

Diplomarbeit:

**Das Arbeitsbündnis  
als Bestandteil professionellen Handelns  
in der Physiotherapie**

vorgelegt von: Diemut Kostrzewa  
Im Reite 5a  
31832 Springe

Erstgutachter: Prof. Dr. Gerd Laga  
Zweitgutachterin: Dipl. Päd. Annette Knoche  
Abgabetermin: 15.01.2001



## VORWORT

Diese Arbeit behandelt ein Problem, auf das ich im Verlauf meiner zehnjährigen Berufspraxis als Krankengymnastin gestoßen bin und das mich schließlich dazu veranlasst hat, meine Berufsausbildung durch ein Hochschulstudium zu ergänzen: das Problem der professionellen Gestaltung der therapeutischen Beziehung zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn.<sup>1</sup>

PhysiotherapeutInnen zeichnen sich, vielleicht mehr als andere Angehörige der Gesundheitsfachberufe, durch eine überaus rege Fortbildungsteilnahme aus, und das, obwohl diese Fortbildungen sie in der Regel ihre Freizeit und ihr eigenes Geld kosten, das die meisten von ihnen nicht gerade im Überfluss verdienen. Dabei eignen sie sich eine Behandlungsmethode nach der anderen an, deren tatsächliche Wirksamkeit bis heute in der Regel nicht erforscht ist.

Es wäre sicher interessant, an anderer Stelle einmal die Beweggründe für einen solchen enormen Fortbildungskonsum genauer zu untersuchen. Meiner Vermutung nach, die sich in zahlreichen Gesprächen mit BerufskollegInnen auch bestätigt hat, könnte eine Triebfeder ein permanentes Unzulänglichkeitsgefühl bezüglich der an sie gestellten Anforderungen sein, das sie auf eine mangelnde methodische Fachkompetenz zurückführen. Da sich dieses Unzulänglichkeitsgefühl jedoch meiner Beobachtung nach auch durch eine gewissenhafte berufliche Weiterbildung nicht abstellen lässt, ist anzunehmen, dass es nicht die fachspezifische methodische Qualifikation ist, die den PhysiotherapeutInnen fehlt. – Aber was fehlt ihnen dann?

Diese Frage hat mich bereits zur Zeit meiner Berufspraxis als Krankengymnastin und später auch während des Studiums beschäftigt und ich meine, im Verlauf meines Studiums auch Antworten darauf gefunden zu haben.

Dass meine Diplomarbeit nun die Notwendigkeit einer Professionalisierung physiotherapeutischen Handelns zum Thema hat, bedeutet also ein Anknüpfen an meine persönlichen Erfahrungen und deren Reflexion vor dem Hintergrund der im Studium dazu gewonnenen Erkenntnisse. Darüber hinaus soll die vorliegende Arbeit aber auch als Diskussionsbeitrag zu der Professionalisierungs-Diskussion verstanden werden, die sich bezüglich der Gesundheitsfachberufe im Allgemeinen und der Physiotherapie im Besonderen in vollem Gange befindet.

---

<sup>1</sup> Auf die sprachliche Gestaltung dieser Arbeit wird am Ende der Einleitung ausführlich Bezug genommen. Die Hinweise beziehen sich auf die Verwendung der Bezeichnung „KrankengymnastIn“ und „Krankengymnastik“ sowie „PhysiotherapeutIn“ und „Physiotherapie“ und auf einen Geschlechter-differenzierenden Umgang mit Sprache.

## Danksagung:

Diese wissenschaftliche Arbeit ist nicht ausschließlich im „Elfenbeinturm“ entstanden. Dass ich sie schreiben konnte, verdanke ich zuallererst meinem Mann und meinen Kindern sowie dem verlässlichen familiären, freundschaftlichen und studienkollegialen Netzwerk um mich herum. Ohne die Unterstützung dieser Menschen, die zusammen mit mir über die lange Prüfungszeit hinweg durchgehalten haben, mich tatkräftig unterstützt, begleitet, immer wieder ermutigt und mir familiäre Verantwortung abgenommen haben, wäre sie wahrscheinlich niemals zu Ende geführt worden.

Monika Zoega danke ich überdies für den intensiven und anregenden Gedankenaustausch und ihre konstruktive Kritik während der Entstehung dieser Arbeit.

Mein Dank geht insbesondere auch an die PhysiotherapeutInnen der Medizinischen Hochschule Hannover, die mir die Durchführung der Gruppendiskussion in ihrer Abteilung ermöglicht haben.

Last, not least danke ich meinem Vater für die finanzielle Unterstützung.

# INHALTSVERZEICHNIS

---

1	Einleitung.....	1
I.	THEORETISCHER TEIL	
2	Zur Entwicklung der soziologischen Professionalisierungsdiskussion.....	7
2.1	Die Definition von Professionen und die Debatte um deren Merkmale und ihre gesellschaftliche Funktion .....	8
2.2	Zur Professionalisierung von Berufsgruppen und zum Perspektivwechsel in Richtung „professionelles Handeln“ .....	12
3	Zur Entwicklung der Physiotherapie .....	15
3.1	Definition und Einordnung .....	15
3.2	Zur historischen Entwicklung.....	17
3.3	Zum Professionalisierungsprozess.....	19
3.4	Ausbildung.....	23
3.4.1	Gesetzliche Grundlagen der Ausbildung und Berufsausübung .....	24
3.4.2	Lehrpläne und Curricula .....	31
3.5	Die Physiotherapie definiert sich neu .....	33
4	Das Arbeitsbündnis als Ansatzpunkt für professionalisiertes Handeln in der Physiotherapie.....	38
4.1	Die radikalisierte Theorie professionalisierten Handelns nach Oevermann.....	39
4.2	Das therapeutische Arbeitsbündnis nach Oevermann .....	43
4.2.1	Definition und theoretische Grundlagen .....	43
4.2.2	Erforderliche Kompetenzen auf Seiten der Professionellen und Konsequenzen für deren Ausbildung .....	47
4.3	Zur Konstruktion eines „physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses“ .....	49
4.3.1	Ein „Arbeitsbündnis“ für die Physiotherapie?.....	51
4.3.2	Die Strukturmerkmale eines physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses .....	53
4.3.3	Das physiotherapeutische Arbeitsbündnis am Beispiel der Mamma-Carzinom-Therapie: Anforderungen und notwendige Rahmenbedingungen .....	62
4.3.4	Erforderliche Kompetenzen auf Seiten der PhysiotherapeutInnen und Konsequenzen für deren Ausbildung .....	70

# INHALTSVERZEICHNIS

---

II.	EMPIRISCHER TEIL	
5	Das physiotherapeutische Arbeitsbündnis auf dem Prüfstand .....	75
5.1	Die Gruppendiskussion als Instrument der qualitativen Sozialforschung.....	75
5.1.1	Definition und Zielsetzung .....	75
5.1.2	Konzeptionelle Entwicklung.....	76
5.1.3	Ablauf der Gruppendiskussion .....	78
5.1.3.1	Auswahl der Gruppe(nTeilnehmerInnen).....	79
5.1.3.2	Präsentation des Grundreizes .....	80
5.1.3.3	Der Diskussionsverlauf.....	80
5.1.3.4	Rolle und Bedeutung der Moderatorin.....	81
5.1.3.5	Aufzeichnung der Diskussion .....	82
5.1.3.6	Auswertung und Interpretation .....	82
5.1.4	Möglichkeiten und Grenzen der Methode.....	84
5.2	Durchführung der Gruppendiskussion in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).....	86
5.2.1	Erkenntnisleitende Fragestellung und Methodenauswahl .....	86
5.2.2	Auswahl und Charakterisierung der Gruppe.....	87
5.2.3	Die Datenerhebung .....	88
5.3	Auswertung .....	90
5.3.1	Auswertungsvorgehen.....	91
5.3.2	Darstellung der Untersuchungsergebnisse.....	93
5.3.2.1	Zum allgemeinen Diskussionsverlauf .....	93
5.3.2.2	Themenbezogene Zusammenfassung der Diskussion.....	94
5.4	Interpretation der Gruppendiskussion .....	103
III.	RESÜMEE UND AUSBLICK .....	122
IV.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	111
V.	LITERATURVERZEICHNIS .....	113
VI.	ANHANG .....	121

## 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit rückt das professionelle Handeln von PhysiotherapeutInnen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Es handelt sich dabei um einen Untersuchungsgegenstand, der bisher kaum oder wenig wissenschaftliche Beachtung gefunden hat. Die einzige Studie, die sich bisher überhaupt mit dem Professionalisierungsprozess der Physiotherapie auseinandergesetzt hat, ist die Dissertation von Susanne Schewior-Popp (1994). Sie untersuchte am Beispiel der Krankengymnastik und der Ergotherapie die Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens.

Dieser Mangel an professionssoziologischen Veröffentlichungen zu den Gesundheitsfachberufen im Allgemeinen und der Physiotherapie im Besonderen lässt sich darauf zurückführen, dass sich die klassische Professionstheorie bei ihrer Untersuchung von Professionalisierungsprozessen in erster Linie die ärztliche Profession zum Vorbild nahm, sodass neuere Professionalisierungsansätze dann zunächst auch die Arzt-Patient-Beziehung und das ärztliche Handeln untersuchten. Bezogen auf die Gesundheitsfachberufe begann die Professionalisierungsdiskussion der Bundesrepublik Deutschland zuerst in der Krankenpflege. Auslösend hierfür waren der Pflegenotstand und die seinerzeit offen zu Tage tretende Berufsunzufriedenheit vieler Pflegenden ca. Ende der 80er Jahre. Seitdem hat es auf dem Gebiet der Pflege zahlreiche Veröffentlichungen zu den Bereichen Grundausbildung, Lehrerinnenausbildung, Akademisierung und Professionalisierung gegeben.

Der Einstieg der Physiotherapie in die Professionalisierungsdiskussion kann schließlich auf den Anfang der 90er Jahre datiert werden. Seither bemühen sich die Berufsverbände der Physiotherapie zusammen mit anderen Medizinalfachberufen um eine Professionalisierung ihres Berufsstandes im Sinne einer Akademisierung der Physiotherapieausbildung. Die Forderungen beinhalten kurzfristig die Einrichtung von Studiengängen an Fachhochschulen für die grundständige Ausbildung in den Medizinalfachberufen und die Einrichtung universitärer Studiengänge für die Lehrkräfte sowie mittelfristig die Novellierung der Berufsgesetze für eine generelle Anhebung der Ausbildungen auf Fachhochschulniveau. Als Begründungen hierfür werden steigende Anforderungen an die Berufsangehörigen in Bezug auf eine optimale PatientInnenversorgung, gravierende Mängel im bisherigen Ausbildungssystem, aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und berufspolitische Notwendigkeiten angeführt.

Inzwischen sind hinsichtlich der Akademisierungsbestrebungen die ersten Erfolge zu verzeichnen. Dazu gehört zuallererst eine grundsätzliche politische Willensbekundung (vgl. KMK-Vereinbarung 1995) dahingehend, dass Lehrkräfte der Medizinalfachberufe zukünftig an Universitäten ausgebildet und damit den

LehrerInnen anderer Ausbildungsberufe gleichgestellt werden sollen. Darüber hinaus sind mittlerweile an verschiedenen Fachhochschulen Studienangebote für Berufsangehörige der Medizinalfachberufe eingerichtet worden, die eine wissenschaftliche Qualifizierung im Anschluss an die Berufsausbildung ermöglichen. Und das geschieht ganz aktuell auch für PhysiotherapeutInnen (vgl. Kap. 3.4.1). Die größten bildungspolitischen Widerstände scheinen hingegen eine *generelle* Anhebung der Ausbildungen auf Fachhochschulniveau zu betreffen.

Gleichwohl wird in der vorliegenden Arbeit die These vertreten, dass das professionelle Handeln von PhysiotherapeutInnen eine grundständige Fachhochschulausbildung unbedingt erforderlich macht. Die Begründung dieser These erfolgt auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsansatzes, der im Folgenden für die Physiotherapie formuliert werden soll. Dabei soll zunächst nach den Anforderungen gefragt werden, die an die PhysiotherapeutInnen in Ausübung ihrer klientenbezogenen therapeutischen Tätigkeit gestellt werden und – bezogen auf den Ausbildungsbereich – nach den Qualifikationen, die die Berufsangehörigen zum professionellen Handeln innerhalb ihres beruflichen Kontextes befähigen.

Ein solches Vorgehen legt die Theorie professionalisierten Handelns von Ulrich Oevermann (1996) nahe. Die vorliegende Arbeit greift seine Theorie professionalisierten Handelns und insbesondere das Arbeitsbündnis als das Kernstück seiner Theorie auf und erweitert sie um die Konstruktion eines physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses. Anhand der Strukturmerkmale des physiotherapeutischen Handelns im Arbeitsbündnis mit ihren PatientInnen soll dann der wissenschaftliche Professionalisierungsbedarf der Physiotherapie deutlich gemacht werden.

Ein weiteres Anliegen dieser Arbeit besteht darin, in einer empirischen Untersuchung die theoretischen Implikationen eines physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses an den Alltagserfahrungen von PhysiotherapeutInnen in der beruflichen Praxis zu überprüfen. Die zu diesem Zweck durchgeführte Gruppendiskussion war außerdem als Einstieg in einen Dialog mit der beruflichen Basis über das physiotherapeutische Handeln in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung gedacht.

Diese Arbeit besteht also aus zwei Teilen: einem theoretischen Teil, der auf die Konstruktion des physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses als Ansatzpunkt für die Professionalisierung des physiotherapeutischen Handelns hinausläuft und einem empirischen Teil, in dem das Arbeitsbündnis einer empirischen Untersuchung unterzogen wird.

Kapitel 2 und 3 bereiten in zweierlei Hinsicht auf den zentralen Aspekt des theoretischen Teils vor:

Einen Einblick in die soziologische Professionalisierungsdiskussion ermöglicht das zweite Kapitel. Es dient zum einen der Klärung der wesentlichen soziologischen



Begrifflichkeiten; zum anderen werden in diesem Zusammenhang die Entwicklungen innerhalb der Professionalisierungsdiskussion aufgezeigt, die die sogenannte Mikroebene professionellen Handelns – die Professionelle-Klient-Beziehung – überhaupt in den Mittelpunkt soziologischer Betrachtungen gerückt haben.

Das dritte Kapitel stellt den Berufsstand Physiotherapie in seiner historischen Entwicklung zu einem anerkannten Gesundheitsfachberuf dar, wobei aber auch ausführlich auf die gravierenden sowohl inhaltlichen als auch strukturellen Ausbildungsmängel eingegangen wird. Die Darstellung umfasst des Weiteren die Bemühungen der Berufsangehörigen um eine verbesserte Ausbildungsqualität und das damit in Zusammenhang stehende bundeseinheitliche Berufsgesetz. Schließlich werden auch noch aktuelle Entwicklungslinien und Professionalisierungsbestrebungen in der Physiotherapie aufgezeigt.

Das Arbeitsbündnis steht dann im Zentrum des vierten Kapitels. Hier werden zunächst die Oevermann'sche Theorie professionalisierten Handelns (Kap. 4.1) und das therapeutische Arbeitsbündnis (Kap. 4.2) als sein Kernmodell für professionalisiertes therapeutisches Handeln dargestellt. Darauf aufbauend sollen die Strukturmerkmale des therapeutischen Arbeitsbündnisses hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf das physiotherapeutische Handeln überprüft und – wie bereits erwähnt – die Anforderungen, die sich daraus für die PhysiotherapeutInnen ergeben, und die Konsequenzen für eine daraufhin qualifizierende physiotherapeutische Ausbildung untersucht werden (Kap. 4.3). Das in diesem Kapitel vorgestellte Fallbeispiel wird zeigen, dass die Anforderungen an die PhysiotherapeutInnen nicht nur aus dem unmittelbaren Kontakt mit PatientInnen erwachsen, sondern auch durch den Kontext bestimmt werden, in dem die physiotherapeutische Intervention stattfindet (4.3.4).

Der empirische Teil (Kap.5) umfasst schließlich die Beschreibung der Gruppendiskussion, die hier als die geeignete Methode zur Datenerhebung ausgewählt wurde, ihrer Durchführung in der Medizinischen Hochschule Hannover, ihrer Auswertung und Interpretation.

## Zum Sprachgebrauch sei hier folgendes angemerkt:

- Wenn im Rahmen dieser Arbeit von „Physiotherapie“ die Rede ist, dann ist damit ausdrücklich die krankengymnastische Tätigkeit gemeint. Dieser Hinweis erscheint deshalb notwendig, da eine derartige Verwendung des Terminus „Physiotherapie“ – in Ableitung von der gesetzlich ausschließlich den KrankengymnastInnen zugestandenem Berufsbezeichnung „Physiotherapeutin“ bzw. „Physiotherapeut“<sup>2</sup> – zwar durchaus naheliegend und auch üblich<sup>3</sup>, im Sinne des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG) allerdings nicht ganz korrekt ist. Denn zu den „Berufen in der *Physiotherapie*“ gehören laut MPhG neben der „Physiotherapeutin“ bzw. dem „Physiotherapeuten“ auch noch die „Masseurin und medizinische Bademeisterin“ bzw. der „Masseur und medizinische Bademeister“. Da sich die Ausbildungsinhalte und die Tätigkeitsmerkmale und -bereiche dieser beiden Berufe jedoch voneinander unterscheiden, wurde im MPhG die Trennung der Bereiche *Massage* (einschließlich medizinisches Badewesen) und die den PhysiotherapeutInnen vorbehaltene *Krankengymnastik* beibehalten (Bericht der Bundesregierung 1997: 4). Demnach müsste korrekterweise von „KrankengymnastIn“<sup>4</sup> oder „PhysiotherapeutIn“ im Sinne der Berufsbezeichnung und im Sinne der Tätigkeit von „Krankengymnastik“ gesprochen werden, während der Terminus „Physiotherapie“ insofern missverständlich ist, da er laut Gesetz „MasseurlInnen und medizinische BademeisterInnen“ mit einschließt. Mit dieser Erklärung soll Missverständnissen bezüglich des Inhalts dieser Arbeit, die ihrem Titel nach ja das professionelle Handeln in der „Physiotherapie“ untersucht, vorgebeugt werden. Es soll damit nicht grundsätzlich in Abrede gestellt werden, dass das Arbeitsbündnis nicht auch auf das professionelle Handeln von „MasseurlInnen und medizinischen BademeisterInnen“ übertragbar ist, nur wurde das im Rahmen dieser Arbeit nicht explizit untersucht.

---

<sup>2</sup> Die Berufsbezeichnung „Physiotherapeutin“/„Physiotherapeut“ tritt seit Verabschiedung des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (MPhG) am 10.03.1994 an die Stelle der vorher gültigen Berufsbezeichnung „Krankengymnastin“ / „Krankengymnast“. Diese Änderung war Teil der nach dem Einigungsvertrag vom 31.08.1990 zu verwirklichenden Rechtseinheit bezüglich der in den neuen Bundesländern noch bestehenden dreijährigen Physiotherapeutenausbildung der ehemaligen DDR mit der bundesdeutschen Krankengymnastenausbildung. Sie bedeutete aber auch eine Angleichung an die in einigen Mitgliedsstaaten der EU für diese Tätigkeit übliche Berufsbezeichnung (Bericht der Bundesregierung 1997: 4).

<sup>3</sup> So wird zum Beispiel sowohl von der Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG – einem interdisziplinären Zusammenschluss, dem u.a. auch die beiden Berufsverbände der PhysiotherapeutInnen ZVK und IFK angehören) als auch in den Blättern zur Berufskunde der Terminus „Physiotherapie“ für die krankengymnastische Tätigkeit verwendet. Häufig wird auch die Doppelbezeichnung Krankengymnastik/Physiotherapie verwendet (z.B. Hüter-Becker (2000 a) u. b)).

<sup>4</sup> Laut MPhG dürfen Berufsangehörige, denen nach altem Recht die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankengymnast“ erteilt wurde, diese auch weiter führen (MPhG 1994: 1).

- Die Entscheidungsfindung bezüglich der Verwendung männlicher bzw. weiblicher Sprache orientierte sich an dem Wunsch, sowohl beide Geschlechter explizit nennen zu wollen als auch einen flüssig lesbaren Text hervorzubringen. Im Ergebnis wurde (auch bei Berufsbezeichnungen) auf Doppelnennungen weitestgehend verzichtet und stattdessen häufig auf das große „I“ zurückgegriffen. Sofern sich dies nicht als praktikabel erwies, wurde zwischen weiblichen und männlichen Bezeichnungen gewechselt. Diese sind also nicht als geschlechtsspezifische Differenzierungen den Inhalt der Aussagen betreffend zu verstehen.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Eine geschlechter-differenzierende empirische Überprüfung könnte möglicherweise solche Unterschiede deutlich machen. Vorstellbar wäre z.B., dass das Nähe-Distanz-Problem in der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung, auf das im Verlauf dieser Arbeit (vgl. Kap. 4) noch ausführlich eingegangen wird, sich bei genauerem Hinsehen für männliche Therapeuten anders darstellt als für weibliche. Eine interessante These diesbezüglich wäre beispielsweise, dass sich männliche Therapeuten – ähnlich wie es Ruth Großmaß bezogen auf die psychosoziale Beratungstätigkeit reflektiert, ihren PatientInnen trotz gleicher Qualifikationen eher mit dem „Expertenblick“ nähern, während der Zugang von Frauen mehr beziehungsorientiert ist (Großmaß 1991: 47f). Demzufolge hätten männliche Therapeuten daran zu arbeiten, den PatientInnen auch die notwendigen Beziehungsangebote zu machen, wohingegen es für Therapeutinnen – z.B. aufgrund des von ihnen empfundenen Überlastungsdrucks (dies.: 50) – eher um die Einhaltung therapeutischer Distanz ginge. Leider können diese Thesen im Rahmen dieser Arbeit nicht überprüft werden, obwohl sich daraus nicht unerhebliche Konsequenzen hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung für TherapeutInnen ergeben könnten.



# I. Theoretischer Teil

## 2 Zur Entwicklung der soziologischen Professionalisierungsdiskussion

Die theoretisch-soziologische Professionalisierungsdiskussion setzte bereits in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ein. Ihr Beginn wird mit den Beiträgen von Carr Saunders und Wilson (1933) in Großbritannien und Parsons (1939) in den USA verknüpft (Daheim 1992: 22).<sup>6</sup> Angestoßen wurde sie durch die Entwicklung der modernen Wirtschaftsgesellschaft, die unter anderem mit einem steigenden Wohlstand und der Nachfrage nach qualifizierten Dienstleistungen einherging.

„Die Diskussion setzte insbesondere an den Problemen an, die das Gewinnstreben auf traditionellen Gütermärkten (»im Geschäftsleben«) und auf den sich ausdehnenden Märkten für qualifizierte Dienstleistungen mit sich brachte. Einigen Sozialwissenschaftlern schien der Professionalismus mit den zentralen Konzepten der Kompetenz und der Verantwortlichkeit als gesellschaftliches Konzept geeignet, dem Erfolgsstreben einen alternativen Rahmen zu geben: Die Professionen als eine Art gemeinwirtschaftlicher Sektor in der Wirtschaftsgesellschaft mochten ihnen als Kernstück einer integrierten kapitalistischen Gesellschaft vorschweben.“ (Daheim 1992: 22)

Die Professionstheorie befasst sich grundsätzlich mit der Fragestellung, inwiefern Professionen als Berufe eines besonderen Typus gelten können bzw. was den Charakter und die gesellschaftliche Bedeutung von Professionen als Sonderform beruflichen Handelns ausmacht (Combe/Helsper 1999: 9). Während sich die ersten Professionstheoretiker dabei vor allem der Kategorisierung von Berufen und der Herausarbeitung von sogenannten Professions-Merkmalen widmeten, stehen in der aktuellen Professionalisierungsdiskussion eher die Theorien des professionellen Handelns im Vordergrund.

Im Folgenden werden mit Rückgriff auf die englisch-amerikanische und die bundesdeutsche Professionalisierungstheorie zunächst einige Definitionen des Professionalisierungs- und des Professionen-Begriffs vorgestellt.

Die vorliegende Arbeit thematisiert das professionelle Handeln von PhysiotherapeutInnen. Die hier vorangestellte Darstellung der unterschiedlichen theoretischen Positionen innerhalb der Professionssoziologie soll eine theoretische Einordnung des für die Physiotherapie relevanten handlungsorientierten Professionalisierungsansatzes ermöglichen.

---

<sup>6</sup> Es wird hier auf die folgenden Beiträge verwiesen: Carr-Saunders, A.M. / Wilson, P.A. (1933): The professions. London: Cass. (zuerst 1933) und Parsons, T. (1939): Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur. In: Parsons, Talcott: Beiträge zur soziologischen Theorie, hg. D. Rüschemeyer, Neuwied: Luchterhand, S.160-179 (zuerst 1939).

## 2.1 Die Definition von Professionen und die Debatte um deren Merkmale und ihre gesellschaftliche Funktion

Die berufssoziologische Professionalisierungsdiskussion wurde zuerst in England und in den USA geführt. Die englisch-amerikanischen Professionstheoretiker der ersten Stunde (z.B. Carr-Saunders und Wilson 1933) waren zunächst darum bemüht, die spezifischen Merkmale der sog. 'professions' einzukreisen, um diese widerspruchsfrei von anderen Berufsgruppen, wie z.B. solchen des produzierenden Gewerbes oder der Landwirtschaft, abzugrenzen. Für Wilensky (1964) waren Professionen Berufe, die wissenschaftlich fundiertes Wissen in eine klientenbezogene Berufspraxis umsetzen (Wilensky 1972: 198). Für Goode (1957) war außerdem zentral, dass Professionsangehörige über ihr Handeln allein (autonom) entscheiden und von Laien (u.a. ihren Klienten) weder kontrolliert werden können noch sollen (Goode 1972: 162).

Die meisten Professionstheoretiker ordneten Mediziner, Juristen und Theologen den klassischen Professionen zu, die der Gesellschaft in den zentralen Lebensfragen der körperlichen Unversehrtheit und der Konfliktbewältigung sowie bei den metaphysischen Sinnfragen ihre Dienste und ihr Können zur Verfügung stellen und dafür von der Gesellschaft mit Ansehen und Privilegien ausgestattet werden (Oevermann 1999: 88f).

Hesse hat in seinem zuerst 1968 erschienenen Buch „Berufe im Wandel“ (1972) die Merkmalsbeschreibungen von 20 englischen und amerikanischen Autoren aus den Jahren 1914 bis 1964 zusammengetragen und analysiert.<sup>7</sup> Daraus lässt sich entnehmen, dass die Mehrheit der frühen Theoretiker ein fundiertes Wissen als charakteristisches Merkmal einer Profession beschrieben (Hesse 1972: S.46ff). Die Diskussion um das Wissen der Professionellen zieht sich von da an wie ein roter Faden durch die gesamte Professionalisierungsdiskussion und wird auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit noch ausführlicher thematisiert, wenn die Frage nach dem erforderlichen Wissen und der adäquaten Ausbildung für professionell handelnde PhysiotherapeutInnen aufgeworfen wird.

Etwa die Hälfte der von Hesse zusammengestellten Autoren sahen darüber hinaus die 'ethische Selbstverpflichtung', die 'berufsverbandliche Organisation' und die 'Gemeinwohlorientierung' als wesentliche Professionsmerkmale an. Die in der aktuellen Professionalisierungsdiskussion umstrittenen Merkmale 'Autonomie' und 'Tätigkeitsmonopol', die gemeinhin als wesentliche Charakteristika von etablierten Professionen gelten, wurden nur von wenigen dieser Autoren als besonders wichtig eingestuft (Hesse 1972: S.46ff).

---

<sup>7</sup> Seine Analyse der anglo-amerikanischen professionstheoretischen-Literatur stützt sich auf folgende Veröffentlichungen (Aufzählung in chronologischer Reihenfolge): L.D. Brandeis (1914), A. Flexner (1915), A.M. Carr-Saunders und P.A. Wilson (1933), A. Crew (1942), H. Howitt (1950), R. Lewis und A. Maude (1952), M.L. Cogan (1953), N.F. Foote (1953), H.R. Bowen (1955), M. Liebermann (1956), H.L. Wilensky und C.N. Lebeaux (1958), E. Gross (1958), B. Chapman (1959), B. Kaye (1960), W.J. Goode, M.J. Huntington und R.K. Merton (1961), H.M. Vollmer und D.L. Mills (1962), T.P. Imse (1962), T.H. Marshall (1963), B. Barber (1963) und G. Millerson (1964).

Einer dieser Autoren ist Goode, auf dessen Analyse der gesellschaftlichen Funktion von Professionen bis heute (kritisch oder zustimmend) immer noch Bezug genommen wird.

In seinem 1957 erschienenen Aufsatz „Community within the Community: The Professions“ analysiert er die Struktur der wechselseitigen Beziehungen und Spannungen zwischen den Professionen als einer sozialen Gruppe und der Gesamtgesellschaft, der sie angehören und von der sie abhängig sind (Goode 1972: 157). Diese Abhängigkeit der Professionen von der Gesellschaft erklärt er wie folgt:

„Die Privilegien, die die Professionen genießen, beruhen (...) auf Bewertungen und Prioritäten der Gesamtgesellschaft; denn keine soziale Gruppe, also auch keine Profession, kann sich solche Privilegien einfach herausnehmen. Das aber bedeutet, dass hier strukturierte Beziehungen zwischen der Gesellschaft und den Expertenzünften vorliegen.“ (Goode 1972: 159)

Diese strukturierten Beziehungen zwischen der Gesellschaft und den Professionen verhindern seiner Theorie nach, dass Professionsangehörige ihre Privilegien missbrauchen, indem sie sie beispielsweise zur Ausbeutung der Klientel nutzen (Goode 1972: 159ff).

Goode geht davon aus, dass den Professionen von der Gesellschaft deshalb so viel Macht und Einfluss zugestanden wird, weil sie aufgrund ihrer hohen qualifizierten Ausbildung für die Lösung existenzieller individueller und gesellschaftlicher Probleme für unentbehrlich gehalten werden (Goode 1972: 159). Diese Privilegien werden ihnen als Gegenleistung für ihre hochqualifizierte Arbeitsleistung gewährt. Sollten sie dem ihnen entgegengebrachten hohen Leistungs- und ethischen Anspruch nicht mehr gerecht werden, könnte ihnen die Gesellschaft ihre Vorrechte mittels gesellschaftlicher Kontrollinstanzen (Gesetze, Rechtsprechung) auch wieder entziehen. Außerdem laufen die Professionen dann Gefahr, dass sogenannte nichtautorisierte Praktiker an Einfluss gewinnen, denn:

„Nichtautorisierte Praktiker sind am erfolgreichsten dort, wo die technischen Möglichkeiten einer Profession zur Lösung von Klientenproblemen gering und vage sind.“ (Goode 1972: 162)

Insofern liegt es im ureigensten Interesse der Professionen – Goode nennt hier u.a. die Ärzte als Beispiel – ,die Qualität ihrer Leistungen dauerhaft aufrechtzuerhalten. Weil die Klienten fachlich zur Beurteilung professionellen Handelns für inkompetent gehalten werden, übernimmt die Profession selbst die Kontrolle über den Wissensbestand, die berufliche Sozialisation ihrer Mitglieder und die Normen für eine gute berufliche Praxis (Goode 1972: 158f). Eine Laienkontrolle wird dagegen kategorisch abgelehnt, zum einen wegen der vermeintlichen Inkompetenz der Laien, zum anderen aber auch, um die Professionsangehörigen vor der Kritik der Laien und der Laiengesellschaft zu schützen, denn:

„(...) im Tausch für den Schutz gegen die Laiengesellschaft akzeptieren die Professionsangehörigen die soziale Kontrolle ihrer Berufsgruppe.“ (Goode 1972: 162).

Die Gesellschaft kontrolliert Goodes Theorie zufolge den beruflichen Handlungsbereich der Professionen indirekt, indem sie ihnen die Kontrolle über ihre Mitglieder überträgt (Goode 1972: 162).

Aus heutiger Sicht ist Goodes Modell in zweierlei Hinsicht angreifbar: zum einen, weil seine Theorie den Alleinvertretungsanspruch der ärztlichen Berufsgruppe in Bezug auf die Gesundheitsversorgung fortschreibt, was angesichts der aktuellen Entwicklungen zu einem multiprofessionellen Berufsfeld Gesundheit als unzeitgemäß gelten muss; zum anderen aber auch, weil er die Geringschätzung der Ärzte ihrem Laienklientel gegenüber kritiklos übernommen hat, anstatt die Autonomieansprüche dieser Berufsgruppe unter machttheoretischen Gesichtspunkten zu hinterfragen.

Diesen Blickwinkel nehmen machttheoretische Positionen ein. Sie weisen darauf hin, dass das exklusive Expertentum den Professionen zu einer Machtposition innerhalb der Gesellschaft verhilft, die jene dann auch zu stabilisieren versuchen (Weidner 1995: 47). Das Machtmodell ist Daheim zufolge aus der Kritik von Strukturtheoretikern entstanden, die vor allem die fehlende Kontrolle der Professionen durch Dritte in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung gerückt haben (Daheim 1992: 23). Den Fortschritt dieses Modells gegenüber dem funktionalistischen Modell sieht er

„(...) in der Thematisierung der gesellschaftlichen Aspekte der Professionalisierung wie auch in der historischen Perspektive: Es werden gesellschaftsstrukturelle Bedingungen der Professionalisierung spezifiziert und es kommen auch deren gesellschaftliche Konsequenzen in den Blick. Die bisherigen Forschungsergebnisse zu Profession und Professionalisierung in struktureller und prozessualer Perspektive auf den Ebenen der Gesellschaft, der Organisation und der Individuen lassen sich in diesem Modell reinterpretieren.“ (Daheim 1992: 24)

Illich hat 20 Jahre nach Goode die machterhaltende Komponente des professionellen Expertentums und damit die Entmündigung der Laien einer radikalen Kritik unterzogen (Illich 1979). Auch Daheim geht in seinem 1992 erschienenen Aufsatz „Zum Stand der Professionssoziologie“ auf den machttheoretischen Aspekt und das Verhältnis der Professionellen zu ihren Klienten ein. Demnach besteht die grundsätzliche Konstellation zwischen Professionellen und Klienten zwar immer noch darin, dass die Klienten sich rat- und hilfesuchend an die Professionellen wenden und ihnen somit das Mandat erteilen, unter Anwendung wissenschaftlich begründeter Expertise stellvertretend für sie nach Problemlösungen zu suchen; diesem „expertokratischen Praxisverständnis“ (Daheim 1992: 31) der Professionellen werde von den Klienten jedoch zunehmend Skepsis entgegengebracht. Als Begründung hierfür führt Daheim einen Rückgang der Wissenschaftsgläubigkeit und die Erhöhung des Bildungsstandes an, die dazu führen, dass die Klienten den Laienstatus für sich ablehnen (Daheim 1992: 32).

„Abstrakt gesprochen lehnen sie eine Beziehung zum Professionellen ab, die, nicht immer unausgesprochen, auf der Vorstellung eines Rationalitätsgefälles von Wissenschaft zum Alltag beruht.“ (Daheim 1992: 32)



Daraus ergibt sich für Daheim die Frage, wie die verschiedenen Rationalitäten der Professionellen und der Klienten in einer Weise zusammengeführt werden können, die den Klienten eine Möglichkeit der Kontrolle über das professionelle Handeln einräumen. Einen Ansatzpunkt sieht er – in Anlehnung an Baer (1986) – darin, dass die Professionen ihr Dienstleistungsangebot transparent machen, indem sie sich auf „professionelle Standards“ festlegen:

„Solche Standards werden von den Professionen geschaffen, um die Ungewißheiten zu beseitigen, die den einzelnen Professionellen wie den Klienten und die Öffentlichkeit plagen: Ungewißheit über die Zuverlässigkeit des Wissens, über seine Anwendungsbedingungen, über die Kompetenz der Profession wie des einzelnen Professionellen.“ (Daheim 1992: 32)

Aber nicht nur das Verhältnis zwischen Professionen und Laien bzw. „der Gesellschaft“ ist Gegenstand der Professionssoziologie, sondern auch die Zuordnung von Berufen zu den Professionen wurde jahrzehntelang immer wieder anhand unterschiedlich gewichteter Merkmalskataloge vorgenommen. Für die Gesundheitsfachberufe ist hierbei Etzioni (1969) wesentlich, weil er den Begriff „Semi-Profession“ in die Debatte einbrachte. Weidner stellt fest, dass Etzioni's Konzept und dessen spätere Rezeptionen „den kriterienorientierten Positivisten, die ein professionalisiertes Berufsbild beschreiben, eine Negativliste der sogenannten Semi-Professionen gegenüberstellen“ (Weidner 1995: 35f).

Diese Aussage bestätigt sich, wenn Etzioni in dem Vorwort der von ihm 1969 herausgegebenen Aufsatzsammlung „The Semi-Professions and their Organization“ die Berufe, die er Semi-Professionen nennt, wie folgt beschreibt:

„Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to privileged communication less established, their is less of a specialized body of knowledge, and their have less autonomy from supervision or societal control than »the« professions.“ (Etzioni 1969: v)

Obwohl Etzioni in diesem Zusammenhang ausdrücklich betont, dass der Begriff Semi-Professionen nicht abwertend gemeint sein soll, ist seine Definition eine reine Defizitaufzählung. Zu den Semi-Professionen zählt er den Lehrerberuf, den Beruf der Krankenschwester und den Beruf der/des SozialarbeiterIn. Hinsichtlich der Zuordnung dieser drei Berufe zu den Semi-Professionen stellt Weidner bei den Professionstheoretikern eine gewisse Übereinstimmung fest (Weidner 1995: 35+37).

Diese merkmalsorientierte Herangehensweise an die Kategorisierung von Berufen wird zunehmend dahingehend kritisiert, dass sie bei der Betrachtung von Berufskonstruktionen lediglich externe Merkmale beschreibt und dabei berufsinterne bedeutsame Prozesse vernachlässigt (Weidner 1995: 37). Weidner fügt dem noch hinzu:

„Darüber hinaus muß jede ausschließlich von den etablierten Professionen ausgehende Bemessung anderer Berufe insofern fragwürdig bleiben, als sie im Grunde genommen im Sinne einer abhängig definitorischen Annäherung nur zwei Klassen zuläßt: Professionen und Nicht-Professionen.“ (Weidner 1995: 37)

Die Möglichkeit zur Betrachtung interner beruflicher Strukturen auf der sogenannten „Mikroebene des professionellen Handelns“ (Daheim 1972: 31) eröffnen hingegen interaktionstheoretische Professionalisierungsansätze, die im folgenden Abschnitt näher erläutert werden.

## 2.2 Zur Professionalisierung von Berufsgruppen und zum Perspektivwechsel in Richtung „professionelles Handeln“

Es lag zunächst nahe, unter „professionalization“ – in Anlehnung an das klassische Professionen-Modell – das Streben von Berufsangehörigen bzw. Berufsständen nach Professionsmerkmalen zu sehen. Zu dieser Schlussfolgerung gelangte auch Hesse, zumindest in Bezug auf die von ihm untersuchte anglo-amerikanische Literatur (1972: 73).

Die bundesdeutsche Professionalisierungsdiskussion setzte Ende der 60er Jahre mit den Autoren Daheim (1967), Hesse (1968) und Hartmann (1968) ein, knüpfte zeitlich und inhaltlich an die englisch-amerikanische Debatte an und wurde zunächst von deren Positionen entscheidend geprägt. Nach Weidner war unter den deutschen Berufssoziologen jedoch von Anfang an auch die Frage ein Streitpunkt, inwieweit sich die angel-sächsischen Konzepte von 'professionalization' und die Merkmale der klassischen 'professions' überhaupt auf deutsche Verhältnisse übertragen lassen (Weidner 1995: 30f).

Hesse definierte dann auch Professionalisierung zuerst ganz allgemein als Prozess von Berufskonstruktion (1972: 89) und am Schluss seiner Abhandlung zum 'Wandel der Berufe' als Prozess, den eine bereits existierende Berufsgruppe in Gang setzt, um auf dem Weg über eine höhere Qualifikation zu mehr Ansehen, Geld und Macht zu gelangen (131).

Auch Hartmann definierte in seinem 1968 erstmals erschienenen Aufsatz „Arbeit, Beruf, Profession“ Professionalisierung nicht mehr als Prozess zur Erlangung ganz bestimmter Merkmale. Er untersuchte und beschrieb den Entwicklungsprozess von Tätigkeiten anhand der Ausprägungen der beiden Dimensionen 'Wissen' und 'Soziale Orientierung' und lieferte dabei gleichzeitig ein Modell zur Unterscheidung von Arbeit, Beruf und Profession (Hartmann 1972: 38ff).

Anhand dieses Modells definiert Hartmann die Begriffe »Verberuflichung« und »Professionalisierung«, wobei sich diese Prozesse wiederum jeweils gleichzeitig in den Dimensionen 'Wissen' und 'soziale Orientierung' vollziehen. Verberuflichung bezeichnet dabei den Übergang von Arbeitsverrichtungen zum Beruf. In dieser Phase werden Wissenszusammenhänge in Bezug auf Fertigungswissen, Leitungs- und Verwaltungswissen ausgebildet, die die Berufsangehörigen und die Berufsgemeinschaft zur Lösung der an sie gestellten Aufgaben befähigen sollen und somit vor allem auf Effizienz ausgerichtet sind. Auch dem Erfahrungswissen räumt Hartmann in diesem Zusammenhang noch eine relativ bedeutsame Rolle ein. Die

soziale Orientierung entwickelt sich von einer individuellen Bedürfnisbefriedigung hin zu einer Ausrichtung auf das Wirtschaftssystem (Hartmann 1972: 40f).

Professionalisierung benennt Hartmann zufolge den Übergang vom Beruf zur Profession. Dabei wird die Systematisierung des Wissens zur Theoriebildung ausgeweitet und das »Effizienz«-Kriterium um das Kriterium »Erklärung« erweitert.

„Die Professionalisierung bringt mit sich Wissen auch über die Gründe des Problems und der Problemlösung. Dieser Teil der Professionalisierung könnte dementsprechend mit dem Zeichen der »Verwissenschaftlichung« belegt werden“ (Hartmann 1972: 41).

Außerdem bedingt die Phase der Professionalisierung Hartmann zufolge eine verstärkte Ausrichtung auf die Gesamtgesellschaft (»Vergesellschaftung«), die zu einem gesteigerten Bewusstsein hinsichtlich der gegenseitigen Abhängigkeit von beruflicher Leistung *für* die Gesellschaft und Einstufung des Berufes *durch* die Gesellschaft führt und schließlich auch zur Ausbildung einer sozialen Dienstgesinnung und zu taktisch-organisatorischer Einflussnahme auf die Öffentlichkeit (Hartmann 1972: 41f).

Prozesse, die in der Gegenrichtung zur Verberuflichung und Professionalisierung ablaufen, werden von Hartmann als »Deprofessionalisierung« und »Berufsauflösung« definiert. Dabei geht die Deprofessionalisierung mit einem Abstrich an Wissenschaftlichkeit und einer Einschränkung der gesamtgesellschaftlichen Ausrichtung auf bloßes »Wirtschaftsbewusstsein« einher (Hartmann 1972: 42f).

Wenn heute im Rahmen der Professionalisierungsdebatte von Deprofessionalisierung die Rede ist, ist jedoch meist nicht eine Schmälerung der Wissenschaftlichkeit gemeint. Sondern gerade in Bezug auf die Ärzteschaft wird zunehmend erörtert, inwieweit sie noch ihren Anspruch auf ein Tätigkeitsmonopol und die Abschottung von der Laienkontrolle aufrecht erhalten kann.

Analysen zur Deprofessionalisierung der ärztlichen Profession rücken die gesellschaftlichen und beruflichen Veränderungen in den Blick, die ein Umdenken in der Interaktion zwischen Professionellen und Laien, aber auch zwischen Medizinern und den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe notwendig machen. Diese sind Weidner zufolge z.B. durch den Skeptizismus des aufgeklärten Dienstleistungsnehmers und die Professionalisierungsbestrebungen von bislang eindeutig untergeordneten Berufspositionen gekennzeichnet (Weidner 1995: 44). In einem Resümee beschreibt er die damit verbundenen Konsequenzen und weist dabei insbesondere auch auf die neuen Anforderungen für alle Beteiligten hin:

„Die Interaktionen zwischen Medizinern und Angehörigen anderer Berufsgruppen sowie den Patienten verlangen vor dem Hintergrund beruflicher und gesellschaftlicher Entwicklungen nach einer größeren Symmetrie. Auf der einen Seite müssen die Mediziner demnach den anderen Gesundheitsberufen und den Patienten mehr Mitspracherecht einräumen, und jene müssen die Bereitschaft entwickeln, diese vermehrte Eigenverantwortung auch tragen zu wollen. Auf der anderen Seite werden Prozesse der Deprofessionalisierung durch bestehende Konkurrenzsituationen mit

anderen Berufen, durch Bürokratisierung und durch Selbstorganisationen von Patienten bereits beschrieben.“ (Weidner 1995: 44)

Weidner zufolge geraten die gesellschaftlichen Realitäten zunehmend in Konflikt mit einem verklärten, überwiegend an externen Merkmalen gemessenen Professions-Ideal, sodass nunmehr interne, speziell das berufliche bzw. professionelle Handeln betreffende Kriterien ins Zentrum der Betrachtung rücken (Weidner 1995: 44f). Damit deutet sich der Perspektivwechsel von den merkmalsorientierten und funktionalistischen Betrachtungsweisen der klassischen Professionalisierungstheorie zu den neueren interaktionstheoretischen Betrachtungsweisen an. Die Theorien professionellen Handelns sehen die Beziehungspraxis gleichberechtigt neben dem Fachwissen der Professionellen. Und sie analysieren nicht mehr Professionsmerkmale (Statussymbole), sondern die Professionalität des therapeutischen Handelns.

In diesem Zusammenhang ist m.E. die (von ihm selbst so bezeichnete) radikalisierte Professionalisierungstheorie von Oevermann (1996) zentral, weil sie das *Arbeitsbündnis* zwischen Klienten und Professionellen zum Kern des therapeutischen Handelns erklärt. In Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit wird Oevermanns Theorie ausführlich dargestellt und auf das therapeutische Handeln in der Physiotherapie angewandt.

Für den Professionalisierungsprozess der Physiotherapie trifft m.E. zu, was Utermann bereits 1971 beschrieb: Für ihn ist Professionalisierung ein Prozess, an dessen Beginn die Angehörigen einer Berufsgruppe die Notwendigkeit einer höher systematisierten Wissensbasis erkennen, die sie dann in der Regel über eine Neuordnung und Höherqualifizierung des Ausbildungswesens anstreben. Dieser Entwicklung geht oft eine ‘Selbstklärung’ innerhalb der Berufsgruppe im Sinne einer Analyse der eigenen Funktion voraus (Weidner 1995: 28).

Im vorliegenden Beitrag zur Professionalisierung der Physiotherapie wird nun die Forderung der Berufsverbände nach einer Anhebung des Ausbildungsniveaus für PhysiotherapeutInnen durch eine theoriegeleitete Argumentation erhärtet.

### 3 Zur Entwicklung der Physiotherapie

Der Physiotherapie wurde – im Gegensatz zur Pflege – im Rahmen der Professionalisierungs-Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Die einzige Studie, die sich bisher explizit mit dem Professionalisierungsprozess der Physiotherapie befasst, ist die bereits 1994 vorgelegte und 1999 in zweiter unveränderter Auflage erschienene Dissertation von Susanne Schewior-Popp, die die Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens am Beispiel der Krankengymnastik und der Ergotherapie untersucht hat.

Darüber hinaus kann sich die hier vorgelegte Arbeit auf eine rege Diskussion innerhalb der beiden Berufsverbände des Berufsstandes (ZVK und IFK) beziehen, die sich an einer Reihe von Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und auch an den Forderungen der 'Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe' (AG MTG) nachvollziehen lässt. Die AG MTG ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss, der bereits seit seiner Gründung im Jahre 1991 „eine Neuordnung der Berufsausbildung und damit eine weitere Professionalisierung der Berufe in der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Orthoptik und Geburtshilfe“ (AG MTG 2000 a: 1) anstrebt.<sup>8</sup>

#### 3.1 Definition und Einordnung

Schewior-Popp zufolge gehört die Physiotherapie zu der Gruppe der „nichtärztlichen Gesundheitsberufe“ (Schewior-Popp 1999: 12), und innerhalb dieser Gruppe wird sie von Meifort und Paulini den sogenannten „Rehabilitationsberufen“ zugeordnet.<sup>9</sup> Bals hingegen lehnt gerade die Klassifizierung bestimmter Berufe als „nichtärztliche Gesundheitsberufe“ oder „Heilhilfsberufe“ wegen ihrer Defizitorientierung ab und plädiert für den neutralen Begriff „Gesundheitsfachberufe“ (Bals 1995: 18ff). M.E. sollte diesem von Bals vorgeschlagenen Terminus auch deshalb der Vorzug gegeben werden, da er – der Entwicklung im Berufsfeld Gesundheit entsprechend –

---

<sup>8</sup> Damals nannte sich die Arbeitsgruppe noch „Dachverband Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe“ (Schewior-Popp 1999: 93). Ihr gehören folgende Berufsverbände an: Bund Deutscher Hebammen (BDH) e.V.; Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands (BOD) e.V.; Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V.; Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen (IFK) e.V.; Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) e.V. und Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V.. Über die Forderungen und Ziele der AG MTG informieren folgenden Schriften: (a) AG MTG (Hg.): Medizinalfachberufe im Gesundheitswesen, Wege zur Professionalisierung, Positionspapier der AG MTG; Stand: März 2000. (b) AG MTG (Hg.): Studiengang für Lehrkräfte der Medizinalfachberufe, Konzeptionspapier der AG MTG; Stand: März 2000.

