

## Ergebnisse Analyse ArbeitgeberInnen

---

Bearbeitung: Denny Paulicke

11. April 2017

### Theoretischer Rahmen der Bedarfsanalyse ArbeitgeberInnen

#### Hypothetische Grundlagen / Fragestellungen

Die kontextuellen Hintergründe sowie die subjektiven Erfahrungs- und Einschätzungswerte werden in der vorliegenden Erhebung kumuliert und in einen theoretischen Bezug gesetzt, der die gedankliche Matrix im Sinne eines Felderschließungsfundaments generiert. Im Zentrum stehen dabei die Schnittmengen des bildungstheoretischen und therapeutischen Paradigmas, welches im Sinne der beginnenden Professionalisierungstendenz gestaltet werden sollen.

Das Arbeitspaket „ArbeitgeberInnenbefragung“ des Projekts „TherFor“ an der IB-Hochschule Berlin ging in diesem Kontext der Frage nach den derzeitigen Einstellungen, Wahrnehmungen, Unterstützungsangeboten sowie Einschätzungen der ArbeitgeberInnen zu wissenschaftlichen Weiterbildungen und Qualifikationsmöglichkeiten in Deutschland nach. Dabei wurde die hypothetische Grundlage von der Annahme stets davon geleitet, dass die wissenschaftliche Kompetenzvermittlung – in einer praxisbezogenen Ausrichtung – im Rahmen von strukturell eingebetteten Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen im Sinne eines institutionalisierten Bildungsbereichs einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit leisten kann bzw. diese in aktiver Weise fundieren und mit zu einer Weiterentwicklung beitragen kann.

Die (subjektiven) Erfahrungen, die national und international fundierten systematischen Recherchen sowie die gesetzlichen und inhaltlichen Relevanzrahmen lassen jedoch die zu vermutende Schlussfolgerung zu, dass in diesem Bereich heterogene Strukturen und Vorgehensweisen vorherrschend sind, deren Einordnung, Kontextualisierung und im Anschluss daran zu treffenden Entwicklungsvorschläge Zielparadigmen der Erhebung sind. Der Fokus liegt dabei zum einen Möglichkeiten, die wissenschaftlich Weiterbildungen – im konstruktiven Ergründungsverständnis der Entwicklung der Module für „TherFor“ – bieten; wie diese von Seiten der ArbeitgeberInnen eingeschätzt, eingeordnet sowie strukturell- und prozessual implementiert werden können und zum anderen, welche prospektiven Ableitungen sowie potentiellen Aspekte sich bezüglich des Forschungsfeldes auch für die Entwicklung und weitere Erforschung erschließen lassen.

Die Betrachtung und Kontrastierung mit anderen Professionen bzw. Bezugswissenschaften sowie die Integration aktueller nationaler und internationaler Wissenskontextualisierungen sollen dabei die hypothetische Ausgangslage der Erhebung fundieren und den theoretischen Rahmen komplettieren.

1

## **Forschungsstand**

### **Nationaler Kontext**

Für die ausführliche Darlegung des Forschungsstandes und der Situation zu Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen ist an dieser Stelle auf die systematischen Recherchen der Arbeitspakete AP1 und AP3 zu verweisen, in denen ausführlich über die Möglichkeiten, Barrieren etc. zu Weiterbildungsrezeptionen sowie deren Wahrnehmung von beziehungsgestaltende Elemente („lebenslanges Lernen“, „offene Hochschulen“, „lernende Organisationen“ etc.) von Weiterbildungen in den Berufen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in differenzierter Weise dargestellt werden. Für die Spezifik des hier im Fokus stehenden Forschungsfeldes ließen sich in den einschlägigen systematischen und unsystematischen Recherchen weder ähnliche Forschungsansetzungen noch bezugswissenschaftliche Verweise und Ergebnisse auffinden; sodass eine Forschungslücke zur zentralen Fragestellung und deren methodischen Aufbereitung hinreichend gegeben ist.

### **Internationaler Kontext**

Auch für die Betrachtung der internationalen Ebene sei auf die systematischen Recherchen der Arbeitspakete AP1, AP3 sowie AP4 verwiesen, die den Forschungsstand zu den therapiewissenschaftlichen Gesichtspunkten sowie deren didaktischen und strukturellen Integration herausarbeiten. Hierbei ist festzustellen, dass im internationalen Kontext die Rolle der Weiterbildung als konstitutives Element von Karriere- und Berufswegen häufig als selbstverständlich erachtet wird und im Kontext des „lebenslangen Lernens“ eine stärkeren Implementierungsgrad erfährt als in Deutschland. Vorliegende Erkenntnisse zu den hier im Fokus stehenden Fragestellungen können demnach im internationalen Vergleichskontext – vor allem aufgrund der Heterogenität sowie deren unterschiedliche Verflechtung und finanzielle Eingebundenheit in das jeweilige System – nur tangierend betrachtet und integriert werden. Hervorzuheben ist hierbei, dass eine wissenschaftliche Basis des Gesundheitsbildungssystems aufgrund einer flächendeckenden hochschulischen Verankerung der Therapieberufe, wie sie u.a. in den europäischen Ländern vorzufinden ist, entsprechende Auswirkungen auf das Weiterbildungssystem hat und demnach im Benchmark-Sinne betrachtet werden kann (GesinE, 2014).

Leitgebend für den inhaltlichen Fokus des zu erforschenden Kontextes (therapiewissenschaftlicher-patientenorientierter Schwerpunkt) bzw. deren gedanklichen- und hypothetisch-leitenden Ergründungszielsetzungen sind u.a. in den Publikationen des Lancet-Reports (Sottas, Kickbusch, 2010) sowie im Modell der „Health Universities“ (Sottas, Brügger, Meyer, 2013, S. 4, 36,54) vorzufinden. Auch die im Projekt durchgeführten „Best Practice“ Forschungsreisen zu Institutionen nach Schweden (Lingköping), Großbritannien (Liverpool) und der Schweiz (zhaw Winterthur) (siehe Protokolle der Forschungsreisen) fundieren den prospektiven Gestaltungs- und Entwicklungscharakter der vorliegenden Teilstudie für das deutsche Gesundheitsbildungswesen, in dem die Möglichkeiten von wissenschaftlichen Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten bisher in diesen Zusammengängen keine Betrachtung gefunden hat und die forschend- ergründete Konzeption entsprechender Weiterbildungsmodule eine anfängliche Auseinandersetzung und Debattenanregung dieser darstellen kann.

## Ergebnisse

Die Aufbereitung der Daten hat durch die Entnahme der gewonnenen Informationen aus der Vergleichsmatrix der „face-to-face“-Interviews und der Telefon-Interviews stattgefunden. Dabei sind nach einem gewissen zeitlichen Abstand von ca. einer Woche (Vergegenwärtigungsaspekt) Kopien der jeweiligen Auswertungsmatrix erstellt worden und noch einmal – im Sinne der im vorherigen Punkt erörterten Vorgehensweise – eine sukzessive Sichtung durchgeführt worden. Hierbei sind verstreute Informationen zusammengefasst, Redundanzen beseitigt und restliche Fehler (subjektives Vorverständnis) korrigiert worden, sodass der Umfang des Materials nochmals reduziert, verdichtet und die Daten nach inhaltlichen Gesichtspunkten strukturiert worden sind (Gläser & Laudel, 2010, S. 229f). Aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und der Erkenntnistiefe der beiden Erhebungsstränge („face-to-face“- und Telefon-Interviews) ist eine separate Zusammenführung der jeweiligen beschriebenen Extraktionen in eine Vergleichsmatrix erfolgt.

Die Ergebnisse des erörterten Analyseprozesses sind in der Folge Gegenstand der näheren Ausführung. Die Teilüberschriften spiegeln dabei die übergeordneten Analysekatoren bzw. die definierten Analysecodierungen der Extraktionsergebnisse aus der jeweiligen Vergleichsmatrix („face-to-face“-Interviews; Telefon-Interviews) bereits grundlegend wider, die innerhalb des jeweiligen Punktes in deskriptiver und differenzierter Form inhaltlich vorgestellt werden. Die Ergebnisdarstellung ist insofern frei von Interpretationen, dass sie in keiner Beziehung zu den Hintergründen oder vermuteten Kausalmechanismen stehen. In den jeweiligen Analyse- und Ergebniseinheiten werden dabei Ankerbeispiele angeführt, die die Deskription der Ergebnisse in plastischer Form fundieren sollen. Im Anschluss an die Darstellung folgen die Interpretation und die Kontextualisierungen der Ergebnisse sowie deren Transferierung in kausale Modelle.

