliches Arbeiten und Forschung“ (Kategorien 1 und 2: jeweils 7 Nennungen, 44% der Physiotherapeuten) sinnvoll ist. Ein knappes Drittel erwähnte, dass ein Studium „grundsätzlich für die Physiotherapie sowie für weitere Gesundheitsfachberufe“ (Kategorie 3: 5 Nennungen, 31% der Physiotherapeuten) hilfreich ist und ein Fünftel nannte für „diagnostische Kompetenzen im First Contact“ (Kategorie 4: 3 Nennungen, 19% der Physiotherapeuten). Von wenigen wurde „Praxisleitung / Selbständigkeit“ oder „Lehre genannt“ (Kategorien 5 und 6: jeweils 2 Nennungen, 13% der Physiotherapeuten) und vom kleinsten Anteil „interdisziplinäres Arbeiten“, „verantwortungsvollere Aufgaben“ oder „gewandelte Voraussetzungen“ (Kategorien 7, 8 und 9: jeweils 1 Nennung, 6% der Physiotherapeuten (vgl. Tab. 23).

Tab. 23 Als sinnvoll erachtete Bereiche eines Studiums.

Kategorie	A (n = 16)		B (n = 13)			Gruppe C (n = 13)			D (n = 11)			Σ h
	h	%	h	%	p	h	%	p	h	%	p	
1	7	44	3	23	,451	2	15	,135	3	27	,274	15
2	7	44	4	31	,715	2	15	,135	2	18	,128	15
3	5	31	5	38	,718	4	31	1,000	4	36	1,000	18
4	3	19			,238	5	38	,424	1	9	,605	9
5	2	13	2	15	1,000	1	8	1,000	2	18	1,000	7
6	2	13	3	23	,634	2	15	1,000	1	9	1,000	8
7	1	6			1,000			1,000			1,000	1
8	1	6			1,000			1,000	2	18	,593	3
9	1	6			1,000			1,000	1	9	1,000	2
10			2	15	,187	1	8	,457	1	9	,472	4
11			1	8	,441	1	8	,457				2
12						1	8	,457				1
13			1	8	,441				1	9	,472	2
Σ	29		21			19			18			87

p-Werte < ,05 sind fett markiert, (exakte zweiseitige Signifikanz) im Vergleich zu Gruppe A.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

% innerhalb der Gruppe; Mehrfachnennungen möglich.

Die Lehrenden hielten ein Studium vor allem „grundsätzlich für die Physiotherapie sowie weitere Gesundheitsfachberufe“ (Kategorie 3: 5 Nennungen, 38% der Berufsbildung) für sinnvoll und erwähnten weiterhin „wissenschaftliches Arbeiten und Forschung“ (Kategorie 2: 4 Nennungen, 31% der Berufsbildung). Knapp ein Viertel erachtete es für eine „evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung“ oder „Lehre“ (Kategorie 1 und 6: jeweils 3 Nennungen, 23% der Berufsbildung) als passend. Von wenigen kamen die Angaben „Praxisleitung / Selbständigkeit“ oder „Management“ (Kategorien 5 und 10: jeweils 2 Nennungen, 15% der Berufsbildung) beziehungsweise „Prävention, Rehabilitation, Gesundheitsförderung“ oder „für bestimmte Fächer“ (Kategorien 11 und 13: jeweils 1 Nennung, 8% der Berufsbildung). Für über ein Drittel der Politiker machte ein Studium in erster Linie für „Diagnostische Kompetenzen im First Contact“ (Kategorie 4: 5 Nennungen, 38% der Politiker) Sinn, für fast die gleiche Anzahl „grundsätzlich für die Physiotherapie sowie weitere Gesundheitsfachberufe“ (Kategorie 3: 4 Nennungen, 31% der Politiker). Darüber hinaus nannten wenige die Bereiche „evidenzbasierte und reflektierte Praxis“, „wissenschaftliches Arbeiten und Forschung“ oder „Lehre“ (Kategorien 1, 2 und 6: jeweils 2 Nennungen, 15% der Politiker) sowie auch „Praxisleitung / Selbständigkeit“, „Management“, „Prävention, Rehabilitation, Gesundheitsförderung“ oder „Bachelor als Grundstudium, Master als Spezialisierung“ (Kategorien 5, 10, 11 und 12: jeweils 1 Nennung, 8% der Politiker). Über ein Drittel der interdisziplinären Schnittstelle erachtete ein Studium „grundsätzlich für die Physiotherapie sowie weitere Gesundheitsfachberufe“ (Kategorie 3: 4 Nennungen, 36% der interdisziplinären Schnittstelle) als sinnvoll. Über ein Viertel nannte „evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung“ (Kategorie 1: 3 Nennungen, 27% der interdisziplinären Schnittstelle), ein knappes Fünftel „Wissenschaftliches Arbeiten und Forschung“, „Praxisleitung / Selbständigkeit“ oder „Verantwortungsvolle Aufgaben“ (Kategorie 2, 5 und 8: jeweils 2 Nennungen, 18% der interdisziplinären Schnittstelle). Ein kleiner Teil beschrieb „diagnostische Kompetenzen im First Contact“, „Lehre“, „Gewandelte Herausforderungen“, „Prävention, Rehabilitation, Gesundheitsförderung“ oder „für bestimmte Fächer“ (Kategorien 4, 6, 9, 10 und 13: jeweils 1 Nennung, 9% der interdisziplinären Schnittstelle). Die befragten Gruppen unterschieden sich in ihren Angaben nicht signifikant zur Gruppe der Physiotherapeuten (vgl. Tab. 23).

5.6. Effektivere Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss

Die Stichprobe stellte sich als angemessen für die Abbildung der Dimension dar und entsprach einer „mittelmäßigen“ Interkorrelation zwischen den Variablen zu einer Komponente ($KMO = ,570$). Die Varianz wurde am stärksten durch Item 20 erklärt ($= ,742$), welches auch die höchste Faktorladung hatte ($= ,877$) (vgl. Tab. 24).

Tab. 24 Ergebnisse Faktorenanalyse Dimension 7.

Item	Kommunalitäten		Erklärte Gesamtvarianz			Komponentenmatrix
	Extraktion	Σ	Extrahierte Summen von quadrier- ten Ladungen			Komponente 1
			% Var	Kumul.%		
20	,742					,877
21	,770	1,828	60,945	60,945		,861
22	,317					-,563

Item 20 eruierte, ob sich aus einem Hochschulstudium ein Mehrwert für den Patienten ergibt, da die Behandlung durch wissenschaftliche Fundierung an Effektivität gewinnt. Physiotherapeuten ($M = 1,9 (\pm 0,9)$), Berufsbildung ($M = 2,0 (\pm 0,9)$), Politiker ($M = 1,9 (\pm 0,8)$) und interdisziplinäre Schnittstelle ($M = 1,8 (\pm 0,7)$) waren ähnlicher Meinung und stimmten dem zu (vgl. Tab. 25).

Tab. 25 Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich einer effektiveren Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss.

Item	Gruppe											
	A			B			C			D		
	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>	<i>n</i>	<i>M ± SD</i>	<i>Var</i>
20	17	1,9 ± 0,9	0,9	14	2,0 ± 0,9	0,8	16	1,9 ± 0,8	0,7	16	1,8 ± 0,7	0,5
21	17	1,8 ± 1,0	0,9	14	2,0 ± 0,8	0,6	16	1,9 ± 0,9	0,8	16	2,1 ± 0,7	0,5
22	17	4,4 ± 1,5	2,4	14	4,8 ± 1,1	1,3	16	4,1 ± 1,6	2,6	16	4,6 ± 1,3	1,6

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle.

1 = „stimme stark zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „stimme eher zu“, 4 = „lehne eher ab“, 5 = „lehne ab“, 6 = „lehne stark ab“.

Dabei unterschieden sich die Gruppen sich die Gruppen nicht signifikant in ihrer Meinung (vgl. Tab. 26).

Tab. 26 Unterschiede der einzelnen Gruppen bezüglich einer effektiveren Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss.

Item	Gruppe									
	B			C			D			
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	
20										
21	A	-,36	29,00	,721	0,02	31,00	,981	0,46	31,00	,646
22		-,73	29,00	,471	-0,34	31,00	,736	-1,01	31,00	,318
20		-,76	29,00	,456	0,64	31,00	,529	-0,31	31,00	,762
20					0,23	45,00	,821	0,73	45,00	,471
21				E	-0,01	45,00	,988	-0,76	45,00	,453
22					1,16	45,00	,252	0,04	45,00	,965

p-Werte < ,05 sind fett markiert (zweiseitige Signifikanz).

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,

E = neugebildete Gruppe aus A und B

Im Vergleich der drei Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (vgl. Tab. 27).

Tab. 27 Unterschiede der drei Gruppen bezüglich einer effektiveren Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss.

Gruppen C, D, E				
Item	<i>F</i>		<i>df</i>	<i>p</i>
20	0,27	2	60	,766
21	0,31	2	60	,737
22	0,79	2	60	,457

p-Werte < ,05 sind fett markiert.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle,
E = neugebildete Gruppe aus A und B

Der Aussage, dass ein Hochschulabschluss auch einen Mehrwert für das gesamte Gesundheitssystem aufgrund der strukturierteren Herangehensweise darstellt (Item 21), wurde von Seiten der Physiotherapeuten ($M = 1,8 (\pm 1,0)$), Berufsbildung ($M = 2,0 (\pm 0,8)$), Politikern ($M = 1,9 (\pm 0,9)$) und interdisziplinären Schnittstelle ($M = 2,1 (\pm 0,7)$) einstimmig zugestimmt (vgl. Tab. 25). Die Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander (vgl. Tab. 26). Im Vergleich der drei Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden (vgl. Tab. 27). Dass ein Hochschulstudium einen gravierenden Mehraufwand für den Studieninteressierten darstellt, weil sich die Qualifizierungsdauer im Vergleich zur berufsfachschulischen Ausbildung um ein halbes Jahr verlängert (Item 22), lehnten Physiotherapeuten ($M = 4,4 (\pm 1,5)$) und Politiker ($M = 4,1 (\pm 1,6)$) eher ab (vgl. Tab. 25). Die Gruppen der Berufsbildung ($M = 4,8 (\pm 1,1)$) und interdisziplinären Schnittstelle ($M = 4,6 (\pm 1,3)$) lehnten dies etwas deutlicher ab, unterschieden sich in ihrer Meinung jedoch nicht signifikant von der Meinung der Physiotherapeuten (vgl. Tab. 26 und Tab. 27).

6. Diskussion

6.1. Theoretischer Beitrag

Zur Konzeption des Messinstruments der vorliegenden Arbeit wurde aus dem Theorieteil ein Modell (vgl. Abb. 1) gebildet, welches basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie und in Anlehnung an das thematisch ähnliche „multifaktorielle Angebot- und Nachfragemodell für die professionelle Pflege“ nach Isfort (2011) weiterentwickelt werden konnte (vgl. Abb. 4) und soll im Folgenden erklärt und diskutiert werden.