<sup>9</sup> Meifort und Paulini unterteilen das Gesamt der Gesundheitsberufe in vier Untergruppen. Der Gruppe der Rehabilitationsberufe ordnen sie neben den KrankengymnastInnen (nach dem MPhG „PhysiotherapeutInnen“) auch noch die MasseurInnen (nach dem MPhG „Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen“ bzw. „Masseure und medizinische Bademeister“), die ErgotherapeutInnen, die LogopädInnen, die HeilerziehungspflegerInnen und die OrthoptistInnen zu. Die anderen drei Gruppen sind I. Berufe der Primärversorgung, II. Diagnostisch-technische Berufe und III. Pflegeberufe (Schewior-Popp 1999: 14).

eher ein gleichberechtigtes, multiprofessionelles Miteinander impliziert als die klassische Unterordnung unter die ärztliche Profession.

Die physiotherapeutische Tätigkeit – die Krankengymnastik – wird nach einer offiziellen Definition des Berufsverbandes der PhysiotherapeutInnen (ZVK e.V.) wie folgt definiert:

„Die Krankengymnastik ist ärztlich verordnete Bewegungstherapie, die mit speziellen Befund- und Behandlungstechniken bei Fehlentwicklungen, bei Verletzungen und Verletzungsfolgen oder Störungen organischer und psychischer Funktionen angewandt wird.

Sie wird eingesetzt in Prävention, kurativer Medizin und Rehabilitation.

Physikalische Maßnahmen, wie Massage, Wärme-, Kälte-, Wasseranwendungen, Elektrotherapie und Traktionen kommen unterstützend dazu.

Information und Schulung des Patienten und/oder Angehörigen über gesundheitsgerechtes und/oder auf die Störung der Körperfunktion abgestimmtes Verhalten sind als Bestandteil der ärztlich verordneten Behandlung unerlässlich. Die Schulung des Patienten im Gebrauch und Umgang mit seinen Hilfsmitteln ist Aufgabe des Krankengymnasten.“ (Zitiert nach Schewior-Popp 1999: 63)

Wie die meisten anderen Gesundheitsfachberufe auch, ist die Physiotherapie direkt an den Arztberuf angekoppelt und – indem sie der ärztlichen Verordnung bedarf – seiner Weisungsbefugnis unterstellt.

Obwohl es sich sowohl bei der Physiotherapie als auch bei den anderen Gesundheitsfachberufen eindeutig um eigenständige Berufe mit eigener Berufsausbildung und Abschlussexamen handelt (Schewior-Popp 1999: 13), betont die bis vor wenigen Jahren gängige Terminologie der Berufsbezeichnungen vor allem ihre Hilfs- und Assistenzfunktion (17), was sich beispielweise in den Bezeichnungen „ärztliche Hilfsberufe“ oder „medizinische Assistenzberufe“ widerspiegelt. Dabei sind es vor allem Betitelungen gesetzlicher und offiziell ärztlicher Herkunft, die die vermeintliche Uneigenständigkeit der „nichtärztlichen Gesundheitsberufe“ betonen (15).

Als eine Ursache hierfür wird die Dominanz des Arztberufs innerhalb des gesamten Berufsfeldes Gesundheit angesehen und zwar sowohl in hierarchischer Hinsicht und aufgrund der Weisungsbefugnis als auch bezüglich seines Anspruchs auf eine fachliche Autorität allen anderen Fachdisziplinen im Gesundheitswesen gegenüber. Außerdem wird die Betonung der Hilfs- und Assistenzfunktion der Gesundheitsfachberufe auch noch darauf zurückgeführt, dass in diesem Bereich überwiegend Frauen beschäftigt sind, denen nach wie vor eine besondere Neigung zum Dienen nachgesagt wird und die dementsprechend ihre Berufstätigkeit zum Teil auch selbst in diesem Sinne als sozial und helfend begreifen, was letztlich die Resistenz überkommener Hierarchie- und Organisationsstrukturen erleichtert (Schewior-Popp 1999: 17).

### 3.2 Zur historischen Entwicklung

Hüter-Becker zufolge sind die Wurzeln der Krankengymnastik vor allem in der Zeit der Aufklärung (1740-1830) zu finden<sup>10</sup>, in der sich mit dem Ruf „Zurück zur Natur“ ein Denken breit machte, in dem auch der Körper langsam an Bedeutung und Würde gewann (Hüter-Becker 2000 b: 606). Erst die sich in diesem Zusammenhang entwickelnden Geisteshaltungen und Lebenseinstellungen ließen demnach eine Gymnastik mit „Krüppeln“ und Kranken überhaupt vorstellbar erscheinen (dies. 2000 a: 608f).

Als eigentlicher Begründer der modernen Krankengymnastik – ursprünglich „Heilgymnastik“ genannt – gilt der Schwede Pehr Henrik Ling (1776-1839), auf dessen Initiative hin in Stockholm das „Königliche Gymnastische Zentralinstitut“ gegründet wurde, das er vom Jahre 1813 an auch leitete. Während vorher überwiegend mechanische Behandlungsmethoden üblich waren, bestand sein Verdienst in der Entwicklung einer dynamischen Übungsmethode (Schewior-Popp 1999: 64).

Die Einführung dieser neuen Gymnastik in Deutschland ist schließlich dem Berliner Orthopäden Albert C. Neumann (1803-1876) zu verdanken. Nachdem er sich zunächst in Stockholm über die „neuen“ Methoden informiert hatte, richtete er in Berlin einen „Kurssaal für schwedische Heilgymnastik“ ein. Die Eröffnung dieser Institution markiert den Beginn der Geschichte der eigentlichen Heil- und Krankengymnastiken in Deutschland, denn bis dahin lag die Gymnastik im Wesentlichen in ärztlicher Hand. Bereits 1853 begann Neumann mit der Ausbildung von Gymnastinnen und Gymnasten. Obwohl Neumann auch noch männliche Schüler ausbildete, legte er dennoch quasi den Grundstein für einen neuen Frauenberuf (Schewior-Popp 1999: 64).

Hüter-Becker zufolge kommt die Entwicklung der Krankengymnastik um die Jahrhundertwende erst richtig in Gang und auf diese Zeit datiert sie auch den Übergang der Heilgymnastik in die „weibliche Hand“. Sie beschreibt das sehr anschaulich in einem Vortrag anlässlich eines ZVK-Kongresses im November 1999 in Bonn:

„Jetzt geht es los: Die Herren im Gehrock – irgendjemand nannte sie neulich einmal die »strengen Onkelz« – richten Gymnastiksäle ein nach schwedischem Vorbild, bilden Helferinnen aus, als ihnen die Arbeit über den Kopf wächst, achten aber sorgfältig

---

<sup>10</sup> Diesbezüglich scheinen die Meinungen auseinanderzugehen: während Schewior-Popp auf einige AutorInnen hinweist, die die Geschichte der Krankengymnastik bis in das Altertum zurückverfolgen, (dies. 1999: 64 und Fußnote 26), warnt Hüter-Becker davor, in den „Handgreiflichkeiten“ und den Formen der „Körperertüchtigung“ der alten Griechen und Römer die Wurzeln der Krankengymnastik zu sehen. Auch im Mittelalter, als der Körper nur als Gefäß für die Seele galt, der mittelalterlich gläubige Christ nur auf seine Seele achtete, körperliche Leiden und Gebrechen als Strafe Gottes für unbotmäßiges Verhalten angesehen wurden und heilkundige Frauen, die dem Körper mehr Aufmerksamkeit als ihrer Seele schenkten, den Scheiterhaufen fürchten mussten, findet Hüter-Becker von Körpertherapie im heutigen Sinn noch keine Spur (Hüter-Becker 2000 b: 608). Diesen unterschiedlichen Sichtweisen kann im Rahmen dieser Arbeit nicht nachgegangen werden und sie sind für die hier aufgeworfene Fragestellung auch nicht von Bedeutung.

darauf, dass ihnen nicht auch die Helferinnen über den Kopf wachsen. Doch die sind brav und sittsam, wie junge Damen es um die Jahrhundertwende immer waren, und darum wird ihnen mit der ersten Heilgymnastikschule in Kiel 1900 auch das Tor geöffnet für eine eigene berufliche Existenz.“ (Hüter-Becker 2000 b: 610)

Die methodische Weiterentwicklung der Krankengymnastik erfolgte in enger Anbindung an die Fachgebiete der klinischen Medizin. So handelte es sich in ihren Anfängen ausschließlich um eine Methode zur Behandlung von „orthopädischen Krankheiten“, wie z.B. Haltungsschwächen, Haltungsfehler und Deformitäten des Bewegungssystems. Erst in den zwanziger und dreißiger Jahren weitete sich die Krankengymnastik zunächst auf die Innere Medizin, die Neurologie und die Chirurgie und später dann auch auf die Frauenheilkunde und die Geburtshilfe aus. In der Kinderheilkunde erlangte sie erst nach dem 2. Weltkrieg große Bedeutung und zunehmend dann auch in der Kinderneurologie. Heute wird die Physiotherapie in nahezu allen klinischen Fachgebieten der Medizin mit einer Vielzahl von Untersuchungs- und Behandlungstechniken als wichtige und effektive Therapiemöglichkeit anerkannt (dies. 1997: 565).

Indem die Physiotherapie immer wieder auf neue therapeutische Aufgaben mit differenzierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden reagieren musste, wirkte sich diese Orientierung an den klinischen Fächern der Medizin sozusagen als „Wachstumsreiz“ aus und war deshalb nach Hüter-Becker entwicklungsgeschichtlich notwendig (dies. 1997: 566).

Immer deutlicher wird allerdings inzwischen auch der Nachteil dieser Entwicklung. Die Spezialisierung der Physiotherapie in den Fachgebieten der klinischen Medizin hat verhindert, dass sie den Rahmen für ein eigenständiges und einheitliches Fachgebiet abstecken konnte (dies. 1997: 565f). Vielmehr sieht es heute so aus, als ob eine Vielzahl von „Krankengymnastiken“ nebeneinander existiert. Hüter-Becker beschreibt die derzeitige Lage der Physiotherapie wie folgt:

„Die Physiotherapie imponiert mit einem fast unüberschaubaren Angebot von Untersuchungs- und Behandlungstechniken; eine durchgängige Struktur mit verbindenden Elementen fehlt, zumindestens wird sie nicht auf den ersten Blick deutlich. Die »Einheit in der Vielfalt« ist nicht zu erkennen, was vor allem dem Berufsanfänger die Planung seiner persönlichen Berufslaufbahn mit zielgerichteter Fort- und Weiterbildung erschwert.“ (Hüter-Becker 1997: 566)

Mit dieser Erkenntnis steht die Physiotherapie in Deutschland etwa ein Jahrhundert, nachdem sie aus der Taufe gehoben wurde, an einem entscheidenden Wendepunkt. Struktur und Inhalte sollen nun neu definiert werden, um die „Einheit in der Vielfalt“ deutlich zu machen (ebd.) und auf diese Weise zu einer Beschreibung der Physiotherapie als überschaubar gegliedertes Fach und zu einem geschlossenen Selbstverständnis aller PhysiotherapeutInnen zu finden (dies. 1997: 568). Auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung könnten sich daraus neue Perspektiven ergeben, was zugleich wichtige Voraussetzungen dafür sind, dass sich die Physiotherapie auch zukünftig unter den Zwängen des Gesundheitssystems behaupten kann.



### 3.3 Zum Professionalisierungsprozess

Schewior-Popp ordnet die Entwicklung von Berufsbild und Tätigkeitsbereichen im Rahmen des Professionalisierungsprozesses der Physiotherapie zunächst folgenden drei Phasen zu, die fließend ineinander übergehen (Schewior-Popp 1999: 75, Hervorhebungen im Original):

1. **„Phase der Berufsfindung und Verberuflichung** mit ersten Regelungsansätzen auf der Verordnungsebene in unmittelbarer Anbindung an die ärztliche Behandlung (Mitte des 19. Jahrhunderts bis ca. 1945);
2. **Phase der Etablierung als „gehobener“ Frauenberuf** zur Unterstützung und Ergänzung ärztlicher Behandlung mit Gründung eines Berufsverbandes und bundeseinheitlicher gesetzlicher Regelung (1946-1960);
3. **Phase der quantitativen Erweiterung und qualitativen Differenzierung** von Berufsbild und Tätigkeitsbereichen mit relativer Handlungsautonomie im Bereich der Befund- und Behandlungstechniken auf der Basis ärztlicher Verordnung (seit ca. 1960 - kontinuierlich fortlaufend).“

Berücksichtigt man die Entwicklungen der Physiotherapie nach der Fertigstellung ihrer Dissertation (1994), so wären diese – im Sinne Schewior-Popps – um eine weitere Phase zu ergänzen:

4. **Phase der formalen Erweiterung des nationalen Bezuges** durch Inkrafttreten des neuen Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG), das durch die Verwendung der offiziellen Berufsbezeichnung „Physiotherapeutin“/„Physiotherapeut“ die deutsche Nomenklatur der europäischen bzw. angelsächsischen angleicht (ab 1994).

Dies ist zumindest aus damaliger Sicht zutreffend, da Schewior-Popp selbst das Eintreten des Professionalisierungsprozesses der Physiotherapie in eine vierte Phase für den Fall ankündigt, dass es zu einer gesetzlichen Reform der Krankengymnastikausbildung kommen würde (93). Eine Ausbildungsreform war von Seiten des ZVK bereits seit 1983 vehement gefordert worden (89f), und die kontroverse Diskussion darum hielt zur Zeit der Fertigstellung von Schewior-Popps Dissertation noch an.

Das neue Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) wurde dann – etwa zeitgleich mit Erscheinen ihrer Dissertation – am 10. März 1994 verabschiedet, nach Zustimmung des Bundesrates am 31. Mai 1994 im Bundesgesetzblatt verkündet (BGBl. 1. S.1084) und trat schließlich am 1. Juni 1994 in Kraft (Bericht der Bundesregierung 1997: 4). Die Zäsur innerhalb des Professionalisierungsprozesses der Krankengymnastik durch diese Gesetzesneuordnung sieht Schewior-Popp darin,

„... daß der nationale Bezug auch formal erweitert wird, was unmittelbar zum Ausdruck kommt durch die angestrebte, der üblichen europäischen bzw. angelsächsischen Nomenklatur entsprechenden Berufsbezeichnung »Physiotherapeut«.“ (Schewior-Popp 1999: 93)

Im Folgenden sollen die Einflussfaktoren, die Schewior-Popp zufolge den Professionalisierungsprozess der Physiotherapie geprägt haben, etwas ausführlicher beschrieben werden.

Die Anerkennung der Krankengymnastik als Beruf wurde vor allem durch die Entwicklung medizinisch-therapeutischer Techniken der Heilgymnastik und durch zwei Kriege, den deutsch-französischen Krieg (1870/71) und den ersten Weltkrieg (1914-18), mit der jeweils anschließend notwendigen Rehabilitation Kriegsverletzter vorangetrieben.

Ein Meilenstein dieser ersten Professionalisierungsphase war die oben bereits erwähnte Gründung der ersten Lehranstalt für Heilgymnastik Deutschlands durch den Arzt Johann Herrmann Lubinus im Jahre 1900 in Kiel. Obwohl diese Heilgymnastikschule lange Zeit die einzige blieb und die Nachfrage nach ausgebildeten Gymnastinnen ständig stieg, stieß die Verberuflichung nicht-ärztlicher Tätigkeiten auf dem Gebiet der Heilgymnastik zunächst auf standespolitische Widerstände der Ärzteschaft. So formulierten beispielsweise die Vertreter der 'Gesellschaft für orthopädische Chirurgie' im Jahre 1912 eine Resolution, die sich sogar gegen die Ausbildung von Heilgymnasten aussprach:

„In Hinsicht auf die bedenklich um sich greifende Laintätigkeit auf dem Gebiet der Massage und Heilgymnastik gibt die Gesellschaft für orthopädische Chirurgie ihrer Ansicht darin Ausdruck, daß in der Massage gegen die Ausbildung von Laien als Hilfskräfte der Ärzte seitens ärztlich geleiteter Institute nichts einzuwenden ist, weil derartige Hilfskräfte nicht zu entbehren sind. Dagegen hält die Gesellschaft für orthopädische Chirurgie die schematische Ausbildung von Laien in der allgemeinen orthopädischen Heilgymnastik durch ärztliche Institute für sehr bedenklich, weil dieses Gebiet nach dem heutigen Stande der Wissenschaft immer mehr Gegenstand spezialärztlicher Tätigkeit geworden ist. Besonders unangebracht aber erscheint die Ausbildung solcher Laienelemente durch ärztliche Institute mit der Inaussichtnahme späterer selbständiger Tätigkeit der Betreffenden, die gerade auf diesem Gebiet als durchaus unzulässig bezeichnet werden muß der schweren Schädigung wegen, die daraus für den Patienten entstehen können.“ (Zitiert nach Schewior-Popp 1999: 67f)

Mit der Schulgründung der zweiten „Sächsischen Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage“ im Jahre 1919 in Dresden war im offiziellen Sprachgebrauch erstmalig von „Krankengymnastik“ die Rede (Schewior-Popp 1999: 68). In den folgenden Jahren kam es zu weiteren Schul-Neugründungen<sup>11</sup> und die Krankengymnastik konnte ihr Tätigkeitsspektrum erheblich ausweiten. Die badische Prüfungsverordnung beispielsweise wies im Jahre 1935 bereits die Prüfungsfächer Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin, Frauenheilkunde, Funktionelle Anatomie, Krankengymnastik, Theorie der Gymnastik und Hygiene der Leibesübungen, Gruppenbehandlung und ‚Eigene Körperübungen‘ aus. Außerdem wurde bereits in dieser frühen Phase ein erster Schutz der Berufsbezeichnung hergestellt (69).

Der enorme Bedarf an Therapeuten während des Zweiten Weltkrieges (1939-45) hat dazu geführt, dass viele un- und kurzausgebildete Helfer therapeutische Aufgaben

---

<sup>11</sup> In kurzen Abständen wurden folgende Lehranstalten für Krankengymnastik gegründet: München (1926), Frankfurt (1928), Marburg (1929) und Freiburg (1935) (Schewior-Popp 1999: 69).

übernehmen mussten. Dies brachte die bis dahin kontinuierlich verlaufene Entwicklung des Berufsstandes vorläufig zum Stillstand. Obwohl der Einsatz von Helferinnen in der unmittelbaren Kriegszeit natürlich im Interesse der Verwundeten und Verehrten war, so bedeutete sie über diesen Zeitraum hinaus jedoch eine Qualitätsgefährdung für die krankengymnastische Tätigkeit, da die zahlreichen Hilfskräfte in der Nachkriegszeit die bislang ungeschützte Berufsbezeichnung für sich in Anspruch nahmen und sich etliche als „Heilgymnasten“ niederließen (Schewior-Popp 1999: 76). Insofern waren die Nachkriegsjahre von dem Bemühen der ausgebildeten Berufsangehörigen geprägt, den Berufsstand durch einheitliche Ausbildungsregelungen zu konsolidieren (69).

In diesem Zusammenhang ist auch die Gründung des Berufsverbandes „Zentralverband der krankengymnastischen Landesverbände im westdeutschen Bundesgebiet e.V.“ am 20. Oktober 1950 in Bad Soden/Taunus zu sehen (69f) – heute: „Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V.“<sup>12</sup> – der sich im Hinblick auf die Professionalisierung des Berufsstandes als ein wirksames Instrumentarium zur Durchsetzung berufsständischer Interessen erwies, sowohl in gesetzlicher als auch in inhaltlicher Hinsicht (70).

Nachfolgend kam es 1958 zur Verabschiedung des ersten bundeseinheitlichen Berufsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1960.<sup>13</sup> Außerdem wurde die bereits 1949 von Asta von Müllmann<sup>14</sup> gegründete Zeitschrift 'Krankengymnastik' im Jahre 1953 zum offiziellen Publikationsorgan des Verbandes (ebd.).

Die Erfahrungen, die während zweier Weltkriege mit der krankengymnastischen Behandlung von Verletzten und Verehrten gemacht worden waren, führten zu einer deutlich höheren Akzeptanz der krankengymnastischen Arbeit. Zwar arbeitete die Krankengymnastin weiterhin als Helferin und unter Verantwortung des Arztes, andererseits erfuhr sie aber

„... in dieser Phase der Entwicklung ihres Berufsbildes sowohl eine soziale Anerkennung als »Stand« als auch hinsichtlich ihrer fachlichen Kompetenz und, wengleich auch eingeschränkten, Autonomie in Fragen der Behandlungstechniken.“ (Schewior-Popp 1999: 71).

Zu diesem beruflichen Selbstverständnis als „Helferin des Arztes“ wurden Krankengymnastinnen Hüter-Becker zufolge bereits von 1900 an ausgebildet. Diese „bescheidene Interpretation der eigenen Berufsrolle“ (Hüter-Becker 2000 a: 278) behielten sie bis über die Mitte des 20. Jahrhunderts hinaus bei, wie folgendes Zitat

---

<sup>12</sup> Dazwischen erfolgten zwei weitere Umbenennungen: 1954 in „Zentralverband Krankengymnastik e.V.“ und 1979 in „Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) e.V.“ (Schewior-Popp 1999: 70). Nach Inkrafttreten des MPhG im Jahre 1994 wurde dann nur noch die neue Berufsbezeichnung hinzugefügt.

<sup>13</sup> Dieses Berufsgesetz wurde in der Amtszeit von Ruth Bergholz als Geschäftsführerin des ZVK (1956-1984) verabschiedet, deren Leistungen Schewior-Popp in diesem Zusammenhang betont (Schewior-Popp 1999: 70).

<sup>14</sup> Asta von Müllmann war von 1956-1964 Vorsitzende des ZVK.

von Asta von Mülmann aus dem Vorwort der ersten Ausgabe der Zeitschrift 'Krankengymnastik' im März 1949 eindrucksvoll belegt:

„..., damit anerkannt werden kann, was die Krankengymnastin ist: Bei allem Wissen und Können nur die Helferin des Arztes...“ (Zitiert nach Hüter-Becker: ebd.)

An die Etablierung der Krankengymnastik als „gehobener Frauenberuf“ schloss sich ihre zunehmende Etablierung in den verschiedenen medizinischen Fachgebieten an und parallel dazu bzw. teilweise auch dadurch bedingt ein fortlaufender Prozess der Entwicklung, Erprobung und Etablierung neuer Behandlungskonzepte und -techniken. Zu erwähnen wären hier z.B. im Bereich der Neurophysiologie die PNF (propriozeptive neuromuscular facilitation) nach Kabatt und Knott oder auch die Konzepte von Bobath und Vojta zur Behandlung der infantilen Zerebralparese. Gleichzeitig entwickelte sich ein riesiger Fortbildungsmarkt. Für die Krankengymnastik bedeutete das nicht nur qualitative Innovation, sondern auch quantitativ eine Zunahme von Tätigkeitsbereichen, sowohl im stationären als auch im teilstationären und ambulanten Bereich (Schewior-Popp 1999: 73f).

Mit dem Beginn der 70er Jahre verzeichnete die Krankengymnastik – parallel zur Verdopplung der Krankengymnastikschulen innerhalb eines Zeitraums von 10 Jahren – auch einen entsprechenden zahlenmäßigen Zuwachs ihrer Berufsangehörigen (Schewior-Popp 1999: 73f). Hüter-Becker führt diese Entwicklung nicht nur auf die überzeugenden Behandlungserfolge der Krankengymnastik zurück, sondern unter anderem auch auf

„... die immer deutlichere Abkehr von ruhigstellender Therapie hin zu frühzeitiger Mobilisation (Beispiel Frakturenbehandlung, Beispiel Herzinfarkt)“ und den „Einsatz künstlicher Gelenke, die Verfeinerung operativer Techniken in der Wiederherstellungschirurgie; Querschnittsgelähmte sterben nicht mehr an ihren Komplikationen, sondern werden durch Krankengymnastik zu einem Leben im Rollstuhl befähigt; mit der Weiterentwicklung der Neurochirurgie überleben die Patienten selbst schwerwiegende Eingriffe, die Folgetherapie ist reine Krankengymnastik“ (zitiert nach Schewior-Popp 1999: 74).

Zudem weitete sich ihr Einsatzbereich – über die bisher angesprochene kurative und rehabilitative Tätigkeit von Krankengymnastinnen – immer stärker auch auf den Bereich der Prävention aus (Schewior-Popp 1999: 74).

### 3.4 Ausbildung

Wie auch die meisten anderen Gesundheitsfachberufe gehört die Krankengymnastik – die Regelung ihrer Ausbildung betreffend – zu den sogenannten Berufen „besonderer Art“<sup>15</sup>, weil sie nicht wie die Helferinnen-Berufe Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzhelferin dem Berufsbildungsgesetz (BBiG von 1969) unterstellt ist. Zwar waren ihre berufspolitischen Anstrengungen dahingegen erfolgreich, dass es seit Ende der 50er Jahre ein bundeseinheitliches Ausbildungsgesetz für die Krankengymnastik gibt, das lediglich die Berufszulassung regelt und damit die Berufsbezeichnung schützt. Die bereits in den Länderregelungen der Nachkriegsjahre enthaltenen und in den 80er Jahren erneut geforderten Qualitätsstandards für Ausbildungsstätten konnten bundeseinheitlich bisher jedoch nicht durchgesetzt werden. Ein ganz großes Manko ist insbesondere auch das Fehlen einheitlicher gesetzlicher Standards zur Qualifizierung von LehrerInnen der Krankengymnastik. Vorausgesetzt wird lediglich, dass „geeignete Personen“ für die Ausbildung der SchülerInnen zur Verfügung stehen (Schewior-Popp 1999: 22; AG MTG 2000 b: 1).

Dass diese gesetzliche „Mangelsituation“ bis heute (2001) noch nicht endgültig ausgeräumt werden konnte, ist umso bedauerlicher, als die BRD im Zuge der Wiedervereinigung nicht die Chance genutzt hat, vom Ausbildungssystem der ehemaligen DDR die positiven Aspekte zu übernehmen. Beispielsweise gab es an der Medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität Berlin bereits seit 1968 den Diplomstudiengang Medizinpädagogik, der auf den Erwerb der wissenschaftlichen und praktischen Voraussetzungen zur Ausübung der Lehrtätigkeit an den Bildungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens abzielte. Zu den Zulassungsbedingungen gehörte der erfolgreiche Abschluss einer medizinischen Fachschulausbildung sowie Berufserfahrung. Die Diplom-MedizinalpädagogInnen lehrten gleichberechtigt mit den ÄrztInnen an den Medizinischen Fachschulen, zu deren 17 Studienrichtungen – die in den gesellschaftswissenschaftlichen und medizinischen Grundlagenfächern übrigens alle gemeinsam unterrichtet wurden – auch die Physiotherapie gehörte.<sup>16</sup> Die Leitung der Medizinischen Fachschulen oblag einer Pädagogin bzw. einem Pädagogen (Schewior-Popp 1999: 24ff). Nach der Wiedervereinigung verloren, wie Schewior-Popp darlegt, viele der interdisziplinär angelegten Medizinischen Fachschulen ihren staatlichen Status. Sie zerfielen in Lehranstalten für einzelne Berufe und die Lehrkräfte verloren ihren sozialen und finanziellen Status. Diese Entwicklung kommentierte Beier wie folgt:

---

<sup>15</sup> Zu diesen Gesundheitsberufen der „besonderen“ Art gehören neben der Krankengymnastik z.B. auch die Krankenschwester/der -pfleger (einschließl. Kinderkrankenschwester/-pfleger und Krankenpflegehelferin), Hebamme, LogopädIn und ErgotherapeutIn (Schewior-Popp 1999: 21f).

<sup>16</sup> Zu den 17 an der Medizinischen Fachschule möglichen Studienrichtungen gehörten neben der Physiotherapie z.B. auch die Krankenpflege, die Arbeitstherapie, die Geburtshilfe, die Orthoptik und die Audiologie-Phoniatrie-Assistenz (Schewior-Popp 1999: 25).

„Es besteht die große Gefahr, daß in den neuen Bundesländern Strukturen zerstört werden, um deren Aufbau man sich in den alten Bundesländern seit Jahren bemüht.“ (Beier 1991, zitiert nach Schewior-Popp 1999: 27).

Diese Befürchtung hat sich leider bewahrheitet. Die derzeit in der Bundesrepublik geltenden Ausbildungsrichtlinien und -inhalte sind somit im Wesentlichen das Ergebnis der Entwicklung der Krankengymnastik in den alten Bundesländern.

### 3.4.1 Gesetzliche Grundlagen der Ausbildung und Berufsausübung

#### Das Krankengymnastik-Gesetz von 1960

Die Verhandlungen um das erste bundeseinheitliche Berufsgesetz „über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten (MBKG)“ begannen unmittelbar im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg und dauerten von 1949 bis zu seiner Verabschiedung am 21. Dezember 1958. Damit einher ging auch die Verabschiedung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankengymnasten am 7. Dezember 1960. Bezogen auf den Professionalisierungsprozess der Krankengymnastik entspricht dieser Zeitraum – Schewior-Popp zufolge – der Phase der Etablierung als Beruf (75).

Mitauslösend für das Bemühen um ein bundeseinheitliches Berufsgesetz war die Situation der Krankengymnastik nach dem Zweiten Weltkrieg. Wie bereits erwähnt, war das Niveau der krankengymnastischen Tätigkeit durch die zahlreichen, mangelhaft ausgebildeten therapeutischen Hilfskräfte stark gefährdet, sodass die Berufsangehörigen vor allem an der Etablierung ihres Berufsbildes durch eine bundeseinheitliche, qualitätssichernde Ausbildung interessiert waren.

Maßgeblich unterstützt wurde der Berufsstand dabei von den in der 'Deutschen Orthopädischen Gesellschaft' organisierten Ärzten, die sich im Interesse der Volksgesundheit bereits im Jahr 1949 in einer „Denkschrift der deutschen orthopädischen Gesellschaft über die Ausbildung von Kranken-Gymnastinnen“ nicht nur für die Aufrechterhaltung, sondern darüber hinaus auch für eine weitere Anhebung des krankengymnastischen Ausbildungsniveaus sowie für den Schutz der krankengymnastischen Tätigkeit und eine klare hierarchische Abgrenzung zum Masseur-Beruf aussprachen. Als beispielhaft im Sinne einer Vereinheitlichung und Qualitätssicherung der krankengymnastischen Ausbildung wurde in dieser Denkschrift ausdrücklich die Niedersächsische Verordnung „über die Ausbildung und Prüfung von Krankengymnastinnen“ genannt, die bereits am 28. Januar 1949 vom Niedersächsischen Staatsministerium verabschiedet worden war (Schewior-Popp 1999: 76ff).<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Erste Verordnungen auf Länderebene waren bereits vor Gründung der BRD verabschiedet worden. Dazu gehörte neben der hier erwähnten Niedersächsischen auch noch die ein Jahr zuvor am 24. Februar 1948 vom Senat der Hansestadt Hamburg verabschiedete Verordnung „über die berufsmäßige Ausübung der Krankengymnastik und die Errichtung von Krankengymnastikschulen“. Da diese beiden Länder zur britischen Besatzungszone gehörten, orientierten sich die anfänglichen Regelungen an der englischen Physiotherapie-Ausbildung. Zu nennen wäre hier beispielsweise die Zulassung männlicher Schüler zur Krankengymnastik-Ausbildung (Schewior-Popp 1999: 77). Die

Im Mittelpunkt der berufspolitischen Auseinandersetzungen standen vor allem die Forderungen nach einer Abgrenzung der Berufsbilder 'Krankengymnastik' und 'Massage' auf der einen und der Schaffung eines Einheitsberufes auf der anderen Seite.

Eine klare Abgrenzung der Krankengymnastik von der Massage und der „pflegerischen Gymnastik“ war bereits Bestandteil der Niedersächsischen Verordnung und wurde von der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft ausdrücklich begrüßt und im Verlauf der sich anschließenden Auseinandersetzungen auch vehement unterstützt (Schewior-Popp 1999: 77f). Auch die Bestrebungen der Berufsangehörigen selbst gingen in diese Richtung. Krankengymnastinnen und Ärzte begründeten ihre Position in erster Linie mit den unterschiedlichen Anforderungsprofilen in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen (85) und dem Erhalt des Ausbildungsniveaus (84). Später überzeugte vor allem die Ärzteschaft, indem sie auch noch ökonomische Gründe ins Feld führte (86f).

Vertreter der Masseure und auch der Gewerkschaften setzten sich dagegen vehement für ein Aufgehen des Masseurberufs in einem Einheitsberuf ein. Dass die Gründung des Zentralverbandes der Krankengymnastinnen im Jahr 1950 in diese Phase der Auseinandersetzung fiel, ist Schewior-Popp zufolge somit auch als das Bemühen zu verstehen „den Berufsverbänden der Masseure eine wirksame Organisation zur Durchsetzung der Berufsinteressen entgegenzusetzen und so einer gewissen »Einverleibungstendenz« entgegenzuwirken“ (Schewior-Popp 1999: 78).

Für die Krankengymnastinnen war die Abgrenzung von den Masseuren in zweierlei Hinsicht notwendig: zum einen handelte es sich um einen notwendigen Schritt zur Bewahrung und Sicherung ihres Berufsstandes, und zum anderen sicherten sie sich dadurch die volle Unterstützung der Ärzteschaft (Schewior-Popp 1999: 79f). Allerdings erwies sich diese Annäherung an das hierarchische „Oben“ für den eigenen Professionalisierungsprozess letztendlich auch als Zwickmühle:

„Es zeigt sich hier wiederum deutlich das grundsätzliche **Dilemma der Gesundheitsberufe zwischen sozialer Stellung einerseits und professioneller Autonomie andererseits**: Arztnähe bzw. -orientierung, auf der Berufs- und Ausbildungsebene verbunden mit ärztlicher Entscheidungskompetenz, gewährleistet innerhalb der Hierarchie der medizinischen Berufe eine relativ hohe soziale Stellung, allerdings um den Preis der Akzeptanz des ärztlichen Expertentums als alleinige Profession und Einpassung eigener Fachkompetenz in den Kompetenzbereich der Experten als Bezugssystem.“ (Schewior-Popp 1999: 80; Hervorhebungen im Original)

Die ärztliche Unterstützung galt zudem ausdrücklich auch den in der Auseinandersetzung mit den „sehr viel robusteren Masseuren“ eindeutig unterlegenen Frauen (79). Für Schewior-Popp ist das ein Hinweis darauf,

---

zwischen 1950 und 1953 in Kraft getretenen Landesregelungen orientierten sich in ihren Grundzügen alle an der Niedersächsischen Verordnung. Es handelte sich dabei um die Gesetze bzw. Verordnungen zur Regelung der berufsmäßigen Ausübung der Krankengymnastik der Länder Bremen (1950), Bayern (1952) und des Berliner Senats (1953) (80f).

„... daß weibliche Qualifikation zwar zur Unterstützung und Assistenz ärztlicher Tätigkeit gewollt und gefragt ist, daß diese sich aber der ärztlichen Kontrolle und Teilhabe an der Entwicklung des eigenen Berufes nicht ohne weiteres entziehen darf, auch wenn in Teilbereichen eine auf Fachkompetenz beruhende Handlungsautonomie entsteht und diese auch ärztlicherseits unterstützt wird, solange und soweit daraus nicht eigene fachliche und soziale Ansprüche abgeleitet werden.“ (Schewior-Popp 1999: 79)

Die Abgabe der Kontrolle über ihre Handlungsautonomie wäre demnach der Preis, den medizinische Assistenzberufe für die ärztliche Gunst und ein Mehr an sozialer Anerkennung zu zahlen haben.

„Hingegen führt der Versuch der professionellen Abnabelung vom Expertentum (aktuelles Beispiel: Krankenpflege), zumindest vorläufig, zum Verlust der ärztlichen »Schutzfunktion« und zum sozialen Abstieg in der medizin-orientierten Hierarchie.“ (Schewior-Popp 1999: 80)

Auch die parlamentarische Diskussion um ein bundeseinheitliches Berufsgesetz wurde im Wesentlichen von der Frage nach der Einführung eines Einheitsberufes oder der Beibehaltung der beiden Berufe Massage und Krankengymnastik bestimmt (Schewior-Popp 1999: 84). Der erste Gesetzentwurf, den das Bundesinnenministerium im Jahr 1954 vorlegte, sah schließlich die Beibehaltung beider Berufe vor, für die Massage eine einjährige und für die Krankengymnastik eine zweijährige getrennte Ausbildung mit jeweils sich anschließendem einjährigen Praktikum. Als Übergangsregelung sollten Masseure nach fünfjähriger Berufstätigkeit an Krankengymnastikschulen auch ohne Mittlere Reife zugelassen werden (86). In einem nochmals überarbeiteten Gesetzentwurf wurde diese allgemein strittige Übergangsregelung für die Masseure dahingehend modifiziert, dass den Masseuren die Möglichkeit einer Sonderprüfung zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankengymnastik“ für die Dauer von drei Jahren nach Gesetzerlass eingeräumt wurde (Schewior-Popp 1999: 86).

Obwohl sich der ZVK ausdrücklich gegen diese „Sonder“-Zulassung für Masseure aussprach (87f), wurde das Berufsgesetz im Jahre 1960 in dieser Form verabschiedet. Die Verordnung über die Sonderprüfung für Krankengymnasten (BGBL I, S. 892) regelte die Durchführung einer Prüfung für Masseure für die Dauer von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes und ermächtigte zum Führen der Berufsbezeichnung „Krankengymnastik“ (88f).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung regelte Lehrgangsdauer und -fächer, Prüfungsorganisation, -ablauf und -beurteilung und die anschließend abzuleistende praktische Tätigkeit. In der Anlage wurde die Aufteilung des Lehrstoffs auf die zur Verfügung stehenden vier Semester bzw. innerhalb der 920 Stunden pro Semester festgesetzt (88f).



Mit der Verabschiedung des neuen Berufsgesetzes war die ein Jahrzehnt währende Diskussion um den Einheitsberuf – zur Zufriedenheit des ZVK – vorerst vom Tisch (Schewior-Popp 1999: 88). Nicht durchsetzen konnte der ZVK seine Forderung nach einem Schutz der Berufsausübung, der bereits Bestandteil einiger Länderverordnungen gewesen war (Schewior-Popp 1999: 86). Demnach durften sich die bereits erwähnten angelernten Helferinnen zwar nicht „Krankengymnastin“ nennen (Schutz der Berufsbezeichnung durch das Gesetz), sie durften aber ihre Tätigkeit weiter ausüben.<sup>18</sup>

### Das Physiotherapeuten-Gesetz von 1994

Die medizinischen und therapeutischen Innovationen während der Phase der quantitativen Erweiterung und qualitativen Differenzierung der Krankengymnastik führten schließlich zu der dringlichen Anmahnung einer Ausbildungsreform durch den ZVK-Vorstand im Oktober 1983. Zur Verabschiedung kam diese Ausbildungsreform – das Gesetz „über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG)“ – allerdings erst am 10. März 1994. Diese Phase der Diskussion wurde zusätzlich verkompliziert durch die Notwendigkeit einer EG-Angliederung einerseits und die Integration der unterschiedlichen Ausbildungssysteme in Ost und West andererseits (Schewior-Popp 1999: 90f; 93).

In der Auseinandersetzung um diese Ausbildungsreform forderte der ZVK die Anpassung der gesetzlichen Gegebenheiten an die fachliche Entwicklung und insbesondere – in Anlehnung an die neuen Berufsgesetze der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (1976) und der Logopäden (1980) – die volle Integration der praktischen Ausbildung, also des dritten Ausbildungsjahrs, in die Verantwortlichkeit der Schulen (Schewior-Popp 1999: 89f).

Darüber hinaus wurde erneut der Schutz der krankengymnastischen Tätigkeit und nicht nur der Berufsbezeichnung angestrebt. Weitere Forderungen des ZVK waren z.B. Mindestanforderungen für die Krankengymnastikschulen, die Parallelität von Theorie und Praxis in Unterricht und praktischer Ausbildung, ein Mindestalter von 18 Jahren, ein dreimonatiges Vorpraktikum und – zusätzlich zu der Abschlussprüfung – die Einführung einer Vorprüfung nach dem 4. Semester (89f).<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Dieses Spannungsverhältnis zwischen geschützter Berufsbezeichnung und ungeschützter Tätigkeitsausübung teilt die Krankengymnastik/Physiotherapie im Übrigen mit den anderen Gesundheitsfachberufen, wie z.B. der Pflege und der Ergotherapie; nur die Hebammen verfügen über ihnen vorbehaltene Tätigkeiten (im Bereich der Geburtshilfe und der Wochenbettbetreuung). Vgl. hierzu §4 des Hebmengesetzes (HebG) – Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4.6.1985 (BGBl. I S.512; zuletzt geändert durch das Gesetz vom 27.4.1993 (BGBl. I S.512) sowie Igl, Gerhard (1986): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsbild Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche; Eschborn/Göttingen/Hannover, Wiesbaden/Wuppertal [herausgegeben von den Pflegeverbänden ADS, BKK, BA, BALK und DBfK].

<sup>19</sup> Manche der vor Verabschiedung des MBKG gültigen Länderverordnungen waren in diesen Punkten anspruchsvoller gewesen als das bundeseinheitliche Gesetz selbst. Beispielsweise steckte bereits die Niedersächsische Verordnung von 1949, an der sich die anderen Länderverordnungen ausrichteten, die Inhalte der berufsmäßigen Tätigkeit ab, KG-Schulen mussten an eine Krankenanstalt angegliedert sein, von einem Arzt geleitet werden und über eine ausreichende Zahl an Lehrkräften verfügen, und die Ableistung einer Vorprüfung nach dem ersten Ausbildungsjahr war Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung. Dem Bayrischen Gesetz zufolge mussten KG-Schulen sogar an eine Universitätsklinik angegliedert sein und sie mussten nicht nur über eine ärztliche Leitung und eine ausreichende Zahl von Lehrkräften, sondern auch über geeignete

Der erste Gesetzesentwurf des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG), der dem Bundesrat im August 1986 vorgelegt wurde, griff von diesen Forderungen lediglich die Integration der praktischen Ausbildung in die schulische Verantwortung auf, d.h. eine Verlängerung der Ausbildung auf drei Jahre. Immerhin sah er aber noch die generelle Trennung der Berufe Masseur und Krankengymnast vor, was – verglichen mit dem europäischen Ausland – einem deutschen „Sonderweg“ gleichkam (Schewior-Popp 1999: 90).

Ein nachfolgender im Mai 1989 vorgelegter Entwurf behielt in seinen Ausführungen zwar immer noch getrennte Ausbildungs- und Tätigkeitsschwerpunkte bei, überschrieb allerdings beide Berufe erstmalig mit dem Terminus „Physiotherapie“: „Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Krankengymnastik-Gesetz – MKG)“ (Schewior-Popp 1999: 92). Nur aufgrund der massiven Einwände des ZVK und der auslaufenden Legislaturperiode des 11. Deutschen Bundestages im Herbst 1990 konnte dieses Gesetz verhindert werden. Der ZVK forderte eine schärfere Abgrenzung zwischen Krankengymnastik und Massage in dem Sinne, dass ausschließlich Krankengymnasten im EG-Kontext Physiotherapeuten seien (92f), und konnte diese Forderung letztendlich auch durchsetzen (MPhG 1994: BGBl I S. 1084).

In den folgenden Jahren wurde unter Berufung auf die Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1991<sup>20</sup> bereits zunehmend der Einstieg der Krankengymnastik in die Fachhochschulausbildung gefordert. Diese Position wurde auch von dem im gleichen Jahr gegründeten „Dachverband Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe“ – inzwischen „Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe“ (AG MTG) – vertreten (Schewior-Popp 1999: 93).

Als die Ausbildungsreform im Jahre 1994 schließlich verabschiedet wurde, blieb sie somit m.E. – entgegen der Einschätzung der Bundesregierung (Bericht der Bundesregierung 1997: 18) – hinter dem innerhalb des Berufsstandes erreichten Diskussionsstand eindeutig zurück. Auch dem Europäischen Standard (AG MTG 2000 b: 1) wurde dieses Gesetz noch nicht gerecht.

---

Räumlichkeiten sowie das entsprechende Unterrichtsmaterial verfügen. Bemerkenswert war auch die explizite Verknüpfung theoretischen Wissens und praktischer Fertigkeiten auf die Prüfungssituation bezogen, verbunden mit dem Anspruch selbstständiger Transferleistung durch die Prüflinge. Demnach waren Befunderhebung und das Erstellen eines Therapieplans Bestandteile der zu erbringenden Leistungen (Schewior-Popp 1999: 81f). Hiermit wurde den Krankengymnastinnen ein gewisses Maß an Handlungsautonomie den Ärzten gegenüber zuerkannt, allerdings durften sie weder eine Diagnose stellen, noch die ärztliche Diagnose korrigieren (83f).

<sup>20</sup> Nachdem der Wissenschaftsrat bereits 1973 die Einführung dreijähriger Studiengänge für die Gesundheitsberufe gefordert hatte, erneuerte er diese Forderung 1991 und plädierte gleichzeitig für den Einstieg in die Fachhochschulausbildung (Wissenschaftsrat 1991: 165ff).

## Ausbildung der Lehrkräfte

Eine pädagogische Qualifizierung der ärztlichen und krankengymnastischen Lehrkräfte in der Krankengymnastik wurde in der BRD erstmalig in den 50er Jahren gefordert (Schewior-Popp 1999: 97) und nach Inkrafttreten der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Jahr 1960 auch seitens des Berufsverbands und der (leitenden) Lehrkräfte verstärkt angestrebt. Seitdem entstand neben Angeboten des Berliner Senats<sup>21</sup> und der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege (DZV)<sup>22</sup> auch das „Lehrerseminar Heidelberg“ – eine vom Land Baden-Württemberg anerkannte Weiterbildungsstätte an der Orthopädischen Poliklinik der Universität Heidelberg, die – seit 1977 unter der Leitung von Antje Hüter-Becker – in enger Kooperation mit dem ZVK in 1 ½ -jährigen Vollzeitlehrgängen KrankengymnastInnen zu Lehrkräften weiterbildet (99).

Trotz dieser bereits bestehenden qualifizierten Weiterbildungsangebote muss jedoch – wie Schewior-Popp resümiert – „die Situation der Lehrkräftequalifizierung in der Krankengymnastik als unbefriedigend bezeichnet werden, solange diese Qualifizierung nicht eine bundeseinheitliche gesetzliche Verankerung im Rahmen des Bildungssystems etwa analog der Berufsschullehrerausbildung erfährt“ (Schewior-Popp 1999: 99). Eine institutionelle Absicherung der Lehrerausbildung an Hochschulen stellt ihrer Ansicht nach eine unabdingbare Voraussetzung für die Qualitätssicherung und die Vergleichbarkeit der Ausbildung dar, auch im Hinblick auf einen voranschreitenden Professionalisierungsprozess der Krankengymnastik (99f).

In die gleiche Richtung geht auch die gegenwärtige Argumentation der krankengymnastischen Berufsverbände ZVK und IFK, die zusammen mit den Berufsverbänden der Hebammen, der Orthoptistinnen, der Ergotherapeuten und der Logopädinnen – seit 1991 repräsentiert als AG MTG – neben der mittelfristigen generellen Anhebung der KG-Ausbildung auf Fachhochschulniveau u.a. auch die kurzfristige Einrichtung universitärer Studiengänge für Lehrkräfte in den Medizinalfachberufen fordern (AG MTG 2000 a: 1). Der AG MTG zufolge sind diesbezüglich inzwischen erste Erfolge zu verzeichnen (AG MTG 2000 a: 5 sowie Wagner 1999: 14):

---

<sup>21</sup> Der Berliner Senat richtete den ersten Lehrgang „zur Heranbildung von Krankengymnastik-Lehrkräften“ vom 15. September bis 15. Dezember 1962 mit den Schwerpunkten Pädagogik und Psychologie, Medizin für Krankengymnasten und Verwaltungs- und Rechtswissenschaften ein (Schewior-Popp 1999: 98).

<sup>22</sup> Mit der Entwicklung ihres Lehrgangskonzeptes zur pädagogischen Qualifizierung von KrankengymnastInnen begann die DZV in Abstimmung mit dem ZVK im Jahr 1966, wobei die Schwerpunkte Motivation, didaktische und methodische Unterrichtsplanung, Lernpsychologie und Soziologie der Gesundheitsberufe zunächst in Arbeitstagungen für LeiterInnen und unterrichtende KrankengymnastInnen diskutiert wurden. 1969 fand der erste weiterführende Lehrgang mit den Schwerpunkten Fragen der Beobachtung, Unterrichtsformen, Gruppenpädagogik, Praktikumsprobleme und Umgang mit Schülerkritik statt – zu den TeilnehmerInnen zählten neben der damaligen 1. Vorsitzenden des ZVK, Frau H. Schulz, und der Geschäftsführerin, Frau Ruth Bergholtz, auch Frau Antje Hüter. Von da an wurde das berufsbegleitende und berufsübergreifende Lehrgangsangebot im Lehrgangswerk für Berufe im Gesundheitswesen sowohl inhaltlich als auch konzeptionell kontinuierlich erweitert und evaluiert (Schewior-Popp 1999: 98).

