Views of practice owners on intraprofessional cooperation in teams of professionally trained and academic therapists

Sichtweisen von Praxisinhabern/-innen auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Therapeuten/-innen

Andreas Schönfeld^{1*}, Christiane Luderer²

¹Logopädische Praxis Mundart, 10247 Berlin, Germany
*info@praxis-mundart.de

²Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 06112 Halle (Saale), Germany

Received 6 September 2018, accepted 29 May 2019

Abstract

Background: The academisation of the therapy professions occupational therapy, speech therapy and physiotherapy in Germany has created new challenging constellations. Tensions can be seen in the intraprofessional cooperation of professionally qualified employers and academic employees due to identical work contents and equal pay.

Question: How do professionally trained leaders experience the intraprofessional cooperation of professionally trained and academic employees?

Aim: The study describes from the point of view of professionally trained therapists their experiences in their daily work with academic employees in order to derive opportunities, challenges and success factors in intraprofessional cooperation.

Method: A qualitative content analysis with computer support in MAXQDA of n=9 semi-structured focussed interviews from a two-arm cross-sectional study with extern method triangulation is presented. The data are supplemented by n=85 free text entries of two online surveys.

Results: The interviewed leaders welcome academisation because of the promotion of professional stability, social recognition and the advancement of research. In the intradisciplinary cooperation with their academic colleagues there is a predominantly friendly and equal working atmosphere. However, interviewees report a limited creativity of academic employees in practical work, as well as fluctuations with unsatisfying practical commitment due to a low occupational perspective and poor remuneration.

Discussion: While academic employees are eager to expand their practical work, this can only be achieved by providing time and financial resources from practice management. Structural incentives must be provided by more responsibility, extended fields of activity or qualification and performance-related remuneration models in order to retain academic employees in practice.

Abstract

Hintergrund: Durch die Akademisierung der Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Deutschland entstehen neue herausfordernde Teamkonstellationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit. Unterschiedliche Qualifikationsniveaus werden sichtbar und bilden ein Spannungsfeld aufgrund meist identischer Arbeitsinhalte bei gleicher Vergütung.

Hauptfragestellung: Wie erleben berufsfachschulisch ausgebildete Leitungspersonen die intraprofessionelle Zusammenarbeit von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Angestellten im Praxisteam?

Ziel: Die Studie beschreibt aus Sicht von berufsfachschulisch ausgebildeten Therapeuten/-innen deren Erfahrungen aus dem Berufsalltag mit akademisierten Angestellten zur Ableitung von Chancen, Herausforderungen und Gelingensfaktoren in der intraprofessionellen Zusammenarbeit.

Methode: Vorgestellt wird eine Qualitative Inhaltsanalyse mit Computerunterstützung in MAXQDA von n=9 halbstrukturierten fokussierten Interviews aus einer zweiarmligen Querschnittsstudie mit externer Methodentriangulation. Die Daten werden durch n=85 Freitextnennungen zweier Online-Befragungen ergänzt.

Ergebnisse: Die Leitungspersonen begrüßen die Akademisierung zum Zweck der beruflichen Stabilität, der gesellschaftlichen Anerkennung und dem Vorantreiben der Forschungslage. In der intraprofessionellen Zusammenarbeit herrscht ein überwiegend gleichberechtigtes Arbeitsklima. Die Daten zeigen ebenso eingeschränkte berufspraktische Fertigkeiten bei den akademisierten Angestellten sowie eine geringe Praxisbindung aufgrund unbefriedigender Entwicklungsperspektiven und einer zu niedrigen Vergütungssituation.

Diskussion: Die Erweiterung berufspraktischer Fertigkeiten von akademisierten Angestellten bedarf der Bereitstellung zeitlicher und finanzieller Ressourcen durch die Praxisleitung. Für die weitere Bindung akademisierter Angestellter an die Praxis müssen strukturelle Anreize durch mehr Verantwortung, erweiterte Tätigkeitsfelder oder qualifikations- und leistungsgerechte Vergütungsmodelle gesetzt werden, um gleichzeitig die Patientenzufriedenheit und -anbindung abzusichern.