### **a) Einstellungen der ArbeitgeberInnen zur Akademisierung / Arbeitsfelder akademischer qualifizierter TherapeutInnen**

Bei den ArbeitgeberInnen und personalverantwortlichen TherapeutInnen ist eine allgemeine Befürwortung der Akademisierung zu erkennen, die sich aus einer individuell-pragmatischen Sichtweise generiert, in der vor allem Aspekte, wie die internationale Anschlussfähigkeit, der Direktzugang zum Patienten sowie die generelle Erhöhung der Anerkennung und der Wahrnehmung der therapeutischen Leistungen (finanziell und gesellschaftlich) im Zentrum stehen. Akademische Qualifizierungen werden in diesem Sinn allgemein als „add on“ der beruflichen Grundlage gesehen, die zur Wahrnehmung von Leitungs- und Führungsverantwortung beitragen können. Insgesamt werden akademischen TherapeutInnen erweiterte Kompetenzen u.a. im Bereich der interdisziplinären Denkweise im Sinne eines „erweiterten Blicks“ sowie im kommunikativen Stil zugesprochen, die jedoch nach Einschätzung der ArbeitgeberInnen keinen bzw. nur geringen Einfluss auf die Behandlungsqualität und somit auf die Patientenversorgung – auch in der Differenzierung zu nicht-akademischen TherapeutInnen – haben. Eine rechtliche Einbettung (u.a. Abrechnungssystem) wird von den ArbeitgeberInnen und personalverantwortlichen TherapeutInnen nicht gesehen und demnach äußern sie häufig ihren Unmut über diese fehlende Grundlage zum Umgang (Eingruppierung, Arbeitsfelder, Handlungskompetenz etc.) mit akademisch qualifizierten TherapeutInnen.

Auch eine Einbettung in das Qualitätsmanagementsystem (QM) größerer Institutionen (Rehabilitationskliniken, Akutkliniken) ist bisher nicht gegeben, sodass ein möglicher Transfer wissenschaftlich-fundierter Kompetenzen auf die Patienten und damit einer inhaltlich-begründbare Handlungsebene nicht etabliert und abzusehen scheint. Prospektiv, in mittel- und langfristiger Sicht, werden aus Perspektive der ArbeitgeberInnen keine Veränderungen der bestehenden Bedingungen möglich sein; da auf Seiten der therapeutisch-verantwortlichen Personen kaum Gestaltungsspielräume bestehen bzw. Modifikationen und Novellierungen der Bedingungen anderen hierarchischen Ebenen zugewiesen werden.

Für akademisch qualifizierte Therapeuten existiere nach Angaben der ArbeitnehmerInnen keine anderen bzw. neuen patientenbezogenen Handlungs- und Arbeitsfelder. Sie verrichten somit die gleiche Tätigkeit wie nicht-akademisierte TherapeutInnen. Fähigkeiten und Fertigkeiten des akademischen Qualifizierungshintergrunds (z.B. Evidence-based Practice, Clinical Reasoning etc.) spielen hierbei – aufgrund fehlender Strukturanreize – keine bzw. nur eine marginale Rolle. Je nach Größe und Ausrichtung ihrer Arbeitsinstitution werden sind sie auch in der Forschung eingesetzt oder sind im Mentorenbereich als Praktikumsanleiter vorzufinden – dies geschieht jedoch sehr selten und nur vereinzelt. Die ArbeitgeberInnen berichten des Weiteren, dass akademisch-qualifizierte TherapeutInnen bevorzugt innerhalb der Leitungs- und Führungsebene (im Besonderen in größeren Institutionen) eingesetzt werden, sodass patientenrelevante Eckpunkte, die mit einer akademischen Qualifizierung einhergehen, keine Rolle spielen.

#### Ankerbeispiele:

- (1) *„Das ist eine sehr wertvolle neue Entwicklung //ehm// die wir unbedingt anstreben sollten, alle Therapeuten.“ (TP(T)1 [allgemeine Einstellung zur Akademisierung]*
- (2) *„...es müssten dann halt einfach Stellen für diese Personen geschaffen werden, aber ich frage mich halt, wer soll das bezahlen...also...ich könnte hier diese Stellen nicht schaffen, wenn jetzt mehr und mehr die Personen hier die Therapeuten akademisiert kommen und diese ganzen Forderungen stellen, wie die paar jetzt an mich schon...dann müsste halt an einem anderen Part was passieren, dass einfach mehr bezahlt werden könnten und dann kann man sagen, ok, dann kann man auch so also gemischte Stellen schaffen...“ (TP3)*
- (3) *„...Frage...was übt er für Aufgaben aus...keine Bachelor oder Masterstellen...auch die Frage, inwieweit unterscheiden die sich von den normal ausgebildeten Physiotherapeuten“ (TP12)*

- (4) „...also es gibt jetzt natürlich schon wissenschaftliche Stellen, aber das ist eine Handvoll und ja, ich sage es mal so, wir haben eine Kollegin, die hat ihren Master gemacht und ist jetzt an die Uni gewechselt...“ (TP7)

## **b) Kompetenzzuschreibungen durch akademische Qualifizierung bzw. Weiterbildung / Patientenrelevanz**

Die Personalverantwortlichen berichten im Allgemeinen, dass die Behandlungsqualität unabhängig von wissenschaftlicher Qualifikation einzuschätzen ist, sodass kein direkter und sichtbarer Effekt wissenschaftlicher Vorerfahrungen in Bezug zum Patientenoutcome ersichtlich wird. Häufig wird die Berufserfahrung als das gewichtigere Argument für die Leistungserbringung am Patienten gesehen, die für die ArbeitgeberInnen in Kombination mit („verwertbaren“) wahrgenommenen Weiterbildungen – und somit einem gewissen Maß an beruflichen und fachpraktischen Spezialisierung – als primärer Endpunkt gesehen wird. Wissenschaftliche Qualifikationen und Weiterbildungen finden in diesem Kontext wenig Erwähnung und selten wird auf einen Zusammenhang zum Kompetenzerwerb „am Patienten“ verwiesen. Besonders von Seiten der PraxisinhaberInnen werden vereinzelt Argumente für eine akademische Weiterbildung geliefert und deren patientennahen Outcome vertieft: Hierbei werden u.a. der/die interprofessionelle Dialog/Kommunikation angebracht, der aufgrund des akademischen Backgrounds verändert und erhöht sei – im Besonderen im Bereich der Arzt-TherapeutInnen-Kommunikation; der Bereich der Differenzialdiagnostik, der aufgrund eines erhöhten Reflexionsgrades verstärkt ausgebaut erscheint sowie die allgemeinen kommunikativen und psychologischen Fähigkeiten erwähnt, die sich im Vergleich zu „nicht-akademischen“ TherapeutInnen abgrenzen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass dabei von den ArbeitgeberInnen (ausschließlich aus Praxen) Vorteile der akademischen Fundierung der Angestellten, wie die Steigerung der Effektivität durch kürzere Therapiedauer sowie die positive Außenwirkung aufgrund höherer Patientenzufriedenheit, genannt werden.

Demgegenüber wird wiederum vereinzelt – im Besonderen von größeren klinischen Institutionen – berichtet, dass die Patientennähe durch eine akademisch-qualifizierte TherapeutInnen gefährdet bzw. verringert ist. Die Skepsis der ArbeitgeberInnen gegenüber den wissenschaftlichen Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten ist in diesem Kontext deutlich zu erkennen und wird auch aufgrund der Bestrebung akademisch-qualifizierter Therapeutinnen andere bzw. neue Karrierewege (inklusive andere Berufsfelder) einzuschlagen und demnach keine kontinuierliche und langfristige Planungssicherheit – so wie es mit Entwicklungszielsetzungen durch fachpraktische Weiterbildungen vereinbar wäre – für die ArbeitgeberInnen zu erhalten, zu begründen.

Von den Personalverantwortlichen wird des Weiteren häufig angeführt, dass die Grundkompetenz, die eine TherapeutIn haben sollte unabhängig von wissenschaftlicher Qualifikations- und Weiterbildungen zu betrachten ist. TherapeutInnen bringen diese mit und besitzen sie bereits. In diesem Zusammenhang wird auch häufig über die Wichtigkeit der Softskills und der sozialen Kompetenzen verwiesen, die in Bezug zur Patientenversorgung (im Gegensatz zur „theoretischer“ und „verkopfter“



Zuschreibungen der wissenschaftlichen Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten) als wesentlich wichtiger für die Ausbildung und Entwicklungsansetzung zu betrachten ist.