- Seit dem Wintersemester (WS) 1997/98 wird in Osnabrück ein berufsbegleitender Weiterbildungsstudiengang für ErgotherapeutInnen angeboten.
- Gestützt auf ein positives Fachgutachten der Bund-Länder-Kommission von 1996 arbeiten verschiedene Fachhochschulen an Konzepten für Studiengänge der Medizinalfachberufe.<sup>23</sup>
- Am 12.5.1995 haben die Kultusminister der Länder in einer Richtlinie festgelegt, dass die Lehrerinnen und Lehrer der Medizinalfachberufe in Zukunft an der Universität ausgebildet werden sollen.<sup>24</sup>
- Die AG MTG hat einen Entwurf für einen gemeinsamen Studiengang für Lehrkräfte ihrer Berufe erarbeitet (vgl. hierzu: AG MTG 2000 b: 4ff), den Hochschulen und Ministerien vorgelegt und diesbezüglich erste Gespräche geführt.

---

<sup>23</sup> Dazu gehören beispielsweise die Fachhochschulen Osnabrück und Hildesheim/Holzwinden/Göttingen (am Standort Hildesheim). Das Konzept der Fachhochschule Osnabrück basiert auf den Erfahrungen mit dem berufsbegleitenden Ergotherapie-Studiengang. Angestrebt wurde zunächst ein Kooperationsmodell mit der Academie Fysiotherapie der Hogeschool Enschede (HBO) mit 8-semesterigen grundständigen Studiengängen für beide Berufe und einem Abschluss, mit dem im Unterschied zum Diplom international anerkannten „Bachelor“ sowie, darauf aufbauend, dem „Master“ nach angelsächsischem Modell. Dieses Konzept beinhaltete die Kooperation mit den Fachschulen in Form eines modularisierten Studiengangs ab dem ersten Ausbildungssemester, die Absolvierung des Staatsexamens nach dem 3. Ausbildungsjahr (nach PhysTh-APrV v. 1994 in Verantwortlichkeit der KG-Schule) und ein Vollzeitstudium im 7. und 8. Semester mit dem akademischem Abschluss (in Verantwortlichkeit der FH Osnabrück). Dieses grundständige Kooperationsmodell wurde jedoch vom Niedersächsischen Kultusministerium und vom Bundesgesundheitsministerium abgelehnt, anstattdessen wurde vor allem von Seiten des KM eine strenge Trennung zwischen der Fachschul- und der Hochschulausbildung gefordert (nach einer eigenen Mitschrift des Vortrags „Therapieberufe: der Weg zu mehr Professionalität“ von Herrn Prof. Semrau / FH Osnabrück auf dem Gesundheitstag 2000 am 01.06.2000 in Berlin). Der Fachhochschulstudiengang in Hildesheim, der sich an die Medizinalfachberufe Logopädie, Ergo- und Physiotherapie richtet, ist Grundlage eines Bundesmodellversuchs. Hier war zunächst ein Diplomstudiengang „Medizinalfachtherapie“ nach dem Konzept der „Integrierten Lehre“ geplant. Die sogenannte „Integrierte Lehre“ – in Form von Lehrveranstaltungen, die zugleich schulischer Unterricht und Lehre der Fachhochschule sind – sollte während der ersten drei Jahre der Schulausbildung stattfinden und sich im Anschluss an die Examensprüfung an der KG-Schule durch zwei Semester Vollzeitstudium fortsetzen (Behrens 1999: 2). Infolge der Auflage der bereits erwähnten Trennung von Fachschul- und Hochschulausbildung mussten beide Fachhochschulen ihre Konzepte auf das 3+1½ - Modell umstellen, das sich aus drei Jahren Berufsfachschule und 1½ Jahren (3 Semestern) Studium an der Fachhochschule zusammensetzt. Die *zusätzlichen*, auf das Studium vorbereitenden Lehrangebote der Fachhochschulen während der ersten drei Ausbildungsjahre sind freiwillig und richten sich an KG-SchülerInnen mit einschlägiger Hochschulzugangsberechtigung (nach § 32 des Niedersächsischen Hochschulgesetzes/NHG). Der Einstieg in das 4. Semester an der Fachhochschule ist nach erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung (Erwerb der staatl. Anerkennung und der Berufszulassung) und bestandener Einstufungsprüfung (nach § 32 des NHG) möglich. In beiden Fachhochschulen handelt es sich jetzt um einen sechssemestrigen Studiengang, der mit dem Bachelor of Science (BSc) abschließt und auf den mit einem 4-semesterigen Master-Studiengang in modularisierter Form aufgebaut werden kann. Der Master-Studiengang soll u.a. auf eine Forschungstätigkeit vorbereiten. Inzwischen wurde beiden Fachhochschulen ein Einrichtungserlass zugestellt. Der Studienbeginn in Hildesheim ist zum Sommersemester 2001 möglich, an der FH Osnabrück erfolgt die Aufnahme von Studierenden voraussichtlich zum WS 2001.

<sup>24</sup> Dieser Beschluss ist Ausdruck einer politischen Willensbekundung dahingehend, dass die Lehrkräfte der Gesundheitsfachberufe den anderen Berufsschullehrern gleichgestellt werden sollen. Vgl. hierzu: KMK – Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland (1995): Rahmenvereinbarungen über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5) vom 12.05.1995.

### 3.4.2 Lehrpläne und Curricula

Der gesetzliche Rahmen für Lehrpläne und Curricula wird durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 6. Dezember 1994 (PhysTh-APrV, BGBl. I S. 3786) abgesteckt. Diese Verordnung ist der vorher gültigen Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1971 (APrO, BGBl. I S. 847) insofern voraus, als in den Anlagen – über die zu unterrichtenden Fächer und die jeweils zu erteilende Gesamtstundenzahl hinaus – auch noch die jeweiligen Unterrichtsinhalte aufgeführt werden.

Außerdem sind in der neuen Verordnung wesentliche Ausbildungsinhalte, wie z.B. „Einführung in wissenschaftliches Arbeiten“, „Umgang mit deutscher und fremdsprachlicher Fachliteratur“, „Der Mensch in seiner psychosomatischen Einheit“, „Der Therapeut im Prozess der Patientenführung“, „Psychologische Probleme spezieller Patientengruppen“, „Gesprächsführung“, „Supervision“, „Grundlagen der Pädagogik, Sozialpädagogik und Soziologie“ sowie „Gesundheitsförderung“ ergänzt und damit für alle Ausbildungseinrichtungen bundeseinheitlich festgeschrieben worden. Diese und andere Unterrichtsinhalte verbergen sich hinter den Fächern „Sprache und Schrifttum“, „Psychologie/Pädagogik/Soziologie“ und „Prävention und Rehabilitation“.

Auch wenn die Einführung dieser Ausbildungsinhalte grundsätzlich als Fortschritt zu betrachten ist, so dürfte die dafür vorgesehene Stundenzahl dennoch – gemessen an den Anforderungen, die an PhysiotherapeutInnen gestellt werden und die im Folgenden (vgl. Kap. 4.3) noch ausführlich erläutert werden – als viel zu niedrig angesehen werden. Z.B. stehen 60 Unterrichtsstunden, die für die Bereiche Psychologie, Pädagogik, und Soziologie innerhalb des Ausbildungszeitraums vorgesehen sind, immerhin 40 Stunden Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde gegenüber. Für die wissenschaftliche Qualifizierung sind weniger als 20 Unterrichtsstunden eingeplant, und die Gesundheitsförderung geht in der Prävention und Rehabilitation unter, deren Gesamtstundenzahl auf 20 Stunden festgelegt worden ist.

Darüber hinaus bleibt zu fragen, wie die physiotherapeutischen Lehrkräfte diese Fächer unterrichten sollen, wenn sie auf diese Aufgabe nicht adäquat vorbereitet wurden (vgl. Kap. 3.4.1).

Eine curriculare Aufarbeitung des Stoffplans liegt bisher nicht vor<sup>25</sup>, was auf die „Sondersituation“ der Schulen für Gesundheitsberufe im Bildungssystem zurückgeführt wird (Schewior-Popp 1999: 100). Da die Ausbildung der Medizinalfachberufe bisher nicht auf akademischer Ebene angesiedelt ist, findet bis

---

<sup>25</sup> Eine Ausnahme macht diesbezüglich der Freistaat Bayern: Den bayrischen Ausführungsbestimmungen zur APrO zufolge gehören die Krankengymnastikschulen zu den Berufsfachschulen. Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus – dem die Krankengymnastikschulen somit unterstellt sind – erließ im März 1985 verbindliche Lehrpläne für den Unterricht mit dem Ziel der Verbesserung der Ausbildungsqualität und der Vergleichbarkeit der Ausbildung, als konkrete Handlungsanweisung für Lehrer und zur Ermöglichung eines Überblicks über die Gesamtausbildung für Schüler (Schewior-Popp 1999: 100).

heute auch keine wissenschaftlich fundierte Curriculumentwicklung statt (AG MTG 2000 a: 2).

Als wegweisend für den Professionalisierungsprozess der Krankengymnastik betrachtet Schewior-Popp jedoch das ZVK-Curriculum, das nach zehnjähriger Entwicklungsarbeit im Jahr 1991 von der Arbeitsgemeinschaft Lehrer herausgegeben und eigens für die dreijährige Ausbildung konzipiert wurde:

„... hier wurde erstmals der Versuch einer Neustrukturierung und -gewichtung der ausgewählten Inhalte unter dem Aspekt des „Behandeln Könnens“ vorgenommen (Schewior-Popp 1999: 168)

Die curriculare Umsetzung des „Behandeln Könnens“ als Ausbildungsziel in Form einer handlungsorientierten<sup>26</sup> Auswahl und Organisation von Lerninhalten beinhaltet – wie Schewior-Popp ausführt – die Möglichkeit einer grundlegenden Neuorientierung im Professionalisierungsprozess der Krankengymnastik:

„... in dem Ansatz der handlungsorientierten Strukturierung der Krankengymnastikausbildung (liegt) auch die Chance eines Wandels im beruflichen Selbstverständnis, und zwar in dem Sinne einer handlungsorientierten Professionalisierung über den Weg der Identifizierung berufsspezifischer »Handlungslogiken.«.“ (Schewior-Popp 1999: 104)

Ein solches handlungsorientiertes Professionalisierungskonzept verabschiedet sich von einem merkmalsbezogenen, rein wissenschaftsorientierten Professions-Begriff. Vielmehr geht es hier um das professionelle Handeln<sup>27</sup> in der beruflichen Praxis (Schewior-Popp 1999: 48). Demnach wird im Wesentlichen nach den Anforderungen gefragt, die die Berufspraxis an die Professionellen stellt, bzw. – bezogen auf den Ausbildungsbereich – nach den Qualifikationen, die die Berufsangehörigen zum professionellen Handeln innerhalb ihres beruflichen Kontextes befähigen:

„Insofern muß der Blick auf die Auswahl, Begründung und Vermittlung von Qualifikationen als Elemente des Professionalisierungsprozesses gelenkt und die je spezifischen beruflichen Handlungsstrukturen zum Maßstab für Wissenschaftsbezug und Curriculum werden.“ (Schewior-Popp 1999: 48)

---

<sup>26</sup> Einen allgemeinen theoretischen und praktischen Einblick in das didaktische Konzept der Handlungsorientierung vermitteln Jank und Meyer (1994: 337-384). In der beruflichen Bildung findet die Rezeption der handlungsorientierten Ansätze offenbar vor allem unter dem Gesichtspunkt des praktischen Lernens und im Zusammenhang mit der Vermittlung von Schlüsselqualifikationen statt (Schewior-Popp 1999: 54). Über weitere didaktische Ansätze und Curriculumtheorien in der beruflichen Bildung informiert Schewior-Popp (1999: 50-54).

<sup>27</sup> Nach Schewior-Popp ist professionelles Handeln immer mit der „Gleichzeitigkeit von theoretischem Wissen, Verstehen und Entscheiden“ verbunden und geschieht außerdem immer „im Kontext der Eingebundenheit in ein Organisationssystem mit spezifischen arbeitsteiligen und hierarchischen Merkmalen“ (Schewior-Popp 1999: 48). Eine Ausbildung, die auf professionelles Handeln vorbereiten will, muss deshalb beide Aspekte berücksichtigen (ebd.).

Eng verbunden mit den handlungsorientierten Ansätzen in der beruflichen Bildung ist das Konzept der Schlüsselqualifikationen (Schewior-Popp 1999: 54). Wie Schewior-Popp zusammenfasst,

„... basiert das Konzept der Schlüsselqualifikationen auf dem Erwerb von Handlungskompetenzen im kognitiven, affektiv-psychozialen und psychomotorischen Bereich, deren beherrschen es ermöglicht, komplexe berufliche Anforderungsstrukturen erfolgreich zu bewältigen ...“ (Schewior-Popp 1999: 58).

### 3.5 Die Physiotherapie definiert sich neu

Die Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder, wie der Physiotherapie oder auch anderer Gesundheitsfachberufe, vollziehen sich vor dem Hintergrund eines raschen sozialen und kulturellen Wandels. Dieser Wandel drückt sich Göpel und Hölling zufolge vor allem in einem Übergang von einer Krankheits- zu einer Gesundheitsorientierung in der Gesellschaft aus, der auch „eine weitreichende Neubestimmung der tradierten Berufsrollen und Funktionszuweisungen im Bereich der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung“ bewirkt (Göpel/Hölling 1996: 2).

Die von den Autoren diagnostizierten und prognostizierten gesellschaftlichen Entwicklungen fordern von den Gesundheitsberufen unter anderem, dass sie sich „im Rahmen multiprofessioneller Teams ihrer jeweils spezifischen Kompetenz (...) vergewissern und die Bedeutung der arbeitsteiligen Ergänzung durch andere berufliche Kompetenzen (...) würdigen“ (Göpel/Hölling 1996: 1), anstatt wie bisher „durch soziale Absetzbewegungen ihre persönlichen Vorteile zu erhalten und auszubauen“ (5).

Die gegenwärtigen Bestrebungen der Physiotherapie, das *Spezifische* der krankengymnastischen Behandlung herauszuarbeiten und sie als ein überschaubar gegliedertes Fach mit einem geschlossenen beruflichen Selbstverständnis – über ihre Spezialisierung auf die medizinischen Fachbereiche hinaus – darzustellen, können in diesem Zusammenhang gesehen werden.

Wie oben bereits erwähnt, sollen Struktur und Inhalte der Physiotherapie in der Weise neu definiert werden, dass die „Einheit in der Vielfalt“ deutlich wird. Dies setzt voraus, dass zunächst ihr Behandlungsansatz eindeutig beschrieben wird (Hüter-Becker 1997: 566). Diese Überlegungen gehen auf die Arbeit der Kommission „Strukturanalyse“<sup>28</sup> zurück, die der Gesamtvorstand des ZVK eigens zu diesem Zweck eingesetzt hat (568).

---

<sup>28</sup> Zum angegebenen Zeitpunkt setzte sich die Kommission aus folgenden Mitgliedern zusammen, die für jeweils unterschiedliche Schwerpunkte zuständig waren: Frauke Biewald und Barbara Frost für Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle; Heiko Dahl für das Bewegungssystem, Petra Kirchner für die Inneren Organen, Elvira Braun für Verhalten und Erleben und Antje Hüter-Becker als Kommissionsleitung (Hüter-Becker 1997: 569).

Im März 1997 präsentierte die Kommission ihre Ergebnisse: sie stellte damals ein „Neues Denkmodell für die Physiotherapie“ zur Diskussion, das sich nun nicht mehr an den medizinischen Fachgebieten, sondern an den Organ- und Funktionssystemen ausrichtet, an denen bewegungstherapeutische Behandlungstechniken ihre primäre Wirkung entfalten (Hüter-Becker 1997: 565). An diesem neuen Denkmodell ließe sich Hüter-Becker zufolge auch der zukünftige Weg der Physiotherapie in Aus-, Fort- und Weiterbildung ausrichten (ebd.).

Dieses 'Neue Denkmodell' stellt die Bewegungstherapie und damit auch ein ganzheitliches Therapieverständnis in den Mittelpunkt der Physiotherapie, denn:

„Bewegung ist die Grundlage des Lebens, und folglich wirkt die Bewegungs-Therapie immer auf den Menschen in seiner Gesamtheit und nicht auf ein bestimmtes funktionelles »Problem« oder »Defizit«. Bewegung ermöglicht einen besonderen therapeutischen Zugang zum Menschen und kann deshalb auf sein Wohlbefinden insgesamt einwirken.“ (Hüter-Becker 1997: 566)

Genau genommen müsste deshalb die Tätigkeit von PhysiotherapeutInnen mit der Bezeichnung 'Bewegungstherapie' versehen werden. Die gesetzlich verankerte Bezeichnung „Krankengymnastik“ greift dagegen viel zu kurz, denn zum einen richtet sich diese Therapieform schon längst nicht mehr nur an „Kranke“ und zum anderen ist auch selten „Gymnastik“ das therapeutische Agens (Hüter-Becker 1997: 567).

Das „Neue Denkmodell“ führt die Analyse über die klassische Definition von Physiotherapie hinaus. Ausgangspunkt dieser Analyse war die Suche nach den Strukturelementen von Bewegungstherapie, denen sich alle derzeitigen und auch alle zukünftigen Untersuchungs- und Behandlungstechniken zuordnen lassen (Hüter-Becker 1997: 567).

Als geeigneter Ansatzpunkt hat sich dabei die Frage nach dem primären Wirk-„Ort“ der bewegungstherapeutischen Intervention erwiesen. Diese führte zur Ermittlung der folgenden vier primären Wirkansätze von Bewegungstherapie: Funktionen des Bewegungssystems, Funktionen innerer Organe, Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle, Verhalten und Erleben (567). Dabei gilt es zu beachten, dass eine bewegungstherapeutische (krankengymnastische) Untersuchung und Behandlung grundsätzlich immer Anteile aus allen vier Bereichen enthält. Wohl verlagert sich der Schwerpunkt einer Behandlung, je nach aktuellem Zustand und Symptomkombination des jeweiligen Patienten, aber niemals kann ein Bereich vollkommen ausgeblendet sein (567).

Dieses „Neue Denkmodell“ steht gleichsam für einen Paradigmenwechsel in der Physiotherapie, wobei dem „alten Paradigma“ ein *analytisch-mechanistisches* und dem neuen ein *systemisch-vernetztes* Denken zu Grunde liegt.

Das *analytisch-mechanistische* Denken entspricht dem analytisch-naturwissenschaftlichen Paradigma der „Schulmedizin“. Da sich die Physiotherapie in enger Bindung an die naturwissenschaftlich orientierte „Schulmedizin“ entwickelt hat, hat sie zunächst auch deren Paradigma vorbehaltlos übernommen (Hüter-Becker 2000 a: 277). Dieses Paradigma ist vom cartesianischen Leib-Seele-Dualismus geprägt.



Demnach ist der Mensch in erster Linie funktionierender Körper und nicht beseelter Geist (279), und Krankheit wird primär als „Funktionsstörung“ betrachtet, die „repariert“ werden soll (278).

Die Ausrichtung am analytisch-naturwissenschaftlichen Paradigma hat sich Hüter-Becker zufolge berufsbildprägend auf die Physiotherapie ausgewirkt:

„Physiotherapeuten haben sich (...) in ihrem professionellen Umgang mit dem Körper ihrer Patienten auf dessen Funktionalität eingeeengt. Sie analysieren und interpretieren Bewegung nach biomechanischen Gesetzmäßigkeiten und vergessen dabei meist, dass der Körper ein unverwechselbares Ausdrucksmittel der Person ist und in ihm frühe Erfahrungen und Verletzungen im Sinne eines Körpergedächtnisses gespeichert sind.“ (Hüter-Becker 2000 a: 280)

Vor diesem Hintergrund ist auch die oben bereits erwähnte Diversifikation – womit Hüter-Becker die Fülle von Verfahren (Techniken, Methoden, Konzepten) meint, die die Physiotherapie in ihrer beinahe hundertjährigen Geschichte hervorgebracht hat – als ein „Kennzeichen analytisch-mechanistischen Denkens zu verstehen, das auf jede neu zu diagnostizierende Funktionsstörung mit einer neuen Behandlungstechnik antwortet“ (Hüter-Becker 2000 a: 278). Diese Techniken und Methoden sind – entsprechend dem alten Paradigma und dem damit einhergehenden Menschenbild – fast ausschließlich an funktionellen Defiziten orientiert. Auch die Zentrierung auf Kenntnisse und Fertigkeiten des Therapeuten lässt sich auf dieses Denken zurückführen (279).

Der bio-psycho-sozio-ökologische Ansatz des Neuen Denkmodells ebnet dagegen, wie bereits erwähnt, einem ganzheitlichen Verständnis von Physiotherapie den Weg:

„Im neuen Denkmodell für die Physiotherapie sind das Erleben und Verhalten des Patienten und selbstverständlich auch des Therapeuten mit den primär körperorientierten Wirkorten Bewegungssystem – Innere Organe – Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle vernetzt. (...) Dieser Ansatz geht über ein rein psychosomatisches Verständnis von Medizin und Physiotherapie noch hinaus, indem er die Sozialbezüge des Patienten und seine Beziehung zur Welt (Umwelt) integriert. Damit ist auch das zugrundeliegende Menschenbild skizziert, das den Menschen – hier den Patienten – als Leib-Seele-Einheit und ein System versteht, das sich in dynamischem Austausch mit seiner Umwelt selbst organisiert.“ (Hüter-Becker 2000 a: 281)

Hier tritt das systemisch vernetzte und prozesshafte Denken, in dem das „Neue Denkmodell“ der Physiotherapie wurzelt, deutlich zutage. Der Organismus wird als ein System aufgefasst, das sich über seine körpereigenen Informationsnetze selbst reguliert (Hüter-Becker 2000 a: 280). Demnach wird Krankheit nicht mehr als Störung verstanden, die repariert werden muss, sondern als ein bio-psychosozialer Prozess (278).

Das Zugrundelegen eines systemisch-prozesshaften Denkens in der Physiotherapie schließt ein fundamentales Umdenken auch in Bezug auf die Patienten- und Therapeutenrolle mit ein:

„Der Patient kann nicht mehr der »gehorsame und willige Empfänger« therapeutischen Inputs sein, was man heute gemeinhin Compliance nennt; und der Therapeut kann nicht derjenige bleiben, der von vornherein weiß, wo es langzugehen hat. Denn letztendlich kann Veränderung – auch Veränderung im Bewegungsverhalten – nur stattfinden, wenn der Mensch, um den es dabei geht, Veränderung wünscht, sie beschreiben und den Weg dorthin annehmen kann. Das ist sehr viel mehr als die »Mitarbeit« und »Eigentätigkeit«, die in physiotherapeutischen Publikationen immer wieder als Voraussetzung für eine aktive Behandlung genannt wird.“ (Hüter-Becker 2000 a: 281)

Diese Vorstellungen konsequent in die physiotherapeutische Praxis zu übertragen hieße, dass der Patient die Behandlungsziele formuliert, sofern er psychophysisch dazu in der Lage ist, während der Therapeut „nur“ die Mittel und Wege zur Annäherung an diese Ziele zur Verfügung stellt. Nicht nur für die Patienten, sondern vor allem auch für Physiotherapeuten ergeben sich daraus ganz neue Anforderungen (Hüter-Becker 2000 a: 281).

Hier gerät die Beziehungsebene in der Physiotherapie in den Mittelpunkt der Betrachtung. „Diese nicht aus dem Blick zu verlieren und nicht aus der Hand zu geben“ (Hüter-Becker 2000 b: 618) erklärte Hüter-Becker im November 1999 in ihrem Vortrag „Bewährtes erhalten – Zukunft gestalten“ (anlässlich des ZVK-Kongresses in Bonn) als eine wichtige Aufgabe für die Zukunft der Physiotherapie. Zum Tragen kommt die Beziehungsebene in ihrem sogenannten „therapeutischen Dreiklang“, der für Hüter-Becker das „Wesentliche“, das „der Physiotherapie Eigene“ und das „die Physiotherapie grundlegend Bestimmende“ ist, das sich für den Patienten und den Therapeuten in gleicher Weise bewährt hat:

„Das Wesentliche ist für mich

- die Hand als Hand-Werkzeug der Be-Handlung, mit der wir den Patienten körperlich *berühren* und seelisch *anrühren*,
- der Augen-Blick, mit dem wir den Patienten betrachten, seine körperlichen Besonderheiten erfassen und sein Besonders-Sein als Individuum wahrnehmen und
- die einfühlsame Zuwendung, mit der wir dem Patienten begegnen, ihn begleiten und ihn bestärken, sein Leben – auch trotz Behinderung – (wieder) selbst in die Hand zu nehmen.“

(Hüter-Becker 2000 b: 618; Hervorhebungen im Original).

Wie sich im folgenden Kapitel zeigen wird, treten hier in idealtypischer Weise Strukturmerkmale therapeutischen Handelns hervor, wie Oevermann sie für ein therapeutisches Arbeitsbündnis beschreibt.

Das „Neue Denkmodell“ könnte in vieler Hinsicht den von Göpel und Hölling beschriebenen, im Gesundheitswesen anstehenden Strukturveränderungen gerecht werden:

Indem die Physiotherapie ihren spezifischen Behandlungsansatz definiert, verweist sie gleichsam auf ihre „spezifische Kompetenz“ und kann sich damit eindeutig in dem multiprofessionellen Berufsfeld Gesundheit positionieren. Die Überschaubarkeit des Modells bietet gleichsam die Chance zur Überprüfung der Effektivität der zur

Verfügung stehenden Behandlungsmethoden (Hüter-Becker 1997: 568) und damit auch zur Qualitätssicherung in der Physiotherapie.

Es kann auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation angewendet werden und flexibel auf neue, zukünftige Aufgaben reagieren (568), wie z.B. auf das steigende Interesse an Gesundheitsförderung. Es integriert darüber hinaus das psychosomatische Verständnis von Medizin und den naturwissenschaftlich-schulmedizinischen Ansatz (ebd.). Es nimmt eine ganzheitliche Sicht auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit und begreift PatientInnen als handelnde Subjekte im therapeutischen Prozess:

„Es macht deutlich, daß physiotherapeutische Behandlung immer ein vielschichtiger Prozeß ist, in dem »Techniken« ihre Berechtigung haben, der aber nicht im »Technischen« verharrt, sondern vom Verhalten und Erleben der Person »Patient« beeinflußt wird und der dieses wiederum beeinflußt.“ (Hüter-Becker 1997: 568).

Insofern trägt das 'Neue Denkmodell' auf verschiedenen Ebenen dem Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Orientierung der beruflich ausgeübten Krankenversorgung (Göpel/Hölling 1996: 8) bzw. Gesundheitsförderung Rechnung.

Mit Einbringen dieses 'Neuen Denkmodells' hat die Physiotherapie m.E. einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einem eigenständigen und in sich geschlossenen beruflichen Selbstverständnis getan. Es wurde gleichsam eine Grundlage für eine theoretische Fundierung ihrer Tätigkeit<sup>29</sup> und für die Formulierung einer eigenen Berufsethik geschaffen. In Zukunft wird es darum gehen müssen, dieses Denkmodell auch an der beruflichen Basis zu verankern. Diesbezüglich wird die Umstrukturierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung eine entscheidende Rolle spielen.

---

<sup>29</sup> Zur wissenschaftlichen Fundierung des bio-psycho-sozio-ökologischen Ansatzes wurde der neu gegründete „Förderkreis Integrative Physiotherapie“ eingesetzt (Hüter-Becker 2000 a: 281).

#### 4 Das Arbeitsbündnis als Ansatzpunkt für professionalisiertes Handeln in der Physiotherapie

Das vorangegangene Kapitel hat Einblicke in die historische Entwicklung des Berufsstandes Physiotherapie und den aktuellen Stand seiner Professionalisierungsbestrebungen eröffnet. Dabei ist deutlich geworden, dass die Forderungen berufspolitisch engagierter Berufsangehöriger über den bisher erreichten Grad ihrer Professionalisierung hinausgehen. Angestrebt wird beispielsweise, wie bereits erwähnt, eine grundsätzliche Anhebung der physiotherapeutischen Ausbildung auf Fachhochschulniveau und die Einrichtung von universitären Studiengängen für Lehrkräfte (vgl. S.29 ). Während das in anderen europäischen Ländern längst geschehen ist, herrscht in der Bundesrepublik Deutschland keine Einigkeit bezüglich der Notwendigkeit einer Akademisierung der Physiotherapie, weder innerhalb der Berufsgruppe noch auf politischer Ebene.

In diesem Kapitel soll es nun um die theoretische Begründung gehen, warum eine akademischen Ausbildung für PysiotherapeutInnen für dringend erforderlich gehalten wird. M.E. kann dabei das Konzept eines „physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses“ aufschlussreich sein - vor allem auch für die Berufskolleginnen und -kollegen an der Basis. Deshalb möchte ich nicht dabei stehen bleiben, ein solches Arbeitsbündnis zu entwerfen, sondern damit gleichzeitig in einen Dialog mit der „Praxis“ einsteigen (vgl. Kap. 5).

Zunächst aber nun zu der hier vertretenen These: Es wird davon ausgegangen, dass der zentrale Ort professionellen Handelns von PhysiotherapeutInnen die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung ist. Demzufolge müsste eine Analyse dieser Beziehung sowohl zu Erkenntnissen bezüglich der Anforderungen führen, die dabei an die Professionellen gestellt werden, als auch Schlüsse auf die dementsprechend erforderliche Ausbildung zulassen.

Ein solcher Denkansatz findet sich auch in Oevermann's Theorie professionalisierten Handelns wieder.<sup>30</sup> Das Arbeitsbündnis als Kernmodell professionalisierten Handelns ist ein wesentlicher Bestandteil seiner Theorie. Da das in diesem Kapitel zur Diskussion gestellte „physiotherapeutische Arbeitsbündnis“ auf Oevermann's therapeutischem Arbeitsbündnis aufbaut, soll hier vorab ein Einblick in seine Theorie gegeben und sein Arbeitsbündnis vorgestellt werden.

---

<sup>30</sup> Dieser Beitrag bezieht sich auf den erstmalig 1996 bei Combe und Helsper erschienen Aufsatz „Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns“ von Ulrich Oevermann (Combe/Helsper 1999). Während die Rezeption und Diskussion seiner Professionalisierungstheorie vorher ausschließlich auf der Basis von Seminar Mitschriften und Vortragstranskriptionen möglich war (z.B. Weidner 1995), kann mit dem Erscheinen dieses Beitrags auf eine publizierte Grundlage zurückgegriffen werden (Combe/Helsper 1999: 14).

#### 4.1 Die radikalisierte Theorie professionalisierten Handelns nach Oevermann<sup>31</sup>

Im ersten Kapitel wurden die verschiedenen Professionalisierungsansätze benannt und auf ihre historischen Wurzeln in der anglo-amerikanischen Professionalisierungsdiskussion zurückgeführt. Diesbezüglich lässt sich Oevermann wie folgt einordnen: mit seiner Theorie professionalisierten Handelns strebt er nicht nur eine Rehabilitierung, sondern darüber hinausgehend auch eine Radikalisierung der klassischen Professionstheorie an (Oevermann 1999: 70f). Er versucht zu widerlegen, dass die klassische Professionstheorie lediglich zur Mystifizierung eines veralteten Professionsideals beiträgt und nur als Theorie rechtfertigt, was primär nicht mehr als eine Ideologie zur Verteidigung von Standesinteressen und -privilegien ist. Der Kern seiner Professionalisierungstheorie wird nicht von Professionsmerkmalen, sondern von der „Strukturlogik des professionalisierten Handelns“ gebildet (71). Dementsprechend versteht Oevermann unter Professionalisierung nicht das Streben nach Professionsmerkmalen, sondern die Professionalisierung des Handelns im sogenannten Arbeitsbündnis. Diesen Perspektivwechsel in der Professionalisierung-Diskussion – von der Betrachtung äußerer Professionsmerkmale zur Analyse der inneren Struktur professionellen Handelns – bezeichnet Oevermann als eine Radikalisierung der klassischen Professionstheorie.

Oevermann geht davon aus, dass dem professionalisierten Handeln für das Funktionieren moderner Gesellschaften eine bedeutsame Rolle zukommt, weil es zur unmittelbaren praktischen Krisenbewältigung auf zwei gesellschaftlichen Problemebenen beitragen kann, die in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen, „analog der dialektischen widersprüchlichen Einheit von Individuum und Gesellschaft“ (88) – nämlich der Aufrechterhaltung und Gewährleistung sowohl der kollektiven Praxis von Recht und Gerechtigkeit als auch der leiblichen und psychosozialen Integrität des Individuums (88f).

Eine weitere Bestimmung erfährt professionalisiertes Handeln Oevermann zufolge im wissenschaftlichen Handeln, das sich mit zunehmender gesellschaftlicher Differenzierung und Rationalisierung und der sich dabei institutionalisierenden

---

<sup>31</sup> Diesem Kapitel sollen einige Vorbemerkungen zu der von Oevermann verwendeten Sprache vorangestellt sein: Oevermann verwendet durchgängig ausschließlich die männlichen Sprachformen, obwohl zur Zeit des Erscheinens seines Aufsatzes bereits eine Fülle von Untersuchungen nicht nur die Diskriminierung von Frauen durch unsere androzentrisch geprägte Sprache eindrucksvoll vor Augen führen, sondern darüber hinaus auch Anregungen hinsichtlich einer nicht-sexistischen Sprachverwendung vorlegen (vgl. Grabruker 1993; Müller/Fuchs 1993; Pusch 1984, 1990; Trömel-Plötz 1986, 1990, 1992). Inzwischen lässt sich erfreulicherweise beobachten, dass die hier gewonnenen Erkenntnisse auch in wissenschaftliche Abhandlungen zunehmend Einzug halten, indem die VerfasserInnen beispielsweise auch die weiblichen Sprachformen verwenden und dadurch die Existenz von Frauen in der Öffentlichkeit explizit machen. Oevermann hat sich in diesem Punkt anders entschieden: er verharrt in der androzentrischen Sprache, wobei ich davon ausgehen möchte, dass die Frauen bei ihm immerhin mitgemeint sind. Meiner Ansicht nach ist eine solche Haltung vor allem auch aus dem Grunde zu kritisieren, da seine Theorie professionalisierten Handelns seiner eigenen Aussage nach auf Berufsgruppen angewandt werden soll, die, wenn nicht sowieso typische Frauenberufe (wie z.B. die "Pflegerberufe"), dann zumindest solche mit einem hohen Frauenanteil sind (z.B. die "pädagogischen Berufe"). Wenn ich also im Zuge der Darstellung seiner Theorie seine Sprache übernehme, dann nicht deshalb, weil ich sie billige, sondern nur, um ihn in seinen Aussagen authentisch wiederzugeben.

Erfahrungswissenschaften als dritter Typus professionalisierten Handelns herauskristallisiert. Als entscheidenden Wendepunkt benennt er die Emanzipation des wissenschaftlichen Handelns vom religiösen Weltbild ab dem Ende des 17. Jahrhunderts. Von da an etablierte sich das naturwissenschaftliche Denken, und die „Logik des besseren Arguments“ hielt Einzug in den wissenschaftlichen Diskurs. Erst infolge dieses Professionalisierungsprozesses auf wissenschaftlicher Ebene, in dessen Verlauf die erfahrungswissenschaftlichen Methoden, Theorien und Erkenntnisse in die theologischen, medizinischen und rechtswissenschaftlichen Fakultäten einwandern, erhalten die klassischen Professionen im Laufe der Zeit die wissenschaftliche Basis, die sie zur vollen Professionalisierung ihrer Tätigkeiten benötigen (95f).

Auf diese Weise entwickeln sich nach Oevermann die Erfahrungswissenschaften zur notwendigen wissenschaftlichen Begründungsbasis professionalisierter Tätigkeit und zum konstitutiven Bestandteil der professionalisierten Praxis überhaupt.<sup>32</sup> Am Ende dieser Entwicklung ist der wissenschaftliche Diskurs der praktischen Tätigkeit der Professionen in dem Sinne vorgeordnet, dass vor jeder professionsspezifischen praktischen Ausbildung die Einsozialisierung in einen sogenannten „wissenschaftlichen Habitus“ an der Universität erfolgt (97f).<sup>33</sup> Der auf diese Art geprägte Idealtypus professionalisierten Handelns legitimiert sich also nicht mehr über eine unmittelbar charismatische Durchführung seiner Praxis (z.B. früher Heiler, heute „Halbgott in Weiß“), sondern indem er sein Handeln wissenschaftlich zu begründen vermag (86).

Oevermann geht grundsätzlich von der Notwendigkeit einer jeweiligen Autonomie von Wissenschaft und (Lebens)Praxis aus. Für die Wissenschaft folgt daraus eine vollkommene Entlastung von der Praxis insofern, als sie von dieser weder funktionalisiert noch inhaltlich und methodisch beeinflusst oder kontrolliert wird. An die Stelle der Kontrolle durch die Praxis tritt die Möglichkeit einer wirksamen kollegialen Kontrolle, beruhend auf einer verbindlichen Professionsethik und einer

---

<sup>32</sup> Während dieser wissenschaftliche Professionalisierungsprozess Oevermann's Darstellung zufolge einen einverständlichen und quasi natürlichen Ablauf vermuten lässt, beschreiben andere Autorinnen und Autoren ihn als einen Machtkonflikt, aus dem die Naturwissenschaften schließlich als Sieger hervorgingen. Exemplarisch soll hier auf folgende Beiträge hingewiesen werden: auf die Kritik von Illich (1978), der Expertenwissen als entmündigendes Unterdrückerwissen deklariert, und auf Böhme, der am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe die Verdrängung des sogenannten lebensweltlichen Wissens durch das wissenschaftliche Wissen und die Degradierung des Hebammenwissens zum Handlangerwissen durch die zunehmende soziale Abhängigkeit der Hebammen von den Ärzten beschreibt (1993: 48). Darüber hinaus gibt es diesbezüglich inzwischen auch eine umfangreiche feministische Diskussion. Verwissenschaftlichungs- (z.B. Hausen 1986, Klinger 1986, Nowotny 1986) und Professionalisierungsprozesse (Wetterer 1993: 12) sind demnach – historisch betrachtet – immer zugleich auch Prozesse der kollektiven Ausgrenzung und/oder Marginalisierung von Frauen. Aus dieser Sicht erscheint auch das Semi-Professionen-Konzept in einem anderen Licht, denn die hier beschriebenen Ausgrenzungsprozesse „setzten mit der Etablierung der hierarchischen Beziehung zwischen (Männern vorbehaltenen) Profession und (den Frauen zugeordneten) Semi-Profession das Muster einer geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes durch, das die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern im Vergleich zur vorbürgerlichen Gesellschaft grundlegend und für die weitere Entwicklung eines geschlechtssegregierten Arbeitsmarktes beispielgebend institutionalisierte“ (Wetterer, ebd.).

<sup>33</sup> Der wissenschaftliche Professionalisierungsprozess erstreckt sich Oevermann zufolge vom Ende des 17. Jahrhunderts bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts. In diesem Zuge kommt es zunächst zur Institutionalisierung der Erfahrungswissenschaften, wobei die Universitäten den gesellschaftlichen Ort des wissenschaftlichen Diskurses bilden, und anschließend zu ihrer methodischen Universalisierung (Oevermann 1999: 95-98).

verbindlichen Methodologie. Umgekehrt muss aber die Wissenschaft auch die Autonomie der Praxis anerkennen, ihr überlassen, welchen Gebrauch sie von den Forschungsergebnissen der Erkenntniskritik macht, und sich jeglicher praktischen Entscheidung enthalten. So kann sie zwar die wissenschaftlich beweisbaren Konsequenzen einer Entscheidung mit ihren Methoden erklären, sie ist aber nicht kompetent, diese Entscheidung selbst zu treffen (79, 102f).

Eine Theorie-Praxis-Vermittlung ist laut Oevermann nur in der Praxis möglich und nicht innerhalb der Wissenschaft und der Erkenntnistheorie. Diese Theorie-Praxis-Vermittlung verwirklicht sich seiner Bestimmung nach, indem die Problemlösung in der Praxis wissenschaftlich begründet wird. Somit stellt für Oevermann das klientenbezogene professionalisierte Handeln den gesellschaftlich-lebenspraktischen Ort dieser Theorie-Praxis-Vermittlung dar, die es also ohne professionell Handelnde gar nicht gäbe (79).

Sowohl für das wissenschaftliche professionalisierte Handeln, als auch für das klientenbezogene professionalisierte Handeln arbeitet Oevermann die jeweils spezifische innere Strukturlogik professionalisierten Handelns heraus, letztere im Focus Therapie am Modell der Therapeut-Patient-Beziehung. In diesem Zusammenhang entsteht das Konzept des Arbeitsbündnisses als sein Kernmodell professionalisierten Handelns für die therapeutische Praxis. Auf Oevermann's therapeutisches Arbeitsbündnis, an das ich mit meinem physiotherapeutischen Arbeitsbündnis anknüpfen werde und das die spezifische Strukturlogik des professionalisierten therapeutischen Handelns erklärt, werde ich im Folgenden (Kap. 4.2.) ausführlich eingehen.

Professionalisiertes therapeutisches Handeln setzt Oevermann zufolge also eine Professionalisierung auf zwei Ebenen voraus: auf der Ebene des wissenschaftlichen Diskurses und auf der konkret praktischen Ebene des Arbeitsbündnisses mit einem Klienten (135f).

Nach Oevermann lassen sich über diese Strukturbestimmung professionalisierten Handelns die Professionen von den sogenannten Semi-Professionen unterscheiden (137ff): Professionen bedürfen neben der Professionalisierung des wissenschaftlichen Diskurses einer expliziten zusätzlichen Professionalisierung im Arbeitsbündnis mit einem Klienten (139f). Für in diesem Sinne vollständig professionalisiert hält Oevermann beispielsweise die Psychotherapeuten (genauer: die Psychoanalytiker) und – erstaunlicherweise – auch die Ärzte (129, 140)<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Diese umstandslose Zuordnung der Ärzte zu den Voll-Professionen kann hier nicht unwidersprochen hingenommen werden, denn sie steht m.E. in einem krassen Gegensatz zu den Ansprüchen, die Oevermann selbst an das professionelle Handeln im Arbeitsbündnis und an eine dafür qualifizierende Ausbildung formuliert. Oevermann's Einschätzung nach bereitet die Mediziner Ausbildung, bestehend aus einer vorklinischen „Paukphase“ und den sich anschließenden klinischen Semestern mit Elementen des „learning by doing“, in idealtypischer Weise auf die komplexen Anforderungen dieses therapeutischen Berufs vor (Oevermann 199: 129). Tatsächlich wird im Medizinstudium jedoch wenig Wert auf die Vermittlung psychosozialer, kommunikativer und personaler Kompetenzen gelegt, die eine unabdingbare Voraussetzung für die professionelle Gestaltung eines Arbeitsbündnisses darstellen (vgl. Kap. 4.2.2). Und auch an der ärztlichen Praxis

Bezüglich der anderen Gesundheitsfachberufe bleibt Oevermann in seinen Aussagen unklar. Einerseits weist er darauf hin, dass diese zusätzliche klientenbezogene Professionalisierungsbedürftigkeit auch auf die „im weiteren Sinne therapeutisch-prophylaktische(n) Tätigkeiten hin zu Erziehung, Sozialisation, Pflege und institutioneller Hilfe“ (140) zutrifft. Andererseits unterscheiden sich diese verschiedenen Berufe seiner Ansicht nach untereinander ganz wesentlich dahingehend, „wie sehr sie der Begründung in einem wissenschaftlichen Diskurs bedürfen und wie stark sie faktisch ihre konkret-praktische, klientenbezogene Professionalisierungsbedürftigkeit eingelöst haben“ (140). Berufe, die zwar für ihr therapeutisches Handeln die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses beherrschen müssen, jedoch ohne den wissenschaftlichen Diskurs auskommen, sind für Oevermann (in Anlehnung an Etzioni 1969) Semiprofessionen. Diese Einordnung nimmt er vor, obwohl er selbst feststellt, dass die spezifische Problematik dieser nicht voll professionalisierten Berufe von der bisherigen Professionalisierungstheorie bisher noch viel zu wenig analysiert und reflektiert ist (140).

Deshalb erhebt Oevermann selbst den Anspruch, seine Theorie professionalisierten Handelns im Focus Therapie zumindest auf die pädagogischen und pflegerischen Berufe anwenden zu wollen (140). Tatsächlich erörtert er die Übertragbarkeit des therapeutischen Arbeitsbündnis dann jedoch lediglich in Bezug auf das Lehrer-Schüler-Verhältnis und die Institution Schule, und reklamiert eine vollständige Professionalisierungsbedürftigkeit ausdrücklich nur bezogen auf das pädagogische Handeln in diesem Bereich, während die anderen pädagogischen Berufe (z.B. SozialpädagogInnen, ErwachsenenpädagogInnen u.s.w.) und die pflegerischen Berufe mit keinem Wort erwähnt werden (141-182).<sup>35</sup>

Ebenfalls unberücksichtigt bleiben in Oevermann's Theorie die sogenannten „therapeutisch-prophylaktischen Berufe“. Welche Berufe er selbst unter diesen Sammelbegriff subsummiert, bleibt (genau wie bei den „pflegerischen Berufen“) offen. Es wird hier davon ausgegangen, dass die Physiotherapie, die bei Oevermann nicht explizit genannt wird, diesen therapeutisch-prophylaktischen Tätigkeiten zuzuordnen wäre.

---

zeigt sich, dass die an das Arbeitsbündnis geknüpfte Grundhaltung gegenüber hilfebedürftigen Personen, die sich vor allem darin ausdrückt, dass diese als eigenständige und weitestgehend auch eigenverantwortliche Persönlichkeiten gesehen und entsprechend behandelt werden, bei Ärzten eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Im Übrigen ist das Curriculum der ärztlichen Ausbildung, an dem sich Oevermann hier orientiert, aus den genannten Gründen inzwischen umstritten. So ist beispielsweise in dem seit dem Wintersemester 1999/2000 laufenden Reformstudiengang Medizin an der Charité Berlin (Modellversuch) gerade die strikte Trennung von vorklinischer Theorie und klinischer Praxis aufgehoben. Hier werden die Studentinnen und Studenten ab dem ersten Semester an den Umgang mit Patientinnen und Patienten herangeführt und Lerninhalte stärker auf die Praxis hin ausgerichtet. Das selbstständige Erarbeiten diagnostischer und therapeutischer Probleme in betreuten Kleingruppen (Nachrichten aus der Robert Bosch Stiftung 1999: 4) und anhand von Fallbeispielen (Born 2000: 19) rückt in den Vordergrund. In den Prüfungen geht es weniger um das Abfragen von Paukwissen, sondern um das Erfassen komplexer Fähigkeiten, wie z.B. das Vermögen, Fachwissen auf reale Probleme anzuwenden (Hansen 1999: 71).

<sup>35</sup> Diese Unterlassung wiegt umso schwerer, da Oevermann in der Überschrift von Abschnitt VIII ausdrücklich ankündigt, er wolle sich auch mit deren Professionalisierungsproblematik beschäftigen. Sie lautet: Die spezifische Professionalisierungsproblematik der pädagogischen und pflegerischen Berufe unter dem Gesichtspunkt des Focus von Therapie (141).



Beim professionellen Handeln geht es um die Qualität, um die wissenschaftlich begründete und begründbare Methode, um die Umsetzung von Buch- und Erfahrungswissen in die konkrete Patienten-Beziehung (individuelles Fallverstehen) und um die Fähigkeit zur therapeutischen Distanz (Arbeitsbündnis). All dies braucht die Physiotherapie, wie im Folgenden (Kap. 4.3) noch dargestellt werden soll. Oevermann's Theorie wird deshalb im Rahmen dieser Arbeit dahingehend weiterentwickelt, dass die Übertragung seines Konzeptes des Arbeitsbündnisses auf die Physiotherapie versucht wird.

An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es für die Physiotherapie nicht darum gehen kann und soll, Psychoanalyse zu betreiben oder in erster Linie psychotherapeutisch tätig zu sein. Das ist allerdings auch keine notwendige Voraussetzung für die Übertragbarkeit des Arbeitsbündnisses auf die Physiotherapie. Denn die Psychoanalyse fungiert bereits bei Oevermann nur als Prototyp für eine therapeutische Praxis, an der sich die Strukturmerkmale des professionellen Handelns im Arbeitsbündnis aufzeigen lassen.

## 4.2 Das therapeutische Arbeitsbündnis nach Oevermann

Bevor die Anwendung des Oevermann'schen Arbeitsbündnisses auf die Physiotherapie erfolgen kann, soll hier zunächst geklärt werden, was genau Oevermann unter einem Arbeitsbündnis versteht und wie er es theoretisch begründet (s. Kap. 4.2.1.) Anschließend soll aber auch geklärt werden, zu welchen Ergebnissen er selbst bezüglich Fähigkeiten und Ausbildung der in dieser Weise professionalisierten Psychotherapeuten bzw. Ärzte gelangt (s. Kap. 4.2.2.).