Keywords

higher education – professional education – therapy professions – cooperative behavior – intraprofessionality – qualitative content analysis

Keywords

Akademisierung – Professionalisierung – Therapieberufe – Zusammenarbeit – Intraprofessionalität – Qualitative Inhaltsanalyse

EINLEITUNG

Die Therapieberufe in Deutschland unterliegen einem deutlichen Wandel, der durch die demografischen Veränderungen, Einwirkungen auf das Bildungssystem durch den Bologna-Prozess, die Bewegung des Gesundheitsmarktes mit seinen neuen Versorgungsansätzen sowie politische Initiativen, z. B. im Rahmen von Modellvorhaben, forciert wurde (Robert-Bosch-Stiftung, 2013). Seit der Modellklausel durch den Bundestag (2009) verändern sich die Zugangswege in die therapeutischen Berufe, da zu den üblichen beruflichen Ausbildungen der Erwerb einer akademischen Qualifikation möglich wird (ebd). Ausgelöst durch gesundheitspolitische Entwicklungstrends mit neuen Aufgabebereichen und erweiterten Handlungs- und Verantwortungsräumen sehen sich die Therapeuten/-innen im derzeitigen dynamischen Wandel von bereits etablierten und sich neu konstituierenden Gesundheitsdienstleistungen auf dem ambulanten Arbeitsmarkt einem zunehmenden Wettbewerb zur Erweiterung ihrer Angebotspalette ausgesetzt (Robert-Bosch-Stiftung, 2013).

Dabei ist bekannt, dass neue berufliche Strukturen mit Verunsicherung derer einhergehen, die bereits in diesem Beruf etabliert sind (Walkenhorst, 2011; Ketels et al, 2015; Hammer & Polchow, 2013), und eine Begünstigung einer „Zwei-Klassen-Gesellschaft“ von Therapeuten/-innen (Schönfeld & Luderer, 2018) gegeben ist, denn nur wenige Arbeitsfelder in den Therapieberufen bieten akademisch ausgebildeten Therapeuten/-innen eine berufliche Perspektive, z. B. in Forschung oder Lehre. Die größte Gruppe der Therapeuten/-innen befindet sich jedoch in einer herausfordernden Konstellation: Bislang gleichartig qualifizierte Teams gestalten sich um zu Teams mit verschiedenen Qualifikationsniveaus, die die gleiche Arbeit verrichten sollen (Gerholz & Walkenhorst, 2016). Dies betrifft sowohl die Administration als auch die Therapie in den ambulanten Praxen. In der täglichen Arbeit ergeben sich Fragen nach Bestandsschutz, Tätigkeitsprofilen und Entgelten, die ein erhebliches Spannungsfeld für die therapeutische Arbeit und die Teamgestaltung mit sich bringen (Walkenhorst, 2011). Damit sehen sich die derzeitigen Praxisinhaber/-innen einer besonderen Situation gegenüber. Als Leitungspersonen sind sie weitestgehend beruflich qualifiziert und haben über Weiterbildungen und Leitungserfahrung und mit viel Engagement eine eigene Praxis etabliert. Nun erhalten sie Bewerbungen von Therapeuten/-innen mit und ohne akademischen Hintergrund, laut Qualifikationsrahmen in unterschiedlichen Niveaus und mit dennoch gleichem beruflichen Einsatzbereich (Gerholz & Walkenhorst, 2016).

Von Interesse für das hier vorgestellte Projekt ist, in welcher Form sich berufsfachschulisch und akademisch qualifizierte Therapeuten/-innen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit im Praxisteam aus Sicht der Leitungspersonen als Arbeitgeber/-innen begegnen. Dabei wird vermutet, dass sich Erfahrungen und Meinungsbilder, z. B. in Bezug auf die Anerkennung von Berufskompetenzen, hemmend oder fördernd auf die berufliche Wirklichkeit in der intraprofessionellen Zusammenarbeit auswirken können (Fishbein & Ajzen, 2010). Zudem wird beleuchtet, welche Chancen oder Herausforderungen sich daraus ergeben und welche Gelingensfaktoren die Zusammenarbeit beeinflussen. Der Natur dieser offenen Fragestellungen folgend, wurden Praxisinhaber/-innen in einem persönlichen Gespräch dazu interviewt sowie die Freitextnennungen zweier Online-Befragungen weiterer Praxisinhaber/-innen für eine qualitative Analyse herangezogen, um einen Einblick in die aktuelle Diskussion der Akademisierung der Therapieberufe in Deutschland zu erhalten.