Es ist festzuhalten, dass auch in Bezug zur Patientenrelevanz von akademischer Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten ein breites Meinungsspektrum vorherrscht. Die ArbeitgeberInnen können sich demnach nur teilweise patientenrelevante Inhalte für eine wissenschaftliche Weiterbildung vorstellen – der Rückgriff auf Erfahrungswerte kann nicht stattfinden, da nur vereinzelt entsprechende vorliegen.

### Ankerbeispiele

- (1) „...also ja es ist und bleibt nunmal ein praktischer Beruf...“ (TP7)
- (2) „...ich sag mal, die akademische Ausbildung bereitet nicht unbedingt auf die Praxis vor“ (TP(T) 6)
- (3) „Also ich kann mir jetzt nicht vorstellen, dass man nur weil man jetzt einen Bachelor oder Master hat...deshalb kompetenter mit Patienten umgehen kann...ich denke, da spielt viel mehr eine Menschlichkeit irgendwie eine Rolle“ (TP(T) 8)

### **c) Strukturelle Einflussfaktoren / monetäre Aspekte/ gesellschaftliche Wahrnehmung**

Die ArbeitgeberInnen äußern in übereinstimmender Weise ihren Unmut über die bestehende diffuse Situation bezüglich der Einordnung von akademischen Qualifikationsmöglichkeiten und wissenschaftlichen Weiterbildungen. Hierbei wird vor allem bemängelt, dass keine strukturell-verankerten Möglichkeiten bzw. Richtlinien zum Umgang mit akademischen TherapeutInnen existent sind. Im Besonderen sind dabei die nicht verbesserte Vergütung von akademisch tätigen TherapeutInnen sowie die Nicht-Berücksichtigung in eine tarifliche Eingebundenheit hervorzuheben, die den ArbeitgeberInnen den Umgang und die Einordnung von akademisch-therapeutischen Personal erschweren bzw. behindern. Auch die Verknüpfung des wissenschaftlichen Backgrounds zur therapeutischen Praxis und zur Arbeitsgestaltung im Patientenkontext wird von den Personalverantwortlichen nur eingeschränkt wahrgenommen bzw. kann nur begrenzt verbalisiert und konkret zugeordnet werden. Im Praxisfeld scheinen nach den Angaben der Personalverantwortlichen bisher nur eine geringe Zahl von akademisch-qualifizierten TherapeutInnen zu arbeiten (<10%). Die ArbeitgeberInnen berichten jedoch auch davon, dass akademische Therapeutinnen zunehmend erhöhte (gegenüber nicht akademischen Therapeutinnen) Gehaltsvorstellungen einfordern. Diese können – vor allem in größeren klinischen Settings – im Kontext der alltäglichen therapeutischen Arbeit jedoch aufgrund der strukturellen Einbettung realisiert werden. Auch, weil die

Geschäftsführungsebene die Möglichkeiten akademischer therapeutischer Bildungsaspirationen bisher nur marginal wahrnimmt und entsprechende Anreiz (finanziell von Seiten weiterer Stakeholder, wie den Krankenkassen) nicht kommuniziert werden. Marktwirtschaftliche Interessen haben auch in Hinblick auf die Integration der Personalplanung von wissenschaftlichen Weiterbildungen die oberste Priorität. Dabei wird vereinzelt auch auf die Potentiale von wissenschaftlichen Weiterbildungen verweisen, die als „Steigbügel“ zur Entwicklung der akademischen Fundierung und der damit einhergehenden Neubewertung der sozialen Anerkennung einhergehen kann. Hierbei wird explizit der fehlende Praxisbezug bemängelt und als ursächlich beschrieben, der in der politischen Debatte um Vergütung und soziale Anerkennung nur sekundär hervorgehoben wird und aus diesem Grund losgelöst voneinander wirkt. Vereinzelt wird aus diesem Grund in diesem Kontext der Unmut von den Personalverantwortlichen geäußert, dass Versorgungspotentiale durch die vorhandenen strukturellen und institutionellen Bedingungen nicht genutzt werden können und sich aus diesem Grund ein Entwicklungsrückstand einstellen kann.

Die Ausnahme bilden in diesem Zusammenhang kleinere Praxen (5-7 Angestellte) die ihren Schwerpunkt aufgrund der individuellen Gestaltungsmöglichkeit der PraxisinhaberIn (oft auch aufgrund des eigenen therapeutischen akademischen Hintergrunds) selbst gestalten können: Hier wird versucht, akademisch-qualifizierte TherapeutInnen besser zu vergüten als nicht-akademische TherapeutInnen – dies geht dann oft mit einem erweiterten, jedoch stets patientennahen, Arbeitsprofil einher (Projektmitarbeit, Konferenzbesuche etc.).

Eine Ursache für die beschriebene diffuse Situation bzgl. der Einordbarkeit akademischer TherapeutInnen wird von den ArbeitgeberInnen u.a. in dem Mangel an politischer Interessenvertretung (Berufsverbände) gesehen, die in der Pflicht seien, durch entsprechende strukturelle Maßnahmen, wie z.B. Verkammerung, adäquates Abrechnungssystem und Forderungen der Eingruppierung sowie die Beschreibung von Arbeits- und Handlungsfeldern, diese Situation aufzulösen.

In der gesellschaftlichen Wahrnehmung existiert nach Aussagen der ArbeitgeberInnen kaum Wissen über die Möglichkeiten der wissenschaftlichen Fundierung bzw. der Qualifizierungsmöglichkeiten. In Hinblick dessen wird jedoch das Potential hervorgehoben, dass mit der Aufwertung des Berufsstandes (soziale Anerkennung) einhergehen könnte (u.a. Akzeptanz auch gegenüber Ärzten) In diesem Kontext wird über ein erhöhtes „Standing“ gesprochen, das mit den akademischen Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten einhergehen und damit auch den Anerkennungs-, Bewusstseins- und Wichtigkeitsgrad innerhalb der Gesellschaft – und damit der Patienten – für die Gesundheitsberufe erhöhen könnte.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die ArbeitgeberInnen die strukturellen Gegebenheiten für eine flächendeckende Akademisierung bzw. der Überführung in die momentan vorzufindende Praxisgestaltung unzureichend ist. Als ein Hauptargument der ArbeitnehmerInnen wird hierbei die bisher unzureichend stattfindende Kommunikation über mögliche Effekte durch den Einsatz von akademisch geschultem Personal auf die Patientenversorgung angeführt (fehlende Wirksamkeitsnachweise, Evidenzen und Studien zu einem „wissenschaftlichen Mehrwert“).

Ankerbeispiele:

- (1) *„...Sozial- und Gesundheitsberufe finanziell anders zu bestücken, wäre Kernweg...die geringe Bezahlung ist Ausdruck von fehlender Wertschätzung...ob nicht da ein Stück weit Wissenschaft ran muss...wenn man das ändern will, wird man Wissenschaft brauchen, weil man anders nicht an ökonomischen Ressourcen der Kostenträger herankommt...und das ist das größte Problem: einen Stück Kuchen zu kriegen muss man schon irgendwie auch das richtige Besteck haben und da dies nicht da war, hat es zu dieser unzureichenden Wertschätzung in Form von niedrigen Bezahlungen geführt“ (TP11)*
- (2) *„...Richtung der Akzeptanz ist es mitunter einfach günstiger, weil unsere Ärzte fühlen sich ja dich mehr gehoben...mit ihren weißen Kitteln...“ (TP5)*
- (3) *„...die würden schon allein nicht genommen, weil sie bestimmte Vorstellungen haben vom Gehalt und die würden sie nicht bekommen“ (Anm.: Rolle von BA-Absolventen in Bewerbungsverfahren) (TP12)*
- (4) *„Ich weiß zu wenig darüber, wie eigentlich so ein Studiengang...da weiß ich zu wenig, was das passiert...ganz viel wissenschaftlichen Arbeiten...also wenn da eigentlich ein Berufsbild aufgebaut ist, was aber in unseren Kliniken nicht vorhanden ist bzw. auch Stand heute nicht nachgefragt ist...da kommt es zu Irritationen...insofern ist da eigentlich die Schnittstelle Praxis/Ausbildungsstätte...eigentlich unerhört wichtig...“ (TP14)*
- (5) *„...solange ich nicht vor Ort, eigentlich eine adäquate Arbeitsmöglichkeit für einen Mastertherapeuten anbieten kann, ist das eine reine politische Forderung, die ich natürlich unterstützen würde, die ich vor Ort in der Praxis aber nicht sehe, nicht abbilden kann (TP(T) 4*