Passfähigkeit der Kompetenzen zum Versorgungsbedarf

Die Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung stellte sich bereits im theoretischen Hintergrund als multifaktoriell bedingtes Forschungsobjekt dar. Wo in der vorherigen Modellvariante der Versorgungsbedarf noch in quantitativer Hinsicht mit der Patientenzahl („Wie viele Patienten nehmen physiotherapeutische Leistungen in Anspruch?“) und in qualitativer Hinsicht mit der Patientenart („Welche epidemiologischen Krankheitsbilder sind überwiegend vorzufinden?“) dargestellt wurde, soll nun der Bogen zur Physiotherapieausbildung gezogen und die Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung diskutiert werden. Dazu wurde die Passfähigkeit in verschiedenen Dimensionen zerlegt und durch in Forschungsfragen untersucht. In qualitativer Hinsicht, stellte sich die Frage, inwiefern Physiotherapeuten aufgrund ihrer in der berufsfachschulischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen das aktuelle und künftige Patienten Klientel bedarfsgerecht behandeln können. Dabei konnte in der vorliegenden Studie herausgefunden werden, dass sich die Befragten, die direkt in die Ausbildung involviert waren (Physiotherapeuten und Berufsbildung) signifikant von der Meinung der nicht direkt Involvierten (Politiker und interdisziplinäre Schnittstelle) bezüglich der Passfähigkeit von berufsfachschulischer Ausbildung zum aktuellen oder zukünftigen epidemiologischen Versorgungsbedarf unterschied. Als theoretischer Beitrag kann an dieser Stelle bezugnehmend auf das entwickelte Modell (vgl. Abb. 4) der Einfluss der Rahmenbedingungen Bevölkerungsentwicklung hinsichtlich demografischem und epidemiologischem Wandels des Patienten Klientels und der Bildungspolitik hinsichtlich der Antwort auf den Bedarf in Bildungsprogrammen auf die vorherrschende Ausbildungsstruktur dargestellt werden. Die Ausbildungsstruktur beeinflusst letztendlich die Passfähigkeit zwischen Ausbildungs- und Arbeitsmarkt in der Hinsicht, inwiefern die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen auf dem Arbeitsmarkt brauchbar sind oder auch im Umkehrschluss, inwiefern die auf dem Arbeitsmarkt benötigten Kompetenzen in der Ausbildung vermittelt wurden. Limitationen stellen in dieser Beziehung eine nicht aktuelle Gestaltung der Ausbildungsstandards und eine mangelnde Berücksich-

tigung des Wandels bzw. aktueller und zukünftiger Herausforderungen in der Ausbildung dar (vgl. Abb. 4). Eine größere Darstellung des Modells ist in Anlage E zu finden.

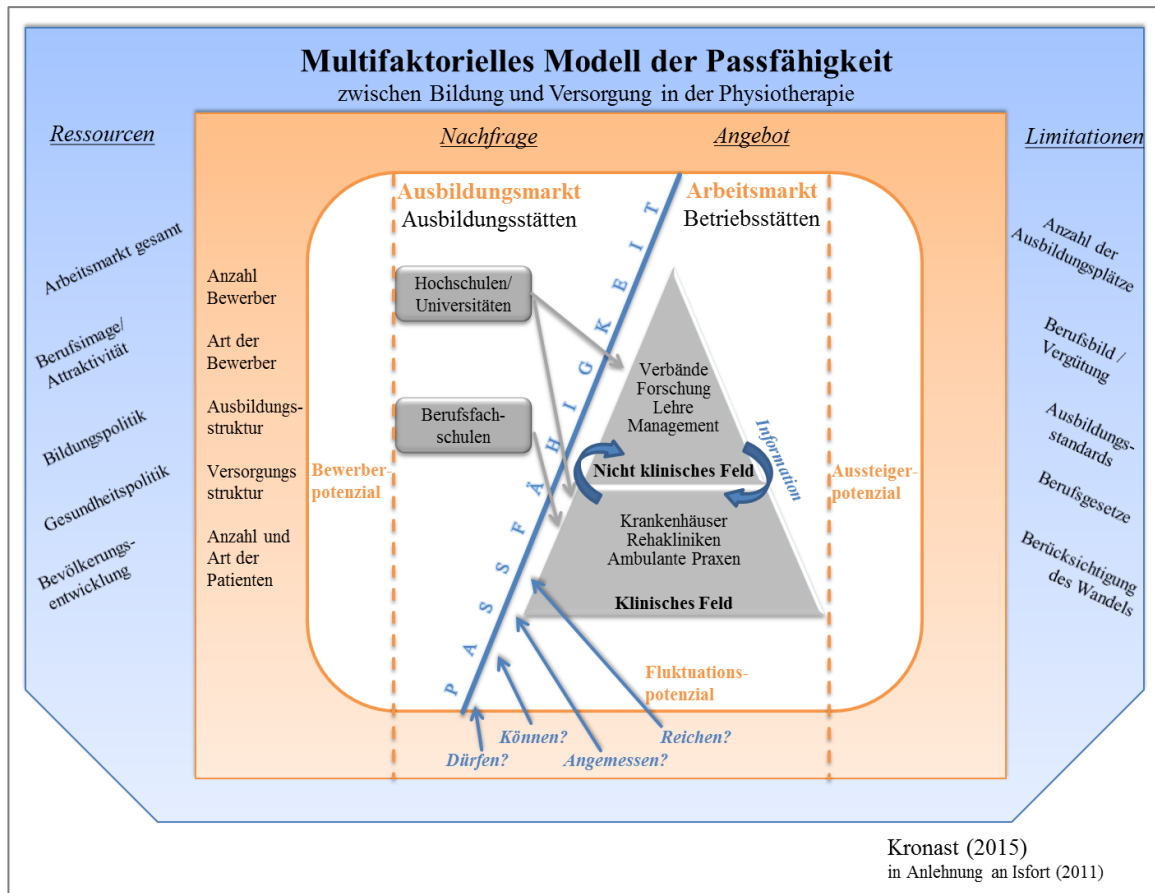


Abb. 4 Multifaktorielles Modell der Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung in der Physiotherapie (eigenes Modell).

Ob ein Hochschulabschluss den Bedarf effektiver abdecken könnte, wurde in der vorliegenden Studie eruiert. Dabei kam heraus, dass alle Gruppen ein Hochschulstudium als Mehrwert für die Patientenversorgung hielten, da die Behandlung durch die wissenschaftliche Fundierung an Effektivität gewinnt. Von den Gruppen als sinnvoll erachtete Arbeitsbereiche nach Studienabschluss wären neben der grundsätzlichen Bedeutung, die evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung und wissenschaftliches Arbeiten. Im oben aufgeführten Modell erweitert sich der Arbeitsmarkt für die Hochschulabsolventen deutlich mehr im nicht-klinischen Bereich, vor allem in der Forschung. Dabei ist nach Empfehlung des Wissenschaftsrates (2012) eine patientennahe Forschung aber und der Transfer von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis von Bedeutung, was im Modell (vgl. Abb. 4) durch den Informationsaustausch innerhalb der Arbeitsmarktpyramide verdeutlicht werden soll. Das vom HVG e. V. (2010) und Wissenschaftsrat (2012) geforderte Leitbild des reflektierten Praktikers würde den im Modell dargestellten Informationsfluss inner-

halb einer Person verdeutlichen und die optimale Verzahnung von Theorie und Praxis gewährleisten.

Passfähigkeit des Bestandes an Physiotherapeuten auf dem Arbeitsmarkt

Das Angebot an physiotherapeutischer Behandlung zur Bedarfsdeckung kann quantitativ („Wie viele Physiotherapeuten befinden sich auf dem Arbeitsmarkt?“) und qualitativ („Wie effizient ist die Behandlung?“) betrachtet werden. Die Passfähigkeit in quantitativer Hinsicht spiegelt die Frage wieder, ob der Bestand an beschäftigten Physiotherapeuten die künftige Nachfrage an Therapieleistungen bewältigen kann und ob jene Physiotherapeuten, die die erforderlichen qualitativen Kompetenzen besitzen, um die Nachfrage an Therapieleistungen optimal decken zu können in ihrer Anzahl auf dem Arbeitsmarkt ausreichen. Im abgebildeten Modell wird der Einfluss des Berufsbildes / Attraktivität und den auf dem gesamten Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden beruflichen Alternativen die auf die Anzahl der Bewerber und letztendlich das Bewerbungspotenzial und die vorhandenen Physiotherapeuten auf dem Ausbildungsmarkt beeinflussen. Ausgehend von der Bildungspolitik ergibt sich im Zusammenhang mit dem Akademisierungsprozesses der Physiotherapieausbildung die Art der Bewerber, da für (Fach-) Abiturienten ein Studium wahrscheinlich attraktiver als ein Ausbildungsberuf erscheint. Ein limitierender Faktor stellt die Anzahl der Ausbildungsplätze dar, die durch die jeweilige Bezirksregierung vorgegeben wird. Im Kernstück des Modells sind die Arbeitsbereiche für Physiotherapeuten abgebildet. Dabei wurde berücksichtigt, dass gemäß eines Branchenmonitorings des IWAK (2012), das exemplarisch für Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde, die größte Nachfrage an Physiotherapeuten in ambulanten Praxen ist. Deshalb sind diese an der Basis der Arbeitsmarktpyramide dargestellt, gefolgt von Rehakliniken und Akuthäusern. Limitationen des Modells verstehen selbstverständlich in seiner Vollständigkeit, was aber nicht zum zu erklärenden Sachverhalt beiträgt. Angesichts des aktuellen Bestandes von 136.000 Physiotherapeuten (Statistisches Bundesamt, 2015b) und circa 3.000 hochschulisch ausgebildeten Physiotherapeuten (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., S. 2) besteht eine akademische Quote von 2,3% auf dem Arbeitsmarkt, die eine sehr dünne Spitze der modellhaften Arbeitsmarktpyramide im Bereich physiotherapeutische Forschung verdeutlicht. Nach der Forderung des Wissenschaftsrates (2012) wäre eine akademisierte Quote von 10-20% sinnvoll. In der vorliegenden Studie wurde dasselbe Verhältnis genannt. Die erfolgreiche Verzahnung der Aufgabengebiete Forschung und klinische Praxis bleibt ein weiterhin zu diskutierendes Thema, könnte aber durch hochschulisch qualifizierte, reflektierte Praktiker in der Schnittstelle zwischen Forschung und klinischer Praxis gewährleistet werden. Durch den Akademisierungsprozess und neue Aufgabenfelder beispielsweise in der Forschung könnte sich die Arbeitsmarktpyramide mit einer verbreiterten Spitze darstellen.

Passfähigkeit zwischen Leistung und Vergütung

Im engen Zusammenhang mit der Attraktivität des Berufs steht auch die Festsetzung des Berufsbildes und der Vergütung. Beim aktuell zu beobachtenden Niedrigverdienerniveau deutscher Physiotherapeuten im nationalen Vergleich zu anderen Berufen (Hügler, 2015) leidet auch die Attraktivität des Physiotherapeutenberufes und lässt bereits im Jahr 2020 einen Fachkräftemangel prognostizieren, wodurch zu einer Verbesserung der Arbeits-, Vergütungs- und Ausbildungssituation aufgerufen wird (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, 2012). Im multifaktoriellen Modell der Passfähigkeit (vgl. Abb. 4) wird der drohende Fachkräftemangel im Aussteigerpotenzial wiedergespiegelt. Einfluss auf einen eventuellen Berufsausstieg hat für Berufsnovizen primär die Passfähigkeit der in die Ausbildung erworbenen Kompetenzen zu den Anforderungen während des Einstiegs in den Arbeitsmarkt. Für bereits länger Berufstätige spielen (sich wandelnde) Berufsbild und Aufgaben eine Rolle, inwieweit Fluktuations- oder Aussteigerpotenzial gegeben ist. Für vermutlich alle Physiotherapeuten ist eine angemessene Vergütung relevant für die Zufriedenheit und Loyalität zum Beruf. Weiteren Einfluss auf das Aussteigerpotenzial haben die Limitationen in den Berufsgesetzen, wodurch beispielsweise der Trend zur Weiterbildung zum Heilpraktiker und erweiterten berufsrechtlichen Freiheiten beobachtet wird.

Passfähigkeit zwischen Bedarfen und Gesetzesgrenzen

Ein aktuell groß diskutierter Aspekt der bedarfsgerechten Versorgung innerhalb gesetzlicher Grenzen besteht in der direkten Zugänglichkeit in Deutschland. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern Physiotherapeuten gemäß ihrer Berufsgesetze bedarfsgerecht agieren dürfen. Angesichts der im internationalen Vergleich verzögerten Professionsentwicklung in Deutschland (Ewers et al., 2012) konnte ein erfolgreiches Praktizieren des First Contacts in den Nachbarländern Schottland (Holdsworth, Webster & McFadyen, 2007) und Niederlande (Leemrijse, Swinkels & Veenhof, 2008) bereits wissenschaftlich belegt werden. Im Modell (vgl. Abb. 4) stellen die Berufsgesetze Limitationen dar, die eng mit den Ressourcen der Bildungs- und Gesundheitspolitik korrespondieren. Dabei üben sie Einfluss auf Ausbildungsinhalte und Berufsbild aus. Zusammenfassend kann zur Diskussion um die Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung beigetragen werden, dass sich die Passfähigkeit als komplexes und multifaktorielles Forschungsobjekt herausgestellt hat und durch die vorliegende Studie mit Berücksichtigung des aktuellen Hintergrundes ein theoretisches Modell zur Veranschaulichung gestaltet werden konnte. Dazu erscheinen der Austausch mit anderen Gesundheits- und Pflegeberufen sowie der Blick auf Versorgungsmodelle der Nachbarländer sinnvoll, um neue Möglichkeiten und Modelle zu erschließen.