### 4.2.1 Definition und theoretische Grundlagen

Oevermann zufolge zeichnet sich professionalisiertes Handeln vor allem durch das Eintreten in ein professionelles Arbeitsbündnis mit einem Klienten aus (Oevermann 1999: 137). Als Arbeitsbündnis bezeichnet er die für professionalisiertes therapeutisches Handeln charakteristische Beziehungspraxis:

„Primär am professionalisierten Handeln ist (...) die zugleich diffuse und spezifische Beziehung zum Klienten, dessen leibliche und/oder psychosoziale Beschädigung beseitigt oder gemildert werden soll. Ich nenne diese Beziehungspraxis das Arbeitsbündnis.“ (Oevermann 1999: 115).

Professionalisiertes therapeutisches Handeln versteht er also nicht als monologische technische Problemlösung, sondern als Interaktion zwischen Therapeut und Klient.

Dieses Modell des Arbeitsbündnisses ist das Ergebnis einer Strukturanalyse der Arzt-Patient-Beziehung in der psychoanalytischen Therapie, die Oevermann vor dem Hintergrund seiner „spezifisch soziologischen Sozialisationstheorie“ (109) vornimmt.

## Oevermann's spezifisch soziologische Sozialisationstheorie:

Diese spezifisch soziologische Sozialisationstheorie erhebt die sogenannten elementaren Formen von Sozialität zur fundierenden Grundlage von Gesellschaftlichkeit (Oevermann 1999: 111f).

Solche elementaren Formen von Sozialität entdeckt Oevermann in den Beziehungen innerhalb der ödipalen Triade, also zwischen Mutter und Vater, Mutter und Kind und Vater und Kind. Er definiert sie als naturwüchsige diffuse Sozialbeziehungen zwischen ganzen Menschen, weil er davon ausgeht, dass in diese Beziehungen grundsätzlich alle Themen hineingehören.<sup>36</sup> Sie enden dann, wenn eine der Personen, aus denen sie sich zusammensetzen, abhanden kommt bzw. nicht mehr existiert. Im Gegensatz dazu bleiben spezifisch rollenförmige Sozialbeziehungen Oevermann zufolge auch dann bestehen, wenn das Personal wechselt. Sie sind durch aufeinander bezogene Rollendefinitionen gekennzeichnet, durch die die in solchen Beziehungen möglichen Themen von vornherein festgelegt sind (110).

Oevermann sieht nun die elementare, rollenfreie Sozialität nach dem Muster einer diffusen Beziehung von ganzen Menschen als Grundlage für menschliches Handeln überhaupt an und die rollenförmigen Handlungssysteme als davon abzuleiten. Demzufolge handeln Menschen immer auch als ganze Personen, sowohl innerhalb der Familie als auch in gesellschaftlich institutionalisierten Rollenbeziehungen. Gerade die professionalisierte Tätigkeit ist demnach immer mehr als eine bloß rollenförmige Tätigkeit (112).

Oevermanns Sozialisationstheorie zufolge findet Sozialisation in der praktischen Teilhabe an der Struktur der familialen Interaktion in der Strukturgesetzlichkeit der ödipalen Triade statt (110). Er beschreibt sie als eine Abfolge von Ablösungskrisen: die Ablösung aus der organischen Symbiose im Mutterleib bei der Geburt, die Ablösung aus der Mutter-Kind-Symbiose, die Ablösung aus der manifest ödipalen Triade und die Ablösung aus der Herkunftsfamilie in der Adoleszenzkrise, die schließlich die soziale Geburt eines autonomen Subjekts zur Folge hat (114). Professionalisiertes Handeln im Focus „Therapie“ bezieht sich Oevermann zufolge auf diesen Entwicklungsprozess hin zu einem autonomen Subjekt:

„Denn wo die Autonomie des Subjekts durch Beschädigung der leiblichen und psychosozialen Integrität eingeschränkt ist und das Subjekt durch Selbsteilung und ohne professionelle Hilfe diese Integrität nicht wiederherstellen kann, muß eine therapeutische oder prophylaktische Intervention zum einen normativ sich letztlich an diesem genetischen Modell von Autonomie orientieren, die es zu achten gilt, und zum anderen in ihrer aktuellen Interventionspraxis sowohl diese genetische Konstellation der Autonomisierung inszenieren als auch darin die konkret-individuelle Vorgeschichte der Beschädigung re-inszenieren.“ (Oevermann 1999: 114f)

---

<sup>36</sup> Mit seiner strikten Trennung von diffusen Sozialbeziehungen und Rollenbeziehungen grenzt sich Oevermann ausdrücklich von Parsons Rollentheorie ab. Er vertritt vielmehr die These, dass familiäre Beziehungen sich gerade durch ihre Komplexität und Diffusität auszeichnen und deshalb grundsätzlich nicht rollentheoretisch erklärbar sind (110f). Obwohl Oevermann's These zum Widerspruch reizt, soll diese Unstimmigkeit im Rahmen dieser Arbeit nicht ausdiskutiert werden. Für das Arbeitsbündnis ist es nicht wichtig, ob in der Familie nur diffuse oder darüber hinaus auch noch rollenförmige Beziehungen gelebt werden, denn es handelt sich dabei in jedem Fall um die von Oevermann beschriebene Beziehungspraxis mit diffusen und spezifischen Anteilen und auch um den zentralen Ort professionellen Handelns.

Die das psychotherapeutische Handeln kennzeichnende Re-Inszenierung der Beschädigung dürfte sich nicht 1:1 von der Psychoanalyse auf andere, z.B. physiotherapeutische Interventionen übertragen lassen. Aufgrund welcher Komponenten sich die Anwendbarkeit des Arbeitsbündnisses auf die Physiotherapie dennoch ergibt, werde ich im folgenden Kapitel (4.3) ausführlich darlegen.

#### Die elementaren Strukturmerkmale des Arbeitsbündnisses in der psychoanalytischen Therapie:

Die professionalisierte Tätigkeit hat immer die Wiederherstellung der Autonomie von Lebenspraxis zum Ziel und steht dabei vor dem besonderen Problem, dass diese Wiederherstellung sich ihrerseits nicht sekundär de-autonomisierend auswirken darf (Oevermann 1999: 113).

Ein solcher sekundär de-autonomisierender Schaden wäre zum Beispiel dann zu erwarten, wenn der Therapeut den Patienten dahingehend beeinflussen würde, dass er eine Psychotherapie beginnt. Ein Arbeitsbündnis soll jedoch als autonome Praxis verstanden werden, d.h., es soll durch eine autonome Entscheidung des Patienten zu Stande kommen, wobei er mit seinen gesunden Anteilen seine kranken Persönlichkeitsanteile anerkennt. Darüber hinaus drückt sich die Autonomie des Patienten auch noch darin aus, dass er sich mit dieser Entscheidung dazu verpflichtet, seinen Teil zur Heilung beizutragen (115f).

Ein weiteres Strukturmerkmal des Arbeitsbündnisses wurde oben bereits erwähnt: die Patient-Therapeut-Beziehung enthält Momente einer diffusen Sozialbeziehung. Dies ist vor allem auf Seiten des Patienten der Fall, für den in der Psychoanalyse die Grundregel gilt, alles zu thematisieren, was ihm durch den Kopf geht. Im Gegensatz zum Patienten partizipiert der Therapeut an der Diffusität dieser Beziehung allein innerlich, indem er sich als Übertragungsobjekt zur Verfügung stellt und in sich die dabei ausgelösten Empfindungen und Gefühle aufsteigen lässt. Seine Aufgabe besteht darin, alle Gegenübertragungsgefühle und -empfindungen zu thematisieren (116f).

Er darf diese Gegenübertragungsgefühle jedoch auf keinen Fall praktisch ausagieren. Diesbezüglich gilt für den Therapeuten eine sogenannte „Abstinenzregel“: Seine professionelle Kompetenz besteht darin, dafür zu sorgen, dass die therapeutische Beziehung im Modell der spezifischen Rollenbeziehung verbleibt. Das Arbeitsbündnis ist also auch durch eine spezifische, berufsförmig ausgeübte Rollenbeziehung charakterisiert, an der übrigens auch der Patient in seiner Rolle als Klient teilhat. Dies äußert sich beispielsweise in Form seiner Mitverantwortung für die zeitliche Begrenztheit der Sitzungen und der gesamten Behandlung, in der Bezahlung und dadurch, dass er außerhalb der Sitzung die distanzierte Haltung eines Klienten einnimmt (117).

Außerdem ist das Arbeitsbündnis durch Symmetrie und Asymmetrie gekennzeichnet. Es ist offen asymmetrisch, weil es sich aus einem Patienten, der als Beschädigter

Hilfe sucht, und einem Therapeuten, der kompetente Hilfe anbietet, zusammensetzt. Nach Oevermann besteht aber gleichzeitig eine unterschwellige Symmetrie, weil grundsätzlich sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten eine widersprüchliche Einheit von spezifischen und diffusen Beziehungsanteilen gilt (118).

Über die Übertragungs- und Gegenübertragungs-Interaktion zwischen Patient und Therapeut gelangt der Therapeut schließlich zu einer erfolgreichen stellvertretenden Deutung der latenten Sinnstruktur des Agierens des Patienten. Eine Voraussetzung dafür ist, dass der Therapeut in der Gegenübertragung die Pathologie des Übertragungsmechanismus so gut wie möglich kontrollieren kann, damit nicht seine eigenen Probleme, sondern wirklich die Probleme des Patienten analysiert werden. Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass Therapeuten in einer Heil- und Lehranalyse Einsicht in ihr eigenes verdrängtes Unbewusstes gewinnen und ihre eigene Traumatisierungsgeschichte bearbeiten. Weil eine vollständige Einsicht *in* und die vollständige Verfügbarkeit *über* das Unbewusste jedoch nicht möglich ist, werden sich unkontrollierte und unbewusst abwehrende Gegenübertragungsweisen auf Seiten des Therapeuten nie ganz ausschalten lassen. Es handelt sich dabei um ein unerreichbares professionsethisches Ideal. Für Probleme jedoch, die dem Therapeuten zugänglich sind, kann Supervision klärend wirken und hilfreich sein; auch die Abgabe einer Behandlung an einen Kollegen zeugt von hoher Professionalität – dann nämlich, wenn sich der Therapeut selbst verstrickt hat und dies erkennt (120f).

Zum Abschluss seiner Darstellung der Strukturmerkmale des Arbeitsbündnisses am Modell der Psychoanalyse verallgemeinert Oevermann: Professionalisierte therapeutische Praxis im Rahmen des Arbeitsbündnisses ist also im Wesentlichen gekennzeichnet durch eine widersprüchliche Einheit von diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen und durch eine widersprüchliche Einheit von Autonomie und Abhängigkeit des Patienten (123).

Darüber hinaus steht die therapeutische Praxis – im Unterschied zum wissenschaftlichen Diskurs als solchem – unter dem ständigen Druck, stellvertretend für den Patienten risikobehaftete Entscheidungen zu treffen. Da die Richtigkeit dieser Entscheidungen in der Regel nicht von vornherein absehbar ist, unterliegt die therapeutische Praxis Oevermann zufolge einer sogenannten aufgeschobenen Begründungsverpflichtung in dem Sinne, dass der Therapeut seine Entscheidung im Anschluss überprüft. Indem er dabei zu neuen Erkenntnissen und Erfahrungen gelangt, trägt er gleichzeitig zum medizinischen Fortschritt bei (131f).

Die Risikoabwägung erfolgt nach der Logik einer sogenannten „Gift-Gegengift“-Intervention. D.h., eine therapeutische Intervention ist für den Patienten immer mit einem Risiko verbunden, beispielsweise in Form einer Körperverletzung, einer Privatheitsdurchbrechung und einer Beeinträchtigung seiner Autonomie. Dieses Risiko soll nur dann eingegangen werden, wenn es sich durch die Gefahr einer noch gravierenderen Beschädigung rechtfertigen lässt (132).

Ein weiteres wichtiges Strukturmerkmal des Arbeitsbündnisses stellt die Nähe-Distanz-Problematik dar, für deren Regelung der Therapeut die Verantwortung trägt. Sie zeichnet sich Oevermann zufolge dadurch aus, dass der Therapeut sowohl eine größtmögliche Distanz als auch eine größtmögliche Nähe zum Patienten einnehmen können muss. Während die therapeutische Distanz die spezifische wissenschaftliche Betrachtung und Behandlung des Problems gewährleistet, ermöglicht die Nähe das individuelle Fallverstehen. Hiermit erklärt Oevermann auch das ungeschriebene Gesetz, nach dem ein Arzt nicht seine Angehörigen behandeln sollte, denn:

„Ganz offensichtlich kollidiert im Falle der eigenen Angehörigen die (primäre) Lebenspraxis mit der (sekundären) Praxis des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Die Nähe, Diffusität und ganzheitliche Personalität der familialen Beziehung erlaubt es nicht oder erlaubt es nur ungenügend oder erschwert es, die Nähe-Distanz-Dialektik des Arbeitsbündnisses und die damit verbundene Logik der Risikoabwägung durchzuhalten.“ (Oevermann 1999, S.133)

Damit sind die von Oevermann für wesentlich erachteten Struktureigenschaften der professionalisierten therapeutischen Praxis im Arbeitsbündnis geklärt. Es bleibt nun zu fragen, welche Fähigkeiten einen Therapeuten in die Lage versetzen, ein in dieser Weise strukturiertes Arbeitsbündnis professionell durchzuhalten, und wie eine Ausbildung beschaffen sein muss, in der sich diese Fähigkeit erwerben lässt (123).

#### 4.2.2 Erforderliche Kompetenzen auf Seiten der Professionellen und Konsequenzen für deren Ausbildung

Im vorausgegangenen Kapitel ist deutlich geworden, dass die professionalisierte therapeutische Praxis im Arbeitsbündnis durch widersprüchliche Einheiten und Polaritäten gekennzeichnet ist: benannt wurden beispielsweise die widersprüchliche Einheit von Autonomie und Abhängigkeit und von diffuser und spezifischer Sozialbeziehung, Symmetrie und Asymmetrie, Entscheidungsdruck bei gleichzeitiger Begründungsverpflichtung und die Nähe-Distanz-Problematik. Zu den Grundvoraussetzungen professionalisierten therapeutischen Handelns gehört also die Fähigkeit, diese Widersprüchlichkeiten und Polaritäten im Arbeitsbündnis souverän auszubalancieren (Oevermann 1999: 123).

Weitere polar angeordneten Qualitätsmerkmale professionalisierten Handelns sind nach Oevermann Erklären und Fallverstehen bzw. Subsumtion und Rekonstruktion. Beim Erklären sieht er vor allem das Wissen und die wissenschaftliche Kompetenz des Professionellen gefordert. Auf der Grundlage seines Wissens versucht der professionelle Arzt bzw. Therapeut z.B. bei der Diagnosestellung, die Symptome des Patienten bzw. Klienten einem Krankheitsbild zuzuordnen. Das Fallverstehen geht über diesen rationalen Erklärungsprozess hinaus, denn hierbei geht es darum, die Krankheitssymptome im konkreten Kontext der Lebens- und Traumatisierungsgeschichte eines Patienten bzw. Klienten zu interpretieren und so den individuellen Fall zu verstehen (126). Diesem Gegensatz entsprechend bedeutet Subsumtion, dass ein konkreter Fall mithilfe von Messdaten und Befunden unter allgemeine

klassifikatorische Begriffe und theoretische Modelle subsumiert wird, während bei der Rekonstruktion eine konkrete Fallstruktur lebensgeschichtlich eingebettet wird; eine Krankheit übernimmt darin eine fallspezifisch motivierte Stellung und Funktion (127).

In den für das professionalisierte therapeutische Handeln beschriebenen gegensätzlichen Qualitätsmerkmalen deutet sich auch das besondere Problem der Theorie-Praxis-Vermittlung an, vor das Professionen Oevermann zufolge im Gegensatz zu anderen akademischen Berufen gestellt sind, und auf das die Ausbildung die Professionellen dementsprechend vorbereiten muss (123). In diesem Zusammenhang wird nun auch deutlich, wie Oevermann sich die Umsetzung einer doppelten Professionalisierung in der Ausbildungspraxis vorstellt.

Die *erste* Professionalisierung im Sinne der Einübung in den wissenschaftlichen Diskurs teilen die therapeutischen Professionen nach Oevermann mit allen akademischen Berufen (124). Sie dient der Vermittlung einer allgemeinen Wissensbasis und der Aneignung eines naturwissenschaftlichen Habitus. Der Professionelle soll dadurch in die Lage versetzt werden, seine Praxis wissenschaftlich zu begründen. Wie oben bereits erwähnt, ist die professionalisierte klientenbezogene Praxis nach Oevermann durch einen verschärften Entscheidungszwang und eine gesteigerte Begründungsverpflichtung gekennzeichnet. Sie unterscheidet sich dadurch von einer rein naturwüchsigen, vor-professionalisierten Praxis. Dementsprechend handelt ein Therapeut, der stellvertretend für seinen Klienten ein existenzielles Problem deutet und eine Entscheidung trifft, nur dann professionell, wenn er sich dabei „auf eine methodisch kontrollierte und nach expliziten Geltungskriterien bewährte erfahrungswissenschaftliche Wissensbasis berufen kann“ (Oevermann 1999: 124). Diese Fähigkeit zum begründeten Handeln sieht Oevermann auch als unabdingbare Voraussetzung für die Fähigkeit zur professionellen Distanz im Arbeitsbündnis an, die wiederum den Arzt bzw. Therapeuten seiner Ansicht nach gleichsam vor einer Überidentifikation mit der sogenannten „ethischen Sonderleistung des altruistischen Helfens“ bewahrt (129).

Eine professionalisierte klientenbezogene Praxis bedarf darüber hinaus einer *zweiten* Professionalisierung, die den Professionellen dazu befähigen soll, seine erfahrungswissenschaftliche Erkenntnisbasis und den damit verbundenen erfahrungswissenschaftlichen professionalisierten Habitus auf die Lösung der Probleme in der konkreten, zugleich personalisierten Beziehung zum Klienten bzw. Patienten anzuwenden. Der Professionelle sollte also auf dieser zweiten Stufe seiner Professionalisierung die vorher eingeübte Distanz zur Praxis insoweit überwinden, dass er die diffuse Sozialbeziehung zum Klienten im Arbeitsbündnis übernehmen kann. Die Ausbildung muss demzufolge also neben der rein erfahrungswissenschaftlichen und methodischen Wissens- und Technikvermittlung auch die Einführung in eine sogenannte Handlungs- und Kunstlehre umfassen, die für eine professionelle Gestaltung des Arbeitsbündnisses notwendig ist. Daraus folgt für das dafür zuständige Universitätsfach, dass es über seinen Status als

erfahrungswissenschaftliche Disziplin hinaus zugleich eine Handlungslehre und eine 'Klinik' darstellt (124f).

Zu ergänzen wäre hier noch, wie Oevermann die Bedeutung der Naturwissenschaften einerseits und der Erfahrungswissenschaften andererseits im Hinblick auf eine Professionalisierung im Arbeitsbündnis einschätzt. Diesbezüglich kommt er zu dem Schluss, dass die therapeutische Praxis einer ganzheitlichen Fundierung bedarf. Das naturwissenschaftliche Wissen wird vor allem bei der Analyse, beim Erklären und Subsumieren gebraucht. Ohne eine erfahrungswissenschaftliche Begründungsbasis kommt die therapeutische Praxis deshalb nicht aus, weil das Arbeitsbündnis einer erfahrungswissenschaftlichen Begründungsbasis bedarf, zumal sie nur in der Theoriesprache der Psycho- und Sozialwissenschaften evaluiert und zum Gegenstand von Supervision gemacht werden kann. Außerdem muss die therapeutische Praxis (im Bereich der Organmedizin, der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie) insofern zu einer ganzheitlichen Betrachtung von Krankheitsverläufen in der Lage sein, als sie das Zusammenwirken von sozio- und psychogenetischen Mechanismen mit organischen und physiologischen Vorgängen sowohl bei der Krankheitsentstehung als auch bei der Krankheitsbewältigung berücksichtigt (130f).

Den Klientenbezug – und somit das konkret personale Arbeitsbündnis mit dem Klienten – betrachtet Oevermann als wesentlichen Ansatzpunkt für die Professionalisierung der therapeutischen Praxis (125). Demgemäß soll auch das im folgenden Kapitel vorgeschlagene „physiotherapeutische Arbeitsbündnis“ nicht nur als ein Bestandteil professionellen Handelns in der Physiotherapie, sondern vielmehr als grundsätzlicher Ausgangspunkt für eine Professionalisierung des physiotherapeutischen Handelns verstanden werden.

#### 4.3 Zur Konstruktion eines „physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses“

Das physiotherapeutische Handeln in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung ist allem Anschein nach bisher – zumindest im deutschsprachigen Raum – kaum zum expliziten Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen erhoben worden. Die klassische Professionstheorie hat zwar zum Focus Therapie umfassende Beiträge geleistet und diesbezüglich Forschungen angeregt, jedoch konzentrierten sich diese zunächst vor allem auf die Arzt-Patient-Beziehung und das ärztliche Handeln (Oevermann 1999: 109). Erst in ihrem weiteren Verlauf weitete sich die Professionalisierungs-Diskussion dann auf die Pflege<sup>37</sup> und andere Gesundheits-

---

<sup>37</sup> In der Professionalisierungs-Diskussion der Gesundheitsfachberufe in der Bundesrepublik Deutschland kommt der Pflege eine gewisse Vorreiterfunktion zu. Ausgelöst wurde die Diskussion durch den Pflegenotstand und die seinerzeit offen zu Tage tretende Berufsunzufriedenheit vieler Pflegenden ca. Ende der 80er Jahre. Seitdem gibt es auf dem Gebiet der Pflege zahlreiche Veröffentlichungen zu den Bereichen Grundausbildung, Lehrerinnenausbildung, Akademisierung und Professionalisierung. Einen guten Überblick vermitteln folgende (in chronologischer Reihenfolge aufgeführten) Beiträge: die bereits 1989 vorgelegte Dissertation von Bals zur „Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit“ (vgl. Bals 1995), die 1992 vorgelegte Diplomarbeit von Brenner zur Krankenpflegeausbildung (vgl. Brenner 1994), die ebenfalls 1992

fachberufe, wie z.B. die Logopädie<sup>38</sup>, die Hebammentätigkeit<sup>39</sup>, die Ergotherapie<sup>40</sup> und auch auf die Physiotherapie (Schewior-Popp 1999) aus. In diesem Zusammenhang ist auch die Gründung der AG MTG im Jahre 1991 zu sehen (zur Entwicklung und Professionalisierung der Physiotherapie vgl. auch Kap.3).

Insbesondere bezogen auf Pflege, das pflegerische Handeln und die Interaktion der Pflegenden mit PatientInnen gibt es – angeregt durch die Pflegewissenschaft – inzwischen eine Fülle von Material. Im Gegensatz dazu stecken Theorie und Forschung bezogen auf die Physiotherapie noch in den Anfängen. Insofern muss sich dieser Beitrag auf die Forschungsergebnisse aus den Handlungsfeldern der anderen Gesundheits(fach)berufe stützen.<sup>41</sup> Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Lücke in Zukunft geschlossen werden müsste. Auch aus diesem Grund scheint eine Verwissenschaftlichung der Physiotherapie unumgänglich.

---

erstmalig erschienene Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Führungskräfte der Robert Bosch Stiftung (vgl. dies. 1993), die Dissertation von Weidner zur professionellen Pflegepraxis (vgl. Weidner 1995) und der Beitrag von Laga, der „einen Überblick über die Professionalisierungsdiskussion im Bereich der Pflegeberufe“ gibt „wie sie sich in der neueren amerikanischen Zeitschriftenliteratur darstellt“ (vgl. Laga 1997: 15).

<sup>38</sup> Die Logopädie scheint nach der Pflege der erste Gesundheitsfachberuf zu sein, für den ein Ausbildungsgang auf Hochschulniveau angeboten wird, und zwar an der Rheinisch-Westfälischen technischen Hochschule in Aachen (Bundesanstalt für Arbeit: Blätter zur Berufskunde, 1995). Nach erfolgter dreijähriger Logopädie-Grundausbildung und einer zweijährigen Berufstätigkeit können die Berufsangehörigen an einem 8-semesterigen Diplomstudiengang „Lehr- und Forschungslogopädie“ teilnehmen, der zum Titel „Diplom-Logopäde/Diplom-Logopädin“ führt. Anschließend besteht die Möglichkeit zur Promotion (Deutscher Bundesverband für Logopädie 1999: 12).

<sup>39</sup> Zur Professionalisierung-Diskussion der Hebammen gibt es eine Vielzahl von Veröffentlichungen, von denen die folgenden Beiträge die Entwicklung exemplarisch wiedergeben: Neuscheler (1991): Beruf und Berufsorganisation der Hebamme: Professionalisierung oder Deprofessionalisierung eines Gesundheitsberufes?; Edelmann (1995): Die Situation der Hebammen jetzt und in Zukunft; Groß (1995): Wissenschaftliche Weiterbildung für Hebammen; Kethler (1997): Der Weg zur Profession - (k)ein Holzweg für Hebammen? und Zoege (1997): Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmenbedingungen der Hebammenausbildung in Deutschland.

<sup>40</sup> Zu den Professionalisierungsprozessen und zur Ausbildung der Ergotherapie vgl. die 1994 vorgelegte Dissertation von Schewior-Popp (1999). Auch die Ergotherapie hat inzwischen einen ersten Schritt zur Akademisierung getan: seit dem Wintersemester (WS) 1997/98 bietet die Fachhochschule Osnabrück einen viersemestrigen berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengang für examinierte und berufserfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten an. Dieser Studiengang wurde in Kooperation mit dem Deutschen Verband für Ergotherapeuten (DVE) e.V. entwickelt. Nach erfolgreich abgelegter Prüfung wird das Weiterbildungszertifikat „Ergotherapie“ der FH Osnabrück verliehen, das zur Fortführung des Studiums der Ergotherapie berechtigen und schließlich auch zur Erlangung eines akademischen Abschlusses führen soll.

<sup>41</sup> Bei der Konzeption des physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses stütze ich mich im Wesentlichen auf Scholz (1999): Kommunikation im Gesundheitswesen. Handbuch zur Konfliktvermeidung. Scholz ist Universitäts-Professor und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Schwerpunkte seiner beruflichen Laufbahn liegen in der Behandlung von Sucht- und Drogenkranken und im Bereich der Psychosomatik. In seinem Buch geht er grundsätzlich davon aus, dass „jeder therapeutische Kontakt eine komplizierte zwischenmenschliche Beziehung mit vielen unbewußten Projektionen beinhaltet“ (34). Insofern beschränkt sich die therapeutische Kommunikation, wie er die Kommunikation im medizinisch-therapeutischen Bereich nennt, nicht nur auf den Austausch von Informationen, sondern zielt darüber hinaus auch auf die Herstellung einer „für beide Seiten befriedigende(n) und zielführende(n) Behandlungsbeziehung“ und – daraus resultierend – auf einen „erfolgsversprechende(n) Behandlungsvertrag, der in seinen Grundzügen vom Patienten verstanden und mitgetragen werden muss“ (34). Mit anderen Worten: in der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient geht es um das Aushandeln eines Arbeitsbündnisses. Zunächst beschreibt Scholz die spezifischen Eigenheiten und Kritikpunkte der Kommunikation in therapeutischen Situationen ganz allgemein. Darüber hinaus bezieht er sich aber auch auf die konkrete berufliche Situation der Ärzte, Psychologen und Pflegenden. Diese Auswahl trifft er „nicht so sehr aufgrund ihrer Schlüsselposition im Gesundheitssystem, sondern vielmehr aus der Tatsache, daß diese Gruppen in Verhalten und Funktion noch am besten dokumentiert sind“ (39). Die Beschäftigung mit den hier aufgeführten Berufsgruppen hat gezeigt, dass sich doch einige der von Scholz aufgezeigten Probleme auf die Situation der Physiotherapeutinnen übertragen lassen. Der empirische Nachweis steht allerdings – wie oben bereits formuliert und hier von Scholz indirekt auch noch einmal bestätigt – weiterhin aus.



Das hier vorgelegte Professionalisierungskonzept für die Physiotherapie zielt auf die Professionalisierung des physiotherapeutischen Handelns in einem physiotherapeutischen Arbeitsbündnis mit der Patientin bzw. dem Patienten ab. Im Folgenden soll zunächst begründet werden, warum die Konstruktion eines physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses für dringend erforderlich gehalten wird (Kap. 4.3.1).

Im Anschluss daran sollen – in Anlehnung an die von Oevermann für die psychoanalytische Therapie beschriebenen Strukturmerkmale – die das physiotherapeutische Handeln bestimmenden Strukturmerkmale der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung zunächst untersucht (Kap. 4.3.2) und dann am Beispiel der Mamma-Carzinom-Therapie veranschaulicht werden (Kap. 4.3.3).

Die Beschäftigung mit Oevermann's Theorie hat gezeigt, dass die Idee eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in einem direkten Zusammenhang mit etwaigen Konsequenzen für die Ausbildung der Professionellen zu sehen ist. Dementsprechend schließt die Entscheidung für ein physiotherapeutisches Arbeitsbündnis – aufgrund der dafür notwendigen Kompetenzen auf Seiten der PhysiotherapeutInnen – gleichsam die Forderung nach einer Akademisierung des Berufsstands Physiotherapie mit ein. Diese Aspekte werden in Kapitel 4.3.4 thematisiert.

#### 4.3.1 Ein „Arbeitsbündnis“ für die Physiotherapie?

Oevermann's „Arbeitsbündnis“ basiert auf einem Verständnis von professionalisiertem therapeutischen Handeln als Beziehungspraxis, und nicht als „Ausübung einer monologischen technischen Problemlösung“, wie z.B. das „Handeln eines Mechanikers, der eine Maschine repariert“ (Oevermann 1999: 115). Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der auf Heilung oder Linderung ausgerichteten therapeutischen Intervention besteht dieser Bestimmung nach darin, dass TherapeutIn und PatientIn das Arbeitsbündnis bewusst miteinander eingehen. Indem sich eine Patientin aus freien Stücken für das Arbeitsbündnis mit einer Therapeutin entscheidet, erkennt sie beispielsweise ihre Mitverantwortung für das Gelingen der therapeutischen Intervention an.

In der Physiotherapie kommt dieses Prinzip der Freiwilligkeit oft nicht in der idealtypischen Weise zum Tragen, wie Oevermann es am Beispiel der Psychotherapie beschreibt. Denn hier erzwingen häufig die Umstände, z.B. die körperliche Hilflosigkeit nach einer Operation, dass diese Person sich helfen lassen muss. In diesem Moment der Ausweglosigkeit erlebt die Patientin die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung möglicherweise weniger als autonome Praxis, denn als Abhängigkeitsverhältnis, und die Gefahr, dass der Therapeut dieses Abhängigkeitsgefühl durch sein Verhalten noch verstärkt, liegt sehr nahe. Professionelles Hilfe-Handeln nach Maßgabe eines Arbeitsbündnisses würde sich an eine solche Situation entsprechend anpassen, um jegliche zusätzliche

„Beschädigung“ der Autonomie der Patientin (über das Maß an „Beschädigung“ durch die Krankheit selbst hinaus) zu vermeiden:

„Professionelle Hilfe im Sinne des Arbeitsbündnisses müsste aktiv dazu beitragen, dass eine Person, die sich durch ihre „Beschädigung“, ihren Hilfebedarf oder auch durch die dadurch entstandene Situation de-autonomisiert fühlt, zu einem autonomen Selbstwertgefühl zurückfindet.“ (Zoege 2000: 7f)

Unter dieser Voraussetzung gilt auch für die Physiotherapie, dass eine therapeutische Beziehung immer durch eine autonome Entscheidung der Patientin zu Stande kommt und durch eine solche auch wieder abgebrochen werden kann.

Diese aktive Entscheidung der Patientin für die physiotherapeutische Hilfe ist unter anderem deshalb so wichtig, da die physiotherapeutische Maßnahme genau wie die psychotherapeutische, ärztliche oder auch pflegerische Maßnahme auf die aktive Zusammenarbeit mit der Patientin unmittelbar angewiesen ist. Niemand wird das besser beurteilen können als die PhysiotherapeutInnen selbst. Und sie sind es auch, die über die Schwierigkeiten und Probleme mit den ihnen alltäglich begegnenden, „schwierigen“ bzw. (scheinbar) unkooperativen Patientinnen und Patienten zu berichten wissen. Tatsächlich werden solche nicht geglückten TherapeutIn-PatientIn-Interaktionen meist in stigmatisierender Weise den Patientinnen und Patienten angelastet, ohne dass TherapeutInnen ihre eigenen Anteile daran reflektieren (bezogen auf die Ärzte vgl. Scholz 1999: 84; für die PhysiotherapeutInnen vgl. die Ergebnisse der Gruppendiskussion in Kap. 5.3.2.2 und 5.4).

Oevermann's Theorie zufolge ist ein solches Verhalten unprofessionell, denn es ist unter anderem diese Reflexionsbereitschaft und vor allem auch -fähigkeit des eigenen Handelns in der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung, durch die sich professionalisiertes therapeutisches Handeln vom sogenannten naturwüchsigen Handeln unterscheidet (Oevermann 1999: 131). Es bleibt also zu fragen, wie sich eine solche Verhaltensweise erklären lässt, die ja letztlich weder für TherapeutInnen, noch für PatientInnen von Vorteil ist.

Um das eigene therapeutische Handeln begründen und reflektieren zu können, müssen sich TherapeutInnen zunächst der eigenen Rolle und der Rolle des Patienten in der therapeutischen Beziehung bewusst sein, Maßstäbe für das physiotherapeutische Handeln entwickelt haben (im Sinne eines physiotherapeutischen Leitbilds und auf der Grundlage eines Menschenbilds)<sup>42</sup> und die Einflüsse kennen, denen die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung ausgesetzt ist. Erst wenn das Arbeitsbündnis mit den Patientinnen und Patienten auf der Basis eines solchen Wissens bewusst eingegangen und gestaltet werden kann, wird es auch der begleitenden oder nachträglichen Reflexion zugänglich.

---

<sup>42</sup> Darüber hinaus wird innerhalb des Berufsstands gefordert, dass PhysiotherapeutInnen sich vermehrt auch ethischen Fragen zuwenden. Der Formulierung ethischer Grundsätze wird eine zentrale Bedeutung auch hinsichtlich der Sicherung der ökonomischen Existenzfähigkeit der Physiotherapie eingeräumt: Diese könne auf Dauer nur dann gesichert werden, wenn überzeugend belegt werden kann, dass „Physiotherapie auch dazu beiträgt, die Lebensqualität von kranken und behinderten Menschen zu verbessern“ (Hüter-Becker 2000 b:620).

Es wird in diesem Beitrag davon ausgegangen, dass PhysiotherapeutInnen gegenwärtig ein solches Wissen und eine solche Fähigkeit in erster Linie im Verlaufe ihrer Berufserfahrung und durch einschlägige fachübergreifende Weiterbildung erwerben können. Im Rahmen ihrer Ausbildung sind die entsprechenden Inhalte seit Inkrafttreten der neuen PhysTh-APrV (1994) nur im begrenzten Umfang vorgesehen (vgl. Kap. 4.3.2). Auf die Konsequenzen, die sich aus dieser Annahme für die Ausbildung von PhysiotherapeutInnen ergeben, werde ich in Kapitel 4.3.5 ausführlich eingehen.

Da der Erfolg der physiotherapeutischen Intervention ganz wesentlich von einer geglückten TherapeutIn-PatientIn-Interaktion abhängt – dies bestätigt auch die Annahme, dass 50-80% der Behandlungswirkung dem „Faktor Therapeut“ zuzuschreiben sind (Hüter-Becker 2000 b: 618) – ist in der Bestimmung eines theoretisch fundierten physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses der entscheidende Ansatzpunkt für eine Professionalisierung des physiotherapeutischen Handelns zu sehen.

#### 4.3.2 Die Strukturmerkmale eines physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses

Auch das physiotherapeutische Arbeitsbündnis ist durch eine *widersprüchliche Einheit von spezifischer und diffuser Sozialbeziehung* gekennzeichnet.

Es enthält Merkmale einer **spezifischen, rollenförmigen Beziehung**, da es sich hier um eine thematisch gebundene, gesellschaftlich institutionalisierte TherapeutIn-PatientIn-Beziehung handelt, die durch aufeinander bezogene Rollendefinitionen deutlich gekennzeichnet ist. Dabei kommt der ‘Therapeutin’ aufgrund ihrer gesellschaftlich anerkannten beruflichen Qualifikation die Rolle der Professionellen zu, während der ‘Patient’ als Laie wegen einer in der Regel physischen ‘Beschädigung’<sup>43</sup> um professionelle Hilfe nachsucht.

Die physiotherapeutische Maßnahme ist sowohl zeitlich begrenzt als auch thematisch festgelegt, wobei die Dauer der einzelnen therapeutischen Einheiten mit den Krankenkassen ausgehandelt werden, während Häufigkeit und Focus einer Maßnahme grundsätzlich durch die ärztliche Diagnosestellung bzw. Verordnung (dokumentiert auf dem ärztlichen Rezept) festgelegt sind. In der ambulanten Versorgung bezieht die Physiotherapeutin für ihre Tätigkeit ein Honorar, an dem der Patient mit einem von den Krankenkassen festgelegten Selbstkostenanteil zu

---

<sup>43</sup> Eine Ausnahme stellt diesbezüglich der physiotherapeutische Einsatz in der Psychiatrie dar. Abgesehen davon ist natürlich auch von PhysiotherapeutInnen (genau wie von ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen oder PsychosomatikerInnen) zu erwarten, dass sie zu der von Oevermann geforderten ganzheitlichen Betrachtung eines ‘therapeutischen Problems’ in der Lage sind. Oevermann bezieht sich dabei – wie bereits erwähnt – nicht nur auf die Prozesse der Krankheitsentstehung, sondern auch auf die Krankheitsbewältigung (Oevermann 199: 130). Den Angehörigen der helfenden Berufe kommt diesbezüglich eine tragende Rolle zu. PhysiotherapeutInnen haben es dabei nicht etwa mit einer „Schulter“ oder einem „Knie“ zu tun, sondern immer mit einem ganzen (denkenden, fühlenden, und handelnden) Menschen. Demgemäß beinhaltet die Physiotherapie – auch wenn es in erster Linie um einen physischen Defekt geht – immer auch eine emotionale Ebene und – weil sie eine Begegnung von mindestens zwei Menschen ist – auch einen Beziehungsaspekt. Auf die zentrale Bedeutung der Beziehungsebene für die physiotherapeutische Behandlung hat ja – wie an anderer Stelle bereits ausgeführt wurde (vgl. Kap. 3.5: S.36) – auch Hüter-Becker (2000 b: 618) unlängst noch einmal hingewiesen.

beteiligen ist. Im stationären Bereich ist die Physiotherapie Bestandteil der Gesamtversorgung durch das Krankenhaus.

Die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung ist neben der Rollenbeziehung gleichzeitig immer auch eine Begegnung zwischen ganzen Personen, die entsprechend als solche agieren und dabei sozusagen 'aus der Rolle fallen'. Bezogen auf die psychoanalytische TherapeutIn-KlientIn-Beziehung arbeitet Oevermann die **diffusen Beziehungsmomente** am Beispiel der dort stattfindenden Übertragungs-Gegenübertragungs-Interaktionen heraus, die im Rahmen einer psychoanalytischen Intervention – im Gegensatz zur physiotherapeutischen – gewollt sind und sozusagen als struktureller Bestandteil des therapeutischen 'Settings' verstanden werden müssen. Das heißt jedoch nicht, dass die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung frei von solchen Übertragungs-Gegenübertragungs-Interaktionen ist. Scholz stellt diesbezüglich fest:

„Im Gegensatz zu der verbreiteten Vorstellung, daß derartige Mechanismen nur in der Psychotherapie relevant wären, sind diese Vorgänge praktisch bei jeder Therapeuten-Patienten-Begegnung zu erwarten.“ (Scholz 1999: 31)

Die Phänomene Übertragung und Gegenübertragung zählt Scholz zu den charakteristischen Beziehungsaspekten einer jeden therapeutischen Situation, die sich, indem sie zu einer veränderten Rollenhaltung in der TherapeutIn-PatientIn-Interaktion führen, entscheidend auf die „therapeutische Kommunikation“<sup>44</sup> auswirken und die therapeutische Beziehung sogar zerstören können (Scholz 1999: 31). Für die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beschreibt Scholz das Zustandekommen einer solchen Übertragungssituation wie folgt:

„Bei der Übertragung werden sehr persönliche, oft aus der Kindheit stammende Gefühle, Phantasien Abwehrhaltungen und Beziehungsaspekte auf den Therapeuten übertragen, der damit in die Rolle sehr nahestehender Instanzen und Bezugspersonen gerückt wird. Damit fungiert er aber nicht mehr in seiner selbst erlebten ärztlichen Rolle, sondern je nach Projektion als Vater, mütterlich schützende Instanz u.a.m.“ (Scholz 1999: 31)

Bleibt der Therapeutin diese Übertragungssituation verborgen, so verstrickt auch sie sich – im Sinne der Gegenübertragung – in den durch die Übertragung auf beiden Seiten ausgelösten veränderten Rollenerwartungen und den damit einhergehenden emotionalen Reaktionen:

---

<sup>44</sup> Scholz geht davon aus, dass sich Kommunikation in verschiedenen Bereichen, wie z.B. im Geschäftsleben, Schauspiel oder Familienmilieu, in Bezug auf Inhalte und Ausdrucksformen gravierend voneinander unterscheidet. Er führt dies in erster Linie auf die in der jeweiligen Situation dominierenden Beziehungs- und Gefühlsaspekte sowie auf die unterschiedlichen Erwartungen zurück, ohne deren Berücksichtigung Missverständnisse und Konflikte vorprogrammiert wären. Die Gesetzmäßigkeiten der Kommunikation im medizinisch-therapeutischen Arbeitsfeld – die „therapeutische Kommunikation“ also – sieht er durch „ganz spezielle Einflußfaktoren aus der besonderen 'Situation des Behandelns und Behandeltdwerdens' bestimmt“ (Scholz 1999: 27). Dazu zählt Scholz (1) spezifische, durch die therapeutische Situation hervorgerufene emotionale Gegebenheiten, (2) durch spezielle Sprachelemente und Nuancen schwer entschlüsselbaren Sachinhalte, (3) versteckte Appelle, (4) spezifischen Strukturen, die die Kommunikationsqualität beeinflussen, und (5) auch die charakteristischen Beziehungsaspekte und die dadurch veränderten Rollenhaltungen, wie beispielsweise die Phänomene Übertragung und Gegenübertragung. Als Voraussetzung dafür, dass Therapeuten das aus der Verquickung dieser Teilelemente entstehende eigenständige therapeutische Kommunikationssystem entschlüsseln können, sieht Scholz eine ausreichende Schulung, langjährige therapeutische Erfahrung und ein gewisses Maß an individueller Einfühlungsgabe an (28).

„Als Gegenübertragung gelten die mehr oder weniger unbewußten Reaktionen von Therapeuten gegenüber ihren Patienten wie z.B. Neid, Ängste, (sexuelle) Zuneigung, Liebe, Haß. In der Praxis sind sie oft der Hintergrund scheinbar unerklärlicher Abneigungen oder Sympathien, die dann vielfach einiges mit der eigenen Entwicklung des Therapeuten zu tun haben können.“ (Scholz 1999: 31)

Solche Übertragungsphänomene können nicht nur von den PatientInnen, sondern gleichermaßen auch von den TherapeutInnen ausgehen (Scholz 1999: 35).

Auch in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Begegnung muss mit ihrem Auftreten gerechnet werden. Sie können dann die therapeutische Beziehung nachhaltig stören, den Erfolg der Intervention einschränken oder sogar verhindern und zu unnötigen Belastungen bei den Beteiligten führen.

Die Diffusität in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung spiegelt sich auch im Zusammenhang mit dem von Hüter-Becker beschriebenen „Therapeutischen Dreiklang“ (vgl. Kap 3.5: S.36) und hier insbesondere in ihren anschaulichen Ausführungen über die „berührende und anrührende Hand des Behandlers“ (Hüter-Becker 2000 b: 611) wider:

„Wenn wir mit unseren eigenen Händen den Patienten behandeln, dann hat dieses Handanlegen nicht nur die handwerkliche Absicht von Führen und Halten, von Widerstand-Geben und Richtung-Weisen, sondern wir berühren mit der tastenden, palpierenden, Druck ausübenden Hand nicht nur den Körper oder gar nur einzelne Strukturen. Berührt werde ich – oh, wunderschöne, nuancenreiche deutsche Sprache – auch in der Tiefe meiner Seele: durch eine Musik, durch ein Gedicht, durch eine Landschaft, durch ein liebevolles Wort... oder durch eine Hand, die mich berührt. Mit der Art, wie Physiotherapeuten ihre Patienten berühren, haben sie es in der *Hand*, mit ihm auf der Körperebene (...) oder auf der Ebene von Erleben und Verhalten zu arbeiten (...); sie können durch Handanlegen die Beweglichkeit in einem Gelenk verbessern oder dem Patienten ein neues Gefühl für ihren Körper vermitteln; sie können mit ihrer Hand den Patienten so lange begleiten, bis er selbst handlungsfähig geworden ist; und sie können mit einer Berührung des Patienten ein tiefes Erleben anrühren, das in seinem Körper verborgen ist und durch eine Bewegungs-Handlung aus ihm befreit wird.“ (Hüter-Becker 2000 b: 614; Hervorhebung im Original)

Wie Oevermann feststellt, obliegt es der Verantwortung und der professionellen Kompetenz von TherapeutInnen, die therapeutische Beziehung im Modell der spezifischen Rollenbeziehung zu halten. Diese Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der professionellen Distanz in der widersprüchlichen Einheit von diffuser und spezifischer TherapeutIn-PatientIn-Beziehung ist also als ein wesentliches Struktur- und Qualitätsmerkmal des professionalisierten physiotherapeutischen Handelns in einem Arbeitsbündnis mit einer Patientin oder einem Patienten anzusehen.

Im Zuge dieser Ausführungen sind zwei weitere Strukturmerkmale bereits angeklungen, die ebenfalls charakteristisch für die Physiotherapeut-Patient-Beziehung sind: *Symmetrie und Asymmetrie* und das *Nähe-Distanz-Problem*.

Die **Symmetrie** im Arbeitsbündnis zwischen TherapeutIn und KlientIn erklärt sich – wie bereits erläutert – nach Oevermann dadurch, dass grundsätzlich sowohl für die Therapeutin als auch auf für den Patienten eine widersprüchliche Einheit von

diffusen und spezifischen Beziehungsanteilen gilt, wobei die Therapeutin für eine souveräne Grenzziehung zwischen diesen Anteilen zu sorgen hat.

Während diese Symmetrie nur latent besteht, ist die **Asymmetrie** zwischen Therapeutin und Patient offensichtlich, auch in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung. Auch hier stehen sich eine Professionelle und ein mehr oder weniger hilfsbedürftiger 'Laie' gegenüber. Die Physiotherapeutin verfügt dabei nicht nur über einen Wissens- und Informationsvorsprung dem Patienten gegenüber, sondern in der Regel auch über eine machtvollere Position, was sich u.a. auch dadurch ausdrückt, dass der Patient auf die Hilfe der Physiotherapeutin angewiesen ist und nicht umgekehrt, und dass sich die Physiotherapeutin im vertrauten Umfeld ihres Arbeits- und Sachgebiets bewegt, während sich der Patient aus seiner sowieso bereits geschwächten Position heraus auf mehr oder weniger unbekanntem Terrain zurechtfinden muss (101f). Diese unterschiedlichen Ausgangslagen können zu ganz speziellen emotionalen Wechselwirkungen zwischen Therapeutin und Patient führen, die sich dann auf die therapeutische Kommunikation in Form einer zunehmenden Asymmetrie der Kommunikationsmodalitäten auswirken. Ausschlaggebend dafür kann Scholz zufolge beispielsweise eine unterschiedliche Einstellung der Beteiligten zum aktuellen therapeutischen Problem sein, wie er am Modell der Arzt-Patient-Begegnung verdeutlicht: Der Patient agiert unter Umständen aus einer emotionalen Ausnahmesituation heraus. Gefühle wie z.B. Verunsicherung oder Angst stehen dann im Vordergrund, die ihn zu Hilfsappellen veranlassen und in ihm vor allem den Wunsch nach einer schützenden Beziehung zur Therapeutin wachrufen (Scholz 1999: 29). Die Therapeutin dagegen, für die das Problem möglicherweise nur eine Routinesache darstellt, behandelt es dementsprechend auf der Sachebene und beantwortet die emotionalen Anliegen und Fragen des verängstigten oder aufgeregten Patienten rational und distanziert (29f). Scholz geht davon aus, dass eine zunehmende Asymmetrie in der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung nur durch das Angebot einer stützenden, beruhigenden Hilfsbeziehung verhindert werden kann (30).

Wie hier gezeigt wurde, kann diese Asymmetrie in der TherapeutIn-PatientIn-Begegnung zu erheblichen Schwierigkeiten führen, und das gilt auch für die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Begegnung. Folgen der Asymmetrie sind nach Scholz zum Beispiel Ängste und Aggressionen sowie ein zunehmendes gegenseitiges Informationsdefizit (ebd.). Es ist deshalb zu fordern, dass PhysiotherapeutInnen die entsprechenden Fähigkeiten und vor allem die notwendige Qualifikation mitbringen, damit sie mit einem solchen strukturell bedingten Ungleichgewicht im Arbeitsbündnis mit ihren PatientInnen professionell umgehen können (vgl. Kap. 4.3.4).