**d) Relevanz von (wissenschaftlichen) Weiterbildungen / Unterstützungsmöglichkeiten der ArbeitgeberInnen**

Im Allgemeinen spielen Weiterbildungen bei ArbeitgeberInnen zur Gestaltung der Arbeitsbeziehungen eine große Rolle. Förderungen und Unterstützungsmöglichkeiten für diese finden im finanziellen und zeitlichen Sinn (z.B. Weiterbildungskontingente, Bildungszeitkonten) häufig statt; unterscheiden sich jedoch je nach Größe und Organisationsform und werden oft in einem Förderplan mit den TherapeutInnen zusammen langfristig festgelegt. Die Entscheidung zur Unterstützung des Arbeitnehmers für eine Weiterbildungsmaßnahme ist dabei stets an die Einbettung in die strategischen und personellen Planungen der jeweiligen Institution und damit an einen primären monetären Anreiz gekoppelt. Aus diesem Grund werden etablierte und gängige fachspezifischen Weiterbildungen, deren Kompetenzerwerb der TherapeutInnen in der Abrechnung entsprechender

8



Heilmittelverordnungen umgewandelt werden kann, bevorzugt unterstützt (z.B. Bobath oder Manuelle Therapie bei PhysiotherapeutInnen). Allgemein werden die Weiterbildungsunterstützungen somit als Element der Personalentwicklung und als Entwicklungsschritt des Berufsprofils des Arbeitnehmers verstanden, deren Unternehmereinbringung ausschlaggebend für die Form und den Umfang der Unterstützung ist. Wissenschaftliche Weiterbildungsformen unterliegen hingegen heterogener Verständnis- und Strukturzugänge. Die ArbeitgeberInnen assoziieren mit wissenschaftlichen Weiterbildungen häufig gängige (stereotype) Bilder (z.B. Theorielastigkeit) und sehen diese zumeist als ungeeignete Form zur Erlangung praktischer therapeutischer Kompetenzen an. Es wird demnach eine weit verbreitete Unklarheit und Schwierigkeit der Einordnung geäußert, die über Inhalt und Form wissenschaftlicher Weiterbildungen bestehen, die als entscheidende Barriere zur Wahrnehmung bzw. dem Versuch der aktiven Integration in Arbeitskontexte und somit Weiterbildungsförderungen zu betrachten ist. So können Einfluss und Sinnhaftigkeit wissenschaftlicher Kompetenzen auf die alltägliche Versorgung der Patienten, die z.B. im Rahmen von Weiterbildungen zur „Evidence-based Practice“ oder zur „reflektierten Praxis“ erworben werden können, nur schwer wahrgenommen noch mit alltäglichen therapeutischen Arbeitssituationen in Verbindung gebracht werden. Der Dreh- und Angelpunkt ist in diesem Zusammenhang die Möglichkeit der strukturellen Eingebundenheit in das Abrechnungs- und Besoldungssystem, dass Weiterbildungen per se als die Erweiterung und Spezialisierung von Berufserfahrung definiert und diese entsprechend als primärer Endpunkt für die Förderung gilt. Wissenschaftlich-assoziierte Weiterbildungen werden von den Personalverantwortlichen demnach eher zum Bereich der individuellen (freizeitlichen) Entwicklung zugeordnet und haben somit lediglich eine untergeordnete Relevanz für die Unterstützung des Arbeitgebers. Sie werden jedoch nicht gänzlich von der Unterstützungswürdigkeit ausgeschlossen, sondern häufig mit vorausgehender praktischer Arbeitserfahrung und langjähriger Unternehmenseinsatz verbunden. Größeren Institutionen, wie Akutkliniken und Rehabilitationseinrichtungen, bieten häufig die Möglichkeit akademischer Qualifizierungsmaßnahmen an; diese sind jedoch an die Entwicklung einer Führungspersönlichkeit sowie an einer langfristigen Personalplanung und -bindung gekoppelt (z.T. besteht die Möglichkeit von Stipendien). Hierbei stehen vor allem Betriebswirtschaftslehre und Management-Skills im Fokus und somit keine direkten patientenbezogenen Aspekte.

Die Personalverantwortlichen der therapeutischen Fachberufe verweisen des Weiteren im Bezug zur Einstellungssituationen von Arbeitnehmern zum auf eine skeptische und eher zurückhaltende Haltung gegenüber akademisch qualifizierten bzw. akademisch-ambitionierten TherapeutInnen. Dabei werden häufig Ängste und Sorgen angeführt, die mit möglichen aufkommenden finanziellen Forderungen sowie der Gefahr des Weggangs der Fachkräfte in andere attraktivere Arbeits- und Berufsfelder begründet werden. Dabei ist anzumerken, dass diese Tendenzen bei Einstellungsentscheidungen häufig von der Geschäftsführungsebene – als primäre Entscheidungsinstanz – angebracht werden, sodass „normal“ ausgebildete TherapeutInnen mit Fachschulhintergrund hier bevorzugt eingestellt werden (Ausnahme bilden hier Personen, die zur Führungs- und Leitungsposition eingestellt bzw. gefördert werden sollen).

Hervorzuheben ist, dass besonders gut vernetzte und personell gut aufgestellte PraxisinhaberInnen (zwischen 5-7 angestellte TherapeutInnen), die selbst eine grundständige bzw. erweiterte akademische Laufbahn im therapeutischen Bereich durchlaufen haben, verstärkt versuchen,

akademische Elemente als Entwicklungsbasis ihrer täglichen therapeutischen Arbeit zu betrachten. So werden MitarbeiterInnen verstärkt an wissenschaftliche Qualifizierungen herangeführt und vollumfänglich unterstützt, um die therapeutische Arbeitsgestaltung – auch im erweitertem Verständnis in Form von Projektarbeiten – aktiv mitzugestalten. Im Kontext dessen wird außerdem darauf Wert gelegt, internationale Tagungen und Kongresse anstelle gängiger Weiterbildungen zu besuchen sowie neue finanzielle Ressourcen zur Umsetzung und Integration wissenschaftlicher Implikationen zu generieren (z.B. im Bereich der Prävention- und Gesundheitsförderung).

### Ankerbeispiele

- (1) *„...dann ist tatsächlich die Frage warum nochmal die Akademisierung, also wo ist der Anreiz? Und den kann ich als Arbeitgeber immer nur schaffen, indem wir quasi dann Projekte machen....das geht über die Krankenkasse natürlich gar nicht, sondern wir müssen uns andere Partner suchen....und dann geht's darum Finanzen klar zu machen, Gelder zu generieren...die Projekte in der Art und Weise sind wahrscheinlich nur möglich gewesen, weil wir quasi diesen Hintergrund haben“* (TP9) [Förderung akademischer Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen]
  
- (2) *„Ich weiß zu wenig darüber, wie eigentlich so ein Studiengang funktioniert...da weiß ich zu wenig, was da passiert...“* (TP4) [Wissen über wissenschaftlicher Qualifizierungen]

### **e) Allgemeine und konkrete Relevanz von Weiterbildungen**

Generell erwarten die Arbeitgeber/-innen eine vollwertige, berufsqualifizierende Ausbildung, sehen aber, dass Weiterbildungen häufig die rudimentären Ausbildungen komplettieren und nicht primär der Spezialisierung dienen. Damit erfahren praxisbezogene Weiterbildungen derzeit einen höheren Status als wissenschaftliche Weiterbildungen, zumal erstere zu finanziellem Benefit für die Einrichtungen führen.

Weiterbildung wird insgesamt von Seiten der ArbeitgeberInnen eine hohe Relevanz für die persönliche und berufliche Entwicklung zugeschrieben. Den fachlichen Weiterbildungen jedoch wird eine häufig vorzufindende Unwissenschaftlichkeit unterstellt. und nicht aus therapiebezogenen Forschungsergebnissen abgeleitet. Hier wird in Einzelfällen der Interviews ein Widerspruch zu Inhalten von Fachzeitschriften, Kongressen und Tagungen gesehen, die durch größere Wissenschaftlichkeit geprägt sind. Für die Fortbildungspflicht werden jedoch nach wie vor nur fachpraktische Weiterbildungen angerechnet.