6.2. Beitrag für die Praxis

Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der Ausbildung

In der vorliegenden Studie konnte herausgefunden werden, dass die berufsfachschulische Ausbildung laut Aussagen ehemaliger Ausbildungsteilnehmer zwar tendenziell auf die Behandlung älterer Patienten vorbereitet, die Politiker die Gewichtung der Geriatrie in der Ausbildung aber deutlich höher einschätzten, was einen signifikanten Unterschied ($p < ,050$) zur Meinung der Physiotherapeuten und auch der Berufsbildung darstellte. Dies steht im Widerspruch zur politischen Aussage des Wissenschaftsrates (2010), der die berufsfachschulische Ausbildung als nicht mehr ausreichend für die Vorbereitung auf die zukünftigen Bedarfe hinsichtlich des demografischen Wandels erachtet. Die befragten Politiker hielten die Ausbildung als passender. Physiotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht einerseits im geriatrischen Bereich zwar in der Erhaltung der individuellen Mobilität bei altersbedingtem Abbau und beginnendem Gebrechlichkeitssyndrom (Gewichtsverlust, allgemeine Schwäche, schnelle Erschöpfbarkeit, niedriges Aktivitätsniveau), andererseits wären aber in Anbetracht der demografischen Entwicklungen auch salutogenetisch orientierte Public Health Ansätze zur Mobilisation von Bevölkerungsgruppen angebracht (Ewers et al., 2012, S. 38-46). Die interdisziplinäre Schnittstelle überschätzte ebenfalls die Ausbildung in der Geriatrie und stellte eine signifikant unterschiedliche Meinung zu den ehemaligen Ausbildungsteilnehmern dar ($p < ,050$). Interessant wäre in diesem Zusammenhang zu wissen, wie andere Therapie- und Pflegeberufe die Kompetenz von Physiotherapeuten beispielsweise in Altenheimen wahrnehmen und ob sie die Ausbildung aufgrund von gut ausgebildeten Kompetenzen der Physiotherapeuten so gut einschätzen. Die befragten Politiker nahmen auch an, dass Ausbildungsschwerpunkte auf die Behandlung von chronisch kranken Patienten vorbereiten, was eine signifikant unterschiedliche Meinung zu den Physiotherapeuten und der Berufsbildung darstellte ($p < ,050$). Auch die interdisziplinäre Schnittstelle überschätzte die berufsfachschulische Ausbildung hinsichtlich ihrer Inhalte im chronischen Versorgungsbereich signifikant im Vergleich zu den Ausbildungsinvolvierten ($p < ,050$). Die Ansicht der Physiotherapeuten findet sich in den Lehrplänen beziehungsweise der Schulordnung für Berufsfachschulen (BFSO HeilB, 1993) wieder, wo exemplarisch für Bayern in der Studententafel keine Inhalte hinsichtlich Physiotherapie im chronischen Sektor zu finden sind. Die schwerpunktmäßige Vorbereitung auf die Behandlung multimorbid erkrankter Patienten lehnten die ehemaligen Ausbildungsteilnehmer eher ab, wogegen die interdisziplinäre Schnittstelle der Meinung war, dass auf diesen Versorgungsbedarf gut vorbereitet wird. Dies stellt eine signifikant unterschiedliche Ansicht im Vergleich zu den in die Ausbildung involvierten Physiotherapeuten und Lehrenden dar ($p < ,050$).

Es fällt auf, dass die Gesundheitsberufe die berufsfachschulische Ausbildung hinsichtlich Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels deutlich besser einschätzen, als sie die Physiotherapeuten und Lehrenden, die die Ausbildungsstrukturen wirklich kennen. Die Meinung spiegelt sich gut in der Diskussionsbereitschaft der Ärzte hinsichtlich hochschulischer Qualifikation der Physiotherapeuten wieder. Laut Deutschem Ärzteblatt kommunizierten Ärztevertretungen ihre klare Ablehnung zur hochschulischen Qualifikation der Gesundheitsfachberufe, da die bisherige Ausbildungsstruktur ausreiche (Gerst & Hibbeler, 2012). Hier stellt sich die Frage, ob Physiotherapeuten von anderen Berufssparten als für die Patientenversorgung ausreichend kompetent wahrgenommen werden oder ob es in dem von Ewers et al. (2012) beobachteten traditionell hierarchisch geprägten interdisziplinären Rollengefüge durch eventuelle Aufgabenneuerungen berufsständische Konflikte geben würde. Dabei wäre eine Teamarbeit auf Augenhöhe der medizinischen Fachberufe ein großer Gewinn für praktische Lösungen, Beantwortung von Forschungsfragen und nicht zuletzt für eine effiziente Patientenversorgung (Ewers et al., 2012, S. 40). Als gute physiotherapeutische Behandlung empfanden 69% der interdisziplinären Schnittstelle eine wirksame Problemlösung und sich zwischenmenschlich gut aufgehoben fühlen. Darin unterschieden sie sich signifikant ($p < ,050$) von der Meinung der Physiotherapeuten. Zudem nannte die interdisziplinäre Schnittstelle zwar zu einem Viertel, dass eine gute Behandlung durch eine evidenzbasierte und reflektierte Herangehensweise gezeichnet ist, unterschied sich darin aber signifikant von den Physiotherapeuten ($p < ,050$). In diesem Zusammenhang lässt sein ein vereinfachtes Bild über den Beruf des Physiotherapeuten diskutieren. Als essentielle Ausbildungsinhalte wurde interessanterweise von keiner befragten Gruppe die aktuelle Relevanz des demografischen und epidemiologischen Wandels aufgegriffen. Vielmehr wurden bereits bestehende grundlegende Inhalte wie Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre und die Praktische Ausbildung am Patienten genannt. Die Physiotherapeuten waren dagegen der Meinung, dass die genannten Inhalte zwar relevant sind, erwähnte aber auch spezielle Behandlungstechniken, wahrscheinlich, um sich diese in späteren Fortbildungen sparen zu können.

Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen

Inwiefern wachsende Anforderungen an den Beruf die Preisgestaltung beeinflussen können, soll im folgenden Punkt diskutiert werden. Die in der vorliegenden Studie befragten Physiotherapeuten waren der Meinung, dass wachsende Anforderungen eine höhere Qualifizierung benötigen. Dabei bleibt die Frage, für welche Aufgaben Physiotherapeuten eine höhere Qualifizierung für sich selbst als notwendig erachten. Eine ungenügende Deckung erworbener Kompetenzen mit den aktuellen und zukünftigen Bedarfen auf dem Arbeitsmarkt konnte bereits beobachtet werden, wobei auch einige (vorhandene) Kompetenzen aufgrund von schlechten beruflichen Settings nicht

genutzt werden konnten (Lehmann et al., 2014, S. 190). Im vorherigen Diskussionsabschnitt wurde bereits dargestellt, dass die berufsfachschulische Physiotherapieausbildung von den ehemaligen Ausbildungsteilnehmern als tendenziell zu dürftige Vorbereitung auf die zukünftigen Versorgungsbedarfe hinsichtlich chronisch und multimorbid Erkrankter gehalten wird. Die in dieser Studie befragten Gruppe, am stärksten aber die Berufsbildung vertrat die Meinung, dass angesichts der komplexer werdenden Aufgaben eine höhere Qualifizierung nötig sei. Dabei ist zu beachten, dass die Teilnahmebereitschaft von Lehrenden an Berufsfachschulen deutlich geringer war als die von Hochschullehrenden, weshalb die einheitliche Meinung mit Ziel einer hochschulischen Ausbildung eventuell verzerrt zu betrachten ist. Der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V. hält vor allem primärqualifizierende Studiengänge, die eine Ausbildung zum reflektierten Praktiker mit wissenschaftlichen, interdisziplinären und praxisorientierten Schwerpunkten sowie die Entwicklung neuer Arbeitsfelder für eine zielführende bedarfsgerechte Ausbildung. Besonders in Hinblick auf die Diskussion um die direkte Zugänglichkeit in Deutschland würden sich erweiterte Aufgaben ergeben, wofür deutsche Physiotherapeuten nach einer Untersuchung von Beyerlein (2010) vor allem Kompetenzen in der Differentialdiagnostik und Erkennen von Risikofaktoren, dem Reflektieren der eigenen Grenzen sowie grundlegende rechtliche Aspekte benötigen. Die befragten Politiker und die interdisziplinäre Schnittstelle waren wie die Physiotherapeuten ebenfalls der Meinung, dass höhere Anforderungen an einen Beruf auch eine höhere Qualifizierung benötigen.

Von einem höheren Abschluss würden sich über die Hälfte der befragten Physiotherapeuten (56%) in erster Linie eine höhere Wertschätzung des Berufsstandes bzw. mehr Selbstbewusstsein erhoffen. Die bestehende mangelnde Wertschätzung scheint auch mit dem von Ewers et al. (2012) beschriebenen vereinfachten Verständnisses des Physiotherapeutenberufs in Deutschland und der im internationalen Vergleich zeitlich stark verzögerten Professionalisierung und Forschungsentwicklung einherzugehen. In der vorliegenden Studie nannte über ein Drittel der Physiotherapeuten (38%) daneben den Zugewinn von Professionalität und fachlich-methodischer Kompetenzen. Der Bedarf an einer professionelleren und tiefer gehenden Ausbildung wird hier von den Physiotherapeuten geäußert. Daneben kann der Kompetenzzuwachs durch ein Studium auch rückblickend als Gewinn von den befragten Physiotherapeuten mit einem zusätzlichen Bachelorabschluss interpretiert werden. Erst an dritter Stelle wurde von 19% der Physiotherapeuten eine höhere Vergütung genannt. Dabei ist zu diskutieren, ob der Weg in die Wirtschaftlichkeit über die Wissenschaftlichkeit des therapeutischen Handelns geht. Physiotherapeuten werden gefordert, die Effektivität ihrer Versorgungsleistungen rational vor den finanzierenden Krankenkassen, überweisenden Ärzten und nicht zuletzt gegenüber Patienten zu belegen, stehen aber gleichzeitig vor dem Problem, dass es für bestimmte Zielgruppen an evidenzbasierten Therapiekonzepten hinsichtlich Intensität, Län-

ge und Periodizität mangelt (Ewers et al., 2012, S. 39). Für ein Drittel der Lehrenden (31%) stellte ein höherer Berufsabschluss primär mehr Verantwortung und Professionalität dar, womit klar auf den First Contact als neues Aufgabengebiet verwiesen werden kann. Auch die Wertschätzung in monetärer und gesellschaftlicher Hinsicht wurde von jeweils einem Viertel der Lehrenden aufgeführt. Dies kann die schlechte Vergütungslage von Physiotherapeuten aus einer weiteren Perspektive bestärken, da eventuell manche Physiotherapeuten aufgrund des niedrigen Verdienstes in die Lehrtätigkeit für Physiotherapie übergegangen sind. Ein Drittel der Politiker (33%) sah in erster Linie die höhere Professionalität als Produkt eines höheren Abschlusses und nannte darüber hinaus die höhere Wertschätzung des Berufes und eine bessere Patientenversorgung. Diese Meinung findet sich auch in der Empfehlung des Wissenschaftsrates (2012) wieder, der die aktuelle berufsfachschulische Ausbildung nicht mehr bedarfsgerecht erachtet und eine Anhebung der Qualifikation auf Hochschulniveau fordert. Knapp die Hälfte der Befragten der interdisziplinären Schnittstelle dachten, dass ein höherer Berufsabschluss mehr Verantwortung und mehr Professionalität mit sich zieht und eine höhere Wertschätzung des Berufes bzw. berufliches Selbstbewusstsein generieren würde.