Eine strukturierte Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken „PubMed, speechBITE, OTseeker und PEDro“ sowie in „Google Scholar“ und per Handsuche ergab nur wenige thematisch relevante Treffer bei der Verwendung von deutsch- bzw. englischsprachigen Schlüsselwörtern. Dies kann auf die Einzigartigkeit der heterogenen Qualifikationswege in Deutschland zurückgeführt werden, da die Professionalisierungsforschung in den Therapieberufen mit ihrer Ausrichtung am Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) noch jung und zudem einzigartig ist (Schönfeld & Luderer, 2018). Die hier exemplarisch vorgestellten Studien erschienen in anerkannten Fachjournalen, Homepages entsprechender Berufsverbände bzw. in Newslettern.

Eine qualitativ angelegte Befragung von Hammer und Polchow (2013) eruierte Wünsche und Befürchtungen von Angehörigen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie vor dem Hintergrund der voranschreitenden Akademisierung und ergab für alle drei Therapieberufe einen dringenden Informationsbedarf zum Akademisierungsprozess, denn den Akademikern/-innen wurde ein geringes Praxiswissen und den berufsfachschulisch Ausgebildeten eine unzureichende Reflexionsfähigkeit in der evidenzbasierten Arbeit unterstellt.

Eine deutschlandweite Befragung von Ergo- und Physiotherapeuten/-innen über Änderungsbedarfe in ihrem jeweiligen Beruf (Ketels et al, 2015) ergab, dass die Akademisierung der Therapieberufe unter Bewahrung der praxisorientierten Tätigkeit mit erweiterten Tätigkeitsfeldern sowie einer Verbesserung von Stellenangeboten für akademisierte Therapeuten/-innen verknüpft werden soll.

Unter verschiedenen Fragestellungen wurden in einer Online-Befragung (Mandl & Heim, 2016) unter Mitgliedern des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. Daten für die Dimensionen „Qualifikation, Tätigkeit, Vergütung und Zufriedenheit“ erfasst. Als die wichtigsten Faktoren für die Arbeitszufriedenheit in intraprofessionellen Teams wurden ein angenehmes Arbeitsklima, eine transparente Kommunikation, eine angemessene Arbeitslast sowie ein guter Führungsstil genannt (ebd.).

Das im Rahmen des BMBF-Wettbewerbs geförderte Projekt „TherFor“ (Therapeutic Research) eruierte anhand von Experteninterviews den Stellenwert wissenschaftlicher Qualifikation in den drei Therapieberufen aus der Perspektive von Arbeitgeber/-innen (Paulicke, Richter & Hartinger, 2017). In Hinblick auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit können akademisch erworbene Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenzen zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit im Praxisteam führen.

In einer Online-Befragung (Schönfeld & Luderer, 2018) wurden mögliche Sichtweisen von Freiberuflern/-innen auf ihre studierten Kollegen/-innen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit abgebildet und aufgezeigt, dass in der praktischen Tätigkeit sowie Entlohnung nur wenige Vorteile für und durch akademisierte Angestellte gesehen werden, im Gegensatz zu einem starken Bedürfnis nach Bestandsschutzwahrung mit klaren Übergangsregelungen als juristische Leitplanken.

Eine aktuelle Online-Befragung vom Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG) befragte Absolventen/-innen aus den primärqualifizierenden Bachelor-Studiengängen (PQS) der drei Therapieberufe zum Berufsverbleib und zur Berufszufriedenheit (HVG, 2019). Die Umfrage ergab, dass die Mehrheit der Befragten in ihrem jeweiligen Therapieberuf tätig ist und diesen gern ausübt. Anzumerken ist, dass hochschulisch erworbene Kompetenzen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit nur bedingt Anwendung finden können und es mehr Behandlungsautonomie sowie einer Neuausrichtung der Heilmittelrichtlinien für evidenzbasierte Behandlungsmethoden bedarf (HVG, 2019).