Von den Weiterbildungen erhoffen sich die ArbeitgeberInnen eine konsequente Anbindung wissenschaftlicher Erkenntnisse an das Praxisfeld und den Berufsalltag. Es wird eingeschätzt, dass wissenschaftliche Weiterbildungen nur begrenzt zielführend sind und stattdessen ein grundständiges Studium angestrebt werden sollte, um von vornherein wissenschaftlich begründetes Praxishandeln zu erlernen. Rein wissenschaftlichen Weiterbildungen wird eine Sonderstellung zugeschrieben, die zur Befähigung in anderen Handlungsfeldern als der praktizierten Therapie führt, jedoch nicht für rein praktische Tätigkeiten relevant ist. Für die ArbeitgeberInnen sind offensichtlich wissenschaftliche Weiterbildungen – in Abgrenzung zu wissenschaftlich fundierten praktischen Weiterbildungen – kaum interessant.

Anhand der Aussagen im Querschnitt der Interviews lässt sich schlussfolgern, dass es höchstens vage Vorstellungen über Inhalte wissenschaftlicher Weiterbildungen gibt und ein Zusammenhang von wissenschaftlicher Qualifikation zu therapeutischer Praxis nicht nachvollzogen werden kann. Als Fazit sollen Weiterbildungen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zwar aufgreifen, die berufliche Handlungsfähigkeit jedoch vordergründig fachpraktisch erweitern.

#### Ankerbeispiele:

(1) „Alte Inhalte werden oft lediglich neu verpackt“ (TP2)

(2) „Insgesamt haben wir einen hohen Stand...was das Haus auch in Qualifikationen steckt...„das betrifft dann fachspezifische Fortbildungen, Weiterbildungen...“ (TP4)

#### **f) Genderaspekte in Weiterbildungsverhalten**

In Bezug zur der begleitend gestellten Fragestellungen nach erkennbaren Differenzierungsmotivationen der Geschlechter ist festzustellen, dass es im Allgemeinen keine sich stark voneinander abweichenden Weiterbildungspräferenzen gibt. Zwar wird von den Personalverantwortlichen vereinzelt geäußert, dass Männer tendenziell bevorzugt im Sportbereich Weiterbildungen wahrnehmen, dies jedoch individuell-abhängig auf Ebene der Weiterbildungsentscheidung ist. Im Bezug zu den akademischen Möglichkeiten, die sich aufgrund der wissenschaftlichen Qualifizierungen einstellen, wird angemerkt, dass vermehrt Männer in Leitungspositionen drängen und diese entsprechend häufiger mit akademischen Graden fundieren (können); sodass die ArbeitgeberInnen die Tendenz äußern, dass bei der weiteren Öffnung und flächendeckenderen Verankerung akademischer Möglichkeiten in den therapeutischen Fachberufen vermehrt Männer in diese Berufe gelangen werden. Momentan sei für Männer die geringe

Verdienstmöglichkeit sowie die geringen Aufstiegsmöglichkeiten klare Hindernisse bzw. Beweggründe einen therapeutischen Fachberuf nicht zu ergreifen. Während der Standpunkt der Frauen aufgrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiterhin erschwert – auch in Hinblick auf die Ressourcen für die Wahrnehmung von wissenschaftlichen Weiterbildungen – wahrgenommen wird.

Ankerbeispiele:

- (1) *„...bei den Therapiekordinatoren... das ist jetzt in den letzten Jahren...dass auch da es zugenommen hat, dass auch immer mehr Männer sich für so eine Leitungsposition beworben haben...das muss ich einfach sagen...das hat zugenommen...das hatte ich früher gar nicht...inzwischen sind es vier von zwölf Kollegen...männlichen Kollegen sind sehr weit qualifiziert...und das in kürzester Zeit muss ich sagen“ (TP4)*
- (2) *„Also bei den Physiotherapeuten sehe ich eindeutig doch den Reiz des Sports...ich glaube das sind mehr Männer“ (TP14)*
- (3) *„...gibt es nicht...“ (Anm.: Frage nach Weiterbildungspräferenz zwischen w und m) (TP3)*

**g) Benefit für ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen**

Die Kosten-Nutzen-Abwägung für die Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten von wissenschaftlichen Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten wird von den meisten ArbeitgeberInnen als negativ und somit als nicht relevant eingeordnet, da bisher keine Abrechnungsmöglichkeiten im bestehenden System vorgesehen sind. Ausschlaggebend dafür ist vor allem die kaum vorhandene strukturelle Einbettung akademischer Weiterbildungen (Arbeitsfelder, Vergütung etc.) sowie die nicht stattfindende Kommunikation inhaltlicher Ausgestaltungsmöglichkeiten seitens der relevanten Stakeholder (u.a. Krankenkassen, Verbände, Hochschulen etc.).

In Hinblick auf die Arbeitsplatzgestaltung für Arbeitnehmer berichten die personalverantwortlichen TherapeutInnen (häufig in prospektiver Weise), dass die Wahrnehmung akademischer Weiterbildungs- und Qualifizierungsangebote verstärkt – auf der Grundlage des höheren Reflexionsgrades und der akademischen Zuschreibung – durchaus dazu beitragen kann, im Versorgungssystem mehr Entscheidungsbefugnisse und Gestaltungseinflüsse zu erhalten und damit einhergehend mithilfe akademisch-fundierter Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenz zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit zu gelangen und somit ein höheres Maß an Praxisgestaltungsmöglichkeiten zu erlangen. Zum Teil wird diese Tendenzen von den ArbeitgeberInnen bereits vereinzelt bei den wenigen akademisch- qualifizierten Therapeuten im Praxisfeld bestätigt und

kann der oft vorhandenen sehr hohen Bereitschaft und intrinsischen Motivation der TherapeutInnen für Weiterbildungen gerecht werden sowie sich letztendlich auch in der Zufriedenheit der Patienten widerspiegeln.

### Ankerbeispiele

- (1) *Würde ich im Moment ablehnen, weil ich keinen Benefit sehe...und ich könnte das der Geschäftsführung nicht glaubhaft machen, warum jetzt eine Therapeutin diese Weiterbildung machen will“ (TP3)*
  
- (2) *„...wir sind schneller, wir sind zielgerichteter in unserer Arbeit...ja und das ist doch schon mal gut und führt zu einer größeren Zufriedenheit unserer Patienten...“ (TP6)*

### **Ergebnisinterpretation**

Um die im Zentrum stehenden Forschungsfragen beantworten zu können, sind die Ergebnisse zu den theoretischen Vorüberlegungen in Beziehung gesetzt und im Fokus des Forschungsinteresses rekonstruiert worden. Das bedeutet, dass zunächst „Fälle“ von Kausalmechanismen definiert worden sind, die sich unmittelbar aus dem Material ergeben und diese im Anschluss daran vergleichend analysiert worden sind (Gläser & Laudel, 2010, S. 247). Dabei sind die Merkmalsausprägungen, die inhaltlich zu den einzelnen Variablen und Einflussfaktoren zuzuordnen gewesen sind, in Form von Typisierungen (Gruppierung von Fällen entsprechend ihrer Merkmalsausprägungen) auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert und mithilfe der beschriebenen Auswertungs- und Vergleichsmatrix zusammengefasst worden (Gläser & Laudel, 2010, S. 250; Kuckartz, 2014, S. 118f). Mithilfe dessen konnten die Ergebnisse für die interpretative Aufbereitung wesentlich vereinfacht und komprimiert werden. Im Anschluss daran hat ein modifizierender Vergleich der Variablen bzw. Einflussfaktoren, die in den empirisch gefundenen Kausalmechanismen auftauchen, mit den in den theoretischen Vorüberlegungen stattgefunden (Gläser & Laudel, 2010, S. 263). Hierbei ist zu erkennen, dass die empirische Erhebung zu einem differenzierteren Verständnis geführt hat, als es die theoretischen Vorüberlegungen angeboten haben.