Alle befragten Gruppen waren tendenziell der Meinung, dass eine Preisgestaltung auch abgekoppelt von den gängigen Verhandlungen zwischen Berufsverbänden und Krankenkassen aufgrund von Angebot und Nachfrage möglich wäre. Angesichts aktueller politischer Forderungen des Arbeitskreises Gesundheit der CDU/CSU (2015) wird die Entkoppelung der Physiotherapeuten von der Grundlohnsumme gemäß § 71 des SGB V gefordert, da diese Vergütungserhöhungen für die Heilmittelerbringer nahezu ausschließt. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern eine Preisgestaltung aufgrund eines Marktdiagrammes innerhalb der gesetzlichen Reglementierungen überhaupt umsetzbar wäre, da politische Entscheidungen auf Bundesebene dazu nötig wären, die im Sozialgesetzbuch festgehaltenen Regelungen zu verändern.

Notwendige Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen

Um auf den künftigen gewandelten Versorgungsbedarf adäquat reagieren zu können, wäre aus Sicht von 53% der Physiotherapeuten in erster Linie das eigenverantwortliche Arbeiten durch Ermöglichen des First Contacts als rechtliche Voraussetzung nötig. Diese Meinung kam auch als jeweils am häufigsten genannte Kategorie von 50% der Berufsbildung, 25% der Politiker und 33% der interdisziplinären Schnittstelle. Die Relevanz des selbstbestimmten Arbeitens scheint demnach zentral für die bedarfsgerechte physiotherapeutische Versorgung zu sein. Gesetzesgrundlage zur Durchsetzung des eigenverantwortlichen Arbeitens wäre neben dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz das Sozialgesetzbuch (SGB V), in welchem die ärztliche Rezeptpflicht

für Heilmittel verankert ist. Von den Physiotherapeuten (27%) und der Berufsbildung (40%) wurde zudem die Aktualisierung der Ausbildungsstruktur genannt, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass ein Teil der befragten Physiotherapeuten einen zusätzlichen Bachelorabschluss (teilweise im Ausland) erworben hatten und aufgrund dessen einen erweiterten Horizont hinsichtlich tiefer gehender, evidenzbasierter Inhalte auch im internationalen Kontext besaßen. Die Teilnahmebereitschaft Lehrender im berufsfachschulischen Kontext an dieser Studie war zudem deutlich geringer, als die von Hochschullehrenden, weshalb eine Forderung der Überarbeitung der Ausbildungsstandards so prominent kam. Gleichmaßen kam von 40% der Berufsbildung die Forderung nach der gesetzlichen Verankerung interdisziplinärer Konzepte, was mit der 2010 veröffentlichten Empfehlung zur inhaltlichen Struktur der primärqualifizierenden Studiengänge nach der Modellklausel des Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V. deckt, die neben der Ausbildung zum reflektierende Praktiker, die Wissenschaft als festen Bestandteil ihres Handelns im jeweiligen aktuellen interdisziplinären Kontext hervorhebt. Dadurch dass die Befragung neben dem Online-Survey noch schriftlich auf einer Tagung des HVGs stattfand, spiegelt sich die Meinung der Mitglieder darin wieder. Diese Äußerung kam interessanterweise überhaupt nicht von der interdisziplinären Schnittstelle, die neben der primären Forderung eines eigenverantwortlichen Arbeitens im First Contact (33%) noch die Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankoverordnungen (25%) erwähnte. Dies ging auch mit der zweithäufigsten Meinung der Physiotherapeuten (27%) einher. Blankoverordnungen stellen eine Art Zwischenschritt zur direkten Zugänglichkeit dar und bedeutet, dass der Arzt bei der Überweisung die Entscheidung über Art und Anzahl der Anwendung dem Physiotherapeuten überlässt. Dies geht mit der im Deutschen Ärzteblatt beschriebenen Meinung der Ärztekammer Westfalen-Lippe einher, die eine Entscheidung der Maßnahmen durch die Physiotherapeuten für zielführend hält (Gerst, 2015). Von den Politikern wurde nach der primären Nennung des eigenverantwortlichen Arbeitens im First Contact (33%) polarisierend die Budgeterweiterung der Ärzte bei bleibender Rezeptpflicht (19%) beschrieben, was aufgrund des darüber hinaus sehr breit gestreuten Meinungsbildes keine klare Forderung schließen lässt.

Vor dem Hintergrund der Diskussionen um die Entbindung der Physiotherapeuten von der Rezeptpflicht und einer internationalen Angleichung hinsichtlich First Contact waren sich die in dieser Studie befragten Physiotherapeuten und Lehrenden einig, dass der Gesundheitsmarkt die eigenverantwortliche Arbeitsweise des Physiotherapeuten unbedingt benötigt, um beispielsweise Arztpraxen zu entlasten. Die Übertragung der Aufgabe des Erstkontaktes würde ein komplexeres und gewandeltes Aufgabenfeld für die Physiotherapeuten bedeuten und ein fundiertes Spektrum an (differential-) diagnostischen Kompetenzen erfordern, könnte aber nach Studienergebnissen aus dem europäischen Umland eine bedarfsgerechtere Patientenversorgung gewährleisten und

sowohl Patienten auch als Kostenträger profitieren lassen. In den Niederlanden wurde der First Contact 2006 eingeführt und konnte bereits im selben Jahr eine Nachfrage von über einem Drittel der Patienten verbuchen (Leemrijse et al. 2008). Die in der vorliegenden Studie befragten Politiker sahen auch eine Notwendigkeit des eigenverantwortlichen Arbeitens der Physiotherapeuten. Die interdisziplinäre Schnittstelle gab zwar auch ihre Zustimmung ab, dass der Gesundheitsmarkt die eigenverantwortliche Arbeit der Physiotherapeuten tendenziell braucht, unterschied sich in ihrer Meinung aber signifikant ($p < ,050$) von der Meinung der Physiotherapeuten sowie auch der gemeinsamen Gruppe Physiotherapeuten und Berufsbildung. Die vergleichsweise niedrige Zustimmung kann in der Skepsis anderer medizinischer Berufe hinsichtlich First Contact begründet sein. Laut Berichten des Deutschen Ärzteblattes wurde die direkte Zugänglichkeit zur bedarfsgerechteren Herangehensweise durch die Ärzteschaft angesichts der Empfehlung des Wissenschaftsrates sofort abgelehnt, da jeder Patient Anspruch auf eine fachärztliche Behandlung hat (Gerst & Hibbeler, 2012, S. A2460). In anderen Zeitschriften wurde auch über Meinungen berichtet, dass Diagnostik eine ausschließlich den Ärzten zugeschriebene Tätigkeit ist, deren Ausführung durch die Gesundheitsfachberufe das Wohl des Patienten gefährden würde (Eppinger, 2015). Mit dem Hintergrund dieser extremen Meinungen der Ärzteschaft äußerte sich die befragte Stichprobe der interdisziplinären Schnittstelle in dieser Studie doch eher fördernd zum First Contact, was aufgrund der breiten beruflichen Streuung innerhalb der Stichprobe zurückzuführen sein kann. Daneben war den befragten Physiotherapeuten dieser Studie stark der Meinung, dass enge gesetzliche Vorgaben wie beispielsweise die Rezeptpflicht Physiotherapeuten an einer eigenverantwortlichen Arbeitsweise hindern. In diesem Punkt unterschieden sich die Berufsbildung, die dem etwas weniger deutlich zustimmten, signifikant von der Meinung der Physiotherapeuten ($p < ,050$). Die Politiker und die interdisziplinäre Schnittstelle waren zwar tendenziell auch der Ansicht, dass enge gesetzliche Vorgaben Physiotherapeuten behindern können, zeigten aber eine jeweils signifikant unterschiedliche Antwort auf ($p < ,050$). Der deutlichsten Unterschied konnte dabei zwischen der interdisziplinären Schnittstelle und den Physiotherapeuten beobachtet werden ($p < ,003$), was auf der oben genannten Skepsis der medizinischen Kollegen begründet sein kann. Nach eigenen Angaben könnten Physiotherapeuten effizienter behandeln, wenn sie eigenverantwortlich über Rezepte bestimmen dürften. Erfahrungen aus den Niederlanden belegen, dass durch eine Entbindung von der Rezeptpflicht die Anzahl der Therapieeinheiten pro Patient im Vergleich zu den durch Ärzte überwiesenen Therapieeinheiten von durchschnittlich elf auf acht Einheiten gesenkt werden konnte (Leemrijse et al. 2008). Weiterhin erreichten die Patienten, die den Direktzugang nutzten, häufiger ihre Therapieziele als die Patienten mit ärztlicher Verordnung, was mit dem früheren Behandlungsbeginn einhergehen könnte (Leemrijse et al. 2008). Auch die befragten Experten aus der Berufsbildung und Politik stimmten dem zu. Lediglich die Meinung der

interdisziplinären Schnittstelle, welche zwar auch tendenziell derselben Meinung war, unterschied sich signifikant zur gemeinsamen Gruppe der Physiotherapeuten mit der Berufsbildung.

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Einführung der direkten Zugänglichkeit in Deutschland reflektierten die Physiotherapeuten, dass sie rückblickend auf ihre berufsfachschulische Ausbildung besser in der Diagnostik geschult sein müssten. In diesem Punkt waren sich die befragten Teilnehmer einig, wobei vor allem die Berufsbildung und die Politiker eine bessere Diagnostikausbildung forderten. Nach einer Studie von Beyerlein (2010), wo deutsche Physiotherapeuten anhand von Fallbeispielen hinsichtlich ihrer Kompetenzen im First Contact geprüft wurden, zeigten sich auch deutliche Unsicherheiten der deutschen Physiotherapeuten im Umgang mit kritischen Fällen (Red flags). Basierend darauf wären in der Ausbildung vor allem Kompetenzen in der Differentialdiagnostik und Erkennen von Risikofaktoren, dem Reflektieren der eigenen Grenzen sowie grundlegende rechtliche Aspekte zu vermitteln (Beyerlein, 2010).

Quantitative Bedarfsdeckung durch die Hochschulen

Die befragten Gruppen schätzten die Bedarfsdeckung durch die Hochschulen als tendenziell nicht genau abgedeckt ein. Dabei stellt sich die Frage, ob der Bedarf hinsichtlich einer Überversorgung oder Unterversorgung nicht passend gedeckt ist. Vor dem Hintergrund des aktuellen Bestandes von knapp 3.200 hochschulisch qualifizierten Physiotherapeuten, was bei 136.000 beschäftigten Physiotherapeuten einer Quote von 2,3% mit akademischen Abschlüssen in Deutschland entspricht (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., S. 3) und der Forderung des Wissenschaftsrates (2012) nach einer Quote von 10-20%, können die Ergebnisse als Unterversorgung interpretiert werden. Der aktuelle Bestand von 2,3% akademisierter Physiotherapeuten entspricht demnach einem Verhältnis von einem Hochschulabschluss zu 43 Berufsfachschulabschlüssen. Der geforderte Bestand von 10-20% bedeutet ein vom Wissenschaftsrat gefordertes Verhältnis von einem Hochschulabschluss 4-9 Berufsfachschulabschlüssen. Die Physiotherapeuten beschrieben ein durchschnittlich wahrgenommenes Verhältnis von einem Hochschulabschluss zu 81 Berufsfachschulabschlüssen, die Berufsbildung zu 41, die Politiker zu 176 und die interdisziplinäre Schnittstelle zu 46 Berufsfachschulabschlüssen. Die Schätzwerte der Berufsbildung (Differenz = -2) und der interdisziplinären Schnittstelle (Differenz = +3) waren am nächsten am realen Bestand. Interessant ist, dass die Physiotherapeuten das Verhältnis zwischen den beiden Ausbildungsabschlüssen deutlich unterschiedlich zum realen Bestand wahrgenommen hatten und die Anzahl der Hochschulabschlüsse sogar noch unterschätzten. Dies verdeutlicht, dass die Präsenz hochschulisch gebildeter Physiotherapeuten in der Praxis als sehr gering wahrgenommen wird. Die Ergebnisse sind zum besseren Verständnis in folgender Tabelle dargestellt (vgl. Tab. 28).

Tab. 28 Aktuell wahrgenommenes und für sinnvoll erachtetes Verhältnis der beiden Ausbildungsabschlüsse.

	Gruppen				
	A	B	C	D	WR
Aktuelles Verhältnis*	81	41	176	46	43
Sinnvolles Verhältnis*	5	6	10	5	4-9

*von einem Hochschulabschluss zu () Berufsfachschulabschlüssen.

A = Physiotherapeuten, B = Berufsbildung, C = Politiker, D = interdisziplinäre Schnittstelle, WR = Wissenschaftsrat (2012).