Die **Nähe-Distanz-Problematik** im physiotherapeutischen Arbeitsbündnis resultiert einerseits aus den für die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung beschriebenen Übertragungs-Gegenübertragungs-Phänomenen oder der Berührung durch den Therapeuten, andererseits aus der darin bestehenden Asymmetrie, die eine über den sachlichen Aspekt der therapeutischen Intervention hinausgehende intensive emotionale Beteiligung auf beiden Seiten bewirken können. Scholz spricht in diesem Zusammenhang von einer emotionalen Intensität, wie sie sonst nur zwischen sehr

nahestehenden Partnern möglich ist (Scholz 1999: 28). Oevermann zufolge muss der professionelle Therapeut sowohl eine größtmögliche Nähe als auch eine größtmögliche Distanz zum Patienten einnehmen können. Und auch Scholz bezieht sich auf diese beiden Pole in der therapeutischen Beziehung, wenn er zur Verbesserung der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung vorschlägt:

„Deshalb sollten wir Therapeuten oft weniger Eifer in die Demonstration unserer wissenschaftlich-technokratischen Fähigkeiten investieren sondern vielmehr den Patienten das Gefühl eines kompetenten Schutzes vermitteln.“ (Scholz 1999: 30)

Die scheinbare Emotionslosigkeit von ÄrztInnen und PsychologInnen ihren PatientInnen bzw. KlientInnen gegenüber bringt er nicht nur mit deren Routine in Verbindung, sondern interpretiert sie auch als Abwehr gegenüber eigener Betroffenheit und den daraus resultierenden Emotionen (Scholz 1999: 30). Der Therapeut gerät dadurch unterschwellig in eine Kommunikationssituation, die eine eklatante Ähnlichkeit mit dem Kommunikationsmuster des Patienten aufweist und von unterdrückten Beziehungswünschen bestimmt wird, z.B. dem Wunsch nach maximaler Anerkennung und dürftiger Sachinformation bestimmt wird (ebd.: Abb.4). In dieser Konstellation sieht Scholz auch eine mögliche Erklärung für manche problematische Haltung und „Burnout-Gefährdung“ von TherapeutInnen, nämlich dann, „wenn sie die oben sichtbar gewordenen Diskrepanzen nicht erkennen bzw. aktiv zu verdrängen versuchen“ (Scholz 1999: 30).

Dieses Beispiel macht deutlich, dass es nicht nur für die therapeutische Beziehung und den Erfolg der therapeutischen Intervention, sondern darüber hinaus auch für den Therapeuten selbst von entscheidender Bedeutung sein kann, wie er mit Nähe und Distanz im Arbeitsbündnis umgeht und inwieweit er dazu in der Lage ist, die therapeutische Interaktion dahingehend zu reflektieren. Am Beispiel der physiotherapeutischen Betreuung von Frauen mit Mamma-Carzinom im folgenden Kapitel (4.3.3) wird noch deutlicher werden, wie zentral die hier beschriebene Problematik auch in einer physiotherapeutischen Situation sein kann.

Aus den bisherigen Ausführungen geht bereits hervor, welche Gefahren eine emotional sehr nahe oder auch sehr distanzierte Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn mit sich bringen kann, aber auch, welche Chancen sich dadurch eröffnen. Zu ergänzen wäre in diesem Zusammenhang noch die Auffassung von Oevermann, der die Nähe zum Patienten für das *individuelle Fallverstehen* und die therapeutische Distanz für die *wissenschaftliche Erklärung* des Problems für notwendig erachtet. Auch PhysiotherapeutInnen müssen die Bedeutung des Problems sowohl in den konkreten Kontext der Lebens- und Traumatisierungsgeschichte ihrer PatientInnen einordnen und verstehen können als auch zu einer fachlichen Beurteilung auf der Basis ihres Wissens in der Lage sein, um eine individuelle und kompetente Betreuung gewährleisten zu können.

Ihre Fähigkeit zum *individuellen Fallverstehen* wird besonders dann gefordert, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung und die für diesen Fall angezeigte therapeutische Maßnahme sich einschneidend auf den aktuellen Lebenszusammenhang des Patienten auswirken, sodass eine individuell hilfreiche und annehmbare Problemlösung gefunden werden muss. Darüber hinaus haben sie

es aber auch häufig mit PatientInnen zu tun, deren somatische Beschwerden (wie z.B. muskuläre Verspannungen, Fehlhaltungen und Schmerzen, – vor allem im Bereich der Wirbelsäule) auf seelische Ursachen zurückzuführen sein können. Dies kann sich aus verschiedenen Gründen sehr belastend auf die physiotherapeutische Situation auswirken. Scholz weist diesbezüglich beispielsweise auf „blinde Flecken“ und Ausbildungsdefizite vieler TherapeutInnen hin (Scholz 1999: 89). Damit lässt sich zum einen erklären, warum psychosomatische Störungen (auch ärztlicherseits) oft nicht erkannt werden und zum anderen, warum nicht nur die betroffenen PatientInnen, sondern auch die TherapeutInnen trotz therapeutischer Misserfolge an körperlichen Hintergründen für die Beschwerden festhalten (90).

Die Brisanz einer solchen Konstellation für die (physio)therapeutische Situation wird umso greifbarer, wenn der Patient die Verantwortung für den Erfolg der therapeutischen Intervention – in diesem Fall die Beseitigung der somatischen Beschwerden – der Therapeutin zuschreibt und dies auch deutlich signalisiert, und die Therapeutin sich, möglicherweise bedingt durch korrespondierende eigene Hintergründe, wie z.B. ein ausgeprägtes Helfersyndrom, nicht professionell abgrenzen kann (89). Auch hier zeigt sich wieder, wie wichtig es ist, dass die Physiotherapeutin zwischen Nähe und Distanz sensibel ausbalancieren kann. Deutlich wird aber auch, dass nicht nur PsychotherapeutInnen, sondern auch PhysiotherapeutInnen über ein gewisses Maß an Selbsterfahrung verfügen sollten, um zur Reflexion ihrer eigenen Rolle und ihres (Re)Agierens in der TherapeutIn-PatientIn-Interaktion in der Lage zu sein, und dass auch für sie eine berufsbegleitende Supervision, wie von Oevermann (1999: 121) und auch von Scholz (1999: 73) gefordert, hilfreich und sinnvoll wäre.

Auch wenn Scholz zu Recht darauf hinweist, dass es durchaus nicht immer angebracht ist, dass TherapeutInnen ihre wissenschaftlich-technokratische Kompetenz demonstrieren, so stellt diese doch ein wesentliches Charakteristikum therapeutischer Professionalität dar. Und das gilt – mit gewissen Einschränkungen<sup>45</sup> – auch für PhysiotherapeutInnen.

Oevermann sieht in der therapeutischen Distanz zum Patienten eine wesentliche Voraussetzung für eine *emotional ungetrübte Urteilskraft auf der Basis wissenschaftlichen* (und methodischen / D.K.) *Wissens*. In dem Fall, da beispielsweise ein Arzt einen eigenen Angehörigen betreut, ist seiner Meinung nach das Durchhalten der Nähe-Distanz-Dialektik aufgrund der Nähe, Diffusität und Ganzheitlichkeit der Beziehung gefährdet.

Auch für die physiotherapeutische Situation lässt sich dies als besondere Schwierigkeit ohne weiteres nachvollziehen. Denn in der Interaktion zwischen sehr engen FreundInnen oder Familienangehörigen ist es umso wahrscheinlicher, dass die von Scholz beschriebenen über das therapeutische Setting hinausweisenden Erwartungshaltungen oder auch Allmachtsphantasien zum Tragen kommen und die Physiotherapeutin am Einnehmen der professionellen Distanz hindern. Ein Beispiel

---

<sup>45</sup> (1) Bezogen auf die Physiotherapie sollte hier anstelle von wissenschaftlich-‘technokratischer’ Kompetenz vielleicht eher von wissenschaftlich-‘methodischer’ Kompetenz gesprochen werden. (2) Von wissenschaftlicher Kompetenz kann freilich bei den in Deutschland ausgebildeten PhysiotherapeutInnen zur Zeit noch nicht ausgegangen werden. Diese wird jedoch gerade für notwendig erachtet und auch gefordert.



könnte sein, dass ein Familienangehöriger die zeitliche Begrenztheit der Therapie nicht akzeptiert und diese bis in den familiären Bereich hinein auszudehnen versucht. Oder eine Freundin erwartet, dass sie während der gesamten Therapie ausschließlich massiert wird, obwohl das Krankheitsbild eigentlich ein aktives Vorgehen nahe legt. Erschwerend käme hinzu, wenn es sich dabei jeweils um eine nahestehende Person handelte, gegenüber deren Erwartungen sich die betreffende Therapeutin generell schwer abzugrenzen vermag, – wenn also familiäre Beziehungskonstellationen in die therapeutische Situation übertragen würden. Darüber hinaus stehen TherapeutInnen, die Familienangehörige betreuen, unter einem besonderen Erfolgsdruck, denn eine Missstimmung oder ein Misserfolg wirkt sich nicht nur im beruflichen Umfeld sondern auch im privaten Bereich aus.

Als weitere Strukturmerkmale professionalisierter therapeutischer Praxis im Rahmen eines Arbeitsbündnisses nennt Oevermann den verschärften **Entscheidungszwang** sowie eine daraus abgeleitete gesteigerte **Begründungsverpflichtung**. Diese beiden Strukturmerkmale prägen auch das physiotherapeutische Handeln. Denn PhysiotherapeutInnen treffen ebenfalls stellvertretende Entscheidungen für eine „beschädigte Lebenspraxis, die sich der Behandlung anvertraut“ und übernehmen damit einen Teil der Verantwortlichkeit ihrer PatientInnen (Oevermann 1999: 124). Diese Entscheidungen wirken sich – im positiven oder auch im negativen Sinne – unmittelbar auf das Wohlbefinden der PatientInnen aus. Aufgrund der Risiken, die die physiotherapeutische Intervention für die Patientin mit sich bringt, ist zu erwarten, dass physiotherapeutisches Handeln in der Praxis rational, d.h. nach Oevermann auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse begründbar ist. Hier wird deutlich, was gemeint ist, wenn Oevermann von der therapeutischen Praxis als den Ort der Theorie-Praxis-Vermittlung spricht. Theorie und Praxis sind hier also nicht als zwei sich gegenseitig ausschließende Pole zu verstehen, wie der vielfach von Seiten der Berufsangehörigen in der Akademisierungsdiskussion erhobene Einwand „wir sind aber ein praktischer Beruf“ suggeriert (vgl. hierzu auch die Aussagen der Physiotherapeutinnen Nr.11 und 8, S.102), vielmehr stehen beide in einem dialektischen Verhältnis zueinander. Dies wird umso deutlicher an dem von Oevermann ins Feld geführten Prinzip der **aufgeschobenen Begründungsverpflichtung**. Demnach ist die Therapeutin, die in jedem Fall eine praktische Entscheidung treffen muss, auch wenn eine wissenschaftlich abgesicherte Begründungsbasis in der aktuellen therapeutischen Situation fehlt, zu einer nachträglichen Überprüfung bzw. Begründung ihres Handelns verpflichtet, um im Dienste des medizinischen Fortschritts die Wissens- und Erkenntnislücken zu schließen, auf die sie in Ausübung ihrer Praxis gestoßen ist.

Eine solche Begründungsverpflichtung auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden erwächst für die Physiotherapie jedoch nicht nur aus der oben beschriebenen Stellvertretung und der **Risikoabwägung**, die im Arbeitsbündnis für die PatientInnen übernommen werden, sondern auch aus den zunehmend lauter werdenden Forderungen, in einem Gesundheitssystem mit knappen Ressourcen geeignete Wirksamkeitsnachweise für

die angewandten Methoden zu bekommen und eine effektive Qualitätssicherung der therapeutischen Maßnahmen sicherzustellen.

Umso mehr erstaunt es, dass eine wissenschaftliche Ausbildung für alle PhysiotherapeutInnen in Deutschland vom Gesetzgeber immer noch nicht verbindlich vorgesehen ist. Eine so verstandene Begründungsverpflichtung legt auf jeden Fall einschneidende Konsequenzen in dieser Richtung nahe, und zwar nicht nur für die Ausbildung der Lehrkräfte der Physiotherapie, sondern gerade auch für die Ausbildung der in der therapeutischen Praxis tätigen PhysiotherapeutInnen (vgl. hierzu Kap. 4.3.4).

Eingangs wurde betont, dass eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche physiotherapeutische Intervention die beidseitige Anerkennung der Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen darstellt. Diese Prämisse verweist bereits auf das Strukturmerkmal der **widersprüchlichen Einheit von Autonomie und Abhängigkeit** in dem von Oevermann konzipierten Arbeitsbündnis: Der Patient ist aufgrund seiner „Beschädigung“ auf die professionelle Hilfe eines Physiotherapeuten angewiesen und insofern in seiner Autonomie (vorübergehend) eingeschränkt. Oevermann zufolge besteht nun aber das Ziel der professionalisierten Tätigkeit vor allem in der Wiederherstellung der Autonomie des Patienten. Der Patient wird also – wie Hüter-Becker es ausdrückt – „so lange begleitet, bis er selbst handlungsfähig geworden ist“ (Hüter-Becker 2000 b: 614). Die therapeutische Tätigkeit soll dabei möglichst nicht zu einer sekundären De-Autonomisierung beitragen, indem sie neue Abhängigkeiten schafft und auf diese Weise die Asymmetrie im Arbeitsbündnis weiter verstärkt.

Insofern impliziert ein therapeutisches Arbeitsbündnis im Sinne Oevermann's nicht das Bild eines entmündigten Patienten, der behandelt wird und dabei den Anweisungen des Therapeuten Folge zu leisten hat. Vielmehr steht dem Therapeuten im Arbeitsbündnis eine eigenständige Persönlichkeit gegenüber, die – bezogen auf das therapeutische Problem – in der Regel zwar Laie ist, darüber hinaus jedoch als Experte seiner Lebenspraxis und auch seiner Leidensgeschichte ernst zu nehmen ist und aktiv am Geschehen teilnimmt.

Demzufolge sollte eigentlich auch nicht, wie allgemein üblich, von einer krankengymnastischen Behandlung gesprochen werden, weil dieser Terminus – im Unterschied zu dem von Oevermann gewählten Begriff 'Arbeitsbündnis' – Aktivität auf Seiten der TherapeutInnen und Passivität auf Seiten der PatientInnen suggeriert.<sup>46</sup> Vielmehr kann eine erfolgsversprechende therapeutische Intervention nur auf der Basis eines Vertrages zwischen *beiden* Seiten zustande kommen, der in seinen Grundzügen von den PatientInnen nicht nur verstanden, sondern auch mitgetragen wird (Scholz 1999: 34).

---

<sup>46</sup> Es soll hier ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass der Terminus „Behandeln“ auch im positiven Sinne interpretiert werden kann, wie zum Beispiel von Hüter-Becker: „Wir behandeln unsern Patienten, das heißt, wir legen Hand an sie in des Wortes schönster Bedeutung, nämlich: *Behandeln = sich mit geeigneten Mitteln um jemandes Heilung bemühen* (DUDEN: Das große Wörterbuch der deutschen Sprache, 1977).“ (Hüter-Becker 2000 b: 613; Hervorhebungen im Original)

Eine ähnliche Auffassung von der PatientInnen- und TherapeutInnen-Rolle findet sich auch in dem oben bereits ausführlich dargestellten neuen bio-psycho-sozio-ökologischen Ansatz der 'Kommission Strukturanalyse des ZVK', wobei Hüter-Becker bezüglich der PatientInnen-Rolle ausdrücklich betont, dass es um mehr geht, als um »Mitarbeit« und »Eigentätigkeit« im herkömmlichen Sinne: demnach muss der Mensch, der sich in der Therapie befindet, die Veränderung wünschen, sie selbst beschreiben und den Weg dorthin annehmen können (vgl. Kap. 3.5: S.61). Es wäre zu überlegen, inwieweit die von Scholz im Kontext der psychologischen TherapeutIn-PatientIn-Betreuung aufgestellte Prämisse auch für die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung gilt:

„Denn erst durch die Beziehungsgestaltung kann das Basisverhalten und die Motivation von Patienten beeinflusst und gefördert werden, nach dem Motto »Veränderung durch Beziehung«.“ (Scholz 1999: 65)

Die Notwendigkeit einer aktiven PatientInnen-Rolle wird umso deutlicher, wenn man berücksichtigt, dass eine therapeutische Situation gleichzeitig immer auch eine Lernsituation für die PatientInnen darstellt (Springer 1995: 59). Für die physiotherapeutische Situation gilt das in besonderem Maße, da das Lernen hier sowohl auf die Entwicklung der Persönlichkeit als auch – z.B. im Sinne von Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung – auf objektive Lerngegenstände gerichtet ist (Springer 1995: 61). Insofern ist die physiotherapeutische Situation **Therapie und Pädagogik** zugleich. Es handelt sich hierbei um ein Strukturmerkmal physiotherapeutischen Handelns, das den von Oevermann für das therapeutische Arbeitsbündnis beschriebenen Strukturmerkmalen noch hinzuzufügen ist. Vor dem Hintergrund einer systemisch-konstruktivistischen Auffassung von Lernen (Blättner 1998: 98ff) – im Gegensatz zum traditionellen passiv-mechanistischen Verständnis (Reinmann-Rothmeier / Mandl 1997: 559) – tritt die Selbsttätigkeit der PatientInnen noch deutlicher zutage. Siebert bringt das auf den Punkt, indem er feststellt: Erwachsene sind zwar lernfähig, aber unbelehrbar (Siebert 1996: 23). Professionalisiertes physiotherapeutisches Handeln setzt also sowohl lerntheoretische Kenntnisse als auch didaktisch-pädagogische Fähigkeiten voraus.

Damit sind die von Oevermann für das professionalisierte therapeutische Handeln als wesentlich erachteten Strukturmerkmale hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die physiotherapeutische Tätigkeit untersucht worden. Abschließend ist festzuhalten, dass die Beziehungspraxis zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn derjenigen zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn in Oevermann's Arbeitsbündnis durchaus vergleichbar ist. Da nun analog zu Oevermann's therapeutischem Arbeitsbündnis auch von einem „physiotherapeutischen Arbeitsbündnis“ ausgegangen werden kann, lassen sich daraus gleichermaßen auch Schlussfolgerungen auf Qualitätsmerkmale physiotherapeutischen Handelns und Konsequenzen für die Ausbildung von PhysiotherapeutInnen ziehen. Vorab sollen jedoch die oben beschriebenen Anforderungen, die im Arbeitsbündnis mit einer Patientin an PhysiotherapeutInnen gestellt werden, an einem praktischen Beispiel aus dem physiotherapeutischen Einsatzbereich veranschaulicht werden.

#### 4.3.3 Das physiotherapeutische Arbeitsbündnis am Beispiel der Mamma-Carzinom-Therapie: Anforderungen und notwendige Rahmenbedingungen

Es sollen hier nicht alle Strukturmerkmale des physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses erneut durchdekliniert werden. Vielmehr geht es darum, einige der oben beschriebenen Anforderungen, die das physiotherapeutische Handeln in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung kennzeichnen, an einem konkreten Beispiel zu veranschaulichen und noch deutlicher zu machen, welches hohe Maß an Professionalität den PhysiotherapeutInnen dabei abverlangt wird.

Besonders gut lassen sich diese Anforderungen an der Betreuung von PatientInnen mit schweren oder sogar lebensbedrohlichen Krankheiten nachvollziehen, zu denen auch das hier gewählte Beispiel – die Betreuung einer Patientin mit Brustkrebs – gehört. Da im Fachbereich Gynäkologie kaum männliche Physiotherapeuten anzutreffen sind, stehen sich in dieser Physiotherapeutin-Patientin-Beziehung in der Regel zwei Frauen gegenüber. Folgende fiktive, aber dennoch nicht untypische Konstellation soll die Komplexität der therapeutischen Beziehung veranschaulichen:

Beispiel für eine mögliche Behandlungssituation:

*Behandlungskonstellation:*

Eine Physiotherapeutin (35 J., verheiratet, zwei Kinder) betreut auf einer gynäkologischen Station eine Patientin (42 J., verheiratet, zwei Kinder) mit der Diagnose „Zustand nach Ablatio Mammae“.

*Krankengeschichte der Patientin:*

Die Patientin hatte bereits vor 4 Jahren ein 1,7 cm großes invasives ductales Mamma-Carzinom in der rechten Brust, ohne Befall der axillären Lymphknoten (PT 1C N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>). Es wurde eine brusterhaltende Operation durchgeführt. Die Nachbehandlung erfolgte in Form von Chemo- und Bestrahlungstherapie. Das jetzt aufgetretene Rezidiv befindet sich ebenfalls rechts im Narbenbereich. Diesmal wurde eine Brustamputation vorgenommen. Die Nachbehandlung erfolgt medikamentös (Tamoxifen, 20mg/Tg.) und in Form einer Hormontherapie.

*Die Physiotherapeutin:*

Es handelt sich um eine berufserfahrene Physiotherapeutin, die sich durch Fortbildung und durch Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe ihres Berufsverbands vor allem für den Einsatzbereich Gynäkologie und Geburtshilfe qualifiziert hat. Sie ist seit zwei Jahren Mitarbeiterin dieser Klinik. Eigentlich macht ihr die Arbeit Spaß, nur der alltägliche Umgang mit krebserkrankten und auch mit sterbenden Patientinnen macht ihr zu schaffen. Diese Anforderung trifft sie völlig unvorbereitet, da sich Ausbildung und Fortbildungen im Wesentlichen auf die Vermittlung von Behandlungstechniken, darunter beispielsweise auch Entspannungstechniken für die Patientin, beschränkten. In diesem Zusammenhang sind außerdem zwei biografische Ereignisse von ...

Bedeutung:

Erstens die traumatische Erfahrung eines mehrwöchigen Einsatzes auf einer radiologischen Station im Rahmen ihres dreimonatigen klinischen Vorpraktikums vor ihrer Ausbildung zur Krankengymnastin. Besonders in Erinnerung geblieben ist ihr das Sterben einer relativ jungen Frau, die an Darmkrebs erkrankt war. Diese Frau hinterließ ihren kleinen Sohn und ihren Mann.

Zweitens die Brustkrebs-Erkrankung einer nahen Verwandten mütterlicherseits und das Wissen, dass familiäre Häufungen der Krankheit auftreten können.

Die Krebs-Angst der Physiotherapeutin rückt besonders nah, wenn sie sich leicht mit einer Patientin identifizieren kann, wie z.B. mit dieser Frau, die sich in der gleichen Lebensphase und in einer ähnlichen Lebenssituation befindet wie sie selbst. Solche Konstellationen sind an diesem Arbeitsplatz keine Seltenheit.

Außerdem ist ihr diese Patientin auf Anhieb sympathisch, sie könnte genauso gut eine Freundin sein.

Es handelt sich hier um eine besonders schwierige Behandlungssituation. Die Diagnose Brustkrebs ist an sich schon bedrohlich. Diese Patientin hat bereits einen ersten Rückfall erlebt, sodass ihre Prognose sich im Vergleich zur Ersterkrankung verschlechtert hat. Darüber hinaus muss sie mit der Entstellung ihres Körpers fertig werden. Für die Patientin bedeutet das eine enorme Verunsicherung und eine große psychische Belastung. Hinzu kommt, dass auch die Physiotherapeutin emotional nicht unbelastet in diese therapeutische Situation hineingeht.

In welcher Weise sich die hier beschriebene Konstellation auf die therapeutische Situation auswirken wird, hängt einerseits – wie die allgemeinen Ausführungen zum Arbeitsbündnis bereits gezeigt haben – ganz wesentlich von der Professionalität der Physiotherapeutin ab. Für das Gelingen der therapeutischen Intervention spielen andererseits aber auch die institutionellen Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle, auf die hier im Folgenden ebenfalls eingegangen werden soll.

Auf der Ebene der therapeutischen Beziehung kommt es beispielsweise darauf an, dass die Physiotherapeutin mit den verschiedenen Varianten der Problemabwehr vertraut ist, die bei der Patientin – wie in diesem Beispiel – durch eine massive Belastungssituation oder Bedrohung in Gang gesetzt werden können. Scholz weist diesbezüglich auf Mechanismen wie z.B. Verdrängung, Verleugnung, Rationalisierung, Regression, Verschiebung und Sublimierung hin, die in der therapeutischen Situation zu unerwarteten Reaktionen seitens der Betroffenen führen können (Scholz 1999: 79f, 47f). Das bei schweren Bedrohungen am Häufigsten beobachtete Bewältigungsmuster vollzieht sich Scholz zufolge in drei Reaktionsstufen, die nahezu gesetzmäßig ablaufen. Demnach durchlebt die Betroffene zunächst eine *Abwehrphase*, die durch „Nicht-wahr-haben-können“ der Katastrophe durch Verleugnung, Verdrängung oder Bagatellisierung gekennzeichnet ist (80). Zeigt die Patientin also zu Beginn der Physiotherapie Abwehrreaktionen, so sind diese nicht unbedingt als Widerstand gegenüber der physiotherapeutischen Maßnahme zu verstehen, sondern dienen aller Wahrscheinlichkeit nach der Abwehr

der bedrohlichen Gesamtsituation. Im Anschluss an die Abwehrphase folgt eine Phase *gesteigerter Aktivität*, charakterisiert durch Reaktionen wie Kampf, Aggression, Vorwurf oder selbstaggressive Tendenzen wie Regression, Passivität und „Unterwerfung“ (80). Eine aggressive oder vorwurfsvolle Haltung der Physiotherapeutin gegenüber oder auch eine fehlende Übernahme von Eigenverantwortung für das Gelingen der physiotherapeutischen Maßnahme können auf dieses typische Reaktionsmuster zurückzuführen sein.

Vor allem in dieser Phase ist das professionelle Handeln der Physiotherapeutin in der Beziehung zu ihrer Patientin von entscheidender Bedeutung, denn ihr Fehlverhalten (z.B. in Form von Gegenaggression oder therapeutischer Dominanz) kann den Übergang der Patientin in die nächste sogenannte *Bewältigungsphase* blockieren und so verhindern, dass sie ausreichend aktive Verhaltensmuster zur Anpassung an die entstandene Belastungssituation erarbeiten kann (80f).

Entscheidend für diesen Behandlungsverlauf wird außerdem sein, wie die Physiotherapeutin mit ihrer persönlichen Betroffenheit umgeht. Ob sie möglicherweise – wie an anderer Stelle mit Bezug auf Scholz bereits beschrieben – ihre eigenen Ängste zu kompensieren versucht, z.B. über eine Abwehrhaltung und/oder Versachlichung des Problems oder auch durch den Wunsch nach Anerkennung von Seiten der Patientin (Kap. 4.3.2: S.57).

Beide Strategien würden sich auf die therapeutische Beziehung ungünstig auswirken. Wenn sie ihrer Patientin, die auf einfühlsame Begleitung und unterstützende Nähe angewiesenen ist, ausschließlich distanziert-sachlich begegnet, wäre die Folge eine ausgesprochen asymmetrische Physiotherapeutin-Patientin-Beziehung. Erweist sie sich dagegen als ähnlich bedürftig wie ihre Patientin, wäre ein zu hohes Maß an Symmetrie gegeben.

Auf keinen Fall ist jedoch zu erwarten, dass die Bedürfnisse nach persönlicher Bestätigung und Aufwertung, die emotional bedürftige TherapeutInnen Scholz zufolge in eine solche Situation u.U. mitbringen, hier befriedigt werden. Um der von ihm mit einer solchen problematischen therapeutischen Haltung in Verbindung gebrachten Burn-out-Gefährdung zu entgehen, benötigt die Therapeutin ein hohes Maß an Selbsterfahrung und die Fähigkeit zur Reflexion ihres Verhaltens in der Interaktion mit der Patientin.

In noch größere emotionale Konflikte wird diese Physiotherapeutin dann geraten, wenn sie miterleben muss, wie die Krankheit ihrer Patientin unaufhaltsam fortschreitet und die Prognose sich weiterhin verschlechtert, bis die Patientin schließlich im Sterben liegt.

Die Auseinandersetzung mit todkranken und sterbenden Menschen und die dadurch mögliche Konfrontation mit eigenen Ängsten vor Krankheit und Tod können für TherapeutInnen zu einer hohen Belastung anwachsen, vor allem dann, wenn sie dieser Anforderung – wie die hier beschriebene Physiotherapeutin – regelmäßig, dazu noch unvorbereitet und wohlmöglich ohne kollegiale oder professionelle Unterstützung (wie z.B. Supervision) gegenübersteht.

Es handelt sich hier um eine therapeutische Situation, in der sich die Physiotherapeutin nicht einmal mehr auf ihre fachlichen Kompetenzen und ihr methodisches Können sachlich zurückziehen kann, denn bei der Sterbebegleitung wird sie, da sie der Patientin nicht mehr mit den Mitteln der Physiotherapie helfen kann, gleichsam in die Grenzen ihrer therapeutischen Möglichkeiten verwiesen. Bezogen auf die hier vorgezeichnete Behandlungskonstellation wird die therapeutische Distanz noch dadurch erschwert, dass die Physiotherapeutin sich der Patientin emotional besonders nahe fühlt. Trotzdem muss sie auch in einem solchen Fall zu kompetentem, professionellem Handeln in der Lage sein (Oevermann 1999: 128).

Aus dem hier dargestellten Beispiel wird ersichtlich, dass die in der Physiotherapeutin-Patientin-Beziehung an die Physiotherapeutin gestellten Anforderungen Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, die über eine bloße Beherrschung und Anwendung physiotherapeutischer Behandlungstechniken und -methoden weit hinausgehen (vgl. diesbezügl. Kap. 4.3.4).

Zusätzliche Belastungen für eine solche therapeutische Situation können auch – wie oben bereits angedeutet – aus den institutionellen Rahmenbedingungen hervorgehen, in die die therapeutische Situation eingebettet ist <sup>47</sup>:

*Zu den Rahmenbedingungen:*

Der physiotherapeutische Einsatz findet so gut wie ausschließlich auf den Stationen und in den Zimmern der Patientinnen statt, denn eine physiotherapeutische Abteilung mit eigenen Behandlungsräumen gibt es hier nicht. Obwohl die Physiotherapeutinnen also sozusagen auf den Stationen „zu Hause“ sind, werden sie dort oft als Fremdkörper oder sogar als Störfaktor erlebt und gelegentlich auch entsprechend behandelt.

Mit manchen Krankenschwestern, Hebammen und ÄrztInnen ist eine punktuelle Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung möglich, diese muss jedoch jeden Tag aufs Neue individuell ausgehandelt und u.U. von der Physiotherapeutin auch noch „verdient“ werden. Häufig ist sie auch eine Frage von Sympathie.

Darüber hinaus existieren die verschiedenen Funktionsbereiche nebeneinander her, Überschneidungen der Kompetenz- oder Arbeitsbereiche führen oft zu Konflikten, die Kommunikation untereinander ist lückenhaft und ebenfalls konfliktanfällig.

Eine interdisziplinäre Kooperation gehört nicht zum gemeinsamen Selbstverständnis. Dementsprechend gibt es auch keine interdisziplinären Zusammenkünfte, die Raum für einen gegenseitigen Austausch bieten würden.

Auch Supervision wird in dieser Klinik nicht angeboten. ...

<sup>47</sup> Dies gilt für alle therapeutischen Maßnahmen, die nicht in einer Einzelbeziehung zu einer Therapeutin oder einem Therapeuten stattfinden, sondern in mehr oder weniger großen anonymen, diagnostisch-therapeutischen „Betrieben“.

Dem ist noch hinzuzufügen, dass selbst die Zusammenarbeit der Physiotherapeutinnen untereinander streckenweise schwierig und von Konkurrenzen geprägt ist und dass der Physiotherapie bei der Lösung ihrer Probleme die Unterstützung seitens des Chefarztes fehlt.

Diese äußeren Bedingungen tragen ganz wesentlich zu dem Gefühl der Physiotherapeutin bei, mit ihrem Problem ganz allein dazustehen.

Scholz weist diesbezüglich darauf hin, dass sich mit dem zunehmenden Wachstum therapeutischer Betriebe auch systemspezifische und strukturbedingte Quellen von Ärger, Angst und Aggression entwickelt haben, die den Behandlungsverlauf und den Therapieerfolg ebenfalls erheblich stören können (Scholz 1999: 97). Er sieht diese Quellen ursächlich z.B. in den strukturbedingten Kommunikationsproblemen unübersichtlich strukturierter Großkrankenhäuser und der Aufsplitterung der Medizin in kleine hochspezialisierte Fachbereiche (97f, 99f). Mit der fachlichen Spezialisierung und der ausgeprägten Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe und -einrichtungen geht zwar einerseits eine gesteigerte Leistungsfähigkeit einzelner Teilbereiche einher, andererseits besteht dadurch aber die Gefahr, dass der Einzelne den Blick für die Gesamtsituation der PatientInnen verlieren und Versorgungsleistungen nicht mehr in einem Bezug zueinander sehen (Müller 2000: 60).

An der medizinischen und therapeutischen Versorgung und der Beherbergung der Patientin sind eine Vielzahl von Funktionsbereichen und Berufsgruppen beteiligt, sodass sich eine große Anzahl von Konfliktfeldern auftut (Scholz 1999: 101). Eine Schlüsselrolle spielt hier beispielsweise die Station, die für die Patientin Behandlungsstelle und Beherbergungsort zugleich ist. Scholz stellt diesbezüglich fest:

„Ihre Funktion als direktester und intensivster Kontaktbereich zwischen den Patienten, Angehörigen und Krankenhausmitarbeitern macht sie zum Gradmesser der jeweils herrschenden diagnostischen, therapeutischen und kommunikativen Qualität von Krankenanstalten.“ (Scholz 1999: 101)

So können eine gute Organisation der Station, ein gutes Stationsklima, eine gute Kommunikation und Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ganz wesentlich zu einer Reduzierung von Ängsten auf Seiten der Patientin beitragen. Denn als eine wesentliche Quelle von Ängsten sieht Scholz neben der Erkrankung selbst vor allem auch die Behandlungssituation in der Klinik an.

PatientInnen machen sich demnach z.B. angstvolle Vorstellungen über die an ihre Erkrankung gebundenen diagnostischen und therapeutischen Notwendigkeiten. Weitere Ängste können durch die veränderte Lebenssituation im Krankenhaus (z.B. Unterbringung mit unbekanntem MitpatientInnen, veränderter Tagesrhythmus, Gefühl der Anonymität etc.) entstehen oder auch durch angstfördernde Kommunikationsmängel im therapeutischen System (Scholz 1999: 114). Scholz weist außerdem darauf hin, dass die Fülle von Eindrücken, mit denen PatientInnen



vor allem in neuen Behandlungssituationen konfrontiert werden, sich ebenfalls angststeigernd auswirken können. Darüber hinaus ist m.E. mit solchen Ängsten zu rechnen, die PatientInnen aufgrund negativer Erfahrungen mit dem medizinisch-therapeutischen System in die aktuelle Behandlungssituation mitbringen.

Da Heilungsverlauf und Prognose empirischen Untersuchungen zufolge erheblich von der psychischen Verfassung und der positiven Einstellung der PatientInnen zu den getroffenen therapeutischen Maßnahmen mitbestimmt werden, kommt es darauf an, das therapeutische Klima von vornherein möglichst angstfrei zu gestalten (113) bzw. bereits vorhandene Ängste früh zu erkennen (115). Scholz geht diesbezüglich davon aus, dass MitarbeiterInnen des Pflegebereichs wegen ihrer – im Vergleich zu ÄrztInnen – wesentlich größeren Nähe zu den PatientInnen und wegen ihres „normalsprachlichen Umgangs“ mit den PatientInnen eine wesentliche Informationsquelle darstellen, die allerdings aufgrund des mangelnden Austausches zwischen den jeweiligen Berufsangehörigen viel zu wenig genutzt werde (115).

Er berührt damit einen Sachverhalt, der auch für PhysiotherapeutInnen eine entscheidende Rolle spielt. Denn auch sie verbringen viel Zeit mit ihren PatientInnen, sodass sie sich aus deren Sicht natürlich auch als GesprächspartnerInnen anbieten. Vor dem Hintergrund, dass sich ÄztInnen – ‚von denen eigentlich eine ständige Gesprächsbereitschaft für PatientInnen zu fordern wäre (Scholz 1999: 115), – zunehmend aus der PatientInnen-Beziehung zurückgezogen haben (Weidner 1995: 41)<sup>48</sup>, wäre sogar zu vermuten, dass sich andere Gesundheitsfachberufe, wie z.B. die PhysiotherapeutInnen, vermehrt vor die Notwendigkeit gestellt sehen, diese Lücke schließen zu müssen. Die Erfahrung lehrt, dass es tatsächlich sehr oft die Physiotherapeutin ist, der gegenüber die PatientInnen – beispielsweise im Anschluss an eine unprofessionell durchgeführte Visite (vgl. hierzu Scholz 1999: 110) – ihr Herz ausschütten oder an die sie ihre offen gebliebenen Fragen richten. Auch ihre Unzufriedenheit über mangelnde Betreuung oder Unterstützung durch die Station oder die ÄrztInnen äußern PatientInnen oft der Physiotherapeutin gegenüber.

Von PhysiotherapeutInnen kann dies aus verschiedenen Gründen als große Belastung erlebt werden. Zum einen werden sie auf die psychologische Betreuung von PatientInnen in ihrer Ausbildung kaum vorbereitet. Zum anderen haben sie einen schwierigen Stand auf der Station. Denn PhysiotherapeutInnen sind in das Stationsteam meist nicht eingebunden, sodass sie von einem regelmäßigen und selbstverständlichen Informationsaustausch das „Stationsleben“ betreffend ausgeschlossen sind. Aus ihrer Sicht kann deshalb leicht der Eindruck entstehen, die

---

<sup>48</sup> Auf diese Weise tragen ÄrztInnen Bollinger und Hohl (1981) zufolge zur Deprofessionalisierung (hier definiert als Prozess der ‚Verberuflichung‘ vormals professioneller Arbeitsprozesse) ihrer eigenen Profession bei. Insgesamt beschreiben diese Autoren die Deprofessionalisierung der ärztlichen Profession vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie z.B. auch einem wachsenden Selbstbewusstsein der Gesundheitsfachberufe und anderer Berufe (z.B. SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und LogopädInnen), in deren Voranschreiten die Sonderstellung der ärztlichen Profession nicht länger geduldet wird. Die veränderte Rolle von PatientInnen als Subjekte ihrer Krankheit, ausgestattet mit einem höheren Maß an Selbstverantwortung, wird von Bollinger und Hohl ebenso als Folgeerscheinung dieser Entwicklungen beurteilt, wie die Notwendigkeit, dass ÄrztInnen sich in Bezug auf ihr Selbstverständnis und hinsichtlich ihre ethische Orientierung innerhalb des medizinischen Systems neu positionieren (Weidner 1995: 42f).

„psychologische Betreuung“ von PatientInnen laste allein auf ihren Schultern, weil sonst niemand Zeit für die PatientInnen hat.

In Krankenhäusern gibt es in der Regel auch kein Forum für einen interdisziplinären Austausch, sodass ihre Fragen und Probleme in „Tür-und-Angel-Gesprächen“ geklärt werden müssen, die dadurch zu Stande kommen, dass die Physiotherapeutin hinter Pflegenden und ÄrztInnen herläuft, um einen einigermaßen günstigen Moment dafür abzapfen zu können.

Überhaupt scheint die Zusammenarbeit zwischen PhysiotherapeutInnen, Pflegenden und ÄrztInnen nicht in erster Linie durch die Bereitschaft zur Kooperation im Dienste einer optimalen PatientInnenversorgung geprägt zu sein, sondern – wie Scholz ausführlich darlegt – vielmehr durch Rivalitäten zwischen Berufsgruppen und Machtfragen, durch Arroganz und Desinteresse an gegenseitigen Problemen, durch Kompetenzstreitigkeiten und Zuständigkeitsdiskussionen und durch „Berührungsängste, meist erkennbar an Abwehrhaltungen der schon seit langem etablierten Berufsgruppen wie Medizin bzw. Pflege, gegenüber Vertretern der neueren Fachberufe, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie etc.“ (Scholz 1999: 123).

Eine berufsübergreifende Kooperation im Berufsfeld Gesundheit wird zunehmend als eine unabdingbare Voraussetzung für eine optimale PatientInnenversorgung anerkannt und auch als Kompetenz von den Berufsangehörigen eingefordert, wie Schewior-Popp's These beispielhaft belegt:

„Ohne Kooperationsbereitschaft und entsprechendes Handeln der verschiedenen Gesundheitsberufe im Krankenhaus ist eine Patientenversorgung unter Maßgabe sowohl medizinischer als auch pflegerischer, therapeutischer und psycho-sozialer Qualitätsansprüche nicht möglich. Insofern zählen Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit zu den Schlüsselqualifikationen der Gesundheitsberufe.“  
(Schewior-Popp 1999: 59)

Gleichwohl ist sie bisher jedoch nur unzureichend zum Gegenstand empirischer Forschung erhoben worden. Die wenigen vorliegenden Studien beschäftigen sich zumeist mit der Zusammenarbeit von ÄrztInnen und Pflegekräften, wohingegen andere therapeutische Berufsgruppen, wie z.B. die Physiotherapie, bisher kaum in die Untersuchungen einbezogen wurden. Eine qualitative Befragung von Pflegedienstleitungen neurologischer Rehabilitationseinrichtungen weist auf Probleme der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Physiotherapie vor allem bei solchen Aufgaben hin, die in den Zuständigkeitsbereich *beider* Berufsgruppen fallen, wie z.B. Mobilisation und therapeutische Lagerung (Müller 2000: 61; vgl. hierzu auch die Aussage der Physiotherapeutin Nr.4, S.98).

Diese Ausführungen machen deutlich, dass die Qualität der PatientInnenversorgung nicht nur von der Professionalität therapeutischen Handelns im Arbeitsbündnis abhängt, sondern ganz wesentlich auch von institutionellen und strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems. Wie auch Schewior-Popp betont,

„(...) geschieht professionelles Handeln immer im Kontext der Eingebundenheit in ein Organisationssystem mit spezifischen arbeitsteiligen und hierarchischen Merkmalen“  
(Schewior-Popp 1999: 48).

Das Arbeitsbündnis setzt Maßstäbe für den Umgang mit PatientInnen, die von einem Team, einer Organisation oder einem System, wie hier dem Gesundheitssystem, letztendlich bejaht und aktiv mitgetragen werden müssen. Nur so kann seine Etablierung in die PatientInnenversorgung gelingen, ohne dass therapeutische Qualität einseitig auf die Schultern einzelner TherapeutInnen und die Professionalität ihres Handelns abgewälzt wird. Scholz formuliert das – bezogen auf die Kommunikationsprobleme in Krankenhäusern – wie folgt:

„Während individuelle Kommunikationsprobleme eine bessere Schulung der Therapeuten und Pflegemitarbeiter erfordern, können Strukturfehler nur durch organisatorische Maßnahmen beeinflusst werden. Die erste notwendige Voraussetzung dafür besteht in ihrer Identifizierung und der Planung sinnvoller Änderungen. Da sich aber falsche Strukturen nicht selten nach einiger Zeit reaktivieren, muß die erreichte Qualität durch regelmäßige Kontrollevidenz immer wieder überprüft werden.“ (Scholz 1999: 97)

Die vorliegende Arbeit legt ganz bewusst – in Abgrenzung zur merkmalsorientierten klassischen Professionstheorie – den Schwerpunkt auf das professionelle Handeln von PhysiotherapeutInnen im Umgang mit PatientInnen. Das soll jedoch nicht heißen, dass diese sich ausschließlich über den Kontakt zu ihren PatientInnen definieren können. Außerdem können sie nicht dabei stehen bleiben, ein Professionalisierungskonzept nur innerhalb ihres eigenen Berufsstandes zu formulieren (Siebolds/Weidner 1998: 44). Als VertreterInnen eines Gesundheitsfachberufs müssen sie sich in einem zunehmend komplexer werdenden Gesundheitssystem positionieren und zum Wohle ihrer PatientInnen mit den Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe und mit anderen Funktionsbereichen des Gesundheitssystems kooperieren, denn:

„Die Probleme (in Teamprozessen / D.K.) betreffen (...) nicht nur die beteiligten Berufsgruppen, sondern haben einen direkten Einfluß auf die Qualität der Behandlung und Pflege von Patienten.“ (Siebolds/Weidner 1998: 49)

Insofern bezeichnet Schewior-Popp diese Fähigkeit zur berufsübergreifenden Kooperation in der Praxis der Gesundheitsversorgung zu Recht als Schlüsselkompetenz, die sowohl PhysiotherapeutInnen als auch die VertreterInnen anderer Gesundheitsfachberufe im Rahmen ihrer Ausbildung erwerben müssten, z.B. in Form personaler Kompetenzen oder auch durch die Vermittlung interdisziplinären Wissens. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheint eine solche Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit kaum entwickelt zu sein. Siebolds und Weidner stellen diesbezüglich fest:

„Interprofessionelle Teams scheinen es nur in einem geringen Maße zu schaffen, ihre berufsgruppenspezifischen, therapeutischen Haltungen, Therapiekonzepte und daraus abgeleitete Therapieverfahren und Überprüfungsansätze offen auszudiskutieren und abzustimmen. Darüber hinaus scheint es kaum ein Bewußtsein für berufsgruppenübergreifende Qualitätsdimensionen, Qualitätsindikatoren und Qualitätskonzepte zu geben.“ (Siebolds/Weidner 1998: 44)

Da jedoch auch Siebolds und Weidner davon ausgehen, dass eine möglichst gute Qualität der PatientInnenversorgung nicht ausschließlich durch professionelle Einzelakteure, sondern vielmehr in interprofessionellen Teams erreichbar ist, gilt es, diese Fähigkeit zur interdisziplinären Kooperation im Gesundheitssystem zu stärken. Als einfaches Einstiegskonzept schlagen sie die sogenannte „Settingkonferenz“ vor, die sich an den Vorgaben des ‘Total-Quality-Managements’ orientiert und dazu dient, dass multiprofessionelle Teams klare, einheitliche Regeln für ihre Zusammenarbeit und für das therapeutische Handeln festlegen (Siebolds/Weidner: 49).

#### 4.3.4 Erforderliche Kompetenzen auf Seiten der PhysiotherapeutInnen und Konsequenzen für deren Ausbildung

Die vorangegangenen Ausführungen haben Aufschluss über die Anforderungen an das physiotherapeutische Handeln im Arbeitsbündnis mit Patientinnen und Patienten gegeben, wobei andeutungsweise auch schon auf die jeweils erforderlichen Kompetenzen auf Seiten der PhysiotherapeutInnen hingewiesen wurde. Diese sollen hier noch einmal zusammengefasst dargestellt werden.

Der Oevermann’schen Strukturbestimmung professionellen therapeutischen Handelns folgend, die hier auf die Physiotherapie angewandt wurde, gehört zu den Grundvoraussetzungen des physiotherapeutischen Handelns vor allem die Fähigkeit, die widersprüchlichen Einheiten und Polaritäten im physiotherapeutischen Arbeitsbündnis souverän auszubalancieren. Es handelt sich dabei – wie oben bereits ausführlich dargelegt wurde – um die widersprüchlichen Einheiten von Autonomie und Abhängigkeit und diffuser und spezifischer Sozialbeziehung, um Symmetrie und Asymmetrie, Entscheidungsdruck bei gleichzeitiger Begründungsverpflichtung, die Nähe-Distanz-Problematik sowie das Erklären und Fallverstehen. Die von Oevermann genannten Strukturmerkmale wurden in diesem Zusammenhang noch ergänzt durch die Gleichzeitigkeit therapeutischen und pädagogischen Agierens im physiotherapeutischen Arbeitsbündnis.

Um den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden zu können, benötigen PhysiotherapeutInnen Kompetenzen auf der persönlichen Ebene (Selbstkompetenz), im sozialen (Sozialkompetenz) und im fachlichen Bereich (Fach- bzw. Methodenkompetenz). Der Kompetenz-Begriff wird von Keller und Novak wie folgt definiert:

„Kompetenz bedeutet entweder *Zuständigkeit für* oder *Fähigkeit zu* einem bestimmten Handeln. In beiden Fällen geht es um das Vorhandensein gewisser Kenntnisse und Fertigkeiten, welche die Voraussetzung für adäquates Handeln in bestimmten Situationen bilden. Für erzieherische Zwecke empfiehlt es sich (nach H. Roth), genauer zu unterscheiden zwischen Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz (...).“ (Keller/Novak 1993: 215; Hervorhebungen im Original)

Diese Kompetenzen sind Ausdruck einer Reihe von berufsübergreifenden Qualifikationen, auch Schlüsselqualifikationen genannt, aus deren synergetischem Zusammenwirken schließlich die individuelle (berufliche) Handlungskompetenz hervorgeht (Freund und Overlander 1999: 9).