In diesem sind ist ein interpretatives Auswertungs-Kausalmodell entwickelt worden, das die inhaltlichen Entwürfe der zu Beginn definierten Einfluss- und Variablenfaktoren in ihrem spezifischen Geltungsbereich überprüfen und im Kontext der empirischen Ergebnisse evaluiert, modifiziert und erweitert (Gläser & Laudel, 2010, S. 263). Somit konnte die Erweiterung des theoretischen Verständnisses erreicht werden, das auch in der rekonstruktiven Zusammenführung sowie in der schematisch vereinfachten Darstellung In-Beziehung-Setzung zu dem Qualitätsmodell nach Donebedian (1980) erfolgt ist. Zur Filterung und Fixierung der folgenden Aspekte haben mehrstufige Interpretationssitzungen mit einem dreiköpfigen Forschungsteam stattgefunden.

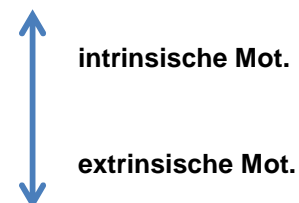


Es lässt sich im interpretativen Verständnis ableiten, dass eine Loslösung bzw. Entkoppelung von wissenschaftlichen Weiterbildungen und im allgemeinen wissenschaftlicher Aspekte im Kontext der therapeutischen Gesundheitsberufe und von Patientenzusammenhängen bei den ArbeitgeberInnen vorzufinden ist. Die Kernproblematik scheint dabei die fehlende Wahrnehmung des Zusammenhangs von praktischen und kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten zu sein; die der bereits beschriebenen historisch etablierten und weiterhin stattfindenden beruflichen Sozialisation geschuldet ist, in der die praktischen Erfahrungswerte und die „menschliche“ Grundeigenschaft entscheidende Handlungsparameter zur Qualitätserfüllung und Leistungserbringung sind und einen übergeordneten Status einnehmen. Weiterbildungen spielen demnach häufig nur in Bezug zu diesen Dimensionen eine merkbare Rolle.

Die gesamte Erhebung ist von einer sich durchziehenden Ambivalenz geprägt, in der z.B. Vorteile bzw. bessere personale Kompetenzen durch wissenschaftliche Fundierungen geäußert werden; diese jedoch sich nicht jedoch nur im geringen Maße in der Patientenversorgung widerspiegeln. Die Ambivalenzen und zum Teil konträren Aussagen lassen sich aufgrund einer Diskrepanz zwischen wissenschaftlichen Weiterbildungselementen sowie Assoziationen zu diesem Bereich und deren strukturellen Rahmen bzw. erfahrenen Einbettungen begründen. Die Vorstellung bzw. die mentale Abbildung von wissenschaftlich fundierten und akademischen TherapeutInnen geschehen unabhängig vom Praxisgeschehen, da sie mit – der Praxis befremdlichen – Theoriebelastigkeit („Verkopftheit“) assoziiert und eingeordnet werden. Aufgrund dieser Basiszuschreibung von wissenschaftlichen Bildungssettings existiert selten ein Praxisbezug. Die Erfassung der Dimensionen für die Versorgungsqualität und die Versorgungssicherung bleibt aufgrund einer scheinbar erheblichen Unwissenheit über wissenschaftliche und akademische Bildungssettings aus. Auch dies ist sicher den beruflich bedingten (historisch gewachsenen) Sozialisationsmustern geschuldet, die nur eine geringe Hinterfragung und Reflexion der objektiven Handlungsmuster zulassen. Dabei lassen sich vorrangig abgeleitete und stark vereinfachte Typen bilden, die sich aufgrund der Parameter: „Erfahrungen“, „Einstellungen“ und „etablierte Handlungsmuster“ wie folgt darstellen lassen:

Vorläufige, für die interpretativen Ableitungen getroffene „Typisierungen“:

- *Kontakteeffektler / Überzeugten* (beginnende prof. Haltung)
- *Getriebenen* (halbüberzeugten)
- *Schwelle* (schlecht überzeugten/skeptisch)
- *Lippenbekenner*



Bedingt durch die entsprechenden personellen Verantwortungsgrade der ArbeitgeberInnen lassen sich diese Typisierungen auch auf die Affinität gegenüber wissenschaftlichen Weiterbildungen

applizieren: Je höher die intrinsische Motivation, je höher auch die Bereitschaft bzw. zumindest der offene Umgang mit wissenschaftlichen Weiterbildungen und deren Umsetzungsmöglichkeiten, je höher die Wahrscheinlichkeit, dass die ArbeitgeberInnen selbst eine akademische-therapeutische Ausbildung durchlaufen haben („Kotakteffekt“) (Vice Versa). Entsprechend lassen sich anhand dieser Ableitungen erste Zugänge eines Lösungsansatzes identifizieren, die im Bereich der Wissensverbreitung und Kommunikation der inhaltlichen Zielsetzungen – sowohl auf Mikro- als auch auf Makroebene – wissenschaftlicher Bildungsambitionen zu finden sind, die jedoch vor allem im Diskussionsteil (Punkt 6) näher erläutert werden.

In Hinblick der analytischen Interpretation und in Differenzierung zu den definierten Kausalmechanismen lässt sich zur detaillierten Problemdarstellung der vorangegangenen Aspekte feststellen, dass der Bruch (mithilfe der roten Blitze dargestellt) aufgrund der fehlenden Abbildung („Strukturdimension“: institutioneller Rahmen auf Mikro- und Makroebene) wissenschaftlicher Aspekte bzw. akademisch-adäquater und patientennaher Arbeitsfelder innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems zu erklären ist. Es findet in diesem Sinn eine parallel laufende Entwicklung von akademisch ausgebildeten TherapeutInnen statt, die auf Arbeitsstrukturen treffen, die die Entfaltung wissenschaftlich-orientierten Agierens (in Bezug zur Patientenversorgung) nicht zulassen. Dementsprechend können erworbene wissenschaftliche Kompetenzen weder umgesetzt werden (Anhang 18: „Gap“ zwischen Meta-kognitiven Elementen im Handeln der Akteure und zur Kompetenzentfaltung) noch können sie in motivationale weiterer Integrationswünsche durch weitere Weiterbildungs- und Akademisierungsambitionen ihres Berufsfeldes, wie z.B. zur Evidenzbasierung, münden („Prozessdimension“). Auch aus diesem Grund wenden sich akademisch-qualifizierte TherapeutInnen vermehrt anderen Berufs- bzw. Arbeitsfeldern zu.

Des Weiteren lässt sich schlussfolgern, dass aufgrund der fehlenden strukturellen Abbildung im System, die Patientenperspektive („Ergebnisdimension“) auf Interventionen der TherapeutInnen und auf die Wahrnehmung dieser verzerrt ist und ausschließlich die etablierten Handlungsmuster abbilden, welches der Zielsetzung eines „lernenden Systems“ nicht in Ansätzen gerecht wird, da die Integration der Patienten in die Möglichkeiten und Expertisen der einzelnen Disziplinen, die sie behandeln, unabdingbare Bedingung zur Entwicklung der Versorgung ist.

Zusammenfassend lässt sich mithilfe der vereinfachten und schematischen Darstellung des Qualitätsmodells „Struktur – Prozess – Ergebnis“ ableiten, dass eine Unterbrechung der prozessualen und Zielsetzungen zu den Strukturen stattfindet – so ist auch zu erklären, warum vereinzelt ArbeitgeberInnen - vor allem PraxisinhaberInnen, die selbst eine therapeutisch-akademische Ausbildung durchlaufen haben – den Gestaltungsspielraum wahrnehmen, wissenschaftliche Qualifikationsmöglichkeiten und akademisch-fundierte Elemente in die aktive Praxisgestaltung einzubringen. Auch in Hinblick der im Vorfeld definierten Erkenntniszielsetzungen ist festzustellen, dass die strukturellen notwendigen, jedoch bisher nicht etablierten, strukturellen Gegebenheiten losgelöst von den hier im Zentrum stehenden Dimensionen zu betrachten sind. Die Versorgungsqualität und deren Dimensionen sind aufgrund der beschriebenen etablierten und tradierten Vorstellungen ihrer Gestaltbarkeit als limitiert zu betrachten und marginalisiert bzw. behindert somit bereits am Entstehungspunkt wissenschaftliche Weiterbildungsambitionen. Die ArbeitgeberInnen sind auf das bestehende System angewiesen, arrangieren – im ökonomischen Sinn

– sich mit diesem und nutzen Ihre potentiellen Möglichkeiten zur Gestaltung der Personalstruktur und den sich ergebenden positiven Auswirkungen auf die Versorgungssituation – vor allem aufgrund monetärer Zielsetzungen – nicht ausreichend genug. Für die Gestaltung der Paradigmen, die der Entwicklung der Module „TRI“ und „TRII“ zugrunde liegen (Durchlässigkeit, Gestaltung von Beziehungen der AbreiterInnen und ArbeitnehmerInnen im Kontext des lebenslangen Lernens, Offene Hochschule etc.) kristallisiert sich dieser strukturelle „Gap“ als größtes Hindernis heraus, die es auf der Grundlage der hier vorliegenden Erkenntnisse lösungsorientiert zu bearbeiten gilt und in der konzeptionellen Umsetzung für die Anreiz- und Zielstruktur der Module mündet.