Die Teilnehmer wurden daraufhin gefragt, welches Verhältnis der beiden Abschlüsse sie für sinnvoll erachteten. Die Physiotherapeuten gaben ein Verhältnis von einem Hochschulabschluss zu durchschnittlich 5 Berufsfachschulabschlüssen an, die Berufsbildung zu 6, die Politiker zu 10 und die interdisziplinäre Schnittstelle zu 5 Berufsfachschulabschlüssen (vgl. Tab. 28). Im Vergleich zum aktuellen Bestand von einem Hochschulabschluss zu 43 Berufsfachschulabschlüssen ist eine klare Forderung der Weiterführung des Akademisierungsprozesses in Deutschland von den befragten Gruppen zu generieren. Im Vergleich zur Empfehlung des Wissenschaftsrates von einem Hochschulabschluss zu 4-9 Berufsfachschulabschlüssen spiegeln die befragten Gruppen ein ähnliches Meinungsbild wieder. Aus der Sicht der befragten Stichprobe wird eine akademische Quote von ungefähr 10-20% hochschulisch gebildeten Physiotherapeuten als sinnvoll erachtet.

Sinnvolle Bereiche eines Studiums wären für jeweils knapp die Hälfte der Physiotherapeuten (44%) vor allem für eine evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung oder für wissenschaftliches Arbeiten und Forschung. Darüber hinaus hielt ein knappes Drittel der Physiotherapeuten (31%) ein Studium für grundsätzlich sinnvoll, ein Fünftel (19%) für die Ausbildung diagnostischer Kompetenzen hinsichtlich First Contact. Angesichts des in einem vorherigen Diskussionsabschnitt dargestellten Outcomes eines höheren Abschlusses, deckt sich die Meinung der Physiotherapeuten in etwa mit dem in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse. Gemäß dem vorherigen Abschnitt sind die befragten Physiotherapeuten der Meinung, dass ein formal höherer Abschluss eine höhere Wertschätzung, mehr Professionalität, eine bessere Patientenversorgung und mehr Verantwortung mit sich bringen könnte. Laut dem aktuellen Abschnitt werden als sinnvolle Bereiche die evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung, welche mit dem vorher genannten Outcome einer besseren Patientenversorgung einhergeht, das wissenschaftliche Arbeiten, mit dem erhofften Outcome der Professionalisierung und höheren Wertschätzung sowie der First Contact, der mit dem Outcome fundierter diagnostischer Kompetenzen zusammenhängt, genannt. Dies zeigt eine zusammenhängende Meinung der Gruppe der Physiotherapeuten und kann lässt hinsichtlich der im ersten Diskussionsabschnitt dargestellten mangelnden Berücksichtigung demografischer und epidemiologischer Schwerpunkte in der berufsfachschulischen Ausbildung eine

mangelnde Passfähigkeit der berufsfachschulischen und eine bessere Passfähigkeit der hochschulischen Ausbildung auf die Versorgungsbedarfe vermuten.

Für über ein Drittel der Lehrenden (38%) war ein Studium grundsätzlich für die Physiotherapie sowie für weitere Gesundheitsfachberufe sinnvoll, was aber auf einen Überhang der Hochschullehrenden in der Stichprobe zurückzuführen ist. Darüber hinaus nannten 31% der Lehrenden wissenschaftliches Arbeiten und Forschung und ein Viertel (23%) die evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung sowie Lehre. Die Politiker und die interdisziplinäre Schnittstelle erachteten ein Studium ebenfalls als grundsätzlich sinnvoll und nannten daneben noch die diagnostischen Kompetenzen im First Contact (38% der Politiker) und die evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung (27% der interdisziplinären Schnittstelle). Die gewonnenen Ergebnisse spiegeln die Forderungen des Wissenschaftsrates (2012) und des HVGs (2010) an eine hochschulische Ausbildung zur bedarfsgerechten Patientenversorgung wieder.

Effektivere Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss

Die umfassende Frage, ob ein Hochschulabschluss den Bedarf effektiver decken könnte, soll im Folgenden diskutiert werden. Die befragte Stichprobe erachtete ein Hochschulstudium als Mehrwert für die Patienten, da die Behandlung durch wissenschaftliche Fundierung an Effektivität gewinnt. Dabei unterschieden sich die Meinungen der Berufsbildung, den Politikern und der interdisziplinären Schnittstelle nicht signifikant von der der Physiotherapeuten. Um auf den umfangreichen Anforderungswandel reagieren zu können, ist es von großer Bedeutung, die typischen Potenziale der Gesundheitsfachberufe noch intensiver als bisher zu nutzen und langfristig das therapeutische Handeln auf Forschungsergebnisse und reflektierte Praxis zu basieren (Ewers et al., 2012, S. 34). Ein Hochschulstudium stellt nach Meinung der aller befragten Gruppen auch einen Mehrwert für das Gesundheitssystem dar, weil durch die strukturierte Herangehensweise Kosten eingespart werden können. Die strukturierte Arbeitsweise lässt sich auf der ausgebildeten Selbstkompetenz fundieren, die nach Rohrbach et al. (2013) bei hochschulisch qualifizierten Physiotherapeuten deutlicher ausgeprägt war als bei berufsfachschulischen. In diesem Kontext konnten Holdsworth et al. (2007) nachweisen, dass Kosten in den Bereichen der medikamentösen Therapie und der apparativen Diagnostik durch Nutzung des Direktzugangs in der Physiotherapie eingespart werden konnten. Innerhalb des Akademisierungsprozesses der Pflege konnte ein Mehrwert aufgrund evidenzbasierter Herangehensweise anhand einiger Studien aus dem amerikanischen und kanadischen Raum bereits gezeigt werden, wo es einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen einem höheren Anteil an hochschulisch ausgebildetem Pflegepersonal im Team und einer besseren Patientenversorgung hinsichtlich geringerer Mortalitätsrate, geringerer Dekubitushäufigkeit und weniger postoperativer Komplikationen gab (Blegen, Goode & Park,

2013; Kendall-Gallagher, Aiken, Sloane & Cimiotti, 2011; Kutney-Lee, Sloane & Aiken, 2013). Weltverband der Physiotherapeuten (WCPT) befürwortet den Direktzugang des Patienten zum Therapeuten, den Status des First Contact Practitioners und fördert dessen weltweite Einführung (EU-WCPT 2008). Auch der Gesundheitsforschungsrat begrüßt in seiner Empfehlung aus der 29. Sitzung im Dezember 2011 eine Professionsentwicklung in der Physiotherapie und hält diese sowohl für das Vorantreiben der Erkenntnisse in der Berufspraxis als auch für die Anpassung an internationale Niveaus als essentiell (Gesundheitsforschungsrat, 2011, S. 1). Die Verlängerung der Qualifizierungsdauer um ein halbes Jahr bei einem primärqualifizierenden Bachelorstudium an einer Fachhochschule stellte für die befragte Stichprobe keinen gravierenden Unterschied für die Studieninteressierten dar. Vor diesem Hintergrund und den gewonnen Ergebnissen dieser Studie kann vermutet werden, dass ein Hochschulabschluss aufgrund wissenschaftlicher Kompetenzen den Versorgungsbedarf effektiver decken könnte und einen Mehrwert für Patienten und Gesundheitssystem darstellt.

7. Limitationen und Ausblick

7.1. Methodenkritik

Wie in jeder Studie, ist auch in der vorliegenden im Rückblick auf das methodische Vorgehen an einigen Punkten Kritik anzubringen. Beispielsweise erfolgte die Stichprobenziehung auf Basis eines entwickelten theoretischen Modells der Verfasserin, worin die Modellbildung durch die jeweiligen Verweise auf den theoretischen Hintergrund zwar nachvollziehbar und zweckdienlich für den zu untersuchenden multifaktoriellen Sachverhalt erscheint, jedoch wurde bei der Studienplanung die Grundgesamtheit nicht analysiert und keine Berechnung der benötigten Fallzahl und Effektstärke durchgeführt. Dadurch ist die Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich Größe des beobachteten Unterschiedes zu diskutieren. Daneben erfolgte die Validierung des zugrundeliegenden Modells durch Kommilitonen der Verfasserin, die zwar alle im gesundheits- und sportwissenschaftlichen Feld kompetent war, jedoch für die vorliegende Befragung nur einen Bruchteil der interdisziplinären Gruppe repräsentieren könnten und keine Validierung durch die Spannweite der Teilnehmer repräsentieren kann. Die Validierung des Fragebogens erfolgte ebenfalls durch Kommilitonen und zusätzlich durch fachliche Laien, konnte aber nicht die verschiedenen Bereiche der zu befragenden Akteure im Gesundheitswesen repräsentiert werden. In der Fragebogenkonstruktion hätten mehr demografische Daten wie zum Beispiel die genaue Berufsfachschule der Physiotherapeuten oder die spezifische Einordnung der Lehrenden in Hochschule oder Berufsfachschule, erfragen können, um die Stichprobe genauer zu charakterisieren und eventuelle Verzerrungen durch geringe Teilnahmebereitschaft bestimmter Subgruppen besser analysieren lassen. Aufgrund der Absicht, einen einheitlichen Fragebogen, der von allen Teilnehmern beantwortbar ist zu konstruieren, wurde der Fragebogen so knapp wie möglich gehalten. Im ersten Item, der Angabe des Tätigkeitsfeldes der Teilnehmer, sollten keine Einschränkungen durch vorgegebene Möglichkeiten geschaffen werden und auch Mehrfachnennungen aufgezeichnet werden können. Darüber hinaus wurden keine Seriennummern in der Onlinebefragung vergeben, da dies bei einer Weiterleitung des Links an Kollegen und die zusätzliche schriftliche Befragung auf der Tagung nicht einheitlich möglich gewesen wäre. Dies erschwerte jedoch die Rekonstruktion der Stichprobe und lässt in der Ergebnisdiskussion Rückschlüsse auf die genaue Stichprobe nur bedingt zu. Angesichts der kontroversen Meinungen um das Skalenniveau einer Likertskala wurde basierend auf der Studienlage die parametrische Interpretation gewählt. In der Ergebnisauswertung konnte gemäß dem Review von Norman (2010) die metrische Auswertung auch ohne Normalverteilung und mit ungleichen Varianzen durchgeführt werden. Dabei besteht die Diskussion, inwieweit die Er-

gebnisse durch ein niedrigeres Skalenniveau unterschiedlich ausgefallen wären, wobei sich die Antworttendenzen in den offen gestellten Fragen innerhalb der jeweiligen Gruppe ähnlich darstellen.

7.2. Empfehlung

Qualitative Passfähigkeit

Zusammenfassend kann zur Beantwortung der Forschungsfragen behauptet werden, dass sich die berufsfachschulische Ausbildung signifikant weniger am demografischen und epidemiologischen Wandel des aktuellen und künftigen Patientenlientels in ihrer Schwerpunktsetzung laut Physiotherapeuten und Berufsbildung orientiert, als Politiker und interdisziplinäre Schnittstelle denken. Besonders Schwerpunkte in der Versorgung von geriatrischen sowie chronisch und multimorbid erkrankten Patienten finden in der berufsfachschulischen Ausbildung wenig Gewichtung. Daneben wären vor allem Inhalte in der (funktionellen) Anatomie und Physiologie, der Krankheitslehre und in der praktischen Ausbildung am Patienten essentiell, was keine Neuerung darstellt. Physiotherapeuten würden sich darüber hinaus noch mehr spezielle Behandlungstechniken wünschen, eventuell um sich Fortbildungen zu sparen. Zur besseren Passfähigkeit von Ausbildung und auf dem Arbeitsmarkt benötigter Kompetenzen sind durch die Bildungspolitik auf Bundes- und Länderebene Ausbildungsschwerpunkte mehr an den zukünftigen Versorgungsbedarfen auszurichten und insbesondere in der Versorgung geriatrischer, chronischer und multimorbider Patienten zu setzen. Zudem sollten sich auch die (Hoch-) Schulen ihres Bildungsauftrags in diese Richtung bewusst sein und die Relevanz dieser Bereiche den Ausbildungsteilnehmern vermitteln. Ein Hochschulabschluss könnte Bedarfe effektiver decken, da die Patientenversorgung durch wissenschaftliche Fundierung an Effektivität gewinnt und zudem durch die strukturierte Herangehensweise Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden könnten. An dieser Stelle bedarf es Vergleichsstudien, die anhand objektiv messbarer epidemiologischer Parameter einen Mehrwert hochschulisch qualifizierter Physiotherapeuten im klinischen Feld untersuchen.