Der Begriff der Schlüsselqualifikationen wurde erstmalig von Mertens vor knapp 30 Jahren im Rahmen der Arbeitsmarktforschung verwendet (Keller/Novak 1993: 308).<sup>49</sup> Sein Konzept der Schlüsselqualifikationen basiert auf der These, dass Bildungsinhalte um so schneller veralten, je enger sie an die Praxis von Arbeitsverrichtungen gebunden werden, während Bildungsinhalte höheren Abstraktionsgrades langsamer veralten und deshalb auch besser vor arbeitsmarktpolitischen Fehlleitungen und Fehlprognosen sichern (Mertens 1977: 99). Mertens nennt solche übergeordneten Bildungsziele und Bildungselemente Schlüsselqualifikationen, „weil sie den Schlüssel zur raschen und reibungslosen Erschließung von wechselndem Spezialwissen bilden“ (100). Insofern wird s.E. die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen den Anforderungen moderner Gesellschaften wegen der speziellen Arbeitsanforderungen und der zunehmenden Unüberschaubarkeit von Fakten eher gerecht als die ausschließliche Vermittlung von Faktenwissen (99).

Schlüsselqualifikationen sind immer berufsübergreifende Qualifikationen<sup>50</sup>, wobei in der Literatur unterschiedliche Kategorien bzw. Differenzierungen benannt werden (Schewior-Popp 1999: 55f). Das Konzept der Schlüsselqualifikationen kann hier nicht in seiner ganzen Variationsbreite einschließlich der damit verbundenen curricularen, didaktischen und organisatorischen Konsequenzen dargestellt werden, jedoch ist folgende Zusammenfassung Schewior-Popp's im Hinblick auf die Gesundheits- und Sozialberufe aufschlussreich:

„Zusammengefaßt basiert das Konzept der Schlüsselqualifikationen auf dem Erwerb von Handlungskompetenzen im kognitiven, affektiv-psychozialen und psychomotorischen Bereich, deren Beherrschen es ermöglicht, komplexe berufliche Anforderungsstrukturen erfolgreich zu bewältigen.“ (Schewior-Popp 1999: 58)

---

<sup>49</sup> Mit seinem Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft in seinem Aufsatz „Schlüsselqualifikationen“ knüpft Mertens, wie er selbst ausdrücklich betont, an seinen 1973 in den Mitteilungen der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 4 erschienen Aufsatz „Der unscharfe Arbeitsmarkt. Eine Zwischenbilanz der Flexibilitätsforschung“ an (Mertens 1977: 101).

<sup>50</sup> Zu den in Stellenanzeigen am häufigsten nachgefragten Schlüsselqualifikationen gehören (in der Rangfolge ihrer Nennung) (1) Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, (2) Problemlösungsfähigkeit und Kreativität, (3) Selbstständigkeit und Leistungsfähigkeit, (4) Verantwortungsfähigkeit, (5) Denk- und Lernfähigkeit sowie (6) Begründungs- und Bewertungsfähigkeit. Zu diesem Ergebnis kamen zwei Untersuchungen: eine Stichtagsuntersuchung von Horst Belz zum 1.3.1997, der die Stellenangebots-Anzeigen von sechs deutschen überregional erscheinenden Zeitungen („Die Zeit“, „Frankfurter Allgemeine“, „Frankfurter Rundschau“, „Stuttgarter Zeitung“, „Süddeutsche Zeitung“ und „Welt“) und drei regional erscheinenden Zeitungen („Badische Zeitung“, „Schwarzwälder Bote“ und „Südkurier“) auswertete. Gegenstand einer zweiten Untersuchung waren 682 Stelleninserate des Schweizer „Tagesanzeiger“ vom 21.04.1995 (Belz/Siegrist 1997). Keller und Novak nennen als wichtige allgemeine Schlüsselqualifikationen auch noch die Bereitschaft zu lebenslangem Lernen, Umweltkompetenz, internationale Qualifikation und Europakompetenz und die Beherrschung neuer Informations- und Kommunikationstechniken (dies. 1993: 308).

Die Kompetenzen und Fähigkeiten, die PhysiotherapeutInnen zum professionellen Handeln im Arbeitsbündnis und in ihrem multiprofessionellen Berufsfeld überhaupt befähigen – ‚sie also beruflich ‚handlungsfähig‘ machen, – sind z.T. diesen berufsübergreifenden extrafunktionalen Qualifikationen zuzuordnen. Eine wie auch immer geartete Ausbildung sollte demgemäß vermehrt den Aufbau von Schlüsselqualifikationen ermöglichen. Allerdings wird diesbezüglich ausdrücklich betont:

„Schlüsselqualifikationen ersetzen Fachwissen nicht, sie ergänzen es und strukturieren es zum Teil neu. Didaktisch und curriculumtheoretisch bedeutet dies eine Umorientierung in Richtung handlungsorientierter Lehr- Lern Konzepte.“ (Schewior-Popp 1999: 58; im Original fettgedruckt)

Um die komplexe TherapeutIn-PatientIn-Beziehung im Sinne des Oevermann’schen Arbeitsbündnisses reflektieren und professionell gestalten zu können, benötigen PhysiotherapeutInnen zunächst vor allem solche Kompetenzen, die die eigene Persönlichkeit betreffen und sich mit dem Stichwort „Selbstkompetenz“ überschreiben lassen. Darunter fallen Selbsterfahrung und Selbstreflexionsfähigkeit ebenso wie auch ein kompetenter Umgang mit sich selbst (Selbstmanagement) bzw. mit dem eigenen Selbstwert – z.B. in Bezug auf die eigenen Möglichkeiten und Grenzen, die persönliche Belastbarkeit, Stärken und Schwächen und nicht zuletzt die Sorge für die eigene physische und psychosoziale Gesundheit. Weiter gehören dazu die Entwicklung eines persönlichen Wertesystems und eines Menschenbildes, an denen sich das eigene (berufliche) Handeln ausrichten lässt, sowie die Fähigkeit zur Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit und der individuellen (beruflichen) Handlungsfähigkeit.

Darüber hinaus sollten PhysiotherapeutInnen über sozial-kommunikative und kooperative Kompetenzen verfügen. Darunter fallen solche Fähigkeiten, die sie zur bewussten Kommunikation und Interaktion mit ihren PatientInnen und zu einem kompetenten Umgang mit Angehörigen, KollegInnen und Vorgesetzten befähigen. Dies schließt natürlich insbesondere auch die Fähigkeit zur ‚therapeutischen Kommunikation‘ mit PatientInnen ein, deren Besonderheiten von Scholz (1999) ausführlich beschrieben werden.

Außerdem schließt physiotherapeutisches Handeln, wie wir gesehen haben, immer auch pädagogisches Handeln mit ein, sodass PhysiotherapeutInnen grundsätzlich pädagogische und didaktische Kompetenzen mitbringen müssen. Diese benötigen sie zum einen, um einzelnen PatientInnen oder auch Gruppen ihr therapeutisches Vorgehen bzw. ihre Therapievorschläge während der physiotherapeutischen Behandlung vermitteln zu können, zum anderen auch für die Beratung von PatientInnen und Angehörigen.

Solche berufsübergreifenden Qualifikationen ersetzen jedoch, wie Schewior-Popp zu Recht feststellt, nicht das Fachwissen. Professionalisiertes therapeutisches Handeln ist immer theoriegeleitetes Handeln, und das trifft, wie die vorangegangenen Ausführungen zu den Strukturmerkmalen physiotherapeutischen Handelns bereits

deutlich gemacht haben, auch auf die Physiotherapie zu. Genauer gesagt gehört die Physiotherapie, indem sie sich nicht nur auf systematisiertes (wissenschaftlich fundiertes) Wissen gründet, sondern dieses auch im Arbeitsbündnis „auf eine Lebenspraxis“ anwendet (Oevermann 1999: 138), zu jenen „klientenbezogenen Anwendern erfahrungswissenschaftlicher Erkenntnis in der therapeutischen Tätigkeit“ (Oevermann 1999: 137), denen Oevermann aufgrund ihrer spezifischen Aufgabenstellung der Theorie-Praxis-Vermittlung einen doppelten Professionalisierungsbedarf einräumt, sowohl im Sinne der Einübung in den wissenschaftlichen Diskurs als auch auf der Ebene der konkreten klientenbezogenen Anwendung im Arbeitsbündnis (Oevermann 1999: 138). Diese Verknüpfung von Theorie und therapeutischer Praxis spiegelt sich in der folgenden Äußerung Hüter-Becker's ebenso wider:

„Wir sollten uns dessen bewusst sein und bleiben, daß unsere Behandler-Hand das wichtigste Hand-Werkzeug des Physiotherapeuten ist, auch wenn wir für die Theorie, die unser praktisches Handeln leitet, zu Recht akademischen Standard anstreben.“ (Hüter-Becker 2000 b: 614f)

Zu Beginn dieses Kapitels wurde bereits festgestellt, dass die Anwendbarkeit des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf die Physiotherapie mit Konsequenzen für die Ausbildung der Berufsangehörigen verbunden ist, da der von Oevermann für „alle therapeutischen und im weiteren Sinne therapeutisch-prophylaktischen Tätigkeiten“ (Oevermann 1999: 140) konstatierte doppelte Professionalisierungsbedarf für die Physiotherapie (und auch für die anderen Medizinalfachberufe) bisher nicht eingelöst werden konnte. Die dem physiotherapeutischen Handeln zugrunde liegenden Strukturmerkmale legen jedoch nahe, dass sich die Physiotherapie sowohl in Bezug auf den wissenschaftlichen Diskurs als auch hinsichtlich der konkreten Anwendung der wissenschaftlichen Erkenntnisse professionalisieren muss. Demnach müsste sich die Ausbildung von PhysiotherapeutInnen auf folgende Grundpfeiler stützen:

- (1) **Persönlichkeitsbildung**, bestehend aus Selbsterfahrung, Reflexion von Beziehungen und vor allem auch von Betreuungssituationen sowie ausbildungs- und berufsbegleitender Supervision und Praxisreflexion
- (2) **berufspraktische Qualifizierung**, vor allem im Sinne der praktischen Einübung des physiotherapeutischen „Hand-Werks“ und des Arbeitsbündnisses mit PatientInnen, aber auch durch den Aufbau von berufsübergreifenden Schlüsselqualifikationen zur langfristigen Aufrechterhaltung und interdisziplinären Erweiterung der beruflichen Handlungsfähigkeit
- (3) **theoretische und wissenschaftliche Qualifizierung**: Befähigung zu theoriegeleitetem, wissenschaftlich begründeten Handeln durch Aneignung natur- und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse; Befähigung zum Forschungshandeln im Sinne einer fortwährenden wissenschaftlichen Überprüfung physiotherapeutischer Maßnahmen, aber auch zur nachträglichen Begründung und zur Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse im Bereich der Physiotherapie; und schließlich Systematisierung des Berufswissens von PhysiotherapeutInnen zu einer eigenen „Fachwissenschaft Physiotherapie“

Ihr wissenschaftlicher Professionalisierungsbedarf ergibt sich zunächst aus der Tatsache, dass die Physiotherapie ein selbstständiger, therapeutisch arbeitender Beruf ist. Zwar unterliegt sie der ärztlichen Anweisung, jedoch enthält das Rezept lediglich die Diagnosestellung und eine allgemein gehaltene Verordnung.

Die Durchführung der physiotherapeutischen Befunderhebung, ihre Auswertung, die Formulierung des Behandlungsziels und die Entscheidung für Behandlungsschwerpunkte, die Erstellung des Therapieplans, sowie die Auswahl und Durchführung geeigneter Behandlungstechniken hingegen liegen in der alleinigen Verantwortung der PhysiotherapeutInnen.<sup>51</sup> Diese müssen also in der Ausübung ihrer Tätigkeit zu selbstständigem therapeutischen Handeln in der Lage sein und sind damit, wie bereits ausführlich ausgeführt wurde, einem besonderen Begründungszwang unterworfen. Die entsprechenden Begründungskompetenzen wären in einer wissenschaftlich qualifizierenden Grundausbildung wesentlich fundierter zu erwerben als in der jetzigen funktionell ausgerichteten Ausbildung.

Darüber hinaus werden Medizinalfachberufe wie die Physiotherapie – im Hinblick auf eine optimale PatientInnenversorgung und vor dem Hintergrund der Veränderungen im Gesundheitssystem – in der Ausübung ihrer Tätigkeit mit steigenden Anforderungen konfrontiert.<sup>52</sup> Auch um ihnen gerecht zu werden, bedarf es einer wissenschaftlichen Fundierung des physiotherapeutischen Berufswissens<sup>53</sup> und der Anhebung der Ausbildung von PhysiotherapeutInnen auf ein akademisches Niveau. Außerdem fordert die veränderte Gesetzgebung auch von PhysiotherapeutInnen, dass sie die Qualität ihrer Leistungen darstellen, sichern und verbessern, sowie die Effektivität und Effizienz ihrer Maßnahmen nachweisen (SGB V §125 u. §§135-139). Um dies professionell leisten zu können, benötigen PhysiotherapeutInnen auch nach Ansicht der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe die entsprechende wissenschaftliche Kompetenz (AG MTG 2000 a: 2).

Nicht zuletzt bedeutet die Anhebung der deutschen Physiotherapieausbildung auf Fachhochschulebene aber auch die seit Jahren geforderte und aus berufs-politischen Erwägungen heraus dringend gebotene Angleichung an das europäische Ausbildungsniveau.

---

<sup>51</sup> Es handelt sich hierbei um die Leistungen, die vom Gesetzgeber für die „methodische Anwendung der Physiotherapie in den medizinischen Fachgebieten“ als kennzeichnend angesehen und somit den PrüfungskandidatInnen in der praktischen Prüfung auch abverlangt werden (PhysTh-APrV von 1974, BGBl. I. S. 3786, Abschnitt 2, § 14, (1), 3.).

<sup>52</sup> Diese gehen zum Beispiel von der Multiborbidität in einer Gesellschaft aus, in der immer mehr Menschen immer älter werden und die ein Umdenken im Umgang mit Krankheit, Behinderung und Alter notwendig machen; sie betreffen aber insbesondere auch die die zunehmend laut werdende Forderung nach multiprofessioneller Vernetzung in der stationären und ambulanten PatientInnenversorgung und einer größeren Symmetrie in der Professionelle-Laien-Interaktion sowie eine zunehmende Sensibilisierung für die psychosozialen Bedürfnisse von PatientInnen.

<sup>53</sup> Bestrebungen in Richtung einer wissenschaftlichen Fundierung der physiotherapeutischen Tätigkeit sind aber auch jetzt bereits zu verzeichnen, zum Beispiel in Bezug auf den bio-psycho-sozio-ökologischen Denkansatz der Kommission „Strukturanalyse“ (vgl. Kap. 3.5).



## II. Empirischer Teil

### 5 Das physiotherapeutische Arbeitsbündnis auf dem Prüfstand

Im vorangegangenen Kapitel wurde das Oevermann'sche Arbeitsbündnis von einem theoretischen Standpunkt aus auf seine Tragfähigkeit hinsichtlich der Professionalisierung physiotherapeutischen Handelns analysiert. Mit der empirischen Untersuchung ist nun die Absicht verbunden, die theoretischen Erkenntnisse mit der Berufspraxis von PhysiotherapeutInnen in Beziehung zu setzen und vor diesem Hintergrund zu reflektieren. Als Erhebungsinstrument bietet sich in diesem Zusammenhang die Gruppendiskussion an. Die Gründe hierfür werden im Zusammenhang mit der Darstellung der Methode (vgl. Kap. 5.1.) und der erkenntnisleitenden Fragestellung erläutert (vgl. Kap. 5.2.1).

#### 5.1 Die Gruppendiskussion als Instrument der qualitativen Sozialforschung

Insgesamt betrachtet scheint die Gruppendiskussion in der qualitativen Sozialforschung eine eher untergeordnete Rolle zu spielen: Im Vergleich zu anderen kommunikativen Verfahren der Datenerhebung wird sie dort seltener praktisch angewandt und ist vielleicht aus diesem Grunde auf theoretisch-methodologischer Ebene sparsamer ausgearbeitet worden, als etwa das Interview oder die Beobachtung. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungswissen sind deshalb deutlich begrenzt, sodass die Praktiker ihre Gruppendiskussionen eher im „Freistil“ als methodologisch fundiert und abgesichert durchführen (Lamnek 1995: 125, 128f). Häufiger kommt die Gruppendiskussion dagegen im Bereich der kommerziellen Markt- und Meinungsforschung zur Anwendung, wo sie offenbar als preisgünstige Methode zur effizienten Datenerhebung angesehen, methodologisch jedoch kaum reflektiert wird. Eine mögliche Ursache für den geringen Einsatz der Gruppendiskussion im wissenschaftlichen Feld sehen Griese und Löbbecke in dem relativ hohen Arbeitsaufwand, den die Auswertung von Gruppendiskussionen mit sich bringt (Griese / Löbbecke: 1; aber auch Lamnek 1995: 125, 129).

##### 5.1.1 Definition und Zielsetzung

Allgemein kann die Gruppendiskussion als ein Gespräch mehrerer DiskussionsteilnehmerInnen zu einem vorgegebenen Thema unter Laborbedingungen aufgefasst werden (Lamnek 1995: 125, 131).

Entwickelt wurde diese Methode als Kritik an der standardisierten Einzelbefragung. Insofern sieht Lamnek die Gruppendiskussion in enger Verwandtschaft mit der Befragung und definiert sie auch als spezifische Form eines Gruppeninterviews (125), wobei der Terminus 'Interview', wie er selbst anmerkt, insofern irreführend ist, als es sich eben nicht um Gespräche der TeilnehmerInnen mit der DiskussionsleiterIn, sondern um ein Gespräch der TeilnehmerInnen untereinander handelt (140).

Es werden zwei verschiedene Varianten der Gruppendiskussion unterschieden: die *vermittelnde* und die *ermittelnde* Gruppendiskussion. Bei der *vermittelnden* Gruppendiskussion handelt es sich um ein Gruppengespräch zur Diskussion interpersonaler Probleme im Rahmen einer Organisationsfamilie. Sie zielt auf die Inszenierung von Gruppenprozessen ab und wird im Rahmen der Organisationsentwicklung angewandt (130).

Die *ermittelnde* Variante, nach der hier verfahren wurde, dient dagegen der Erfassung von Daten im Bereich der sozialwissenschaftlichen Forschung (130) und kann unterschiedlichen Erkenntniszielen gewidmet sein (131):

- Meinungen und Einstellungen der einzelnen TeilnehmerInnen in der Gruppensituation
- Meinungen und Einstellungen der gesamten Diskussionsgruppe als einer größeren sozialen Einheit
- die „öffentlichen“ Meinungen und Einstellungen, die in der Gruppensituation aktualisiert werden
- die den Meinungen und Einstellungen zugrundeliegenden Bewusstseinsstrukturen
- die Erforschung gruppenspezifischer Verhaltensweisen
- die in der Gruppendiskussion ablaufenden Gruppenprozesse, die die Meinungen und Einstellungen individuell und insgesamt bilden bzw. verändern
- die empirische Erfassung ganzer gesellschaftlicher Teilbereiche

Der Schwerpunkt des Einsatzes der ermittelnden Gruppendiskussion liegt Lamnek zufolge heute auf der Erforschung von Einstellungen und Meinungen (131), was auch dem Erkenntnisziel der hier vorliegenden Arbeit entspricht.

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, die oben aufgeführten Ziele miteinander zu kombinieren, führt jedoch zu einer stark ansteigenden Komplexität bei der Durchführung und Auswertung der Gruppendiskussion. Deshalb ist die Fokussierung auf ein Erkenntnisziel sinnvoll, auch wenn sich in der Praxis der Gruppendiskussion die übrigen Ziele nicht vollständig ausblenden lassen, da sie sich gegenseitig bedingen (131).

### 5.1.2 Konzeptionelle Entwicklung

Erstmalig angewandt wurde die Gruppendiskussion im anglo-amerikanischen Raum von Kurt Lewin<sup>54</sup> und seinen Schülern, die sie im Zusammenhang mit sozialpsychologischen Kleingruppen-Experimenten zur Erforschung von Gruppenprozessen (Führungsstil, Verhalten der Teilnehmenden untereinander) einsetzten (Griese/Löbbecke: 1; Lamnek 1995: 125f, 129).

---

<sup>54</sup>Lamnek bezieht sich hier auf Lewin, Kurt: Principles of Topological Psychology; New York 1936.

Im deutschsprachigen Raum wurde sie vor allem vom Frankfurter Institut für Sozialforschung übernommen, wobei hier die Untersuchung von Pollock<sup>55</sup> den Ausgangspunkt der methodologischen Diskussion markiert (Lamnek 1995: 129). Von da an lassen sich in der Bundesrepublik Deutschland hinsichtlich der konzeptionellen Entwicklung der Methode drei chronologisch aufeinander aufbauende Stufen unterscheiden (145f):

<p><b>1. Phase: Konzept von POLLOCK (1955)</b></p> <p><i>Die nicht-öffentliche Meinung<sup>56</sup> von Individuen als Erkenntnisziel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– untersucht die nicht-öffentliche Meinung der <i>einzelnen</i> DiskussionsteilnehmerInnen</li> </ul> <p>Grundannahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– latente und nicht-öffentliche Meinungen werden erst dann transparent, wenn die TeilnehmerInnen gezwungen sind, Standpunkte zu beziehen</li> <li>– Meinungen werden durch Gruppenprozesse zwar nicht erzeugt, jedoch wird ihre Kommunikabilität durch die Gruppe gesteigert</li> </ul>
<p><b>2. Phase: Konzept von Mangold (1960, 1962)</b></p> <p><i>Die informelle Gruppenmeinung<sup>57</sup> als Erkenntnisziel:</i></p> <p>Grundannahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Gruppendiskussion ist prinzipiell nicht dazu geeignet, Einzelmeinungen zu untersuchen, denn die geäußerten Meinungen sind das Produkt der Interaktion innerhalb der Gruppe</li> <li>– insofern repräsentiert das einzelne Gruppenmitglied in seiner geäußerten Einstellung auch die dahinterstehende Gruppenmeinung mindestens teilweise mit, wenn es nicht sogar zum Träger der 'öffentlichen Meinung' wird</li> <li>– eine wesentliche Voraussetzung für die Untersuchung der Gruppenmeinung ist das Initiieren einer authentischen, naturalistischen Gruppendiskussion</li> </ul>
<p><b>3. Phase: Konzept von Nießen (1977)</b></p> <p><i>Die situationsabhängige Gruppenmeinung als Erkenntnisziel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– berücksichtigt die Bedeutung der Situation (den Kontext) für die Entwicklung einer Gruppenmeinung</li> </ul> <p>Grundannahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Gruppenmeinung wird in jeder Handlungssituation neu ausgehandelt</li> <li>– weil dem so ist, lässt sich gesellschaftliche Wirklichkeit nicht in Einzelinterviews, sondern nur in 'öffentlichen', sozialen Gruppensituationen erfassen</li> <li>– da das Gruppengespräch eine dem Alltag ähnliche Kommunikationssituation mit realitätsnahen Situationsbedingungen darstellt, eignet sie sich besonders gut für die Erforschung sozialer Aushandlungsprozesse von Einstellungen, Deutungs- ...</li> </ul>

<sup>55</sup> Lamnek bezieht sich auf: Pollock, Friedrich (Hrsg.): Gruppenexperiment - ein Studienbericht; Frankfurt am Main 1955.

<sup>56</sup> Pollock geht – in Anlehnung an Freuds Konzept der tieferliegenden Bewusstseinschichten – davon aus, dass sich hinter der sogenannten öffentlichen Meinung von Individuen auch noch eine sogenannte nicht-öffentliche Meinung verbirgt, die vom Inhalt der öffentlichen Meinung erheblich abweichen kann und oft auch stabiler als diese ist (vgl. Lamnek 1995, S.141).

<sup>57</sup> Die informelle Gruppenmeinung wird als der Konsens definiert, den eine Diskussionsgruppe durch wechselseitige Beeinflussung der DiskussionsteilnehmerInnen untereinander zu einem bestimmten Thema erzielt (vgl. Lamnek 1995, S. 143)

... und Handlungsmustern

- durch die Auswahl von Realgruppen wird die Affinität zwischen Diskussionssituation und Realsituation verstärkt und ein weiterer Transfer der Befunde in Realsituationen ermöglicht

Das oben skizzierte Konzept von Nießen stellt eine Weiterentwicklung des Konzepts von Mangold unter interaktionistischen Gesichtspunkten dar. Dabei legt Nießen das interpretative Paradigma und die Vorstellungen des symbolischen Interaktionismus zugrunde. Demnach basiert jede Handlung eines Menschen sowohl auf Interpretationen als auch auf Definitionen der Handlungssituation durch die Beteiligten. Diese Wirklichkeitsdefinitionen des Individuums dienen der Bewältigung des täglichen Handelns und sind intersubjektiv, da sie durch fortlaufenden Austausch mit anderen einem ständigen Prozess des Aushandelns unterliegen. Unter den von Nießen für die Gruppendiskussion beschriebenen Prämissen wird dieser Prozess des interpretativen Aushandelns von Meinungen zum Gegenstand der qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung.

In allen drei Konzepten stehen dabei weniger gruppenprozessuale Analysen, sondern vielmehr inhaltliche Ergebnisse der Diskussion im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses (146). Und auch die Gruppendiskussion zum physiotherapeutischen Arbeitsbündnis zielt vor allem auf die Untersuchung inhaltlich-thematischer Aspekte ab.

### 5.1.3 Ablauf der Gruppendiskussion

Der Ablauf einer Gruppendiskussion lässt sich analytisch in folgende Phasen bzw. Dimensionen gliedern, die sich dann im Forschungsprozess selbst teilweise überschneiden (Lamnek 1995: 134):

- die Auswahl der TeilnehmerInnen
- die Präsentation des Grundreizes, d.h. die allgemeine Vorgabe eines Themas
- die eigentliche Diskussion
- ihre Aufzeichnung
- die Auswertung und Interpretation des Materials

Der erfolgreiche Einsatz der Methode hängt letztlich von der Ausgestaltung dieser Einzelschritte ab (133). Darüber hinaus kommt natürlich auch der Auswahl der Moderatorin sowie ihrer Rolle im Diskussionsverlauf eine entscheidende Bedeutung zu (133, 151f).

Die zu treffenden Entscheidungen müssen auf allen Stufen begründet und abgesichert erfolgen (133). Sie können immer nur in Abhängigkeit vom Forschungsgegenstand und den Erkenntniszielen getroffen werden. Dabei bleiben Begründung und Ausgestaltung des Diskussionsverfahrens grundsätzlich der jeweiligen Anwenderin vorbehalten (146).

### 5.1.3.1 Auswahl der Gruppe(nteilnehmerInnen)

Bezüglich der Art und der Zusammensetzung aber auch hinsichtlich der Größe der für eine Gruppendiskussion herangezogenen Gruppe gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten:

Gemäß den methodologischen Kriterien der qualitativen Sozialforschung sollte es sich eigentlich um natürliche, d.h. um Realgruppen handeln, jedoch sind auch künstlich gebildete Gruppen geeignet (Lamnek 1995: 147, 151).

Realgruppen bestehen bereits vor der Untersuchung und sind vom Thema der Gruppendiskussion 'real' betroffen (Nießen 1977: 64). Durch die Arbeit mit Realgruppen wird die Diskussionssituation einer „Realsituation“ vergleichbar. Griese und Löbbecke beschreiben die möglichen Vorteile bei der Untersuchung von Realgruppen wie folgt:

„Die Beschäftigung mit Realgruppen bringt es (...) mit sich, daß interne Gruppenstrukturen nicht erst in der Diskussion herausgearbeitet zu werden brauchen; sie bestehen bereits vorher und werden auch nach der Diskussion weiterbestehen. Ebenso bringt die Gruppe bereits eine Gruppenmeinung zu dem interessierenden Gegenstand mit, die sich zwar in der Diskussion – wie in jeder Interaktion innerhalb der Gruppe – weiterentwickeln und modifizieren kann, in ihren Grundzügen aber eben doch bereits vorliegt und somit eine Verbindung zur Alltagswelt der Diskussionsteilnehmer besitzt. Die Gruppendiskussion wird damit zu einem Teil der Alltagswelt der Gruppe, was dann – zumindest theoretisch – weit über die geforderte Realitätsnähe hinausweist.“ (Griese/Löbbecke: 4)

Andererseits ist jedoch zu berücksichtigen, dass die in Realgruppen existierenden Strukturen, z.B. die persönliche Bekanntschaft oder ein Autoritätsgefälle, die Diskussion auch hemmen können (Griese/Löbbecke: S.5).

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgt in der Regel nach dem Prinzip des „theoretical sampling“, d.h. es handelt sich um eine gezielte Auswahl nach theoretisch zu begründenden Gesichtspunkten (Lamnek 1995: 151). Eine Zufallsauswahl ist ebenfalls möglich, diese ist jedoch mit der Gefahr verbunden, dass die Zufallsgruppe zufällig von der Grundgesamtheit sehr stark abweicht. Griese und Löbbecke halten in diesem Fall die Durchführung mindestens einer weiteren Gruppendiskussion mit einer Kontrollgruppe unter gleichen äußeren Bedingungen für wünschenswert. Aufgrund des damit verbundenen Mehraufwand, tendieren auch sie eher zu einer gezielten TeilnehmerInnenauswahl (Griese/Löbbecke: 5).

Je nach Fragestellung, Gegenstand oder Erkenntnisinteresse sind homogene oder heterogene Gruppen (bezüglich einer fast beliebig großen Anzahl an Variablen wie z.B. Geschlecht, sozialer Herkunft, Alter, Bildungsgrad etc. (4)) sowie Gruppen mit fehlender, geringer oder auch starker innerer Kohäsion denkbar (Lamnek 1995: 151).

Die „ideale“ Gruppengröße wird in der Literatur zwischen 3 und über 20 Personen angegeben. Abgesehen davon, dass kleinere Gruppen auf jeden Fall die Auswertung erleichtern, wird auch in Frage gestellt, ob die Meinungsvielfalt mit zunehmender TeilnehmerInnenzahl tatsächlich steigt oder ob diese dann nicht durch eine innere Spaltung der Gruppe unterdrückt wird (Griese/Löbbecke: 4f). Während Lamnek eine

Gruppengröße zwischen 5 und 12 TeilnehmerInnen vorschlägt (151), halten Griese und Löbbecke einen direkten, gleichberechtigten Austausch – unter den Bedingungen des „face-to-face“ – bei mehr als 8 DiskussionsteilnehmerInnen bereits für gefährdet (5).

Die endgültige Entscheidung bezüglich der Auswahl der Gruppe(nTeilnehmerInnen) und der Gruppengröße sollte sich letztendlich, wie oben bereits erwähnt, unbedingt am Erkenntnisinteresse orientieren und auch von daher begründet werden (4).

#### 5.1.3.2 Präsentation des Grundreizes

Die Präsentation des Grundreizes erfolgt durch die Diskussionsleiterin bzw. Moderatorin zu Beginn der eigentlichen Diskussion. Der Grundreiz hat die Funktion, die Gruppe in das Thema einzuführen und sie zur Diskussion anzuregen. Dies könnte durch ein pointiertes provokantes Statement, eine allgemein gehaltene Frage zu dem in der Gruppendiskussion zu behandelnden Thema (Lamnek 1995: 132) oder auch durch Zitate oder Ähnliches geschehen (Griese/Löbbecke: 6). Obwohl die Präsentation des Grundreizes nur einen minimalen Teil der Diskussionszeit ausmacht, determiniert sie doch den gesamten Diskussionsverlauf und sollte deshalb sorgfältig vorbereitet werden. Indem die Diskussionsleiterin als Erste das Wort ergreift, entscheidet sie über die Richtung, die Sprache und somit auch über das Spektrum, in dem die TeilnehmerInnen sich in die Diskussion einbringen können (Lamnek 1995: 133).

#### 5.1.3.3 Der Diskussionsverlauf

Für einen offenen und spontanen Austausch zwischen den DiskussionsteilnehmerInnen bedarf die Gruppendiskussion einer entspannten Atmosphäre. Deshalb sollte die Moderatorin die TeilnehmerInnen entsprechend anwärmen, bevor die Gruppe in die eigentliche Diskussion einsteigt. Dazu gehört beispielsweise, dass sie sich selbst kurz vorstellt und, sofern es sich nicht um eine Realgruppe handelt, auch den TeilnehmerInnen die Möglichkeit dazu gibt. Bei künstlich zusammengestellten Gruppen ist es außerdem sinnvoll, den TeilnehmerInnen bewusst zu machen, aufgrund welcher gemeinsamen Merkmale sie für diese Diskussion ausgewählt wurden (Griese/Löbbecke: 5).

Anschließend weist die Moderatorin darauf hin, dass die Teilnahme an der Gruppendiskussion freiwillig ist und die Auswertung anonym erfolgt. Ferner erbittet sie die Zustimmung der TeilnehmerInnen für die Aufzeichnung der Gruppendiskussion (Lamnek 1995: 158).

Nach dem Grundreiz sollten die DiskussionsteilnehmerInnen selbstständig in die Diskussion einsteigen.

#### 5.1.3.4 Rolle und Bedeutung der Moderatorin

In den vorangegangenen Kapiteln wurden einige Aufgaben der Moderatorin bereits angesprochen. So ist sie beispielsweise dafür verantwortlich, dass die für eine Gruppendiskussion wünschenswerte offene und lockere „alltägliche“ Atmosphäre entsteht. Außerdem präsentiert sie den Grundreiz und übernimmt während der Diskussion die Gesprächsleitung (Lamnek 1995: 151).

Lamnek verortet die Rolle der Moderatorin zwischen zwei theoretischen Extrempositionen. So beschreibt er die Bedeutung der Moderatorin für den Diskussionsverlauf und ihre mögliche Haltung während der Diskussion wie folgt:

„Der Diskussionsverlauf wird nicht unwesentlich von den Verhaltensweisen des Diskussionsleiters, Forschers oder Moderators in der jeweiligen Gruppendiskussion beeinflusst. Einerseits kann der Moderator lediglich als den Grundreiz präsentierender, und nachfolgend zurückhaltender Zuhörer auftreten. In diesem Fall wird er gegenüber den Diskussionsteilnehmern seine Sonderstellung als Forscher oder Stellvertreter des Forschers wahren. Andererseits kann sich der Moderator aber auch engagiert in die Diskussion einschalten, eigene Positionen vertreten und sich als normaler Diskussionsteilnehmer in die Diskussionsgruppe integrieren. Beides sind Extrempositionen, die in der Forschungsrealität in ihrer Reinform kaum auftreten werden.“ (Lamnek 1995: 153)

Lamnek zufolge tendieren die meisten Autoren zu der ersten Variante, nach der sich die Moderatorin in Bezug auf das zu diskutierende Problem nondirektiv und in Bezug auf die Diskussionsleitung direktiv verhält, indem sie beispielsweise darauf achtet, dass im Sinne der erkenntnisleitenden Fragestellung diskutiert wird, und indem sie das Ende des Gesprächs festlegt (Lamnek 1995: 154).

Verläuft die Diskussion schleppend, so geht die Moderatorin auf Diskussionsbeiträge ein und versucht die DiskussionsteilnehmerInnen durch Nachfragen, Paraphrasieren, in Frage stellen, überspitzende Nachformulierungen, Interpretationen, Aufzeigen von Konsequenzen, Rekapitulieren, kontrastierende Fragen oder auch durch die Zusammenfassung des bisherigen Diskussionsverlaufs zu weiteren Äußerungen zu motivieren. Außerdem hilft sie der Diskussion über „tote Punkte“ hinweg, indem sie zum Beispiel weitere provokante Statements abgibt. VielrednerInnen bremst sie unauffällig und SchweigerInnen ermutigt sie zu eigenen Beiträgen (158f). Wenn es innerhalb der Diskussionsgruppe zu Spannungen kommt, versucht sie diese zu entschärfen, ohne dabei mehr als nötig inhaltlich Stellung zu beziehen (Griese/Löbbecke: 5).

Diese Ausführungen lassen deutlich werden, dass die Moderatorin sozial-kommunikative, moderatorische und methodische Kompetenzen mitbringen sollte. Ob sie auch über inhaltlich-thematisches Wissen verfügen sollte, darüber sind die Meinungen geteilt. Einerseits trägt ein gewisses Maß an Sachkompetenz sicherlich dazu bei, dass sie die Diskussion qualifiziert moderieren kann, andererseits besteht dann jedoch eher die Gefahr, dass sie den Diskussionsverlauf unbewusst beeinflusst (Lamnek 1995: 152). M. E. gilt auch hier, dass die Auswahl der ModeratorIn und die Definition ihrer Rolle in Abhängigkeit vom jeweiligen Gegenstand und Erkenntnisziel getroffen und begründet werden sollten.

#### 5.1.3.5 Aufzeichnung der Diskussion

Der Diskussionsverlauf wird auf Tonband oder Video aufgezeichnet. Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass beide technischen Hilfsmittel die Diskussionsatmosphäre beeinflussen und damit auch behindern können. Wegen der größeren Auffälligkeit des Mittels 'Videokamera' ist evtl. dem Mittel 'Tonband' der Vorzug einzuräumen (Griese/Löbbecke: 6; aber auch Lamnek 1995: 133).

Damit die Wortbeiträge einer Tonbandaufnahme bei der Transkription den richtigen Personen zugeordnet werden können, sollte eine entsprechende Kennzeichnung der DiskussionsteilnehmerInnen – zum Beispiel mit Nummern oder Decknamen – vorgenommen und der Diskussionsverlauf in groben Zügen durch eine Diskussionsassistentin bzw. Beobachterin festgehalten werden. Wenn dabei auch mimische und gestische Aussagen protokolliert werden, lässt sich bei der Auswertung beispielsweise auch die Einstellung von SchweigerInnen zum Teil erschließen (Lamnek 1995: 162f).

Im Anschluss an die Gruppendiskussion ist das gewonnene Film- oder Tonbandmaterial vollständig zu transkribieren, denn dieser Text bildet die Grundlage für die Auswertung und Interpretation. Dabei kann es sich um ein äußerst schwieriges und aufwendiges Unterfangen handeln, vor allem dann, wenn sich beispielsweise in einer engagierten Gruppendiskussion mehrere Diskussionsbeiträge überschneiden (Griese/Löbbecke: 7). Deshalb muss bereits vorab darüber entschieden werden, ob die Transkription ausschließlich das gesprochene Wort oder – darüber hinausgehend – auch Betonungen und Mimik erfassen soll, oder wie gleichzeitige Wortbeiträge zu notieren sind (Lamnek 1995: 163).

#### 5.1.3.6 Auswertung und Interpretation

Die Gruppendiskussion gehört zu den qualitativen Erhebungsmethoden der empirischen Sozialforschung. Probleme ergeben sich weniger bei der methodologischen Konzeption oder im Zuge der oben beschriebenen Forschungspraxis, als vielmehr bei der Auswertung der erhobenen Daten (Lamnek 1995: 159).

Eines dieser Probleme stellt beispielsweise die schwer nachvollziehbare Sequentialität der Wortbeiträge dar. In einer Gruppendiskussion lässt sich nicht immer eindeutig klären, auf welchen Stimulus eine bestimmte Äußerung als Reaktion erfolgt. Manche Reaktionen auf Statements erfolgen zeitversetzt, weil die TeilnehmerInnen zunächst nachdenken, währenddessen die Diskussion sich fortsetzt. Für derartige Probleme stellen die Auswertungsverfahren bisher noch keine befriedigenden Lösungen bereit, sodass die Rekonstruktion von Gruppenprozessen erschwert wird. Es ist deshalb unmöglich, die Fülle der erhobenen Untersuchungsdaten voll auszuschöpfen bzw. alle Vorteile der Gruppendiskussion methodisch kontrolliert zu nutzen (159f).



Schwierig ist auch die Auswertung einer Gruppendiskussion in der symbolisch-interaktionistischen Version, bei der zunächst zwischen alltagsweltlichen und wissenschaftlichen Sinndeutungen unterschieden wird und anschließend eine Reflexion der Verbindungen und Übergänge zwischen diesen beiden Sinnebenen erfolgen muss (160).

Je nach Erkenntnisinteresse und methodologischer Position stehen unterschiedliche Auswertungsverfahren zur Auswahl: statistisch-quantitative Verfahren, die interpretativ-explikative Analyse oder die interpretativ-reduktive Analyse (165).

*Statistisch-quantitative Verfahren* stehen eigentlich dem quantitativen Paradigma näher als dem qualitativen (Lamnek 1995: 107). Bei der Analyse von Gruppendynamischen Prozessen können sie jedoch auch im Rahmen der Gruppendiskussion zu Hilfe genommen werden. Lamnek schlägt diesbezüglich z.B. das Interaktiogramm oder die Soziometrie vor (165).

Soll die Gruppendiskussion auf inhaltlich-thematischen Aspekte hin untersucht werden, so kommt – je nach Erkenntnisziel – eine interpretativ-explikative oder eine interpretativ-reduktive Analyse in Frage.

Die *interpretativ-explikative* Analyse zielt darauf ab, die Aussagen der DiskussionsteilnehmerInnen mit Hilfe hermeneutischer Verfahren – wie z.B. der von Oevermann entwickelten objektiven Hermeneutik – deutend zu erklären (Lamnek 1995: 93). Dabei geht es um die „Herausarbeitung der hinter den Einzelmeinungen liegenden latenten Sinnstrukturen“ der an einer Interaktion beteiligten Subjekte (226). In der hier vorgestellten Untersuchung soll jedoch gemäß der *interpretativ-reduktiven* bzw. „inhaltlich-reduktiven“ (123) Analyse verfahren werden. Während statistisch-quantitative Verfahren eher dem quantitativen und interpretativ-explikative Verfahren eher dem qualitativen Paradigma verhaftet sind, handelt es sich hier um ein Auswertungsverfahren, das zwischen diesen beiden Extremen einzuordnen ist (110). In dessen Verlauf werden die durch die Transkription festgehaltenen Untersuchungsdaten in der Weise reduziert, dass inhaltlich wichtige Aussagen gewonnen werden können (123).

Lamnek zufolge gibt es dafür in der qualitativen Sozialforschung keine allgemein anwendbare Verfahrensweise, vielmehr sei jedem Forschungsprojekt „eine an Thema und Erhebungsmethode orientierte Auswertungsmethode auf den Leib zu schneiden“ (Lamnek 1995: 114). Demzufolge steht am Anfang einer Auswertung die Entwicklung einer dem jeweiligen Projekt angepassten Forschungsmethode. Im Rahmen einer allgemeinen Handlungsanweisung für die reduktive Auswertung qualitativer Daten – allerdings am Beispiel des Interviews – beschreibt Lamnek vier Auswertungsphasen: die Transkription, die Einzelanalyse (Analyse der einzelnen Interviews), eine generalisierende Analyse und eine Kontrollphase (108f). Wie sich ein solches allgemeines Modell modifizieren lässt, veranschaulicht er am Beispiel der Auswertungsmethode, die Monika Jungbauer-Gans im Rahmen ihrer Diplomarbeit (1988) für die Auswertung qualitativer Interviews entwarf. Sie umfasst die Auswertungsphasen Transkription, Entwicklung „thematischer Verläufe“, Erstellen einer Themenmatrix, Klassifikation des Materials mit Typenbildung und die themenorientierte Darstellung der Ergebnisse (114ff). Im Folgenden wird dann zu

prüfen sein, welche Vorgehensweise sich für die Auswertung der hier vorliegenden Gruppendiskussion anbietet (vgl. Kap. 5.3.1).

#### 5.1.4 Möglichkeiten und Grenzen der Methode

Die Gruppendiskussion erweist sich als besonders geeignetes Instrument vor allem dann, wenn es – wie auch in der nachfolgend vorgestellten Untersuchung – um die empirische Erhebung informeller Gruppenmeinungen und die Anregung von Meinungsbildungsprozessen geht. Die Entstehung von Gruppenmeinungen und deren Eigenart beschreibt Mangold wie folgt:

„Ihr Medium ist das alltäglich informelle Gespräch zwischen Menschen wesentlich gleicher sozialer Situation, die sich miteinander zu identifizieren vermögen; sie erheben den Anspruch anzugeben, wie „man“ als Angehöriger bestimmter Gruppen „die Lage sieht“, welche Erfahrungen, Interessen, Erwartungen, Ansichten, Urteile und Emotionen „man“ etwa als „kleiner Mann“, als „Bauer“ oder „Arbeiter“ (oder eben auch als „Physiotherapeutin“/D.K.) gemeinsam hat, wie Informationen, Interpretationen und Handlungsaufforderungen „eigener“ oder „fremder“ offizieller Instanzen aufzunehmen sind. Sie sind im informellen Kollektiv verbindlich, fungieren als Maßstäbe für die Richtigkeit bestimmter Anschauungen. Sie werden als solche zum Teil innerviert. Sie vermögen aber auch durch Mechanismen informeller sozialer Kontrolle Gruppenmitglieder, die subjektiv nicht mit ihnen übereinstimmen, oft weitgehend zu wenigstens äußerer Anpassung zu zwingen.“ (Mangold 1973, S.252)

Der Gruppendiskussion liegt somit die Vorstellung zugrunde, diesen Prozess der alltäglichen Meinungsbildung simulieren zu können (vgl. auch Weber u.a. 1997: 172). Der hierin zum Ausdruck kommende „Alltagscharakter“ von Gruppendiskussionen, der sich auch in der Problemlosigkeit der Anwendung ausdrückt, wird als ein Hauptvorteil dieser Methode verstanden (ebd.).

Weber u.a. (ebd. 172f) nennen folgende weitere Vorteile:

- die Möglichkeit der Aktualisierung „tieferliegender“ Meinungen durch die Provokation spontaner emotionaler Reaktionen in Gruppenprozessen;
- die Möglichkeit der Gewinnung praxisrelevanter Erkenntnisse für die Hypothesenbildung und damit auch zur Konzeption weiterführender (standardisierter) Erhebungsinstrumente;
- die Möglichkeit, eine Übersicht über Art und Ausmaß der Meinungen und Werte von Gruppen zu erlangen

und vor allem auch:

- den „Veränderungsaspekt“ von Gruppendiskussionen, der dadurch zum Tragen kommt, dass die DiskussionsteilnehmerInnen ihre gegenseitige Aufmerksamkeit auf verschiedene Aspekte des Diskussionsgegenstands lenken, sodass individuell bisher nicht beachtete Dimensionen eines Themas diskussionsfähig werden und so die „Meinungsbildung“ anregen können.

Diesen Vorzügen werden folgende Argumente gegenübergestellt, die den Anwendungsbereich von Gruppendiskussionen einschränken können (Weber u.a.: 173f):

- aufgrund gruppendynamischer Prozesse können unkontrollierbare Verzerrungen des „Meinungsbildes“ einer Gruppe auftreten;
- die Diskussionsbeiträge der Diskussionsleiterin sind schwer standardisierbar, ihr Eingreifen in die Diskussion birgt somit ebenfalls die Gefahr von Verzerrungen;
- ihre Zielsetzungen können durch sogenannte „Schweiger“ behindert werden
- die möglichst „repräsentative“ Auswahl der TeilnehmerInnen schränkt die „Natürlichkeit“ der Situation ein und untergräbt dabei einen entscheidenden Vorteil der Methode;
- die Unterschiedlichkeit der Diskussionsbeteiligung macht die Erhebung individueller Meinungen zum Problem, sodass Bewertungen von „Häufigkeiten“ vorliegender Meinungen nur sehr eingeschränkt möglich sind.

Darüber hinaus werden klassische methodologische Anforderungen an Forschungsmethoden, wie z.B. Objektivität, Repräsentativität, und Validität durch die Gruppendiskussion nicht unbedingt voll erfüllt, was im Rahmen des qualitativen Paradigmas allerdings auch nicht gefordert wird. Eine Wiederholung der Diskussion mit anderen TeilnehmerInnen unter gleichen äußeren Bedingungen würde also mit Sicherheit zu anderen Ergebnissen führen. Dies ist insofern nicht problematisch, da der Einsatzbereich der Gruppendiskussion vor allem in der Untersuchung von Einstellungen, Meinungen und Wirklichkeitskonstruktionen liegt. Außerdem ist dieser geringen externen Validität eine hohe interne Validität entgegenzusetzen (Griese/Löbbecke: 7; Lamnek 1995: 166ff).

Obwohl die Gruppendiskussionsmethode dem qualitativen Paradigma verhaftet ist, wird sie im Hinblick auf ihre Datengewinnung und deren Interpretation oft von Seiten der quantitativen Methodologie und von der Praxis her kritisiert. Lamnek schlägt deshalb vor, dass der Analyseprozess weitestgehend dokumentiert und offengelegt werden sollte, um die Nachvollziehbarkeit und Kritisierbarkeit zu ermöglichen (165).

## 5.2 Durchführung der Gruppendiskussion in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Die Gruppendiskussion zum Thema „Das Arbeitsbündnis als Bestandteil professionellen Handelns in der Physiotherapie“ fand am 14. September 2000 in der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation der MHH statt und sollte ursprünglich eine Stunde dauern.<sup>58</sup>

Die Auswahl dieser Abteilung erfolgte aus zwei Gründen: zum einen erlaubte die Größe der Abteilung die Bildung einer Realgruppe, und zum anderen werden hier auch ambulante PatientInnen betreut, sodass Erfahrungen mit der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung unter stationären und ambulanten Bedingungen in die Diskussion einfließen konnten.

Nach vorheriger mündlicher Terminabsprache wurden die ausgewählten DiskussionsteilnehmerInnen am 8. September 2000 zusätzlich noch einmal schriftlich eingeladen.