## Diskussion

Die vorangegangenen Ergebnisinterpretationen und die daraus resultierende Komprimierung mithilfe von Kausalmechanismen haben sich – wie die gesamte interpretative Annäherung – auf der Grundlage des Forschungsparadigmas der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010, S. 268ff) in bewusster und gezielter Form nah am empirischen Material orientiert. In diesem Sinn sind der interpretative Ansatz und die Formulierungen der kausalen Zusammenhänge, die dem empirischen Ausschnitt zu entnehmen gewesen sind, als Zwischenschritte der in der Folge im Zentrum stehenden „Daten-Triangulation“ zu verstehen, in der die theoretischen Vorüberlegungen, das subjektive Vorwissen sowie die nationalen und internationalen Recherchen bzw. Forschungsergebnisse der Kontextualisierung und der Subsumierung sowie der Überprüfung im Hinblick auf Konvergenzen und Diskriminanten unterzogen werden (Bohnsack et al., 2011, S. 161).

## Schlussfolgerung

Die Akademisierung der Therapieberufe ist ein von den ArbeitgeberInnen durchaus wahrgenommenes Thema mit der Zuschreibung einer hohen Relevanz für die Berufsgruppen. Es zeigt sich eine grundsätzlich positive Einstellung hierzu und die Notwendigkeit einer fortschreitenden Akademisierung bis hin zur Vollakademisierung wird betont. Allerdings lassen die Schwierigkeiten bei der Akquise von Interviewpartnern/-innen vermuten, dass das Thema grundsätzlich eher verunsichert und sich somit vorrangig gegenüber der Akademisierung positiv eingestellte ArbeitgeberInnen bereit erklärten.

In der Differenzierung der Begründungszusammenhänge zeigt sich ein eher heterogenes Bild. Die Einstellungen zu wissenschaftlich qualifizierten Praktikern sind ambivalent.

Es werden von den Arbeitgebern/-innen kaum Praxiseffekte durch wissenschaftliche Qualifikation vermutet. Die Akademisierungsnotwendigkeit wird eher mit formalen und pragmatischen Argumenten begründet. Aufgrund der bislang geringen Akademisierungsquote gerade in der beruflichen Praxis fehlen hier aber auch die Erfahrungen. So lassen sich die Einstellungen zu akademisierten PraktikerInnen eher aus individuellen Meinungen ableiten als aus realen Beobachtungen. Auch fehlen vergleichende Therapieevaluationen, um valide Aussagen zu den Behandlungsqualitäten von akademisierten und nicht akademisierten Therapeuten treffen zu können. Die Arbeit von TherapeutenInnen vollzieht sich fast ausnahmslos individuell im Patient-Therapeut-Kontakt. Arbeitgeber können somit nicht die Behandlungsergebnisse von akademisierten und nicht

akademisierten vergleichen, da sie diese weder beobachten noch standardisiert erfassen. Auch hier ist kritisch anzumerken, dass die Studie eher individuelle Meinungen rekonstruiert als auf Beobachtung, Ergebnismessung und Erfahrung beruhende Einstellungen. Die individuellen Meinungen prägen jedoch das Anstellungs- und Förderverhalten der Arbeitgeber/-innen und damit die Chancen der Potenzialentfaltung wissenschaftlicher Kompetenz am Patienten. Die insgesamt eher zurückhaltende Unterstützung einer größeren Wissenschaftlichkeit in der Praxis blockiert damit den Weg wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungsstrukturen.

Die Ambivalenz von Forderungen nach Akademisierung und damit gesteigerter Wissenschaftlichkeit der Therapieberufe auf der einen Seite und der Zurückhaltung bei der positiven Bewertung von Praxiseffekten auf der anderen Seite kann auf bislang fehlende Nachweise von Effekten der Wissenschaftlichkeit auf die Versorgungsqualität zurückgeführt werden. Gleichzeitig kristallisieren sich als zentraler Bezugspunkt in der Bildung von Einstellungen auf Seiten der ArbeitgeberInnen monetäre Effekte heraus. Klare politische Regelungen der Ausbildungen und Berufstätigkeit sowie Zuschreibungen erweiterter Kompetenzen und höherer Abrechnungspositionen bei Kostenträgern aufgrund einer wissenschaftlichen Qualifikation stehen aus. Die formale und finanzielle Gleichstellung von akademisierten und nicht akademisierten TherapeutenInnen hemmt eine zunehmende Akademisierung ebenso wie eine Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Patientenversorgung. Qualitätssteigerung und Bewältigung zukünftiger Herausforderungen durch wissenschaftliche Qualifizierungen (u.a. Darmann-Finck et al. 2015) versandet ohne politische Entscheidungen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen für andere Berufsgruppen von Freitag (2012) und führt zu einem Widerspruch bei den Einstellungen der ArbeitgeberInnen zwischen erkanntem Sinn und Zielführung der Akademisierung sowie Verwissenschaftlichung von Therapie auf der einen und realen Praxiszwängen auf der anderen Seite. Wissenschaftlich Qualifizierte und Qualifizierungswillige haben somit derzeit einen schwierigen Stand auf dem Arbeitsmarkt, wenn es um die praktische Tätigkeit mit Patienten/-innen geht. Einer Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis scheint der Weg verstellt.

Bezogen auf die Ziele des BMBF-Wettbewerbs, Durchlässigkeit sowie Anschlussfähigkeit herzustellen, nicht-traditionell Studierende an die Hochschulen zu motivieren und wissenschaftliches Wissen in die Praxis zu tragen, sind im Bereich der Therapieberufe noch etliche Hürden zu überwinden. Handlungsrechtliche Rahmenbedingungen sowie Aspekte der Finanzierung und Entlohnung therapeutischer Leistungen bedürfen zukunftsfähiger Neuregelungen. Zudem müssen Effekte wissenschaftlich basierter und reflektierter Therapie für die Versorgungsqualität bewiesen sowie derzeitige Therapiestandards und Relevanzzuschreibungen wissenschaftlich hinterfragt werden. Für die konkrete Verwendung und Integration für die Modulkonzeption „TherFor“ lässt sich herausstellen, dass ...Aufnahme intrinsische Motivation, stärkere Kommunikation und Überzeugung der Arbeitgeber – z.B. im Rahmen von Schwerpunktsetzung auf Projekte, indem klinische Probleme bzw. Zielsetzungen der ArbeitgeberInnen aufgegriffen werden und auf Basis gemeinsamer Initiativen umgesetzt werden. Hierbei könnten u.a. die ArbeitgeberInnen der Teilnehmer der Module „TRI“ und „TRII“ konkret angesprochen werden und ein gemeinsam mit dem Studierenden vereinbarte Zielsetzung (z.B. Ausarbeitung von konzeptionellen Ideen zu konkreten Problemlagen im Rahmen der Portfolioarbeit oder zur Evidenzbasierung eines relevanten Schwerpunktes etc.) – hierzu bedarf es der konzeptionellen Integration des sensiblen Umgangs mit der – bisher wenig verbreiteten –

wissenschaftlichen Weiterbildungsform, in dem neben der intrinsischen Motivation des Studierenden vor allem Perspektiven zur Integration der hinzugewonnenen Kompetenzen durch die Absolvierung von „TherFor“ aufgegriffen und explizit kommuniziert werden.

Die allgemeine Unwissenheit zur den Inhalten und der Problematik der nicht fachspezifischen Abrechenbarkeit verlangt eine entsprechende Fokussierung und Kommunikation des „Mehrerts“ (also der bisher wenig greifbaren aber vorhandenen positiven Gestaltungsaspekte) sowie der stärkeren Herausbildung der Perspektiven für die Absolventen der Module „TRI“ und „TRII“ – dies sollte in Absprache und gemeinsamer Entwicklung mit den ArbeitgeberInnen erfolgen.