Ökonomische Passfähigkeit

Angesichts wachsender Anforderungen an den Beruf des Physiotherapeuten konnte in der vorliegenden Studie ein Meinungsbild beobachtet werden, das eine höhere Qualifizierung dafür fordert. Ein höherwertiger Abschluss würde nach Meinung der Befragten mehr Professionalität, eine höhere Wertschätzung bzw. Selbstbewusstsein, aber auch mehr Verantwortung implizieren. Als sinnvolle Bereiche eines Studiums wurden in erster Linie die evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung sowie wissenschaftliches Arbeiten bzw. Forschung genannt. Durch Objektivie-

ren und Quantifizieren von Untersuchungsparametern können Interventionen messbar gemacht und vor Kostenträgern belegt werden. Eine Änderung der Preisgestaltung wäre aus Sicht der Befragten denkbar und bedarf in Anbetracht der aktuellen politischen Forderung nach Entkoppelung der Heilberufe von der Grundlohnsumme auf Bundesebene durch den Arbeitskreis Gesundheit der CDU/CSU weiterer Erforschung der Möglichkeiten und Grenzen von Vergütungsvereinbarungen durch Berufsverbände und Sozialversicherungen. Jedoch sollten in die Preisgestaltung involvierte Akteure angesichts der wachsenden Herausforderungen an Physiotherapeuten eine mögliche Veränderung bedenken.

Gesetzliche Passfähigkeit

Um ein bedarfsgerechtes Arbeiten von Physiotherapeuten innerhalb der Berufsgesetze zu gewährleisten, ist das Schaffen von Voraussetzungen für eigenverantwortliches Arbeiten im Rahmen der direkten Zugänglichkeit aus Sicht der Befragungsteilnehmer klar indiziert, da die Rezeptpflicht die Physiotherapeuten tendenziell am eigenverantwortlichen arbeiten hindert. Daneben wären Blankoverordnungen auch ein adäquater Schritt zur besseren Reaktion auf die Versorgungsbedarfe. Darüber hinaus wird eine Aktualisierung der Ausbildungsstandards gefordert, da deutsche Physiotherapeuten für eigenverantwortliches Arbeiten besser in der Diagnostik ausgebildet sein müssten. Dies reflektierte die in der vorliegenden Arbeit befragte Gruppe der Physiotherapeuten und wurde auch von Berufsbildung und Politikern geäußert. Vor dem Hintergrund des vor wenigen Monaten dem Bund vorgelegten Positionspapiers des Arbeitskreises Gesundheit der CDU/CSU ist die Forderung nach einer stärkeren Einbindung der Physiotherapeuten in die Gesundheitsversorgung ein weiter zu verfolgendes Ziel. Auch im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge und Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit Ende des Jahres konnten wahrscheinlich mehr Forschungslücken im Professionalisierungsprozess der Physiotherapie geschlossen werden können, sodass eine Entscheidung über die Angleichung an internationale Standards bevorsteht. Ein Teil der erhobenen Daten kann einen Beitrag zur Evaluation des Modellstudiengangs Physiotherapie der Hochschule Rosenheim leisten und wird von der Verfasserin dieser Arbeit dem Arbeitskreis Evaluation zur Verfügung gestellt.

Quantitative Passfähigkeit

Zu diesem Thema konnte in der vorliegenden Arbeit ein recht eindeutiges Meinungsbild von Physiotherapeuten, Lehrenden, Politikern und verschiedenen Akteuren im Gesundheitsbereich in Richtung Befürwortung einer Anhebung der Ausbildungsstandards auf Hochschulniveau beobachtet werden. Der Bedarf an wissenschaftlich kompetentem Therapeuten wurde als nicht genau abgedeckt wahrgenommen. Die befragten Physiotherapeuten gaben einen deutlich geringeren in der Praxis beobachteten Anteil an Hochschulabsolventen an, als der tatsächliche Bestand ist. Da-



bei wurde eine Quote von 10-20% hochschulisch qualifizierter Physiotherapeuten als sinnvoll erachtet und ein Studium besonders als Zugewinn für die Bereiche evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung, wissenschaftliches Arbeiten und zum Teil auch für diagnostische Kompetenzen gesehen. Wenn mehr Forschung stattfinden soll, stellt sich die Frage, wie dem steigenden Versorgungsbedarf angesichts des Fachkräftemangels begegnet werden soll, damit die forschenden Physiotherapeuten nicht am Patienten fehlen. Auch in Anbetracht der Verzahnung von Forschung und Praxis werden Stellen zur Verfügung stehen müssen, die die beiden Punkte vereinen können.

8. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Gesundheit (2015). *Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden*. Zugriff am 03.06.2015 unter <https://www.dve.info/nc/service/aktuelles/artikel/article/cducuspositionspapier-zu-den-heilmitteln.html>
- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) (2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. Zugriff am 14.04.2015 unter <http://www.dqr.de/content/2453.php>
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), die zuletzt durch Artikel 13 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005) geändert worden ist. Zugriff am 04.04.2015 unter <http://www.gesetze-im-internet.de/physsth-aprv/BJNR378600994.html>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege & Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst (Hg.) (2014). *Schulen für Berufe des Gesundheitswesens*. Zugriff am 03.06.2015 unter <http://www.km.bayern.de/schueler/abschluesse/berufliche-bildungs-abschluesse.html>
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (2013). *Lehrplan für die Berufsfachschule für Physiotherapie: Theoretischer und fachpraktischer Unterricht 1. -3- Schuljahr*. Zugriff am 08.08.2015 unter <https://www.isb.bayern.de/berufsfachschule/lehrplan/berufsfachschule/lehrplan-lehrplanrichtlinie/gesundheit/820/>
- Bollinger, H., Gerlach, A. & Pfadenhauer, M. (Hg.) (2005). *Gesundheitsberufe im Wandel - Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Mabuse-Verlag Wissenschaft: Vol. 95. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Beyerlein, C. (2010). *Direktzugang in der Physiotherapie – Wie entscheiden dich Physiotherapeuten im Management ihrer Patienten?* (Dissertation). Universitätsklinikum Ulm.
- Bredner, B. *Prüfung auf Normalverteilung*. Zugriff am 10.06.2015 unter <http://www.bb-sbl.de/tutorial/verteilungen/ueberpruefungnormalverteilung.html>
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2015). *Arbeitsmarkt nach Berufen*. Zugriff am 30.07.2015 unter https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31892/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=287986&year_month=201507&year_month.GROUP=1&search=Suchen
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009). Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach §4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, §6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, §4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und §9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009.

- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. *Hochschulbefragung 2013*. Zugriff am 04.04.2015 unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/studium.html>
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2013a). *Ausbildung*. Zugriff am 08.04.2015 unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/ausbildung.html>
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2013b). *Was Physiotherapie ist und was sie leistet*. Zugriff am 23.04.2015 unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/berufsbild.html>
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2013c). *Studiengangsmodelle*. Zugriff am 23.04.2015 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Studiengangsmodelle.pdf
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2013d). *Studium Physiotherapie*. Zugriff am 23.04.2015 <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/studium.html>
- Eppinger, U. (2015). Zur Physio mit Blankorezept? Ärztevertreter kritisieren Verordnung ohne ärztliche Diagnose. *Medscape*, 08.04.2015. Zugriff am 01.08.2015 unter <http://praxis.medscapemedizin.de/artikelansicht/4903501>
- Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R. & Voigt-Radloff, S. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 Suppl 2(S2), 37–73. Zugriff am 02.02.2015 unter www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf
- EU-WCPT (2008). *European Core Standards of Physiotherapy Practice*. Zugriff am 25.02.2015 unter <http://www.physio-europe.org/download.php?document=71&downloadarea=6>
- Gerst, T. (2015). Interprofessionelles Lernen - Zusammenwirken der Gesundheitsfachberufe. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(23), A564-A565.
- Gerst, T., & Hibbeler, B. (2012). Gesundheitsfachberufe - Auf dem Weg in die Akademisierung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(49), A2458-A2461.
- Gerst, T. (2015). Heilmittelerbringer: Unionsfraktion will Blankoverordnung und bessere Ausbildungsstandards. *Deutsches Ärzteblatt*. Zugriff am 07.07.2015 unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62379>
- Gesundheitsforschungsrat. (2011). *Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland: Empfehlung aus der 29. Sitzung des Gesundheitsforschungsrates am 8. Dezember 2011*. Zugriff am 24.04.2015 unter www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf
- Görres, S. (2008). *Statement zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung*. Deutscher Bundestag (Hg.). Ausschussdrucksache Nr. 16(14)0327(34)). Zugriff am 13.05.2015 unter <http://alumninetzwerk-pflege.de/aktuell/index.html>
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (2010). *Empfehlungen des HVG e.V. für die Gestaltung primärqualifizierender/ grundständiger Studiengänge für Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie im Rahmen von Modellvorhaben: beschlossen in der Mitgliederversammlung des HVG am 28. Juni 2010*. Zugriff am 13.05.2015 unter http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/empfehlungen_zu_modellstudiengaengen.php

- Hügler, S. (2013). Traumberuf zu Albtraumlöhnen: Arbeitssituation in Deutschland. *physiopraxis*, (4), 10–13.
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S. & McFadyen, A. K. (2008). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 93(1), 3-11.
- Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (2012). *Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Berichte aus der Pflege Nr. 17*. Zugriff am 20.06.2015 unter <http://msagd.rlp.de/soziales/pflege/infothek-pflege/>
- Isfort, M. (2011). *Die akademische Perspektive der Pflege- und Gesundheitsberufe*. Zugriff am 22.06.2015 unter http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/Do_ku_Infoveranstaltung_20111205/index.php
- Klopp, E. (2013). *Explorative Faktorenanalyse*. Zugriff am 20.06.2015 unter <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4823/>
- Kutney-Lee, A., Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (2013). An Increase In The Number Of Nurses With Baccalaureate Degrees Is Linked To Lower Rates Of Postsurgery Mortality. *Health Aff (Milwood)*, 32 (3), 579-586.
- Lames, Martin (2001). *Der pragmatische Entschluß – Der Zweck als konstitutives Element der Modellbildung am Beispiel Sportspielbeobachtung*. In J. Perl (Hg.), Sport und Informatik VIII (S. 65-72). Köln: Strauß.
- Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C.S. & Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy* 88(8), 936-946.
- 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 (Hg.): Bonn. Zugriff am 10.12.2014 unter <http://www.bmbf.de/de/6201.php>
- Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 45 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. Zugriff am 04.04.2015 unter <http://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl). München: Oldenbourg.
- Mayring, Philipp (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Menold, N. & Bogner, K. (2015). *Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen*. Mannheim, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines). DOI:10.15465/sdm-sg_015
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2005). *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in Nordrhein-*

- Westfalen. Zugriff am 04.07.2015 unter http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/ausbildung/richtlinien_und_handreichungen/index.php
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Adv in Health Sci Educ*, 15(5), 625–632. doi:10.1007/s10459-010-9222-y.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln: Grundsätze und Perspektiven - Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Zugriff am 03.03.2015 unter <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/publikationen.asp?output=html&action=detail&guid=baac17a7-76e6-43e3-8bcb-a9aa57452014&fallback=true&back=back>
- Rohrbach, N., Grafe, M. & Zalpour, C. (2013). Ermittlung notwendiger Kompetenzen im Patient Self-Referral. *physioscience*, 9(01), 23–30. doi:10.1055/s-0032-1330637.
- Sachverständigenrat (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014*. Zugriff am 04.05.2015 unter <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>
- Sachverständigenrat (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens: Sondergutachten 2009*. Zugriff am 04.05.2015 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14>
- Schulordnung für die Berufsfachschulen für Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Massage und Orthoptik (Berufsfachschulordnung nichtärztliche Heilberufe - BFSO HeilB) vom 18. Januar 1993 idF 12.05.2015. Fundstelle: GVBI 1993, S.35. Zugriff am 27.05.2015 unter <http://www.gesetze-bayern.de/jportal/portal/page/bsbayprod.psml?showdoccase=1&doc.id=jlr-HeilBFSchulOBYrahmen>
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 1 und 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist. Zugriff am 04.08.2015 unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Fachserie 12, Reihe 7.1.1 Gesundheit: Ausgaben 2013*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014). *Fachserie 11, Reihe 2 Bildung und Kultur: Berufliche Schulen*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015a). *Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern*. Zugriff am 04.06.2015 unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html>
- Statistisches Bundesamt (2015b). *Gesundheitspersonal*. Zugriff am 09.05.2015 mit Suchwort „Physiotherapeut“ unter www.gbe-bund.de
- Statistisches Bundesamt (2015c). *Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten*. Zugriff am 09.05.2015 unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Leistungsarten.html>
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK), Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten e. V. (VSK), Berufs- und Wirt-

- schaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie (VDB), Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK) & Verband Physikalische Therapie Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e.V. (VPT). (2014). *Vergütungsvereinbarung gemäß § 125 SGB V für die Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen, Massagen und Bäder: gültig ab 01.05.2014 für die alten Bundesländer*. Zugriff am 19.05.2015 unter <http://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag.html>
- Waltersbacher, A. (2014). *Heilmittelbericht 2014: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie*. Berlin. Zugriff am 04.06.2015 unter http://www.wido.de/heilmittel_2014.html
- Wissenschaftsrat. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln: Wissenschaftsrat.
- Wissenschaftsrat. (2014). *Über uns*. Zugriff am 01.08.2015 unter <http://www.wissenschaftsrat.de/ueber-uns.html>
- World Confederation for Physical Therapy (2011). *Policy statement: Description of physical therapy*. Zugriff am 11.06.2015 unter <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
- Zalpour, C. (2010). *Physiotherapie*. Heidelberg: Springer Verlag.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1</i> Involvierung verschiedener Akteure und Themen des Gesundheitswesens in der Passfähigkeit zwischen Versorgung und Bildung (eigenes Modell).....	20
<i>Abb. 2</i> Dimensionsbildung des Fragebogens angewandt nach Mayer (2013) (eigenes Modell). ..	22
<i>Abb. 3</i> Flussdiagramm zum Studiendesign (eigenes Modell).	24
<i>Abb. 4</i> Multifaktorielles Modell der Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung in der Physiotherapie (eigenes Modell).....	52

Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1</i> Raster für die Quotenauswahl	19
<i>Tab. 2</i> Rekonstruktion der Stichprobe.....	26
<i>Tab. 3</i> Dimensionen und Items des konstruierten Fragebogens.....	27
<i>Tab. 4</i> Definition einer guten physiotherapeutischen Behandlung.	30
<i>Tab. 5</i> Erkenntnisquellen physiotherapeutischer Behandlung.	31
<i>Tab. 6</i> Für essentiell erachtete Ausbildungsinhalte.....	33
<i>Tab. 7</i> Ergebnisse Faktorenanalyse Dimension 3	34
<i>Tab. 8</i> Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der berufsfachschulischen Ausbildung.	35
<i>Tab. 9</i> Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich der Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der berufsfachschulischen Ausbildung.	35
<i>Tab. 10</i> Unterschiede der drei Gruppenmeinungen bezüglich der Berücksichtigung des demografischen und epidemiologischen Wandels in der berufsfachschulischen Ausbildung.	36
<i>Tab. 11</i> Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich notwendiger Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen.	37
<i>Tab. 12</i> Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich notwendiger Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen.	38
<i>Tab. 13</i> Unterschiede der drei Gruppenmeinungen bezüglich notwendiger Anpassungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf die geänderten Rahmenbedingungen.	38
<i>Tab. 14</i> Voraussetzungen in den Berufsgesetzen zur besseren Reaktion auf den zukünftigen Bedarf.	40
<i>Tab. 15</i> Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen.	41
<i>Tab. 16</i> Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich der Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen.....	41
<i>Tab. 17</i> Unterschiede der drei Gruppen bezüglich der Veränderung der Preisgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt durch wachsende Anforderungen.	42
<i>Tab. 18</i> Implikationen eines formal höheren Berufsabschlusses.	43
<i>Tab. 19</i> Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen (Item 18: Likertskala).	45

<i>Tab. 20</i> Unterschiede der einzelnen Gruppenmeinungen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen.	45
<i>Tab. 21</i> Unterschiede der drei Gruppen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen.	45
<i>Tab. 21</i> Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich der quantitativen Bedarfsdeckung durch die Hochschulen (Items 16 und 19: Zifferangaben).	46
<i>Tab. 23</i> Als sinnvoll erachtete Bereiche eines Studiums.	47
<i>Tab. 24</i> Ergebnisse Faktorenanalyse Dimension 7.	49
<i>Tab. 25</i> Zentrale Antworttendenzen der Gruppen bezüglich einer effektiveren Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss.	49
<i>Tab. 26</i> Unterschiede der einzelnen Gruppen bezüglich einer effektiveren Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss.	49
<i>Tab. 27</i> Unterschiede der drei Gruppen bezüglich einer effektiveren Bedarfsdeckung durch Hochschulabschluss.	50
<i>Tab. 28</i> Aktuell wahrgenommenes und für sinnvoll erachtetes Verhältnis der beiden Ausbildungsabschlüsse.	62

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, diese Studienarbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Rosenheim, den 14.08.2015

A handwritten signature in purple ink that reads 'Verena Kronast'.

Verena Kronast

Anlagenverzeichnis

Anlage A	Fragebogen
Anlage B	Mailtext Akquise der Teilnehmer
Anlage C	Mailtext Versendung des Fragebogenlinks an die Teilnehmer
Anlage D	Variablenübersicht
Anlage E	Multifaktorielles Modell der Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung
Anlage F	Daten bereinigt (digital)
Anlage G	SPSS-Syntax (digital)
Anlage H	Masterarbeit als Pdf-Version (digital)

Anlage A Fragebogen

Fragebogen

Die Ausbildung zum „staatlich examinierten Physiotherapeuten“ an einer Berufsfachschule befähigt zur Berufsausübung in Deutschland.



Im vorliegenden Fragebogen soll untersucht werden, inwieweit die Ausbildung (nicht das Studium) des Physiotherapeuten zum Versorgungsbedarf auf dem Gesundheitsmarkt passt.

1. Ihr Tätigkeitsbereich:

(Mehrfachnennung möglich)

- Physiotherapie
- Berufsbildung Physiotherapie
- Politik/ Berufsverband/ Gewerkschaft
- Arzt/ Pflege/ anderer Therapieberuf
- Management/ Pharmaindustrie/ Wirtschaft
- Krankenkasse/ Sozialversicherung

2. Eine gute physiotherapeutische Behandlung bedeutet für mich:

(Schlagwort oder Satz)

3. Ein Physiotherapeut basiert seine Behandlung überwiegend auf Erkenntnissen aus:

(Schlagwort oder Satz)

4. Welche Ausbildungsinhalte halten Sie für essentiell?

(Schlagwort oder Satz)

Hinweis zur Bearbeitung:



Wenn Sie Physiotherapeut sind, bitte erinnern Sie sich an die Standards Ihrer Ausbildung (nicht Studium).
Wenn Sie kein Physiotherapeut sind, bitte nehmen Sie eine Einschätzung des Sachverhalts vor.

**5. In der Ausbildung bereiten Schwerpunkte auf den zukünftigen Bedarf vor, nämlich der Behandlung von...
... älteren Patienten.**

stimme stark zu stimme zu stimme eher zu lehne eher ab lehne ab lehne stark ab

6. ... chronisch kranken Patienten.

stimme stark zu stimme zu stimme eher zu lehne eher ab lehne ab lehne stark ab

7. ... multimorbiden (=mehrfach erkrankten) Patienten.

stimme stark zu stimme zu stimme eher zu lehne eher ab lehne ab lehne stark ab

Das Physiotherapeutengesetz (MPHG) stammt aus dem Jahr 1994...

i ... ohne dass es signifikante Aktualisierungen erfahren hat. Äußere Rahmenbedingungen wie der demografische Wandel unterlagen jedoch stetigen Veränderungen.

Nach wie vor ist der Physiotherapeut an die ärztliche Rezeptpflicht gebunden, d. h. ein Arzt stellt die Diagnose und entscheidet über Art und Anzahl einer Behandlung. Dieser verfügt dabei über ein pauschales Budget, dessen Überschreitung zum eigenen Honorar-Regress führt.

8. Der Gesundheitsmarkt braucht die eigenverantwortliche Arbeit des Physiotherapeuten, um (Haus-) Arztpraxen zu entlasten.

stimme stark zu stimme zu stimme eher zu lehne eher ab lehne ab lehne stark ab

9. Welche Voraussetzungen in den Berufsgesetzen wären notwendig, um besser auf den zukünftigen Bedarf (mehr alte, chronische und multimorbide Patienten) reagieren zu können?

(Schlagwort oder Satz)

10. Enge gesetzliche Vorgaben wie z. B. die Rezeptpflicht hindern Physiotherapeuten an einer eigenverantwortlichen Arbeitsweise.

stimme stark zu stimme zu stimme eher zu lehne eher ab lehne ab lehne stark ab

11. Physiotherapeuten könnten effizienter arbeiten, wenn sie eigenverantwortlich über die Rezepte bestimmen dürften.

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

12. Um eigenverantwortlich arbeiten zu können, müssten Physiotherapeuten besser in der Diagnostik geschult werden.

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

Niveau der Ausbildung



Im deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) ist der Ausbildungsabschluss des "staatlich examinierten Physiotherapeuten" auf dem Niveau 4 (von 8) angesiedelt und mit dem Berufen Friseur, Berufskraftfahrer, Fleischer und Fliesenleger gleichgestellt.

Im europäischen Umland schließt der Physiotherapeut standardmäßig mit dem Bachelor ab, was dem Niveau 6 entspricht. Erste Modellversuche eines Hochschulstudiums statt Ausbildung laufen in Deutschland seit 2009.

13. Wachsende Anforderungen an einen Beruf brauchen eine höhere Qualifizierung.

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

14. Meiner Meinung nach bringt ein formal höherer Berufsabschluss mit sich:

(Schlagwort oder Satz)

15. Bisher handeln die Berufsverbände mit den Krankenkassen die Preise für eine Behandlung aus. Eine Preisgestaltung auf Basis eines Marktdiagramms (Angebot/ Nachfrage) wäre vorstellbar.

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

16. So wie ich es wahrnehme, ist das Verhältnis der beiden möglichen Abschlüsse in Deutschland:

(Bitte Zahl einfügen)

1 Bachelorabschluss zu : Ausbildungsabschluss

17. Für welche Bereiche halten Sie ein Studium für sinnvoll?

(Schlagwort oder Satz)

18. Die Hochschulen decken den Bedarf an wissenschaftlich qualifizierten Physiotherapeuten bereits genau ab.

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

19. Ich halte ein folgendes Verhältnis der beiden Abschlüsse für sinnvoll:

(Bitte Zahl einfügen)

1 Bachelorabschluss zu : Ausbildungsabschluss

**20. Aus einem Hochschulstudium ergibt sich...
... ein Mehrwert für den Patienten, da die Behandlung durch die wissenschaftliche Fundierung an Effektivität gewinnt.**

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

21. ... ein Mehrwert für das gesamte Gesundheitssystem, da durch die strukturiertere Herangehensweise Kosten eingespart werden können.

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

22. ...ein gravierender Mehraufwand für den Studieninteressierten, weil sich die Qualifizierungsdauer im Vergleich zur Ausbildung um ein halbes Jahr verlängert.

stimme stark zu
 stimme zu
 stimme eher zu
 lehne eher ab
 lehne ab
 lehne stark ab

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage B Mailtext Akquise der Teilnehmer

Sehr geehrte/r Frau/ Herr _____,

im Rahmen meiner Masterarbeit an der Technischen Universität München würde ich Sie als _____ gerne für meine Befragung gewinnen.

Thema der Masterarbeit im Bereich Gesundheitsmanagement lautet: "Passfähigkeit der Ausbildungen auf die Versorgungsbedarfe auf dem Gesundheitsmarkt am Beispiel Physiotherapie".