### 5.2.1 Erkenntnisleitende Fragestellung und Methodenauswahl

Das übergeordnete Ziel der hier anstehenden empirischen Untersuchung bestand – wie bereits erwähnt – in einer Perspektivverschränkung der Theorie eines physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses mit den Alltagserfahrungen von PhysiotherapeutInnen in der beruflichen Praxis. Dazu sollten in einer Gruppendiskussion Meinungen und Einschätzungen der Berufsgruppe zu folgenden Gesichtspunkten ermittelt werden:

- PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung
- Qualifikationen
- Ausbildung
- Akademisierung

In diesem Zusammenhang wurde z.B. konkret danach gefragt, wie PhysiotherapeutInnen ihre Beziehung zu den PatientInnen definieren und beurteilen, welche Anforderungen dabei an sie gestellt werden, wie sie sich durch ihre Ausbildung auf diese Anforderungen vorbereitet fühlen und wie eine physiotherapeutische Ausbildung beschaffen sein müsste, die sie zur professionellen Gestaltung der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung befähigt. Letzteres schloss auch die Frage ein, welche Bedeutung bzw. welchen Nutzen die Berufsangehörigen in diesem Kontext einer Akademisierung der Physiotherapie einräumen.

---

<sup>58</sup> Tatsächlich stellte sich dann an dem betreffenden Tag heraus, dass aufgrund von zwingenden arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten doch nur 45 Minuten reine Diskussionsszeit zur Verfügung standen.

Außerdem sollten die Untersuchungsergebnisse daraufhin überprüft werden, ob die für ein physiotherapeutisches Arbeitsbündnis herausgearbeiteten Strukturmerkmale in der beruflichen Praxis von PhysiotherapeutInnen bereits zum Tragen kommen bzw. inwieweit das physiotherapeutische Handeln überhaupt Ansatzmöglichkeiten für ein solches Arbeitsbündnis bietet.

Die Gruppendiskussion bot sich hierfür aufgrund ihrer bereits beschriebenen „Natürlichkeit“, ihrer Ähnlichkeit zum Alltagsgespräch sowie der Möglichkeit der Erfassung von Meinungen und Werten einer Gruppe als geeignete Datenerhebungstechnik an (Weber/Fehr/Laga 1997: 174).

Darüber hinaus sollte die Gruppendiskussion – wie bereits erwähnt – auch als Einstieg in einen Dialog mit der „Praxis“ verstanden werden. Dieses Vorhaben schloss die Nutzung des von Weber u.a. beschriebenen „Veränderungscharakters“ von Gruppendiskussionen mit ein, demzufolge „die Möglichkeit der Initiierung eines Diskussionsprozesses auch außerhalb der gruppendiskussionsinternen Behandlung der von Diskussionsteilnehmern als relevant erachteten Fragestellungen“ besteht (Weber/Fehr/Laga 1997: 174).

## 5.2.2 Auswahl und Charakterisierung der Gruppe

Aufgrund der diesbezüglich bereits beschriebenen Vorteile (vgl. Kap 5.1.4) wurde für die Gruppendiskussion eine Realgruppe ausgewählt. D.h., dass alle Diskussions TeilnehmerInnen zum Zeitpunkt der Untersuchung der Abteilung ‘Physikalische Medizin und Rehabilitation’ der MHH angehörten. Um Verzerrungen aufgrund von Hierarchien in der Gruppe möglichst gering zu halten, wurde bei ihrer Zusammensetzung darauf geachtet, dass sich keine Leitungskräfte unter den TeilnehmerInnen befinden.

Bei der im Anschluss an die Diskussion durchgeführten Erhebung der persönlichen Daten wurden Alter, Geschlecht, Berufsausbildungen und Zusatzqualifikationen, Berufsjahre als PhysiotherapeutIn und der praktische Einsatzbereich in der MHH erfragt. Dies geschah in der Annahme, dass sich diese Variablen unter Umständen auf die Einstellung von PhysiotherapeutInnen bezüglich der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung auswirken. Die Charakterisierung der Diskussionsgruppe erfolgt auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Fragebogens, der allerdings nicht von allen TeilnehmerInnen vollständig ausgefüllt wurde<sup>59</sup>:

Von den insgesamt zwölf TeilnehmerInnen waren zehn weiblich und zwei männlich (Nr.1, Nr.12). Die Altersspanne erstreckte sich von 27 bis 40 Jahren. Dabei war die Altersgruppe von 33-40 Jahren mit 8 Personen relativ stark (Nr.8, Nr.5, Nr.7, Nr.12,

---

<sup>59</sup> Die unvollständigen Angaben betreffen die Zusatzqualifikationen und die Berufserfahrung als PhysiotherapeutIn. Die Charakterisierung der Gruppe erfolgt auf der Grundlage der erhaltenen Auskünfte.

Nr.10, Nr.11, Nr.6, Nr.1)<sup>60</sup>, während nur 4 Personen zur jüngeren Altersgruppe von 27-29 Jahren gehörten (Nr.2, Nr.4, Nr.8, Nr.9).

Den Angaben zufolge konnten die PhysiotherapeutInnen zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion auf 3 bis 15 Jahre Berufserfahrung zurückblicken. Vier der TeilnehmerInnen waren erst seit 3 bis 5 Jahren in ihrem Beruf tätig (Nr.8, Nr.12, Nr.5, Nr.2), drei seit 6½ bis 8 Jahren (Nr.9, Nr.4, Nr.3), drei TeilnehmerInnen bereits 11 Jahre (Nr.1, Nr.7, Nr.11 – zum Zeitpunkt der Untersuchung alle drei in der Ambulanz tätig) und die übrigen beiden jeweils 14 (Nr.10) und 15 Jahre (Nr.6).

Die DiskussionsteilnehmerInnen kamen z.T. in mehreren medizinischen Fachbereichen der MHH zum Einsatz: vier von ihnen in der Neurologie (Nr.2, Nr.5, Nr.6, Nr.10), drei in der Neurochirurgie (Nr.4, Nr.5, Nr.6), zwei auf der Chirurgie (Nr.3, Nr.8), vier auf der Intensivstation (Nr.3, Nr.4, Nr.5, Nr.6), eine auf der Inneren Medizin (Nr.9) und fünf in der Ambulanz (Nr.1, Nr.2, Nr.7, Nr. 11, Nr.12).

Unter den Zusatzqualifikationen wurden vor allem „Bobath“ (6x) und „Manuelle Therapie“ (5x) aufgeführt. Außerdem wurden je einmal PNF (propriozeptive neuromuscular facilitation) und FBL (Funktionelle Bewegungstherapie nach Klein-Vogelbach) genannt. Den Angaben zufolge lagen insgesamt vier Zertifikate vor: demnach gab es unter den TeilnehmerInnen eine Bobath-Therapeutin und eine Maitland-Therapeutin sowie eine Manual- und Brügger-Therapeutin.

Nur eine einzige Teilnehmerin (Nr.6) führte explizit auch die Teilnahme an berufsübergreifenden Fortbildungen auf, es handelte sich in diesem Fall um NLP-Kurse (Neurolinguistisches Programmieren).

### 5.2.3 Die Datenerhebung

Bei der Gruppendiskussion waren neben den oben charakterisierten PhysiotherapeutInnen die Forscherin selbst als Diskussionsleiterin sowie eine Protokollantin anwesend.

Nachdem die Diskussionsleiterin die Anwesenden begrüßt und sich selbst und die Protokollantin vorgestellt hatte, informierte sie die TeilnehmerInnen über den Verwendungszweck der zu erhebenden Daten und über das allgemeine Procedere. Dabei wurde unter anderem auch auf die Anonymisierung der Gruppendiskussion hingewiesen (die TeilnehmerInnen wurden durchnummeriert) und das Einverständnis der TeilnehmerInnen für die Aufzeichnung der Diskussion auf Tonband eingeholt.

Da die Forscherin selbst Physiotherapeutin ist und überdies mit dem Diskussionsthema bestens vertraut war, übernahm sie selbst die Rolle der Diskussionsleiterin. Dies erschien wegen der Besonderheit des Themas und für den Fall sinnvoll, dass über den Anfangsstimulus hinaus weitere Diskussionsreize notwendig werden sollten. Da sie sich andernfalls jedoch aus der Diskussion heraushalten wollte, stellte sie den DiskussionsteilnehmerInnen gegenüber ihre Rolle

---

<sup>60</sup> Die Nennung der Personen in Klammern erfolgt in der vor der Klammer ausgewiesenen Reihenfolge, also hier von jünger zu älter.

als neutrale Moderatorin klar und bat diese, nach dem Eröffnungstimulus selbstständig in die Diskussion einzusteigen.

Der Anfangsstimulus beinhaltete zunächst einen informierenden Teil. Anschließend sollten zwei Fragenkomplexe diskutiert werden: 1. zum Arbeitsbündnis und 2. zur Ausbildung. Beiden Fragenkomplexen sollte jeweils etwa die Hälfte der zur Verfügung stehenden Diskussionszeit zugeteilt werden, wobei der erste Komplex bewusst als Einleitung gedacht war. Dieses Vorgehen bot sich an, da die beiden Fragenkomplexe inhaltlich aufeinander aufbauten und die Klärung des zweiten Fragenkomplexes die Klärung des ersten voraussetzte. Das Thema Akademisierung anzusprechen wurde ganz bewusst der Gruppe überlassen, um die Diskussion über die Ausbildung nicht einseitig auf diese Richtung festzulegen sowie herauszubekommen, welcher Stellenwert ihm von Seiten der Diskussions- teilnehmerInnen in diesem Zusammenhang eingeräumt werden würde.

Der Diskussionsreiz – hier im Original abgedruckt – wurde von der Forscherin eigens für diese Gruppendiskussion verfasst und der Gruppe weitgehend frei vorgetragen (vgl. Transkription im Anhang).

Anfangsstimulus:

„Wie Sie ja bereits der Einladung entnehmen konnten, soll hier das *professionelle Handeln* von PhysiotherapeutInnen Thema sein.

Die Physiotherapie ist eine klientenbezogene Tätigkeit, genau wie der Arztberuf oder auch die Krankenpflege. PhysiotherapeutInnen handeln also im direkten Kontakt mit ihren Patientinnen und Patienten. Diese Beziehungspraxis zwischen TherapeutIn und PatientIn wird in der Literatur auch als ‘Arbeitsbündnis’ bezeichnet.

Was ist nun ‘professionelles Handeln’? Professionelles Handeln unterscheidet sich vom Laien-Handeln dadurch, dass es nicht intuitiv, sondern auf der Grundlage von Fachwissen und Erfahrung erfolgt, und dass professionell Handelnde allgemeine Fachkenntnisse auf den jeweiligen Einzelfall übertragen können.

Dies ist eine ganz allgemeine Definition professionellen Handelns. Und das liegt daran, dass das Handeln von PhysiotherapeutInnen in der Beziehung zu ihren PatientInnen bisher noch nicht genau untersucht worden ist, – im Gegensatz zum ärztlichen oder auch pflegerischen Handeln. Insofern lässt sich auch noch nichts darüber sagen, was nun eigentlich unter professionellem Handeln in einer PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung *genau* zu verstehen ist.

Das Ziel meiner Forschungsarbeit geht nun dahin, diese Lücke zu schließen. Ich möchte also herausbekommen und genau beschreiben, mit welcher Art therapeutischer Beziehung wir es in der Physiotherapie eigentlich zu tun haben und was professionelles physiotherapeutisches Handeln in dieser Beziehung zur/zum PatientIn ausmacht. Darüber würde ich gerne etwas von Ihnen als Fachfrauen und Fachmänner erfahren. ...

*(1. Teil der Diskussion)*

Ich bitte Sie nun zusammenzutragen und zu diskutieren, was sich in der Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Patientinnen und Patienten eigentlich abspielt, welche Anforderungen dabei an Sie gestellt werden und wodurch sich Ihrer Meinung nach professionelles Handeln in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung auszeichnet.“

*(2. Teil der Diskussion)*

„Jetzt würde ich gerne von Ihnen erfahren, wie Sie selbst sich durch Ihre Ausbildung auf das Handeln in der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung vorbereitet gefühlt haben bzw. mit welchen Problemen sie zu tun hatten oder immer noch haben. Wie müssen PhysiotherapeutInnen und Physiotherapeuten Ihrer Meinung nach ausgebildet werden, damit sie diese TherapeutIn-PatientIn-Beziehung professionell gestalten können?“

Auf Provokationen wurde in diesem Statement ganz bewusst verzichtet und stattdessen eine fragende Haltung eingenommen. Dies geschah in der Absicht, die DiskussionsteilnehmerInnen nicht von vornherein in eine Abwehr- oder Verteidigungshaltung zu drängen, sondern eine Atmosphäre zu schaffen, die es ihnen ermöglicht, offen, ungezwungen und möglichst auch (selbst)kritisch ihre Meinungen zu den vorgegebenen Fragen auszutauschen. Auch einer Entwicklung oder Verstärkung von Konkurrenzen der Forscherin gegenüber, die ebenfalls Physiotherapeutin ist und anschließend eine akademische Laufbahn eingeschlagen hat, sollte auf diesem Wege vorgebeugt werden.

Einer detaillierten Analyse der Gruppendiskussion soll hier nicht vorgegriffen werden. Diese erfolgt ausführlich im folgenden Kapitel (5.3.). Dem spontanen Eindruck nach setzte der Anfangsreiz eine engagierte, lebhafte Diskussion in Gang, deren Fortsetzung von der Moderatorin kaum motiviert werden musste. Die Diskussion fand in einer Atmosphäre statt, die – insgesamt betrachtet – als offen, interessiert und zugewandt bezeichnet werden kann.

### 5.3 Auswertung

Im Zusammenhang der Ausführungen zur Gruppendiskussions-Methode wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Gruppendiskussion einer interpretativ-reduktiven bzw. inhaltlich-reduktiven Analyse unterzogen werden soll, die in Bezug auf die genaue Vorgehensweise dem Forschungsprojekt anzupassen war. Demgemäß sollen hier zunächst die Auswertungsschritte dargelegt werden, nach denen im Rahmen der hier vorgelegten Untersuchung verfahren wurde. Anschließend werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt.



### 5.3.1 Auswertungsvorgehen<sup>61</sup>

#### 1. Transkription

Die erste Auswertungsphase umfasste die vollständige wörtliche Transkription des Tonbandmaterials, wobei vor allem verbale Aspekte und Diskussionsunterbrechungen berücksichtigt wurden (Anhang 1). Das Transkript stellte die Grundlage für alle weiteren Auswertungsschritte dar.

#### 2. Quantitative Beurteilung

Der zweite Auswertungsschritt zielte darauf ab, sich ein objektives Bild von der Diskussionsbeteiligung der einzelnen TeilnehmerInnen zu verschaffen. Im Zuge der Ermittlung der Länge und Häufigkeit der Redebeiträge stellte sich heraus, dass sich fünf der zwölf TeilnehmerInnen – mit jeweils nur zwei (Nr.3, Nr.12) bis drei (Nr.2, Nr.7, Nr.10) relativ kurzen Wortbeiträgen – kaum in die Diskussion eingemischt hatten.

Die WortführerInnen der Diskussion waren (quantitativ betrachtet) Nr.5, Nr.1, Nr.11 und Nr.8. In Bezug auf die Redehäufigkeit traten Nr.5 mit 26% aller Wortbeiträge und Nr.1 mit immerhin 19% deutlich hervor, gefolgt von Nr.11 mit 11% und Nr.8 mit 9%. Nr.5 leistete nicht nur ein Viertel der Redebeiträge, sondern beanspruchte auch ein Viertel der gesamten Redezeit, dicht gefolgt von Nr. 11 mit 22%. Nr.8 beanspruchte 14% und Nr.1 10% der Redezeit. Eine mittlere Redezeit beanspruchten zum Beispiel Nr.4 (6%), Nr.6 und Nr.9 (jew. 7%).

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Diskussion in der Hauptsache durch sieben von insgesamt 12 TeilnehmerInnen bestritten wurde, was während des Diskussionsverlaufs nicht aufgefallen war. Dieses Ergebnis lässt sich möglicherweise auf die Gruppenstärke zurückführen, die mit 12 Personen an der empfohlenen Obergrenze lag.

#### 3. Themenfindung

Im Rahmen der dritten Auswertungsphase ging es darum, sich zunächst einen umfassenden inhaltlichen Überblick über das erhobene Datenmaterial zu verschaffen.

Eine erste Durchsicht des Materials galt der Erfassung aller während der Diskussion angesprochener Themen. Dabei stellte sich heraus, dass – zusätzlich zu den von der Forscherin angeregten Themen bzw. Fragen zur PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung, Qualifikationen und Ausbildung – von Seiten der DiskussionsteilnehmerInnen auch noch die Themen Akademisierung und Fortbildung in die Diskussion eingebracht worden waren. Da vor allem mit dem Thema Akademisierung ein konkretes Erkenntnisinteresse verbunden war und Fortbildungen für die Qualifikation von PhysiotherapeutInnen eine nicht unerhebliche Rolle spielen, wurden diese Themen in die Auswertung einbezogen.

---

<sup>61</sup> Die Auswertung orientiert sich an der von Weber u.a. für die Ermittlung von Einstellungen und Einschätzungen von Pflegekräften zur Situation und zukünftigen Entwicklung ihres Berufsfeldes vorgeschlagenen Vorgehen (Weber u.a. 1997: 175).

Die anschließende Ermittlung der Aussagen der DiskussionsteilnehmerInnen zu den herausgefilterten Themen beinhaltete ein sehr breites Spektrum von Informationen, sodass es ratsam erschien, sie der besseren Übersicht wegen inhaltlich noch einmal zu klassifizieren. Als erstes wichtiges Vorergebnis kristallisierte sich schließlich der folgende Themenkatalog heraus:

Thema 1: Die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) wie wird die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung charakterisiert?</li> <li>b) welche Anforderungen werden in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung an sie gestellt?</li> <li>c) was wird unter professionellem Handeln in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung verstanden?</li> <li>d) welche Probleme und Problemlösungsstrategien zur PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung werden beschrieben?</li> </ul>
Thema 2: Qualifikationen
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) was müssen PhysiotherapeutInnen können und wissen, um die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung professionell gestalten zu können?</li> <li>b) wo erwerben sie diese Qualifikationen?</li> </ul>
Thema 3: Ausbildung
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) wie beurteilen PhysiotherapeutInnen ihre Ausbildung?</li> <li>b) wie müsste die Ausbildung sein, die auf professionelles Handeln in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung angemessen vorbereitet?</li> </ul>
Thema 4: Akademisierung
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) was bringt die Akademisierung der Physiotherapie für die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung?</li> <li>b) was bringt Akademisierung für das Berufsbild Physiotherapie?</li> </ul>
Thema 5: Fortbildung

#### 4. Die Originalaussagen der DiskussionsteilnehmerInnen zu den jeweiligen Themenbereichen

Diesem Themenkatalog wurden anschließend die wesentlichen Originalaussagen der DiskussionsteilnehmerInnen – und zwar personenbezogen – zugeordnet (Anhang 2). Dabei stellte sich heraus, dass einige Diskussionsbeiträge sich auf mehrere Themenbereiche bezogen und folglich mehrfach zugeordnet werden mussten. Um den inhaltlichen Gehalt der Aussagen im Verlauf der weiteren Auswertungsschritte voll ausschöpfen zu können und Fehlinterpretationen gering zu halten, wurde in dieser Phase auf eine Reduktion des Diskussionsmaterials weitestgehend verzichtet.

#### 5. Die paraphrasierten Aussagen der DiskussionsteilnehmerInnen zu den jeweiligen Themenbereichen

Um einen Überblick über das Meinungsbild innerhalb der Gruppe zu den verschiedenen Themenbereiche zu bekommen, wurden die Diskussionsbeiträge in dieser Phase auf der Grundlage des vorangegangenen Auswertungsergebnisses – also ebenfalls nach Themen sortiert – durch Paraphrasierung auf ihren wesentlichen inhaltlichen Gehalt hin reduziert (Anhang 3).

Stellt man die paraphrasierten Diskussionsbeiträge anschließend noch einmal nach Personen geordnet zusammen, so ergibt sich hieraus ein Gesamtüberblick über die

Meinungen und Einschätzungen, die die einzelnen DiskussionsteilnehmerInnen im Verlauf der Gruppendiskussion öffentlich gemacht haben (Anhang 4).

#### 6. Zusammenfassung der Aussagen der Gruppe zu den Themen

Auf der Grundlage der Zwischenergebnisse der vorangegangenen Auswertungsschritte wurde ein Meinungsbild der Gruppe zu den verschiedenen Themen erstellt (vgl. 5.3.2.2).

### 5.3.2 Darstellung der Untersuchungsergebnisse

#### 5.3.2.1 Zum allgemeinen Diskussionsverlauf

Die Diskussion setzte nach einem kurzen Moment des Schweigens selbstständig ein und musste nur einmal – in der 10. Minute (12:21) – von der Moderatorin wieder in Gang gebracht werden. Dabei hielt sich die Moderatorin mit ihrer Frage nach den Anforderungen in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung jedoch inhaltlich an den eingangs vorgegebenen Fragenkatalog. Darüber hinaus bat die Moderatorin einige Male um die Präzisierung eingebrachter Diskussionsbeiträge (12:16, 12:25, 12:26, 12:26, 12:37).

Dreimal beeinflusste sie die Diskussion inhaltlich: In der 23. Minute (12:34) forderte sie die DiskussionsteilnehmerInnen beispielsweise zum Nachdenken darüber auf, welche Vorteile eine Akademisierung der Physiotherapie für die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung mit sich bringen könnte. Das Thema Akademisierung war zuvor (12:29) von einem Teilnehmer (Nr.1) in die Diskussion eingebracht worden und sorgte nachfolgend für anhaltend kontroverse Wortwechsel (vor allem zwischen den TeilnehmerInnen Nr.1 und Nr.5).

In der 26. Minute (12:37) fiel in der Diskussion das Stichwort „Qualifikation“ (Nr.5), das die Moderatorin aufgriff, um zum zweiten Teil des vorbereiteten Fragenkomplexes überzuleiten – und tatsächlich ging die Diskussion danach quasi organisch in die Diskussion um die „Ausbildung“ über. In der 34. Minute (12:45) lenkte die Moderatorin dann die Aufmerksamkeit der DiskussionsteilnehmerInnen auf die Frage, wie eine Ausbildung beschaffen sein müsste, die auf die Anforderungen in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung optimal vorbereitet. Diese beiden Eingriffe dienten der Beschleunigung der Diskussion und waren aufgrund der fortgeschrittenen Diskussionszeit unvermeidbar.

Die letzte Nachfrage der Moderatorin in der 40. Diskussionsminute bezog sich dann auf das Theorie-Praxis-Verhältnis in der Physiotherapie. Angeregt wurde sie dazu durch einen Disput zwischen Teilnehmerin Nr.5 und Teilnehmer Nr.1 über den Praxisanteil des Studienangebots der Fachhochschule Hildesheim (12:49 - 12:50).

### 5.3.2.2 Themenbezogene Zusammenfassung der Diskussion

#### Thema 1: PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung:

Die *PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung* wurde von den PhysiotherapeutInnen sehr differenziert beschrieben. Ihren Erfahrungen nach bestehen Unterschiede unter anderem in der Verschiedenheit der jeweiligen Behandlungssituation, z.B. der äußeren Bedingungen oder der Art und Schwere des Krankheitsbildes:

„Ich finde es ist aber glaub' ich schwierig, professionelles also Arbeiten überhaupt im Umgang mit den Patienten unter einen Hut zu stecken, weil das ja so viele unterschiedliche Bereiche sind, also es ist bestimmt auch ein ganz anderes Verhältnis einmal schon zwischen stationärem Patienten und Behandler und ambulanten Patienten und Behandler und dann bei den stationären Patienten bestimmt auch noch krankheitsabhängig sozusagen, also in der Inneren zum Beispiel entsteht zu den Patienten oder mit denen geht man dann wieder ganz anders um, denk' ich mal, als zum Beispiel in der Chirurgie oder der Neurologie, dass da die Zielsetzungen dann ja ganz andere sind und die Bindungen und die Zusammenarbeit mit den Patienten. Also ich glaube, es ist schwierig, das so irgendwie zu ver- so zu verallgemeinern.“ (Nr.9, 12:15)

Insgesamt betrachtet stufen die Berufsangehörigen die Arbeit im stationären Bereich als vielschichtiger ein. Dabei wurde der psychischen Befindlichkeit der PatientInnen und dem Beziehungsaspekt eine höhere Bedeutung im Umgang mit stationären PatientInnen eingeräumt als mit ambulanten PatientInnen. Dies wird unter anderem auf die besondere Situation zurückgeführt, in der sich stationäre PatientInnen befinden:

„Ja, ich finde auch, dass die Patienten, die hier sind im Krankenhaus, sind ja ausnahmslos eben auch selber in 'ner Ausnahmesituation. Das ist was anderes, als wenn die eh freiwillig oder - in Anführungsstrichen - mit Beschwerden in die Praxis kommen als wenn die hier akut eingeliefert werden und dann von uns hier behandelt werden, zum Teil.“ (Nr.5, 12:18)

Je nach Behandlungssituation und Art des Krankheitsbildes wurden mehr funktionelle oder emotionale Gesichtspunkte der physiotherapeutischen Behandlung in den Vordergrund gerückt. Den Erfahrungen der DiskussionsteilnehmerInnen zufolge liegt bei der Betreuung von chronisch kranken, älteren oder weniger belastbaren PatientInnen, wie zum Beispiel auf der Inneren Medizin und der Geriatrie, der Schwerpunkt mehr im Bereich der menschlichen Zuwendung, während die Behandlung neurologischer oder jüngerer unfallchirurgischer PatientInnen eher funktionell orientiert ist.

„(---) ich hab' früher mal in der Geriatrie gearbeitet und da war das natürlich auch viel mehr so (...) ne also, das heißt jetzt arbeite ich in der Chirurgie hier, das ist dann wirklich die Frage, ob man bei jüngeren Leuten ist, das heißt, das ist dann so funktionelles Denken, dass man mit denen dann so schöne Sachen macht, klar kommt natürlich die psychische Komponente natürlich auch dazu, aber lange nicht so, wie wenn man einen Menschen mit chronischen Erkrankungen zum Beispiel, wie man auf der Inneren halt nun hat, oder auch in der Geriatrie (...), da war es wirklich teilweise einfach so mit den und den Leuten mal in den Garten zu gehen und spazieren zu gehen (...).“ (Nr.8, 12:17)

Ein weiterer Aspekt, der sich nach Aussagen der DiskussionsteilnehmerInnen entscheidend auf die Betreuungsbeziehung auswirken kann, ist die Behandlungsmotivation der PatientInnen:

„Manch einer (---) ist auch interessiert und schreibt sich das gelegentlich auch auf und kommt das nächste Mal wieder und sagt: gucken Sie mal, ich hab' geübt, ist das so richtig, hab' ich mir das richtig aufgeschrieben? und ist auch motiviert, selber Übungen zu machen und man geht das mit ihm durch und man sieht auch: der arbeitet aktiv mit. Und dann macht es auch beiden Spaß und dann ist es auch 'n gutes Arbeitsbündnis, wie es so schön heißt (---).“ (Nr.11, 12:26)

*Probleme* mit unmotivierten PatientInnen, die von der Diskussionsgruppe sehr ausführlich diskutiert wurden, betreffen vor allem den stationären Bereich. Im Hinblick auf die Bewältigung solcher Situationen wurden Gesichtspunkte wie Sympathie und Antipathie (den entsprechenden PatientInnen gegenüber) sowie ihre Arbeitsbelastung als entscheidende Einflussfaktoren benannt. Sie können dazu führen, dass die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung in solchen Fällen nur halbherzig eingegangen wird oder gar nicht erst zu Stande kommt:

„(---) also das kann ich von mir sagen, wenn der Patient unmotiviert ist und er will einfach die Behandlung gar nicht (---) und find' ich's dann vielleicht auch nicht so wichtig, (---) wenn ich dann ihn unangenehm finde, beschränke ich mich dann schon auch aufs Nötigste (---). (Nr.3, 12:27)

„Auf Station hat man ja auch oft eh das Problem, gerade bei den Bandscheiben, wenn man in's Zimmer kommt und der sagt: öööh, Krankengymnastik! Dann sag' ich meistens: kein Problem, Sie müssen keine Krankengymnastik, es ist Ihr Rücken, ich hab' genug andere Patienten. Also es spielt auch 'ne Rolle, wieviel ich selbst zu tun habe, wenn ich ganz viel zu tun habe und ich komm' zu einem ins Zimmer und die stöhnen schon dann, kein Problem, dann bin ich wieder weg, dann geh' ich zu denen, die die Gymnastik wollen.“ (Nr.4, 12:27)

Im Vergleich zu den stationären wurden – wie bereits erwähnt – die ambulanten PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehungen als eher funktionell orientiert beschrieben. Eine Physiotherapeutin beschrieb dennoch auch für diesen Bereich die Erfahrung, dass PatientInnen – z.B. solche mit psychosomatischen Beschwerden – vor allem die menschliche Nähe, das Gespräch oder sogar psychologische Beratung suchen:

„(---) manchmal stecken hinter irgendwelchen Beschwerden ganz andere Probleme, und dann auf einmal entschlüsselt sich das im Laufe so 'ner Therapie, also man hat seinen Befund gemacht und denkt, alles ist klar, man fängt an und dann irgendwie wird's 'n bisschen besser, dann fängt's wieder an und dann kommt auf einmal 'raus, dass der Patient familiäre Probleme hat und überschüttet einen regelrecht damit und man selber denkt: huch, was mach ich denn jetzt, so? (---) ja, wie lenk' ich das jetzt in 'ne gute Bahn, dass ich so'n bisschen psychosomatisch halt einwirke, also manchmal ist man auch Psychologin, Therapeut und ich weiß es nicht (---).“ (Nr.11, 12:53)

Diesen PatientInnen gegenüber treten dann – wie dieselbe Diskussionsteilnehmerin ausführte – zuweilen auch Abgrenzungsprobleme auf und Unsicherheiten, wie man als Physiotherapeutin mit solchen Situationen professionell umgeht:

„Und manchmal ist es so, wenn die halt viel Zuwendung bekommen, ja dann kommen die halt immer wieder (---), weil sie einfach auch so die Zuwendung brauchen, so das Gespräch, wo man denkt: komisch, es ist doch aber eigentlich jetzt alles im Lot, (---)

und ich meine, es ist auch schwierig, denen klarzumachen: so, jetzt gibt es aber hier 'ne Abgrenzung, also wir sind jetzt eigentlich fertig mit der Krankengymnastik (---)“ (Nr.11, 12:55)

„(---) und dann denkt man selber als Therapeut, wenn man jetzt wieder vom professionellen Handeln wieder überlegt: was mach' ich jetzt eigentlich noch, ich hab' doch jetzt schon alles so gemacht und (---) versuche, jetzt irgendwelche Lösungsmöglichkeiten für das Leben des Patienten so aufzutun und selbst hab' ich halt ganz andere Probleme g'rade oder so, geht vielleicht auch (mit'm Gips 'n Flur lang), nee, aber manchmal ist das wirklich so, ne?“ (Nr.11, 12:56)

Den Erfahrungen der PhysiotherapeutInnen zufolge sind die ambulanten PatientInnen meist motivierter. Mit der höheren Behandlungsmotivation geht allerdings oft auch eine höhere Erwartungshaltung den PhysiotherapeutInnen gegenüber einher, die manchmal auch einer Abgabe der Verantwortung an diese gleichkommt:

„ (---) dann gibt's auch Patienten die einfach sagen Beispiel: in drei Wochen fängt die Garten-Saison an, da müssen Sie mich wieder fit gemacht haben (---), das hab' ich nämlich erlebt und erlebt man nämlich häufiger, und da muss man einfach dem Patienten auch wirklich auch mal klar machen, dass es wirklich nicht nur darum geht, zu mir zu kommen, sondern seine Eigenverantwortung auch, obwohl er zu Hause ist, also sprich, sich selbst auch mal in die Hand zu nehmen und was dafür zu tun und das halt nicht nur hier als Dienstleistung anzusehen, die er mitnimmt und die er nach drei Wochen sagen kann: gut, das war's. (...)“ (Nr.7, 12:29)

Einen Mangel an Verantwortungsübernahme durch die PatientInnen konstatierten die Berufsangehörigen zwar auch bei den stationären PatientInnen, diese wurden von einer Physiotherapeutin jedoch auch mit strukturellen Zwängen des Klinikbetriebs in Zusammenhang gebracht. Gleichzeitig stellte sie interessanterweise die Vermutung in den Raum, dass die ihnen entgegengebrachte Erwartungshaltung an das bei den PatientInnen vorhandene Berufsbild Physiotherapie geknüpft sein könnte:

„(---) es gibt eben Leute, die geben die Eigenverantwortung an der Schwelle dieses Hauses ab und lassen mit sich machen. Viele geben sie nicht ab, aber fühlen sich überrollt von diesem ganzen System an Untersuchungen, an Operationen, an Sachen, die übergestülpt werden, und manche haben einfach kein' Bock und denken, sie kommen hierher und werden operiert und damit sind sie geheilt und fertig und müssen keine Eigenarbeit leisten, also mit unser'm Beruf noch hab' ich manchmal so den Eindruck verbunden, dass wir die ganze Arbeit machen und dann ist alles gut, also (...) ich weiß auch nicht genau, was eben nicht der Fall ist. Also ich finde (...) eben soweit sofern halt Patienten sich äußern können, ist mir das dann schon wichtig, irgendwie Verantwortung auch wieder zurückzugeben.“ (Nr.5, 12:28)

All diese Äußerungen lassen sehr deutlich werden, dass die *Anforderungen* an die PhysiotherapeutInnen bei der Gestaltung der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung über die Lösung funktioneller Probleme hinausgehen: z.B. – wie bereits beschrieben – im Umgang mit psychisch stark belasteten und passiven PatientInnen, oder aber auch in der verbalen Auseinandersetzung mit „unmotivierten PatientInnen“, die eine Physiotherapeutin wie folgt charakterisierte:

„Ja, motivieren, versuchen dem das zu erklären, warum, wieso das wichtig ist, warum er Hausaufgaben (...) kriegt, warum ich das jetzt mache, was ich damit bezwecke, also im Grunde genommen, dass ich die Technik, die ich g'rad ausführe, erkläre und was

ich da für'n Ziel hab', und dass ich nicht einfach irgendwas mache und sage: ach das wird schon, sondern (...) ja ich mache das weil (---), und das äußert sich dann so und so, und das hat jetzt das und das Ziel, und dann können Sie ja später auch vielleicht mal Sport machen oder wieder Tennis spielen oder dies und jenes, und dann kriegen sie entweder die Einsicht und sagen: o.k., ja, stimmt eigentlich, mach ich jetzt, oder eben nicht (---). (Nr.11, 12:26)

Die von der Diskussionsgruppe beschriebenen Anforderungen gehen z.T. direkt von der jeweiligen Behandlungssituation aus. Darüber hinaus schilderten die PhysiotherapeutInnen aber auch solche Aufgaben, die eher das direkte Umfeld von PatientInnen und PhysiotherapeutInnen betreffen, wie z.B. die Anleitung und Beratung von Angehörigen und die Zusammenarbeit mit anderen Funktionsbereichen der Klinik. Eine Diskussionsteilnehmerin bezeichnete die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Klinik als ein wesentliches Merkmal von *Professionalität*:

„Was ich hier im Krankenhaus noch find, dass es wichtig ist, dass man mit den anderen Bereichen kommuniziert, mit, ich sach jetzt mal Schwestern, Ärzten, wenn ich zu 'nem Patienten gehe, den behandel, lager und eine Minute später kommt die Schwester und (zerstört) alles wieder und wäscht ihn, dann ist das nicht insgesamt als Gesamtergebnis nicht professionell, oder aber die Schwester macht beim (...) -Patienten 'ne 30° Seitenlagerung und meint, das ist funktionell, und ich mach' 90°, weil ich meine, das ist das, sind alles so Sachen, wo's auch wichtig ist, dass man sich austauscht.“ (Nr.4, 12:20)

Professionelles Handeln in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung wurde unter anderem als der Versuch angesehen, das zur Verfügung stehende Behandlungsspektrum an die individuelle Situation der PatientInnen anzupassen. Eine Physiotherapeutin beschrieb ein solches individuelles Vorgehen am Beispiel des Zugehens auf PatientInnen, die durch ihre Krankheit aus der Bahn geworfen wurden und sich deshalb psychisch in einer besonders schwierigen Ausgangslage befinden:

„(---) ich arbeite speziell mit neurologischen Patienten, das ist dann schon 'n ziemlicher Eingriff auch (...), denn es ist ja einfach hier mit Schlaganfall und so auch jetzt aus dem Leben 'rausgerissen und ja, dass da auch viel so Einfühlungsvermögen erstmal, so an den Patienten 'ranwagen (---) erstmal so im Vorfeld steht, bevor man dann mit der krankengymnastischen Behandlung überhaupt beginnt, einfach auch 'ne Bereitschaft vom Patienten erstmal versucht zu bekommen.“ (Nr.10, 12:19)

## Thema 2: Qualifikationen:

Auf die Frage nach den Qualifikationen, die PhysiotherapeutInnen zur professionellen Gestaltung der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung befähigen, antwortete eine Diskussionsteilnehmerin ganz spontan:

„Das sind doch aber in erster Linie menschliche Qualitäten und nicht fachliche. Also, geh'n wir mal davon aus, wir sind alles Cracks und es kommt 'n Patient zu mir, und (---) ich seh' dem andern an und kann sagen: ich kann den nicht leiden, dann werd' ich den mit Sicherheit nicht gesund machen. Dann geh' ich zu Kollegin '7' oder '5' vorzugsweise und sage: könnt Ihr den mal behandeln, und die ham vielleicht z.B. einfach mehr Geduld. Und dann ist das für den Patienten und für mich die bessere Lösung (---). Also das sind me- ganz viel menschliche Qualitäten mein' ich alle, ich

meine, wurscht, ob ich nun 'n Diplomschein habe oder nicht, das spielt sich doch ganz viel auf der menschlichen Basis ab.“ (Nr.4, 12:37)

Eine Kollegin argumentierte in eine ähnliche Richtung, indem sie ebenfalls den Einfluss der Persönlichkeit einer Physiotherapeutin mit der therapeutischen Wirksamkeit in Zusammenhang brachte:

„Ich glaub' viele Patienten, meiner Erfahrung nach, g'rad bei bestimmten Krankheitsbildern, da is es auch ganz egal, ob man den am Ohr krault oder das Bein kratzt. Hauptsache, man kümmert sich halt um ihn. (---) 'Ne Kollegin von mir, die hat 'ne eine unglaubliche Ausstrahlung. Ganz egal, was sie macht, die Patienten gehen immer sehr viel aufrechter und (woher) und mit weniger Schmerzen aus der Therapie.“ (Nr.6, 12:54)

Darüber hinaus wurde auch auf fach- und methodenspezifisches sowie auf fachübergreifendes Hintergrundwissen – vor allem auf psychologische und pädagogische Grundkenntnisse – hingewiesen. Eine Physiotherapeutin betonte in diesem Zusammenhang insbesondere die Notwendigkeit von Berufserfahrung. Ihrer Ansicht nach, die von anderen DiskussionsteilnehmerInnen unterstützt wurde, lassen sich einige grundsätzliche praxisbezogene Kompetenzen weder in der Ausbildung noch im Rahmen von Fortbildungen, sondern nur durch Erfahrung erwerben:

„Nur, ich finde, generell ist es bei unserer Ausbildung so, dass wir halt 'n Grundwissen haben, was theoretisch im Prinzip eigentlich auch erstmal so vielleicht reichen würde, dass man aber einfach Berufserfahrung braucht, also, ja also, was wir ja nicht lernen können in dieser Ausbildung ist halt richtig hingucken oder richtig erspüren. Das kriegt man ja erst im Laufe der Zeit irgendwie 'raus, und das ist ja ganz viel, was eben die Behandlung aber letztendlich ausmacht, also Sachen zu erkennen oder richtig oder überhaupt einschätzen zu können, über seinen Tellerrand der eigentlichen Übungen hinauszugucken, sondern auch das Umfeld überhaupt erstmal richtig wahrzunehmen, was da eigentlich noch mit d'ranhängt, und bei uns ist es ja so, dass wir halt viele Kurse und Möglichkeiten haben uns fortzubilden, (---) aber dieses Erspüren oder Sehen oder Beobachten-können, Fühlen, das lernt man eigentlich nur durch Erfahrung. Also egal, ob man jetzt Fortbildung macht oder nicht, das kann einem auch keiner so richtig vorgeben. (Nr.5, 12:40)

### Thema 3: Ausbildung:

Ihre eigene *Ausbildung* beurteilten die DiskussionsteilnehmerInnen, gerade wenn es um die Gestaltung der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung und die Bewältigung schwieriger Betreuungsbeziehungen geht, allgemein als unzureichend. Das zeigt sich nach (selbstkritischer) Meinung einer Physiotherapeutin unmittelbar nach der Ausbildung z.B. in einer mangelnden Urteilsfähigkeit dahingehend, ob ein Problem in einer Behandlungssituation nun auf die besondere Situation der betreffenden PatientInnen oder auf die eigene fachliche Unzulänglichkeit zurückzuführen ist. Daraus zog sie den Schluss:

„(---) es wär schon gut gewesen, in der Ausbildung da so so'n bisschen hingeführt zu werden, dass man nicht erstmal solche Erfahrungen selber machen muss.“ (Nr.7, 12:54)



Eine ähnliche Einschätzung zur Qualität der Ausbildung vermittelte auch die Äußerung der „dienstältesten“ Diskussionsteilnehmerin, derzufolge eine gute Betreuungsbeziehung als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche physiotherapeutische Behandlung anzusehen ist. Diese Ebene der physiotherapeutischen Behandlung wurde im Rahmen ihrer Ausbildung offenbar ebenfalls vernachlässigt, und ihre Bedeutung für den Behandlungserfolg wurde erst mit zunehmender Berufserfahrung erkannt:

„Was mir auffällt so im Vergleich zu früher grad' nach der Ausbildung, dass ich da noch sehr somatisch so geprägt war, dass ich sehr an meinen Behandlungskonzepten gehangen habe und dass, je älter ich werde, ich immer mehr so das Gefühl hab', dass die psychische Komponente da auch mehr 'reinkommt, dass es ganz wichtig ist, auch in dem Bereich erstmal so ein ganz gutes Verhältnis zum Patienten aufzubauen, auch doch vielleicht so'n Stück weit Psychologin zu sein, damit die Patienten auch entsprechend dann ja gefördert und gefordert werden können in ihren Belangen, dass ich dann vielleicht nachher auch noch auf das Somatische näher eingehen kann, wenn erstmal so dieser psychische Kontakt da ist.“ (Nr.6, 12:18)

Mehrere DiskussionsteilnehmerInnen beanstandeten, dass die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten, psychologischer und pädagogischer Kenntnisse im Rahmen ihrer Ausbildung viel zu kurz gekommen sind und ihrer Meinung nach verstärkt in die Ausbildung integriert werden müssten. Exemplarisch für diese Kritik an der Ausbildung sei der folgende Diskussionsbeitrag angeführt:

„(---) viel zu kurz kommt in der Ausbildung – jedenfalls in meiner – z.B. so Bereiche wie Gesprächsführung (*mehrstimmiges zustimmendes: Ja, ja, hmm*), wie komm' ich irgendwie an den Knackpunkt 'ran, was hindert vielleicht den Patienten auch daran (...),(...) ist ja nicht sein Hauptproblem, ich denke, das ham wir – ich jedenfalls – nicht gelernt in der Ausbildung. Wenn, dann ist es Eigeninteresse, vielleicht mal 'n Kurs zu machen. Ich denke, das ist 'n ganz wichtiger Aspekt für mich, der ausgebaut werden müsste.“ (Nr.6, 12:52)

In Behandlungssituationen, in denen es laut Aussagen der PhysiotherapeutInnen mehr um das Sich-Kümmern und die menschliche Zuwendung geht, können sie somit kaum auf fundiertes Wissen und methodische Kenntnisse zurückgreifen. Physiotherapeutisches Handeln stützt sich dann – falls vorhanden – auf die individuelle Erfahrung oder folgt der Intuition, wie eine Diskussionsteilnehmerin vermutete:

„Aus dem Bauch 'raus, in den Bereichen arbeitet man bestimmt häufiger aus dem Bauch 'raus, wie es vorhin gesagt wurde.“ (Nr.9, 12:18)

Gerade auf BerufsanfängerInnen, die sich durch ihre Ausbildung auf die Anforderungen der Betreuungsbeziehung schlecht vorbereitet fühlten, kann sich dieser Mangel – wie eine andere Diskussionsteilnehmerin aus ihrer Erinnerung berichtete – sehr verunsichernd und belastend auswirken:

„Ich meine, man hat das jetzt gelernt und hört ihm zu und beschäftigt sich mit dem Patient, aber (---), also manchmal ist man auch Psychologin, Therapeut und ich weiß es nicht (---). Also, alles in allem, 'ne dass so die psychologische Komponente oder Gesprächsführung, also das ham wir überhaupt nicht gelernt, da ist man manchmal in den Anfängen überfordert gewesen, möchte ich mal sagen. (Nr.11, 12:53)

Mehrfach betont wurde im Laufe der Diskussion, die Physiotherapie sei in erster Linie ein praktischer Beruf, sodass die Ausbildung vor allem praxisnah zu gestalten sei. Eine Diskussionsteilnehmerin sah die Qualität der praktischen Ausbildung, vor allem aufgrund ihrer uneinheitlichen Umsetzung in den verschiedenen KG-Schulen, bisher noch nicht als gesichert an. Auch kritisierte sie in diesem Zusammenhang das Wegfallen des Anerkennungsjahres infolge der Ausbildungsreform (1994), wodurch ihrer Ansicht nach der Übergang von der Ausbildung in die eigenverantwortliche berufliche Tätigkeit erschwert würde:

„(---) also, es gibt ja Schulen, die dann irgendwie an Kliniken angebunden sind, die ham dann eben Hälfte Praxis, Hälfte Theorie. Es gibt Schulen, die ham dann Block-Praktika, die müssen sich die (Schüler / D.K.) selber suchen. Ich kenne Schüler, die ham nicht einen neurologischen Patienten in der Hand gehabt in der ganzen Ausbildung, was eigentlich gar nicht geht Aber die machen damit Examen und können es auch machen, also (---), das find' ich schlecht. Also ich fand eigentlich besser so dieses praktische Jahr, dieses Anerkennungsjahr fand ich eigentlich sehr gut, weil das auch immer 'n Jahr ist, wo man zwar noch mit betreut ist, aber längst nicht mehr so engmaschig wie in der Schule, weil's natürlich auch 'n Sprung in's kalte Wasser ist. Aber wenn man da auch wirklich (die Möglichkeit hat) selbstverantwortlich und selbstständig zu arbeiten und das überhaupt erstmal umzusetzen, was man da in diesen zwei Jahren in der Schule gelernt hat, das reichte mir völlig. *(Im Hintergrund: Ja, ja hmm.)* Also da gleich auf Fortbildungen loszugehen, wäre für mich zu viel gewesen.“ (Nr.5, 12:47)

#### Thema 4: Akademisierung:

Um das Thema Akademisierung der Physiotherapie entspann sich zunächst eine sehr kontrovers geführte Diskussion. Der Physiotherapeut, der dieses Thema in die Diskussion einbrachte, sah in einer solchen Entwicklung ausschließlich Vorteile, sowohl in Bezug auf die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung als auch für die Zukunftsfähigkeit des Berufsstandes Physiotherapie. Als Vorteile nannte er z.B. den reflektierten Umgang mit PatientInnen, das Feedbacks hinsichtlich der Wirksamkeit physiotherapeutischer Maßnahmen, die Loslösung aus der Abhängigkeit der Ärzteschaft und damit verbunden letztlich auch ein höhere Ansehen für den Berufsstand.