### **Entwicklungs- und Potentialfaltungsansätze für akademische Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen**

Die Ausschnitte der Ergebnisse verdeutlichen die Kluft zwischen den von den ArbeitgeberInnen zum großen Teil als notwendig erachteten und weiter auszubauenden akademischen Entwicklungsschritten und der marginalen Möglichkeit zur Integration und zur Umsetzung in die therapeutische Arbeit. Es ist somit ein ambivalentes Verhältnis zwischen der formalen akademischen Qualifikationszuschreibung, deren inhaltlicher (patientenzentrierter) Basis sowie dem zugrundeliegenden Heilmittelsystem zu identifizieren. ArbeitgeberInnen und Personalverantwortliche können somit den „Mehrwert“ wissenschaftlichen Kompetenzen nur eingeschränkt wahrnehmen und fördern. Dementsprechend können sie auch kaum adäquate Aufgabenfelder und Arbeitsstrukturen zur Verfügung stellen bzw. haben nur eingeschränkt die Möglichkeit, entsprechende Anreize und Förderwege bereitzuhalten. Die entscheidenden Barrieren scheinen hierbei die Unwissenheit über inhaltliche Zielsetzungen und strukturelle Potentiale akademischer Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten – vor allem im Bereich der Praxis – sowie deren unklaren Einsatz- und Verwendungsmöglichkeit aufgrund nicht vorhandener Arbeits- und Handlungsstrukturen zu sein. Es sind somit keine aufeinander aufbauenden und verzahnten Strukturen ersichtlich, die akademische Weiterbildungsmöglichkeiten als gestaltendes Element der Versorgungslandschaft aufgreifen. Diese Situation ist nicht zuletzt der politisch-unklaren und heterogenen Aussagen zu den Akademisierungsmöglichkeiten und -Entwicklungen in Deutschland geschuldet.

Der Sonderweg Deutschlands, an der berufsfachschulischen Bildung der Gesundheitsberufe und an den damit einhergehenden limitierenden Charakter dieser Form der Sozialisations- und Professionalisierungsinstanz festzuhalten, wirkt dabei als größtes Hindernis. Denn die Hinführung der TherapeutInnen zum systemorientierten und reflektierten Denken bedarf entsprechender akademischer Bildungsfundamente, die sich an einem globalen Verständnis von Gesundheitsversorgungsleistungen orientieren und entsprechende Maximen evozieren. Die Einblicke der personalverantwortlichen Therapeutinnen führen uns in diesem Kontext klar die gegenwärtigen – von Hierarchisierungen und etablierten Regeln geprägte Arbeitsteilungen – im Gesundheitswesen vor Augen und entlarven zugleich das gesellschaftliche Konstrukt des Gesundheitswesens in Deutschland, das auf komplexe historische Prozesse – im Sinne des Fortschritts, der politischen Interessen, der technischen Entwicklung, der Wirtschaftsbeziehung sowie der kulturellen Werte und Überzeugungen – zurückzuführen ist. Aus professionstheoretischer Sicht wird hierbei bereits eine Kernproblematik des Nichtgelingen-könnens von interdisziplinärer und systemorientierter Arbeit



deutlich; denn nicht die historisch gewachsenen rechtlichen und begrifflichen Hoheiten sind in einer globalisierten Welt zu verteidigen, sondern die Erhaltung und Zentralisierung der Gesundheit des Menschen – dies verlangt eine entsprechende Loslösung etablierter Strukturen und den begründeten Mut der Neujustierung tradierter Denknormen (Sottas & Kickbusch, 2010, S. 14). Besonders die Weiterbildungssettings bieten dazu die Möglichkeit, die Entwicklung und die Paradimgestaltung (Zusammenführung von Bildung und Versorgung) zu integrieren und als modifizierbare Vorlage für langfristige Etablierungsziele im Bildungswesen des Gesundheitssystems zu verstehen; denn die vorzufindende diffuse Situation akademischer Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen bietet zugleich die Möglichkeit, Versorgungsbedürfnisse zu evaluieren, inhaltlich neu auszurichten, didaktisch mit den Aspekten des outcome-orientierten Lehrens und Lernens zu fundieren und im Prinzip der „offenen Hochschulen“ auszugestalten. Dazu sollten vor allem die ArbeitgeberInnen (insbesondere die Geschäftsführungsebenen der größeren klinischen Institutionen) diese Aspekte aufnehmen und das Aufkommen dieser akademischen Bildungsmöglichkeiten als Chance sehen, ihre organisatorischen und versorgungsspezifischen Strukturen an die beschriebenen Bildungsparameter zu koppeln. Durch die Möglichkeit der Integration dieser Entwicklungs- und Gestaltungsansätze eröffnet sich besonders für die Arbeitgeberseite die Perspektive, beziehungs- und arbeitsplatzgestaltende Elemente auf der Grundlage der verstärkten aktiven Integration der Arbeitnehmerseite (Potentialentfaltung, lebenslanges Lernen etc.) im Sinne einer „lernenden Organisation“ aufzunehmen und somit die Arbeitsplatzzufriedenheit und letztendlich auch die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Hierbei bieten die akademischen Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen die Chance, diese als modifizierbare Basis zu verstehen.

Entscheidend für die Initiierung dieser Prozesse und deren flächendeckenden Konsensfindung wird dafür die Kommunikation der einzelnen Stakeholder und Akteure im Gesundheitswesen sein. Die Wahrnehmung der – sich in Anbetracht der beschriebenen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts ergebenen – Verantwortung liegt auf Seiten der Versorgungs- und Bildungsträger und kann nur auf dem Fundament der gemeinsamen Entwicklung von Standards der wissenschaftlichen therapeutischen Aus- und Weiterbildung im Sinne der Versorgungsqualität erfolgen. Dazu ist das Potential von hochschulischen Qualifizierungen stärker hervorzuheben und gezielter zwischen allen beteiligten Akteuren – vor allem auf Seiten der ArbeitgeberInnen – zu kommunizieren. Die weitreichende Etablierung von Forschungsstrukturen, im Sinne transdisziplinärer Forschungsverbünde, sind dafür grundlegend und bedürfen der hochschulischen Verankerung. Die ArbeitgeberInnen haben dabei die Chance, z.B. durch die Mitgestaltung praxisrelevanter Forschungsthemen und Projekte die klinische Versorgung zu verbessern und somit zur Unterstützung der Therapeut\_innen an wissenschaftlichen Qualifikationen zu motivieren. Neben der beschriebenen Integration in die Modulkonzeption von „TRI“ und „TRII“ bedeutet dies, sowohl die Stakeholder auf Seiten der ArbeitgeberInnen stärker in den Fokus zu setzen und entsprechende konzeptionellen Grundlagen auszuarbeiten bzw. Angebote zu unterbreiten und die Kommunikation über die inhaltliche, versorgungs- und unternehmensrelevante stärker zu forcieren, als auch die Kommunikation der Erkenntnisse sowie die Zielsetzungen der Modulentwicklung von „TherFor“, durch die stärkere Kommunikation an politische Institutionen (durch Verbände, Fachbereichstag Therapiewissenschaften etc.) zu etablieren. Im Zentrum dabei sollte stets das eingangs erörterte Zielparadigma der Zusammenführung von Bildung und Gesundheit sein (Punkt1) – die hier abgebildeten Ergebnisse und ableitbaren Erkenntnisse bilden dazu ein konkretes und anzunehmendes plastizitäres Fundament.

19

## Literatur

Bohnsack, R., Marotzki, W. & Meuser, M. (2011). Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 3. Auflage. Opladen: Barbara Budrich

Darmann-Fink, I., Reuschenbach, B. (2015). *Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW*. Was bringt die hochschulische Ausbildung? 29. Mai 2015, Landesvertretung NRW Berlin

Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Explorations in Quality, Assessment and Monitoring. Band 1. Health Administration Press. In: Badura, B. & Siegrist, J. (1999). Evaluationen im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa

GesinE (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Berlin. [http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung\\_band\\_15.pdf](http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf) [Stand: 28.06.2014]

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS

Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim: Juventa

Sottas, Brügger, Meyer, 2013, S. 4, 36,54 -zhaw – Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice

Sottas, B., Kickbusch, I. (2010). Übersetzung Careum. Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. Original: Lancet (2010): Education of Health Professionals for the 21st Century. Zürich.