In Deutschland ist die Physiotherapie ein Ausbildungsberuf, im europäischen Umland jedoch bereits ein Bachelorstudium. Seit 2009 laufen erste Modellstudiengänge in Deutschland. In der Studie soll herausgefunden werden, inwieweit Physiotherapeuten im Rahmen ihrer Ausbildungs- und Berufsgesetze (aus dem Jahre 1994) auf die aktuellen und künftigen Anforderungen an das Berufsbild (alternde Gesellschaft, chronisch kranke Patienten) reagieren können. Dabei werden Physiotherapeuten, Lehrende, Politiker und Experten aus dem Gesundheits- und Bildungssektor befragt.

Ich würde mich freuen, Ihnen meinen Fragebogen vorlegen zu dürfen. Er beinhaltet ca. 20 Fragen und wird online (per Link) bearbeitet. Die Befragung soll Anfang Mai stattfinden und dauert ca. 10-15 Minuten.

Gerne können Sie den Fragebogen auch an ein bis zwei Kollegen weiterleiten.

Über Ihre Antwort freue ich mich.

Mit freundlichen Grüßen

Verena Kronast (Physiotherapeutin, B.A.)

Anlage C Mailtext Versendung des Fragebogenlinks an die Teilnehmer

Sehr geehrte/r Teilnehmer/in,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der Befragung im Rahmen meiner Masterarbeit teilzunehmen. Sie können den Fragebogen unter folgendem Link bis einschließlich 17.05.2015 beantworten:

<https://www.soscisurvey.de/masterphysio2015/>

Viele Grüße

Verena Kronast

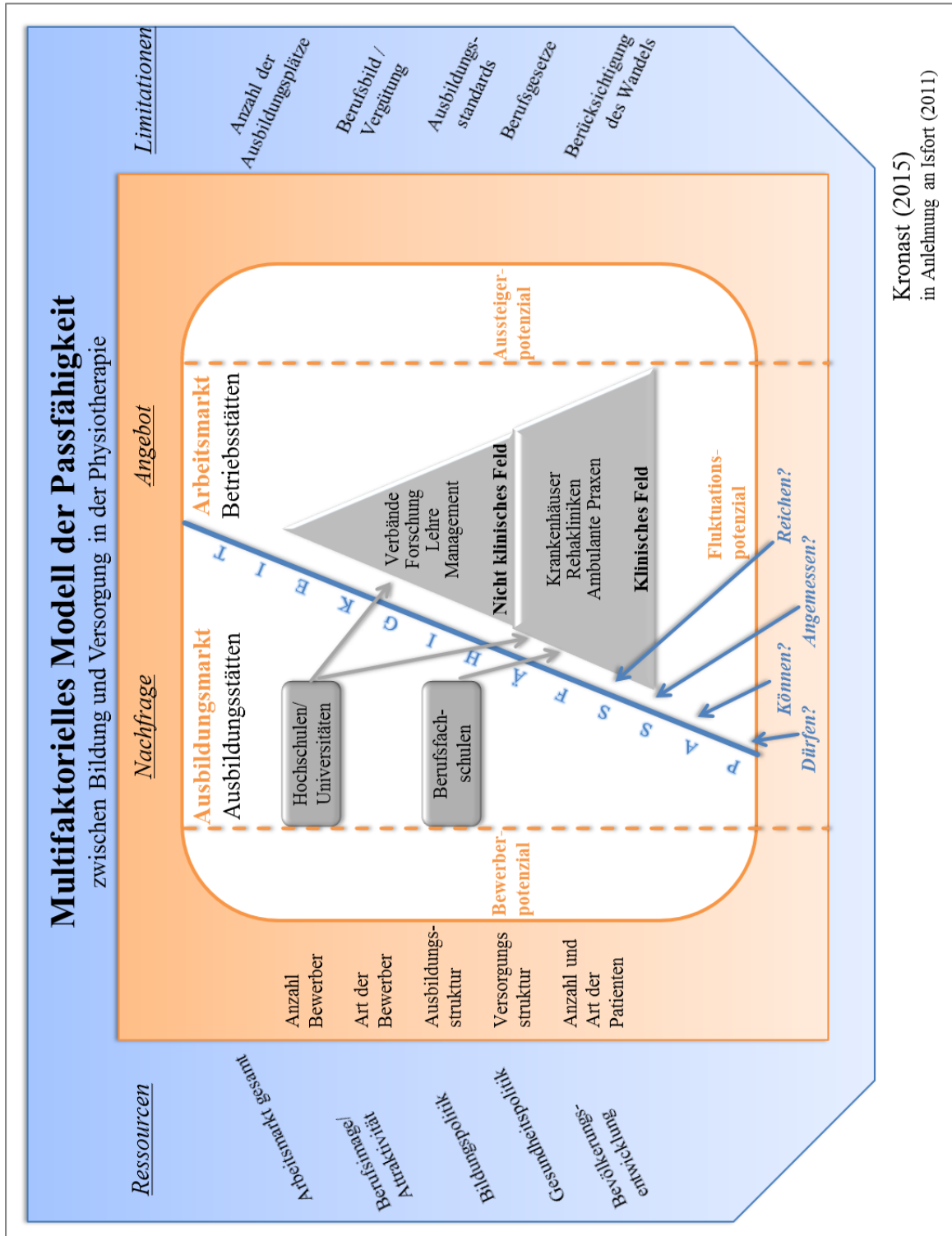
Anlage D Variablenübersicht

- A001 Tätigkeitsbereich
- A002_01 Wirksame und effiziente Problemlösung
- A002_02 zwischenmenschlich gut aufgehoben
- A002_03 basierend auf Befund (messbar)
- A002_04 fachkompetente, evidenzbasierte und reflektierte Herangehensweise
- A002_05 patientenzentrierte, individuelle, ganzheitliche Herangehensweise
- A002_06 Hilfe zur Selbsthilfe
- A002_07 Zielorientierte Behandlung
- A002_08 Mix aus verschiedenen Therapieansätzen
- A002_09 interdisziplinäre Zusammenarbeit
- A002_10 Prävention/ Wellness
- A003_01 Ausbildung
- A003_02 Berufserfahrung
- A003_03 Fortbildungen
- A003_04 Befund/ individueller Patientenkontext
- A003_05 Wissenschaft, Forschungsergebnisse der evidenzbasierte Leitlinien
- A003_06 Intuition
- A003_07 Studium
- A003_08 Fachwissen/ Grundlagenfächer
- A004_01 Befund/ Clinical reasoning
- A004_02 evidenzbasierte und reflektierte Praxis
- A004_03 Physiotherapeutische Diagnostik
- A004_04 Soft Skills: Kommunikation
- A004_05 (Funktionelle) Anatomie und Physiologie
- A004_06 Sozialwissenschaften/ Psychologie/ Ethik
- A004_07 Bewegungslehre/ Motorisches Lernen
- A004_08 Medizin/ Krankheitslehre
- A004_09 Praktische Ausbildung/ Therapie
- A004_10 Ergonomie
- A004_11 Naturwissenschaftliche Grundlagenfächer
- A004_12 wissenschaftliches Arbeiten
- A004_13 alle
- A004_14 interdisziplinäre Inhalte
- A004_15 traditionelle Heilmethoden/ Psychosomatik
- A004_16 Berufs-, Staats- und Gesetzeskunde
- A004_17 Spezielle Behandlungstechniken

- A004_18 Mustererkennung /vernetztes Denken
- A004_19 Betriebswirtschaft
- A004_20 Pädagogik
- A004_21 Personalkompetenz/ selbstorganisiertes Lernen
- A005 In der Ausbildung bereiten Schwerpunkte auf den zukünftigen Bedarf vor, nämlich der Behandlung von älteren Patienten.
- A006 In der Ausbildung bereiten Schwerpunkte auf den zukünftigen Bedarf vor, nämlich der Behandlung von chronisch kranken Patienten.
- A007 In der Ausbildung bereiten Schwerpunkte auf den zukünftigen Bedarf vor, nämlich der Behandlung von multimorbiden (=mehrfach erkrankten) Patienten.
- A008 Der Gesundheitsmarkt braucht die eigenverantwortliche Arbeit des Physiotherapeuten, um (Haus-) Arztpraxen zu entlasten.
- A009_01 Ermöglichen des eigenverantwortlichen Arbeitens durch Direct Access
- A009_02 Aktualisierung der Ausbildungsstruktur
- A009_03 Änderung der Abrechnungsmodalitäten durch Blankoverordnungen
- A009_04 Verankerung interdisziplinärer Konzepte
- A009_05 Budgeterweiterung der Ärzte bei bleibender Rezeptpflicht
- A009_06 Aktualisierung der staatlichen Abschlussprüfung
- A009_07 Kostenlose Ausbildung
- A010 Enge gesetzliche Vorgaben wie z. B. die Rezeptpflicht hindern Physiotherapeuten an einer eigenverantwortlichen Arbeitsweise.
- A011 Physiotherapeuten könnten effizienter arbeiten, wenn sie eigenverantwortlich über die Rezeptmenge bestimmen dürften.
- A012 Um eigenverantwortlich arbeiten zu können, müssten Physiotherapeuten besser in der Diagnostik geschult werden.
- A013 Wachsende Anforderungen an einen Beruf brauchen eine höhere Qualifizierung.
- A014_01 Mehr Verantwortung
- A014_02 komplexere Aufgaben
- A014_03 mehr Geld
- A014_04 höhere Wertschätzung des Berufsstandes bzw. mehr eigenes Selbstbewusstsein
- A014_05 Professionalität bzw. höheres fachlich-methodisches Kompetenzniveau
- A014_06 hochwertigere Patientenversorgung
- A014_07 bessere Positionierung auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt
- A014_08 Interprofessionalität
- A014_09 nicht automatisch eine bessere Ausbildung
- A014_10 Kosteneinsparung
- A014_11 Gefahr der Untergewichtung der praktischen Anteile
- A014_12 Eigene Ausbildungstätigkeit
- A014_13 eine eigene Berufskammer
- A015 Bisher handeln die Berufsverbände mit den Krankenkassen die Preise für eine

- Behandlung aus. Eine Preisgestaltung auf Basis eines Marktdiagramms (Angebot/ Nachfrage) wäre denkbar.
- A016 So wie ich es wahrnehme, ist das Verhältnis der beiden möglichen Abschlüsse in Deutschland: (bitte Zahl einfügen) 1 Bachelorabschluss zu _____ Ausbildungsabschluss
- A017_01 evidenzbasierte und reflektierte Patientenversorgung
- A017_02 wissenschaftliches Arbeiten und Forschung
- A017_03 grundsätzlich für die Physiotherapie sowie weitere Gesundheitsfachberufe
- A017_04 diagnostische Kompetenzen im First Contact
- A017_05 Praxisleitung / Selbständigkeit
- A017_06 Lehre
- A017_07 interdisziplinäres Arbeiten
- A017_08 verantwortungsvolle Aufgaben
- A017_09 gewandelte Herausforderungen
- A017_10 Management
- A017_11 Prävention, Rehabilitation, Gesundheitsförderung
- A017_12 Bachelor als Grundstudium, Master als Spezialisierung
- A017_13 für bestimmte Fächer
- A018 Die Hochschulen decken den Bedarf an wissenschaftlich qualifizierten Physiotherapeuten bereits genau ab.
- A019 Ich halte folgendes Verhältnis der beiden Abschlüsse für sinnvoll: (bitte Zahl einfügen) 1 Bachelorabschluss zu _____Ausbildungsabschluss.
- A020 Aus einem Hochschulstudium ergibt sich ein Mehrwert für die Patienten, da die Behandlung durch die wissenschaftliche Fundierung an Effektivität gewinnt.
- A021 Aus einem Hochschulstudium ergibt sich ein Mehrwert für das gesamte Gesundheitssystem, da durch die strukturiertere Herangehensweise Kosten eingespart werden können.
- A022 Aus einem Hochschulstudium ergibt sich ein gravierender Mehraufwand für den Studieninteressierten, weil sich die Qualifizierungsdauer im Vergleich zur Ausbildung um ein halbes Jahr verlängert.

Anlage E Multifaktorielles Modell der Passfähigkeit zwischen Bildung und Versorgung in der Physiotherapie (eigenes Modell)



Anlage F Daten bereinigt (digital)

Anlage G SPSS-Syntax (digital)

Anlage H Masterarbeit als Pdf-Version (digital)