„(---) also wir müssen zurückschauen, was machen wir in unserem Beruf, was machen wir mit unser'n Patienten, und ich meine auch, dass wir uns da auch ab(koppeln) von den Ärzten, denn in anderen europäischen Ländern ist es so, dass da die Patienten zu den Physiotherapeuten kommen und da eben halt ihre Rezepte auch bekommen und dann eben behandelt werden, und die werden in ihrem Bereich werden eigentlich (behandelt) wie die Ärzte, das heißt also da ist ein unheimlich großer Bedarf von uns eigentlich, 'ne Notwendigkeit eigentlich, unseren Berufsstand – ich möchte fast mal sagen – zu legalisieren. (---)“ (Nr.1, 12:29)

Obwohl andere DiskussionsteilnehmerInnen den hier aufgezählten Vorteilen grundsätzlich zustimmten und diese Entwicklung – auch aus gesundheitspolitischen Erwägungen heraus – für notwendig erachteten, gab es ebenso zurückhaltende sowie äußerst kritische Anmerkungen zu diesem Thema. Zweifel wurden beispielsweise dahingehend artikuliert, eine akademische Ausbildung könnte sich tatsächlich positiv auf die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung auswirken:

„(---) ja ich weiß nicht, ob's was bringt. Vielleicht erweitert es 'n bisschen den Horizont, so für einen selber, wenn man standardisierte Tests oder was weiß ich was irgendwann hat, hat das eben 'n wissenschaftlicher Beleg, dass man auch für sich viel genauer abschätzen kann und mit Hilfe von irgendwelchen Untersuchungen oder wie auch immer man das dann macht, hat man jetzt wirklich was gebracht oder nicht, also man also unsere Zeiten sind ja begrenzt, die wir haben bei Patienten, sodass wir auch eher zielgerichteter vielleicht gucken können, wie man jetzt weiter vorgeht, und auch vielleicht zielgerichteter und nicht ganz so sehr intuitiv unser Behandlungsspektrum einsetzen. Für die Behandlung selber, kann sein, dass 'n Patient sich dann vielleicht besser aufgehoben fühlt, weiß ich nicht. Also ich denke, das hat aber immer was mit also das berührt ja die persönliche Beziehung zwischen Therapeut und Patient eigentlich weniger, so das ist nur etwas, was man halt mitbringen muss, Zusatzwissen oder -qualifikation.“ (Nr.5, 12:35)

Diese Diskussionsteilnehmerin hielt sogar eine negative Entwicklung der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung in der Hinsicht für möglich, dass die Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung bei den PatientInnen noch weiter abnimmt:

„(---) also in dem Moment, wenn die Erwartungshaltung so ist, wie wir es eben ja schon gesagt hatten, dass es zum Teil so ist: mach was mit mir und ich bin wieder gesund, weil du kannst das ja so toll, dann find' ich, geht's in die falsche Richtung (---)“ (Nr.5, 12:32)

Also in der Richtung, zu den Ärzten hin z.B. und was die Rezeptierung oder was weiß ich was angeht, find' ich das schon, ist es völlig klar, also Du bist ja auf 'ner gleichen Ebene angesiedelt, das natürlich macht das Sinn, ne aber, wenn jetzt das Thema irgendwie Patient-Behandler ist, kann das genau so gut theoretisch nach hinten losgehen. (Nr.5, 12:33)

Wieder andere Diskussionsteilnehmerinnen sahen die durch die Akademisierung der Physiotherapie zu erwartenden Veränderungen, wie z.B. die Anhebung der Ausbildung auf ein europäisches Niveau nur als Äußerlichkeiten an, die allenfalls die gesellschaftliche Anerkennung oder das eigene Selbstwertgefühl betreffen:

„Das ist doch aber eigentlich nur 'ne Äußerlichkeit, weil letztendlich hast Du aber nach wie vor 'n Patienten, oder 'n Klienten oder wie auch immer, der Dein Partner ist, und daran, das ändert doch eigentlich nichts (...) an Deinem Verhältnis zum Patienten.“ (Nr.6, 12:32)

„Aber (---) das ändert ja wirklich auch nichts in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut (*im Hintergrund: „nee“, „eben“*). Das ist einfach für ein' selber, wo man vielleicht das Gefühl hat, ich würde gerne höher angesehen werden. (männliche Stimme: „nee“) Ich glaube, das ist einfach 'n bisschen das Ding, oder?“ (Nr.8, 12:33)

Zwar wurde von verschiedenen Seiten eingeräumt, dass ein Studium möglicherweise mehr pädagogisches und psychologisches Hintergrundwissen vermitteln würde und dass PhysiotherapeutInnen dadurch beispielsweise die emotionale Verfassung ihrer PatientInnen besser nachvollziehen könnten, dies könne die praktische Ausbildung und Erfahrung im Umgang mit PatientInnen jedoch allenfalls ergänzen:

„Und ich glaube, dass jetzt (...)das kann man auch irgendwie durch ein Studium nicht ersetzen, also das sind so Sachen, die man wirklich erst im Alter oder im Berufsalltag lernt und jetzt so'n Studium jetzt, das würde vielleicht noch irgendwelche Grundkenntnisse meinetwegen in Psychologie oder in der Sozial(pädagogik) noch unterstützen, dass man das vielleicht dann noch irgendwie ausbauen könnte, was man

eh' schon gesehen hat oder wahrgenommen hat, weil das ham wir ursprünglich nicht in der Ausbildung gelernt, also wir hatten keine Psychologie. (---) Aber letztendlich, das würde das Verhältnis, glaub' ich jetzt, beim Patienten nicht verbessern, nur dass man vielleicht 'n bisschen mehr Hintergrundwissen hätte, jetzt in der Psychologie, warum der Patient sich so verhält, warum der vielleicht 'ne Depression hat, und wie geh' ich mit Depressionen um oder ich weiß nicht, so was. Aber ich denke, das praktische Arbeiten an sich am Patienten, (---) das ist ja die Praxis und das ist ja auch 'n praktischer Beruf, und ich denke, das lernt man ja so auch in Fachkursen (---).“ (Nr.11, 12:41)

Befürchtungen gingen vor allem in die Richtung, dass eine Akademisierung der Physiotherapie eine Theoretisierung der Ausbildung mit sich bringen würde. Eine Diskussionsteilnehmerin berichtete in diesem Zusammenhang von entsprechenden Beobachtungen in den USA und führte als Negativbeispiel auch das Medizinstudium in Deutschland an, das ihrer Ansicht nach ebenfalls nicht ausreichend auf die praktische Tätigkeit vorbereite:

„Also ich (---) war immer 'ne große Verfechterin davon, dass die Krankengymnastik an die Universität muss, und, (---) als ich jetzt mal 'ne Zeit lang in Amerika war, da hab' ich mit der Krankengymnastik ja auch Kontakt gehabt, und da bin ich dann eigentlich von dieser Meinung ziemlich weit weggegangen, weil Krankengymnastik 'n sehr praktisches Fach ist, natürlich auch Theorie, aber sehr praktisch, und bei den Krankengymnastinnen da konnte man sehen, dass die theoretisch zwar 'n ganz gutes Wissen hatten, sind aber weit weniger praxiserfahren in den Beruf eigentlich 'reingegangen, und ... das hat mich dann so'n bisschen von dieser Meinung – (...) was heißt 'n bisschen, völlig eigentlich – (abgekommen), weil ich wirklich fand, dass gerade die Praxis einfach unheimlich wichtig ist. Und wie das hier in Deutschland mit Medizinerinnen läuft, dass die wirklich theoretisch gut sind und dann im Team (...) ja nun gar nichts können, (die) eigentliche Praxis, weil sie einfach das nie gelernt haben (...), dann find' ich's schon bei der Krankengymnastik viel besser zu sagen wirklich 'ne schulische Ausbildung, wo wir sehr viel Praxis haben. (---)“ (Nr.8, 12:46)

Diese Einschätzung, eine Akademisierung könne eine Annäherung an die nicht als vorbildlich angesehene Ärzteausbildung bedeuten, wurde von einer anderen Diskussionsteilnehmerin geteilt und die Akademisierung deshalb ebenfalls abgelehnt. Ihre Kritik fiel in einer Auseinandersetzung um das Studienangebot der Fachhochschule Hildesheim, das ihrer Ansicht nach viel zu theorielastig sei:

„... diesen Praxisanteil irgendwie jetzt da hinten 'runter fallen zu lassen und sich letztendlich an der Ärzte-Ausbildung anzugleichen finde ich nicht gut, das find' ich einfach nicht gut.“ (Nr.5, 12:50)

Die Nachfrage der Diskussionsleiterin nach dem Theorie-Praxis-Verhältnis in der Physiotherapie erbrachte eine eindeutige Stellungnahmen dahingehend, dass sich die Physiotherapie gerade durch die Verknüpfung von Theorie und Praxis auszeichne. Die Physiotherapeutinnen, die sich in diesem Zusammenhang ebenfalls zu Wort meldeten, unterstützten diesen Diskussionsbeitrag:

„Ja, Theorie nützt ohne Praxis gar nichts. Also ich kann das alles wunderbar auf'm Papier können (---), aber was nützt mir das, wenn ich's nicht praktisch umsetzen kann? Das ist kein Widerspruch, (---) das eine gibt ohne das andere überhaupt keinen Sinn. Also, die Praxis macht ohne theoretisches Hintergrundwissen keinen Sinn und die Theorie macht ohne die Praxis keinen Sinn. Das ist, dann ist es wirklich losgelöst voneinander, und das ist eben das, was unser'n Beruf eben nicht ausmacht, sondern es ist 'ne Koppelung.“ (Nr.5, 12:51)

Der Vorschlag, der beim Thema Akademisierung entscheidend zu einem Konsens innerhalb der Diskussionsgruppe beitrug, sah eine enge Verknüpfung von Fachhochschul-Studium und praktischer Ausbildung vor:

„Was noch was wäre, was ich mir mal gedacht hätte, einfach vielleicht um auch dieses Niveau, wovon wir gesprochen haben, von Krankengymnastik auf den Stand der anderen europäischen Länder oder auch international zu bekommen, dass man sich so was wie in Richtung Fachhochschule einfach in diese Richtung gehen würde, dass man sagt, es wird, es ist 'n Fach, was einfach 'n bisschen vom Niveau angehoben wird, aber trotzdem noch die praktische Ausbildung sehr gefördert wird, und wo man sich auch vielleicht sogar in gewisse Richtungen schon in dieser Ausbildung fortbilden kann.“ (Nr.8, 12:46)

"Aber wenn man sich dann (---) vorstellt, man hätte zum Beispiel wirklich 'ne Ausbildung an der Fachhochschule, wo so'n praktisches Jahr einfach (*im Hintergrund: Ja*) zum Ende noch mal dazukommt (*im Hintergrund: Ja, das wär doch super*), das wäre für mich wirklich so 'ne perfekte Sache, wie man sich das vorstellen kann, weil allein die Universität, das ist einfach zu unpraktisch.“ (Nr.8, 12:49)

## Thema 5: Fortbildung

Die kontrovers geführte Diskussion um die Akademisierungsbestrebungen in der Physiotherapie führte zwar letztlich doch zu einem allgemeinen Konsens der DiskussionsteilnehmerInnen, da man sich einig war, dass ein wissenschaftliches Ausbildungsniveau für den Berufsstand Physiotherapie von Vorteil wäre. Es wurde allerdings von einem Großteil der DiskussionsteilnehmerInnen als Voraussetzung angesehen, dass der praktischen Ausbildung dabei insgesamt ein größeres Gewicht zukommen müsse als es ihres Wissens bisher vorgesehen sei. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, Möglichkeiten der *Fortbildung* bereits in diese Ausbildung zu integrieren, um die Berufsangehörigen finanziell zu entlasten:

„(.....) wo man sich auch vielleicht sogar in gewisse Richtungen schon in dieser Ausbildung fortbilden kann. Man merkt in der Ausbildung schon, na gut (...) findet man interessant, vielleicht eher noch Chirurgie, dass man in der Richtung Kurse belegen kann, weil das ist nachher für einen jemanden, der fertig ist, mit diesen ganzen Fortbildungen, die ja nötig sind, einfach teilweise nicht bezahlbar. Das ist einfach 'n schlechtes Konzept, finde ich dann.“ (*6 nickt, mehrere nicken*) (Nr.8, 12:46)

### 5.4 Interpretation der Gruppendiskussion

Die Ergebnisse der Gruppendiskussion mit PhysiotherapeutInnen bestätigen, dass die physiotherapeutische Praxis zu einem großen Teil Beziehungspraxis und somit auch mit entsprechenden Anforderungen an die Berufsangehörigen verbunden ist: Z.B. sind die PhysiotherapeutInnen gefordert, das ihnen zur Verfügung stehende theoretische Wissen und methodische Können an den individuellen Einzelfall anzupassen, die jeweilige Bedeutung sachlicher und emotionaler Aspekte der therapeutischen Betreuungsbeziehung zu gewichten und praktisch umzusetzen, sowie ihr Verhalten im Umgang mit ihren PatientInnen zwischen Nähe und Distanz auszubalancieren. In der Berufspraxis der PhysiotherapeutInnen zeichnen sich also

deutlich die Strukturmerkmale physiotherapeutischen Handelns ab, die das physiotherapeutische Arbeitsbündnis kennzeichnen (vgl. Kap. 4.3.2.).

Die berufserfahrenen PhysiotherapeutInnen sind sich der Bedeutung des Beziehungsaspekts für den Behandlungserfolg grundsätzlich bewusst und versuchen, dieser Anforderung, die von ihnen verlangt, „über ihren Tellerrand der eigentlichen Übungen hinauszugucken“ (Nr.5, 12:40), in der Praxis gerecht zu werden. Dabei kommen sie – vor allem im Umgang mit PatientInnen, die sich in einer Ausnahmesituation befinden – der praktischen Umsetzung des idealtypischen Arbeitsbündnisses sehr nahe. Z.B. dann, wenn es – wie eine Physiotherapeutin betont – darum geht, „bevor man dann mit der krankengymnastischen Behandlung überhaupt beginnt, einfach auch ‘ne Bereitschaft vom Patienten erstmal versucht zu bekommen“ (Nr.10, 12:19), oder auch, wenn davon ausgegangen wird, dass der Aufbau einer positiven Betreuungsbeziehung zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn grundsätzlich eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf darstellt (Nr.6, 12:18).

Dieses „über den Tellerrand der eigentlichen Übungen Hinausschauen“ schließt der Aussage einer Physiotherapeutin zufolge insbesondere auch die Fähigkeit zur interdisziplinären Kooperation mit ein (Nr.4, 12:20).

PhysiotherapeutInnen erwarten in der Regel, dass PatientInnen eine aktive Rolle im Behandlungsprozess einnehmen und die Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung für den Behandlungserfolg mitbringen. Probleme gibt es aber vor allem dann, wenn PatientInnen von sich aus unmotiviert sind oder die Verantwortung an die TherapeutInnen abgeben wollen, was im Umgang mit stationären PatientInnen offenbar häufiger vorkommt.

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die Aussagen einer Physiotherapeutin, die auf einen reflektierten Umgang mit Problemen in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung hindeuten: Zum einen weist sie darauf hin, dass viele PatientInnen, die grundsätzlich zur Übernahme von Eigenverantwortung bereit sind, von der Krankenhausroutine regelrecht überrollt werden (Nr.5, 12:28), und bringt dabei die strukturellen Bedingungen, unter denen die stationäre physiotherapeutische Behandlung stattfindet, mit der Behandlungssituation in einen unmittelbaren Zusammenhang. Zum anderen reflektiert sie auch die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, unter denen stationäre und ambulante Betreuungsbeziehungen zustande kommen, wobei die ambulanten Betreuungsbeziehungen ihrer Meinung nach von vornherein auf mehr und die stationären auf weniger Freiwilligkeit seitens der PatientInnen beruhen (Nr.5, 12:18).

Eine andere Physiotherapeutin versteht Patienten bzw. Klienten als Partner und formuliert ausdrücklich als Ziel ihrer Behandlung „dem Patienten möglichst viel Selbstständigkeit wieder zurück(zu)geben“ (Nr.6, 12:32).

Dass unter einer aktiven Rolle der PatientInnen mehr verstanden werden kann als lediglich „Mitarbeit“, macht der Anspruch eines Diskussionsteilnehmers deutlich, die Behandlungsziele der PatientInnen mit denen der PhysiotherapeutInnen abzustimmen (Nr.12, 12:34).

Solche Aussagen lassen erkennen, dass sich die PhysiotherapeutInnen auch mit der widersprüchlichen Einheit von Autonomie und Abhängigkeit sowie mit Symmetrie und Asymmetrie in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung auseinandersetzen und diese Phänomene zum Teil auch bewusst reflektieren.

Was insgesamt kaum reflektiert wird, ist das eigene emotionale Verstricktsein in die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung, sodass für Probleme in der Betreuungsbeziehung meistens nur die Situation oder das Verhalten der PatientInnen verantwortlich gemacht werden.

Sehr deutlich tritt eine Diskrepanz zwischen den in der beruflichen Praxis auf der Beziehungsebene gestellten Anforderungen – ‚denn die Physiotherapie ist ja eine klientenbezogene Tätigkeit, – und den erfahrenen Ausbildungsinhalten zutage. Offensichtlich ist die Ausbildung eher funktionell orientiert und lässt die Bedeutung der Interaktion zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn weitestgehend außer Acht. Die Anforderungen, die der tägliche Umgang mit PatientInnen auf der Beziehungsebene stellt, treffen die BerufseinsteigerInnen dann völlig unvorbereitet und sie müssen sich diesbezüglich zunächst ausschließlich auf ihre Intuition verlassen. Erst mit zunehmender Berufs- und Lebenserfahrung können sie diesen wichtigen Aspekt professionellen physiotherapeutischen Handelns in ihre berufliche Praxis integrieren und die erforderlichen Kompetenzen, z.B. durch Fortbildung erwerben.

In diesem Zusammenhang sind die Aussagen der Physiotherapeutinnen interessant, die auf Unsicherheiten und Überforderungssituationen beim Einstieg in das Berufsleben hinweisen (Nr.6, 12:18; Nr.11, 12:53). Sie könnten zu einem frühzeitigen Burnout bei BerufseinsteigerInnen führen.

Wenn PhysiotherapeutInnen im Anschluss an ihre Ausbildung zunächst ausschließlich somatisch orientiert sind und sich an ihren Behandlungskonzepten festhalten, wie eine Berufsangehörige erwähnt (Nr.6, 12:18), und damit den psychischen Aspekt von der ‚eigentlichen physiotherapeutischen Behandlung‘ abspalten, dann ist dies ein berufliches Selbstverständnis, das sich zunächst als das Ergebnis einer entsprechenden Sozialisation durch die Ausbildung interpretieren lässt. Sie bewegen sich in der Konzentration auf die funktionelle Behandlung sozusagen ‚auf sicherem Terrain‘, denn hier wurden in der Ausbildung ausreichende Kenntnisse erworben.

Von einer Akademisierung der Physiotherapie versprechen sich die PhysiotherapeutInnen in erster Linie berufspolitische Vorteile, vor allem vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, die mit steigenden Anforderungen und einer zunehmenden Begründungsverpflichtung ihr berufliches Handeln betreffend einhergehen, oder auch angesichts der Bestrebungen, ein europäisches Ausbildungsniveau zu erreichen. Insbesondere verbinden manche DiskussionsteilnehmerInnen damit auch die Hoffnung auf eine Statusanhebung ihres Berufsstandes und auf eine wechselseitig gleichberechtigte Kooperation mit der

Ärztenschaft, was unter anderem eine größere Unabhängigkeit von der ärztlichen Verordnung beinhalten könnte.

In Bezug auf die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung äußert sich nur ein Physiotherapeut eindeutig dahingehend, dass eine akademische Ausbildung sich auch darauf positiv auswirken würde. Er begründet seine Meinung unter anderem damit, dass PhysiotherapeutInnen durch sie zur Reflexion des eigenen Handelns im Umgang mit ihren PatientInnen befähigt würden (Nr.1: 12:29, 12.31, 12:33 u. 12:34). Andere Aussagen zu diesem Thema sind widersprüchlich: Obwohl diese Physiotherapeutinnen grundsätzlich davon ausgehen, dass ihnen pädagogische, psychologische, kommunikative und wissenschaftliche Kompetenzen im Umgang mit den PatientInnen nützlich wären, versprechen sie sich davon letztendlich doch keine Vorteile für die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung (z.B. Nr.5, 12:35). Möglicherweise erklärt sich diese Widersprüchlichkeit aus der Bedeutung, die sie der von ihnen geleisteten Beziehungsarbeit zuschreiben. Für Frauen ist Beziehungsarbeit in der Begegnung mit Menschen eine Selbstverständlichkeit und wird deshalb von ihnen im beruflichen Bereich unter Umständen nicht als professionelle Kompetenz wahrgenommen, sondern in erster Linie als menschliche Qualität (Nr.4, 12:37).

Eine große Rolle spielt unter PhysiotherapeutInnen auch die Befürchtung, dass eine Akademisierung der Physiotherapie zu einer Vernachlässigung der praktischen Ausbildung und zu einer Theorielastigkeit der Physiotherapie führen könnte. Als Negativbeispiel haben sie diesbezüglich die Mediziner vor Augen, deren Ausbildungsdefizite sie in ihrem Arbeitsalltag ständig erleben und von deren Ausbildung sie sich deutlich abgrenzen wollen (z.B. Nr.8, 12:46).

Der mehrfach erhobene Einwand, die Physiotherapie sei vor allem ein praktischer Beruf, lässt sich in diesen Zusammenhang einordnen. Denn eigentlich sehen die Berufsangehörigen Theorie und Praxis nicht im Widerspruch zueinander, sondern – wie eine Diskussionsteilnehmerin ausdrücklich betont – als wesentliches Merkmal der Physiotherapie (Nr.5, 12:51). Ein praxisorientiertes Fachhochschulstudium wäre nach Meinung aller PhysiotherapeutInnen ein Gewinn für die Physiotherapie.

Abschließend müssen die hier gewonnenen Untersuchungsergebnisse der Gruppendiskussion zwar einerseits dahingehend relativiert werden, dass sich Gruppendiskussionen vor allem zur Hypothesenentwicklung eignen, zur Überprüfung von Hypothesen dagegen nur eingeschränkt verwendbar sind (Weber u.a. 1997: 184). Um ihre Validität zu erhöhen, müssten die Ergebnisse unter Hinzuziehung anderer Methoden und Techniken (z.B. Einzelinterview, teilnehmende Beobachtung oder auch Befragung mittels Fragebogen) einer weiteren empirischen Überprüfung zugänglich gemacht werden.

Andererseits stützen die Aussagen der PraktikerInnen in eindrucksvoller Weise die von mir zuvor auf theoretischer Ebene angestellten Überlegungen zum therapeutischen Arbeitsbündnis in der Physiotherapie.



### III. Resümee und Ausblick

Diese Arbeit hat sich mit der Entwicklung eines handlungsorientierten Professionalisierungsansatzes für die Physiotherapie auf der theoretischen Ebene auseinandergesetzt.

Darüber hinaus wurden die dabei erzielten Erkenntnisse bezüglich des physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses mithilfe von Alltagserfahrungen von PhysiotherapeutInnen überprüft.

Dazu wurden zunächst im theoretischen Teil – auch auf der Grundlage eines Fallbeispiels – die an die PhysiotherapeutInnen gestellten Anforderungen erarbeitet, die erforderlichen Kompetenzen benannt und daraus Konsequenzen für eine in Hinsicht auf ihren Professionalisierungsbedarf qualifizierende Ausbildung abgeleitet. Schlussfolgernd wurde die These aufgestellt, dass professionalisiertes physiotherapeutisches Handeln eine grundständige Fachhochschul-Ausbildung erfordert. Im empirischen Teil wurden die theoretischen Erkenntnisse mittels einer Gruppendiskussion um eine berufspraktische Perspektive ergänzt.

Die wesentlichen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich abschließend wie folgt zusammenfassen:

Die Analyse des physiotherapeutischen Handelns hat ergeben, dass sich die Strukturmerkmale professionalisierten Handelns, wie Oevermann sie für ein therapeutisches Arbeitsbündnis charakterisiert hat, auch in der Berufspraxis von PhysiotherapeutInnen nachweisen lassen. Mit der Konkretisierung des physiotherapeutischen Handelns im Arbeitsbündnis kann somit der von Oevermann für therapeutische und – im weiteren Sinne – therapeutisch-prophylaktische Tätigkeiten erhobene 'doppelte Professionalisierungsbedarf' für die Physiotherapie theoretisch als erwiesen angesehen werden, und zwar in Bezug auf den *wissenschaftlichen Diskurs* und die *konkrete Anwendung* der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Der *wissenschaftliche* Professionalisierungsbedarf der Physiotherapie ergibt sich demnach unter zwei Aspekten:

1. aus den Anforderungen, die das professionalisierte Handeln im Arbeitsbündnis an die Berufsangehörigen stellt.

Da die Physiotherapie ein therapeutisch selbstständig arbeitender Beruf ist, ist das physiotherapeutische Handeln einer besonderen Begründungsverpflichtung unterworfen. Die dafür notwendigen Begründungskompetenzen können jedoch in der gegenwärtigen Physiotherapieausbildung nur in sehr begrenztem Umfang erworben werden.

2. aus den gesellschaftlichen Veränderungen und den Veränderungen im Gesundheitssystem.

Diese Entwicklungen haben u.a. dazu geführt, dass PhysiotherapeutInnen in verstärktem Maße gefordert sind, die Qualität ihrer Leistungen darzustellen, zu sichern und zu verbessern, sowie die Effektivität und Effizienz ihrer Maßnahmen nachzuweisen. Dies schließt u.a. die Notwendigkeit ein, dass die Physiotherapie ihre Bezugswissenschaften definiert und ihr spezifisches Berufswissen zu einer eigenen „Fachwissenschaft Physiotherapie“ systematisiert.

Das Fallbeispiel hat überdies gezeigt, dass sich zusätzliche Anforderungen an das physiotherapeutische Handeln aus dem organisatorischen und institutionellen Kontext ergeben, in dem eine physiotherapeutische Intervention stattfindet (Kap. 4.3.3). In diesem Zusammenhang werden Kompetenzen von den Berufsangehörigen gefordert, die über die Professionalisierung im Arbeitsbündnis noch hinausweisen, wie z.B. die Fähigkeit zur interdisziplinären Kooperation. Damit wird auch eine interdisziplinäre Professionalität zunehmend als grundlegende Voraussetzung für eine optimale und patientengerechte Gesundheitsversorgung angesehen. Die Fähigkeit zur interdisziplinären Kooperation setzt aber wiederum ein erhöhtes Maß an interdisziplinärem Wissen voraus.

Für die Ausbildung müsste das z.B. bedeuten, dass über das Erlernen von fachlich-methodischen Kompetenzen hinaus zunehmend berufsübergreifende Schlüsselqualifikationen erworben werden können.

Da die PhysiotherapeutInnen in ihrer klientenbezogenen Tätigkeit ständig auf mehreren Ebenen, nämlich persönlich, sozial und fachlich gefordert werden, müsste es ihnen ermöglicht werden, bereits in ihrer Ausbildung ein gewisses Maß an Selbsterfahrung zu erwerben und sich in der Reflexion von therapeutischen Beziehungssituationen zu üben. Eine ausbildungs- und berufsbegleitende Supervision könnte diese Lernprozesse zusätzlich anregen und begleiten.

Eine Ausbildung, die PhysiotherapeutInnen auf lange Sicht beruflich handlungsfähig machen will, müsste sich demnach auf folgende Grundpfeiler stützen (vgl. Kap. 4.3.4):

- (1) Persönlichkeitsbildung
- (2) berufspraktische Qualifizierung
- (3) theoretische und wissenschaftliche Qualifizierung

Eine Einschränkung erfährt die Professionalisierung im Arbeitsbündnis allerdings: Da sich institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen unmittelbar auf die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung auswirken, hängt die Qualität der PatientInnenversorgung nicht nur von der Professionalität therapeutischen Handelns ab, sondern ganz wesentlich auch von den Rahmenbedingungen. Es ist deutlich geworden, dass das Arbeitsbündnis Maßstäbe für den Umgang mit PatientInnen setzt, die auch im stationären und institutionellen Umfeld bejaht und aktiv mitgetragen werden müssten.

Hier stößt eine Professionalisierung des Handelns insofern an seine Grenzen, als die Verantwortung für eine optimale PatientInnenversorgung nicht einseitig auf die therapeutischen AkteurInnen abgewälzt werden kann. Vielmehr muss sie durch die Bereitstellung und Aufrechterhaltung unterstützender Strukturen auf der institutionellen Ebene und im Gesundheitssystem gefördert und begleitet werden (vgl. Kap. 4.3.3).

Die Ergebnisse der Gruppendiskussion bestätigen in beeindruckender Weise die auf der theoretischen Ebene angestellten Überlegungen zum therapeutischen Arbeitsbündnis für die Physiotherapie (vgl. Kap. 5.4).

Insbesondere weisen die PraktikerInnen auf eine Diskrepanz zwischen den in der PhysiotherapeutIn-PatientIn-Beziehung an sie gestellten Anforderungen und den erfahrenen Ausbildungsinhalten hin. Die Aussagen legen den Schluss nahe, dass die derzeitige Physiotherapie-Ausbildung sehr einseitig für die Lösung funktioneller Probleme qualifiziert, während der Beziehungsaspekt der physiotherapeutischen Behandlung weitestgehend ausgeblendet bleibt.

Die Unsicherheiten und Unzulänglichkeitsgefühle, die die PhysiotherapeutInnen – vor allem als BerufsanfängerInnen – in der Beziehung zu ihren PatientInnen erleben, sind die Folge dieser einseitig somatischen Ausrichtung in ihrer Ausbildung und lassen sich leider auch durch den erwähnten „Fortbildungskonsum“ nicht kompensieren.<sup>62</sup>

Grundsätzlich wird eine enge Verknüpfung von Theorie und Praxis für die Physiotherapie als unbedingt erforderlich angesehen. Einige PhysiotherapeutInnen befürchten zwar, dass eine Akademisierung der Ausbildung zu einer Vernachlässigung der praktischen Ausbildung und zu einer Theorielastigkeit der Physiotherapie führen könnte, ganz überwiegend sind sie aber der Meinung, dass eine Fachhochschulausbildung ein Gewinn für die Physiotherapie wäre, – vorausgesetzt, sie schafft den „Spagat“ zwischen Theorie und Praxis, der ihnen (ohne fundierte Ausbildung) so oft misslingt.

#### Ausblick:

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verweisen auf die Notwendigkeit einer breit angelegten Strukturreform der physiotherapeutischen Ausbildung:

- Der Fächerkanon wäre im Hinblick auf die theoretischen Implikationen des physiotherapeutischen Arbeitsbündnisses einer kritischen Prüfung zu unterziehen, und die Lerninhalte müssten in diesem Sinne curricular umgesetzt werden.

---

<sup>62</sup> Einschränkend muss diesbezüglich allerdings angemerkt werden, dass alle TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion noch nach der alten APO (1971) ausgebildet wurden, sodass Erfahrungen einer Ausbildung nach der neuen APv (1994), die bereits einige Unterrichtsinhalte in dieser Richtung enthält (vgl. Kap. 3.4.1), durch diese Gruppendiskussion nicht erfasst werden konnten.

- Die Professionalisierung im Arbeitsbündnis erfordert die Anhebung der Ausbildung auf Fachhochschulniveau und – als Voraussetzung hierfür – eine entsprechende Novellierung der Berufsgesetze.
- Hinsichtlich der Lehrkräfte-Qualifizierung müsste der erklärte politische Wille, die Lehrkräfte der Physiotherapie den LehrerInnen anderer Ausbildungsberufe gleichzustellen, dadurch in die Tat umgesetzt werden, dass Studiengänge für Lehrkräfte der Medizinalfachberufe eingerichtet werden.
- Es müssten die ungleichen Ausbildungsbedingungen angegangen werden, die durch das Fehlen bundeseinheitlicher Qualitätsstandards und den Wildwuchs an privaten Physiotherapie-Schulen verursacht werden.
- Es müsste geklärt werden, inwieweit die gemeinsamen Interessen der Gesundheitsfachberufe in einer interdisziplinär angelegten Ausbildungsreform miteinander verbunden werden können. Dies wäre auch im Sinne der im Gesundheitsbereich zunehmend als wichtig erkannten interprofessionellen Kompetenz.

Der handlungsorientierte Professionalisierungsansatz, wie er von mir in dieser Arbeit vorgestellt wurde, müsste außerdem verstärkt Eingang finden in die Inhalte und Strukturen des Fort- und Weiterbildungsmarktes, damit auch den „ausgelernten“ Berufsangehörigen die Möglichkeit gegeben wird, die ihnen fehlenden Kompetenzen zu erwerben.

Aktuelle Diskussionen, wie sie z.B. um das „Neue Denkmodell“ des ZVK (vgl. Kap. 3.5) entstanden sind, weisen in die richtige Richtung.

Die Professionalisierung der Physiotherapie ist mit dem vorliegenden Beitrag sicherlich nicht erschöpfend behandelt. Somit eröffnet sich zu diesem Thema ein Forschungsbedarf, der hier jedoch nicht in seiner ganzen Bandbreite dargelegt werden kann. Als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen bieten sich etwa – wie bereits erwähnt – die Ergebnisse der Gruppendiskussion an (vgl. Kap. 5.4). Sowohl die PhysiotherapeutIn-PatientIn-Interaktion als auch die Kooperation zwischen PhysiotherapeutInnen und anderen Gesundheitsberufen sind bisher kaum zum Gegenstand empirischer Untersuchungen gemacht worden. Zudem stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, welche Erfahrungen PhysiotherapeutInnen machen, die nach der neuen APrV (1994) ausgebildet wurden.

Die vorliegende Arbeit hat deutlich gemacht, dass die Anforderungen an professionelles physiotherapeutisches Handeln eine grundlegende Neustrukturierung des Ausbildungssystems der Physiotherapie dringend erforderlich machen. Es bleibt zu hoffen, dass dem seit Jahren seitens der Berufsverbände der Physiotherapie eingeforderten Professionalisierungsbedarf in Kürze durch entsprechende Ausbildungsstrukturen und gesetzliche Rahmenbedingungen Rechnung getragen wird.

#### IV. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

ADS	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V.
AG MTG	Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe; 1991 gegründeter interdisziplinärer Zusammenschluss der Berufsverbände der Hebammen (BDH), Orthoptistinnen (BOD), Krankengymnasten (ZVK, IFK), Ergotherapeuten und LogopädInnen (dbl)
APrO	Ausbildungs- und Prüfungsordnung
APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
BA	Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V.
BALK	Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen e.V.
BKK	Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V.
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDH	Bund Deutscher Hebammen (BDH) e.V.
BGBL	Bundesgesetzblatt
BMJFFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
BOD	Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands (BOD) e.V.
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V.
DZV	Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V.
EG	Europäische Gemeinschaft
GVBL	Gesetz- und Verordnungsblatt

HebG	Hebammengesetz – Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger vom 4.6.1985
IFK	Bundesverband selbstständiger PhysiotherapeutInnen (IFK) e.V.
KG	Krankengymnastik
KG - APrO	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankengymnasten
MBKG	Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten vom 21.12.1958; wurde am 01.06.94 durch das MPhG abgelöst
MPhG	Masseur- und Physiotherapeutengesetz, wurde am 10.03.1994 vom Deutschen Bundestag verabschiedet, am 31.05.94 im Bundesgesetzblatt (BGBl I S. 1084) verkündet und ist am 01.06.1994 in Kraft getreten; hat damit das MBKG vom 21.12.1958 abgelöst
PhysTh - APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten vom 6. Dezember 1994
SGB	Sozialgesetzbuch
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) e.V. (seit 1979) (Zentralverband Krankengymnastik e.V. (1954-1979))

## V. LITERATURVERZEICHNIS

---

AG MTG (Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe) (2000 a) (Hrsg.): Medizinalfachberufe im Gesundheitswesen; Wege zur Professionalisierung; Positionspapier der AG MTG; Stand: März 2000.

AG MTG (Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe) (2000 b) (Hrsg.): Studiengang für Lehrkräfte der Medizinalfachberufe; Konzeptionspapier der AG MTG; Stand: März 2000.

BALS, THOMAS (1995): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. -3.unveränd.Aufl. der Erstausgabe von 1990- Köln (Dissertation von 1989).

BEHRENS, CORNELIA (1999): Fachtagung „Wege zur Fachhochschule“. Perspektiven für Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden am 27.11.1999 im Annastift Hannover (Handout).

BELZ, HORST / SIEGRIST, MARCO (1997): Kursbuch Schlüsselqualifikationen – ein Trainingsprogramm. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Bericht der BUNDESREGIERUNG an den Deutschen Bundestag über die Erfahrungen mit dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG). Drucksache 13/8285 vom 23.07.1997.

BISCHOFF, CLAUDIA / BOTSCHAFTER, PETRA (1991): Die wissenschaftliche Lehrerausbildung als Voraussetzung einer professionellen Lehrtätigkeit in der Pflege. In: Krankenpflege 1/1991, S.20-24.

BÖHME, GERNOT (1993): Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. In ders.: Alternativen der Wissenschaft. -2.Aufl.- Frankfurt am Main: Suhrkamp 1993, S.27-53.

BORN, KATHARINA (2000): Pilotprojekt Medizin: Ran an den Speck. Die Studenten des Reformmodells lernen am Patienten. Die „Normalos“ pauken derweil den Zitronensäurezyklus. die tageszeitung (taz) am 7.2.2000, S.19.

BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (1995) (Hrsg.): Blätter zur Berufskunde, Bielefeld: Logopäde/Logopädin; Mitherausgeber: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V.

BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (1995) (Hrsg.): Blätter zur Berufskunde, Nürnberg: Physiotherapeut/Physiotherapeutin; Mitherausgeber: Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Krankengymnasten/Physiotherapeuten (ZVK) e.V.

BLÄTTNER, BEATE (1998): Gesundheit lässt sich nicht lehren: professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. (Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung) Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

BRENNER, RENATE (1994): Krankenpflegeausbildung – Berufsausbildung im Abseits; Frankfurt (Diplomarbeit von 1992).

COMBE, ARNO / HELSPER, WERNER (1999): Einleitung: Pädagogische Professionalität. Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungstendenzen. In dies. (1999) (Hg.): Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. -3. Aufl.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.9-48.

DAHEIM, HANSJÜRGEN (1992): Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machtheoretischer Modelle der Profession. In: Dewe, Bernd et al. (1992) (HG): Erziehen als Profession – zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen, S. 31-35.

EDELMANN, LILO (1995): Die Situation der Hebammen jetzt und in Zukunft. In: BUND DEUTSCHER HEBAMMEN, Hebamme – Aktiv für die Familie (Kongressband), Karlsruhe; S.38-48.

ETZIONI, AMITAI (1969) (Hg.): The Semi-Professions and their Organization – Teachers, Nurses, Social Workers. New York; Preface: v-xviii.

FEHR, JÖRN / LAGA, GERD (1997) (Hrsg.): Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe. Theorie und Praxis, Band 66. Eine Schriftenreihe aus dem Fachbereich Erziehungswissenschaften I der Universität Hannover, hrsg. von Manfred Bönsch und Lothar Schäffner, Hannover.

FREUND, JUTTA / OVERLANDER, GABRIELE (1999): Arbeitsblätter „Schlüsselqualifikationen“ für die Durchführung von Weiterbildungsseminaren; Hannover: unveröffentlichtes Manuskript.

GÖPEL, EBERHARDT / HÖLLING, GÜNTER (1996): Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder. Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Ein Memorandum zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen; Fachhochschule Magdeburg.

GOODE, WILLIAM J. (1972): Professionen und die Gesellschaft – Die Struktur ihrer Beziehungen. In: Luckmann, Thomas / Sprondel, Walter Michael (1972) (Hg): Berufssoziologie. Köln, S. 157-167.

GRABRUCKER, MARIANNE (1993): Vater Staat und keine Muttersprache, Ffm.



GRIESE, HARTMUT M. / LÖBBECKE, PETER (o.J.): Die Gruppendiskussion; unveröffentlichter Aufsatz, Universität Hannover.

GROß, MECHTHILD (1995): Wissenschaftliche Weiterbildung für Hebammen. Erfahrungen und Auswertungen von Ausbildungsprojekten. -1.Aufl.- Konstanz: Hartung-Gorre.

GROßMAß, RUTH (1991): Frauen in der psychosozialen Beratung: Die Seite der Helferinnen. In: NESTMANN, FRANK / SCHMERL, CHRISTIANE (1991) (Hg.): Frauen – das hilfreiche Geschlecht. Dienst am Nächsten oder soziales Expertentum? Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S.45-58.

HANSEN, FRIEDRICH (1999): Reform als Therapie. Aus der traditionsreichen Berliner Charité wird das Studium der Medizin neu erfunden. Pressebericht aus der ZEIT vom 11.2.99, S. 71.

HARTMANN, HEINZ (1972): Arbeit, Beruf, Profession. In: Luckmann, Thomas / Sprondel, Walter Michael (1972) (Hg): Berufssoziologie. Köln, S.36-52.

HAUSEN, KARIN (1986): Warum Männer Frauen zur Wissenschaft nicht zulassen wollten. In Hausen, Karin / Nowotny, Helga (1986) (Hrsg.): Wie männlich ist die Wissenschaft? -1.Aufl.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.31-40.

HAUSEN, KARIN / NOWOTNY, HELGA (1986) (Hrsg.): Wie männlich ist die Wissenschaft? -1.Aufl.- Frankfurt am Main: Suhrkamp.

HESSE, HANS-ALBRECHT (1972): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts. -2., überarb. Auflage- Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

HÜTER-BECKER, ANTJE (1997): Ein neues Denkmodell für die Physiotherapie. In: KRANKENGYMNASTIK (KG) 49 (1997), Nr.4.

HÜTER-BECKER, ANTJE (2000 a): Der Paradigmenwechsel in der Physiotherapie und das Bobath-Konzept. (Vortrag anlässlich der 23. Fortbildungstagung der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V. im Mai 1999 in Neu-Ulm). In: KRANKENGYMNASTIK; 52. Jg. (2000), Nr.2.

HÜTER-BECKER, ANTJE (2000 b): Bewährtes erhalten - Zukunft gestalten. (Vortrag anlässlich des ZVK-Kongresses im November 1999 in Bonn) In: KRANKENGYMNASTIK; 52. Jg. (2000), Nr.4.

IGL, GERHARD (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsbild Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche, Eschborn / Göttingen / Hannover /

Wiesbaden / Wuppertal. [herausgegeben von den Pflegeverbänden ADS, BKK, BA, BALK und DBfK]

ILLICH, IVAN (1979): Entmündigende Expertenherrschaft, in: ders. et al. (1979) (Hg.): Entmündigung durch Experten - Zur Kritik der Dienstleistungsberufe; Reinbek, S.7-35.

JANK, WERNER / MEYER, HILBERT (1994): Didaktische Modelle. -3.Aufl.- Berlin: Cornelsen Scriptor.

KELLER, JOSEF A. / NOVAK, FELIX (1993): Kleines pädagogisches Wörterbuch. Grundbegriffe – Praxisorientierungen – Reformideen. -6. völlig überarb. Neuaufl.- Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag.

KETHLER, UTE (1997): Der Weg zur Profession – (k)ein Holzweg für Hebammen? In: Fehr, Jörn / Laga, Gerd (1997) (Hrsg.): Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe. Theorie und Praxis, Band 66. Eine Schriftenreihe aus dem Fachbereich Erziehungswissenschaften I der Universität Hannover, hrsg. von Manfred Bönsch und Lothar Schäffner; Hannover, S.41-65.

KLINGER, CORNELIA (1986): Das Bild der Frau in der Philosophie und die Reflexion von Frauen auf die Philosophie. In: Hausen, Karin / Nowotny, Helga (1986) (Hrsg.): Wie männlich ist die Wissenschaft? -1.Aufl.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.62-84.

LAGA, GERD (1997): Pflege als Profession. In: Fehr, Jörn / Laga, Gerd (1997) (Hrsg.): Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe. Theorie und Praxis, Band 66. Eine Schriftenreihe aus dem Fachbereich Erziehungswissenschaften I der Universität Hannover, hrsg. von Manfred Bönsch und Lothar Schäffner, Hannover, S. 15-40.

LAMNEK, SIEGFRIED (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. -3., korrigierte Aufl.- Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

LUCKMANN, THOMAS / SPRONDEL, WALTER MICHAEL (1972) (Hg): Berufssoziologie; Köln.

MANGOLD, WERNER (1973): Gruppendiskussion. In: KÖNIG, RENÉ (1973) (Hrsg.) Handbuch der empirischen Sozialforschung. -3., umgearbeitete und erweiterte Aufl.- Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

MERTENS, DIETER (1977): Schlüsselqualifikationen. In: Siebert, Horst (Hrsg.): Begründungen gegenwärtiger Erwachsenenbildung. -1.Aufl.- Braunschweig 1977, S. 99-121.

MÜLLER, SIGRID / FUCHS, CLAUDIA (1993): Handbuch zur nichtsexistischen Sprachverwendung in öffentlichen Texten, Ffm.

MÜLLER, DAGMAR (2000): Interdisziplinäre Kooperation in der Gesundheitsversorgung. IN: DR. MED. MABUSE Nr. 126 (Juli/August 2000), S.60-64.

NACHRICHTEN AUS DER ROBERT BOSCH STIFTUNG (1999): Reformstudiengang Medizin an der Berliner Charité. 8.Jahrg., Nr.1, Mai 1999, S.4.

NEUSCHELER, VERONIKA (1991): Beruf und Berufsorganisation der Hebamme: Professionalisierung oder Deprofessionalisierung eines Gesundheitsberufes? Konstanz.

NIESSEN, MANFRED (1977): Gruppendiskussionen. Interpretative Methodologie, Methodenbegründung, Anwendung. München 1977.

NOWOTNY, HELGA (1986): Gemischte Gefühle. Über die Schwierigkeit des Umgangs von Frauen mit der Institution Wissenschaft. In: Hausen, Karin / Nowotny, Helga (1986) (Hrsg.): Wie männlich ist die Wissenschaft? -1.Aufl.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 17-30.

OEVERMANN, ULRICH (1999): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: COMBE, ARNO / HELSPER, ANDREAS (1999) (Hg.): Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. -3. unveränd. Aufl. der Erstauf. von 1996 - Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.70-182.

PUSCH, LUISE F. (1984): Das Deutsche als Männersprache – Aufsätze und Glossen zur feministischen Linguistik, Ffm .

PUSCH, LUISE F. (1990): Alle Menschen werden Schwestern – Feministische Sprachkritik, Ffm.

ROBERT BOSCH STIFTUNG (1993) (Hg.): Pflege braucht Eliten – Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. -3.Aufl. der Erstauf. von 1992- Gerlingen.

SCHEWIOR-POPP, SUSANNE (1999): Krankengymnastik und Ergotherapie: eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens. -2. unveränd. Aufl. der 1994 an der Univ. Heidelberg zugel. Diss.- Idstein: Schulz-Kirchner.

SCHOLZ, HERWIG (1999): Kommunikation im Gesundheitssystem. Handbuch zur Konfliktvermeidung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

SIEBOLDS, MARCUS / WEIDNER, FRANK (1998): Interprofessionalität und Qualität – Probleme und Perspektiven der Kooperation zwischen Medizin und Pflege. In: DR. MED. MABUSE Nr. 115, Sept./Okt. 1998, S.44-49.

SPRINGER, ROLAND (1995): Grundlagen einer Psychodramapädagogik. Köln: inScenario Verlag.

TRÖMEL-PLÖTZ, SENTA (1982): Frauensprache: Sprache der Veränderung, Ffm.

TRÖMEL-PLÖTZ, SENTA (1984) (Hrsg.): Gewalt durch Sprache – Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen, Ffm.

TRÖMEL-PLÖTZ, SENTA (1992): Vatersprache – Mutterland – Beobachtungen zu Sprache und Politik, München.

WAGNER, MARITA (1999): Medizinalfachberufe im Gesundheitswesen – Wege zur Professionalisierung. KG-INTERN, 2/99.

WAGNER, MARITA (1999): Der IFK im bundesweiten Dialog. KG-INTERN, 5/99.

WEBER, PETRA / FEHR, JÖRN / LAGA, GERD (1997): Professionalisierung der Pflegeberufe: Einstellungen und Einschätzungen von Pflegekräften zur Situation und zukünftigen Entwicklungen im Berufsfeld. In: Fehr, Jörn / Laga, Gerd (1997) (Hrsg.): Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe. Theorie und Praxis, Band 66. Eine Schriftenreihe aus dem Fachbereich Erziehungswissenschaften I der Universität Hannover, hrsg. von Manfred Bönsch und Lothar Schäffner, Hannover; S.168 - 186.

WEIDNER, FRANK (1995): Professionelle Pflegepraxis – ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsverständnisses. In: PFLEGE (1995), Band 8, Heft 1, S.49-58.

WEIDNER, FRANK (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

WETTERER, ANGELIKA (1993): Professionalisierung und Geschlechterhierarchie. Vom kollektiven Frauenausschluß zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten. IAG Frauenforschung. Kassel: Verlag Jenior & Preßler.

WILENSKY, HAROLD L. (1972): Jeder Beruf eine Profession? In: Luckmann, Thomas / Sprondel, Walter Michael (1972) (Hg): Berufssoziologie; Köln, S.198-215.

WISSENSCHAFTSRAT (1991): Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den 90er Jahren, Köln; S.165ff.

ZOEGE, MONIKA (1997): Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmenbedingungen der Hebammenausbildung in Deutschland – eine Befragung der Hebammenschulen im Auftrag der Hebammengemeinschaftshilfe e.V.; Hannover.

ZOEGE, MONIKA (2000): Hebammenausbildung – eine Untersuchung zur Qualifizierung von Hebammen auf dem Hintergrund der Professionalisierungs-Debatte im Gesundheitswesen; Hannover: unveröffentlichtes Manuskript.

#### Gesetzestexte:

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) vom 06.12.1994 aus dem BUNDESGESETZBLATT, Jahrgang 1994, Teil 1, Nr. 90 (incl. Anlagen 1-3: Theoretischer und praktischer Unterricht für Physiotherapeuten) - Tag der Ausgabe: Bonn, den 20.12. 1994.

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankengymnasten vom 07.12.1960 aus dem BUNDESGESETZBLATT (BGBl. I S. 885), geändert durch Verordnung vom 25.06.1971 (BGBl. I S. 847).

Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994 aus dem BUNDESGESETZBLATT (BGBl. I S.1084).

Hebammengesetz (HebG) – Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers: vom 4.6.1985 (BGBl. I S.902 zuletzt geändert durch das Gesetz vom 27.4.1993 (BGBl. I S.512).

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung; Beck-Texte im dtv, München 2000 (9. Aufl.) § 125 und §§ 135-139.