Die aufgeführten Studien beschreiben neben Fragen nach der beruflichen Zufriedenheit und Perspektive den noch jungen Einzug akademisierter Therapeuten/-innen in den ambulanten Arbeitsmarkt. Die voranschreitende Akademisierung der Therapieberufe führt zu einer natürlichen Durchmischung von Praxisteams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus (Schönfeld & Luderer, 2018) und stellt ihre Leitungspersonen vor die Aufgabe, ihre Teams für eine gelingende intraprofessionelle Zusammenarbeit so zu koordinieren, dass eine hochwertige Patientenversorgung abgesichert

bleibt. Die daraus resultierende Forschungslücke soll durch die Beantwortung folgender Fragestellungen geschlossen werden:

- **Hauptfrage:** Welche Erfahrungen oder Meinungen berichten berufsfachschulisch ausgebildete Leitungspersonen aus der intraprofessionellen Zusammenarbeit mit Therapeuten/-innen mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau?
- **Nebenfrage 1:** Welche Herausforderungen oder Chancen ergeben sich aus dieser Form der Zusammenarbeit?
- **Nebenfrage 2:** Welche Gelingensfaktoren bedingen eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit?

METHODE

Das methodische Vorgehen bezieht sich auf den qualitativen Teil aus einer zweiarmligen Querschnittsstudie mit externer Methodentriangulation, wobei das Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse (QIA) nach Kuckartz (2016) per MAXQDA-Software zum Einsatz kam. Durch den systematischen und regelgeleiteten Einsatz der QIA sollen Erfahrungswerte oder Meinungsbilder der Interviewten aus der intraprofessionellen Zusammenarbeit sichtbar gemacht werden und ihre Einflüsse auf die soziale Interaktion (Lisch & Kritz, 1978) im intraprofessionellen Team abbilden. Als schlussfolgernde Methode (Mayring, 2015) soll der Einsatz der QIA Wichtiges, Neues oder Unerwartetes zur hermeneutischen Interpretation (Kracauer, 1952; Kuckartz, 2016) identifizieren und Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit als Erkenntnisgewinn ableiten.

In das Projekt eingeschlossen wurden berufsfachschulisch ausgebildete Inhaber/-innen von Berliner Praxen bzw. fachliche Leitungen aus der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer akademischen Qualifikation im Gegenstandsbereich ihres erlernten Therapieberufes sowie Personen aus benachbarten Berufen. Der Zugang zum Feld wurde aus Gründen der besten Erreichbarkeit (Mummendey & Grau, 2014, S. 91) topografisch für den Berliner Raum definiert. Das weitere Sampling erfolgte aufgrund zeitlicher, finanzieller sowie personeller Mittel nach dem Convenience-Prinzip der einfachsten Zugänglichkeit (Flick, 2016, S. 166) offen und per Snowball-Sampling (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010) über vorhandene E-Mail-Verteiler und bestehende berufliche Kontakte mit umfassender Information und Aufklärung der Teilnehmenden. Nichtteilnehmende nannten die Sorge vor mangelndem Datenschutz, Zeitgründe oder fehlende Motivation.

Im Frühjahr 2017 wurden den interessierten Personen die Informationsschreiben zugestellt und bei schriftlicher

Abbildung 1: Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse (zit. n. Kuckartz, 2016)

Einwilligung Interviewtermine vereinbart. Die persönlichen Interviews ($n=9$) mit drei Ergotherapeutinnen (zwei Niedergelassene, eine Fachbereichsleitung), drei Logopädinnen sowie zwei Physiotherapeutinnen und einem Physiotherapeuten in eigener Niederlassung fanden in den Praxisräumlichkeiten der Interviewten von Anfang März bis Ende Mai 2017 in Berlin statt. Zum Zeitpunkt der Interviews lag das mittlere Alter bei 41,2 Jahren ($SD\pm 12,9$) und die Leitungserfahrung bei 9,4 Jahren ($SD\pm 5,7$). Die Teamgrößen variierten zwischen kleineren Teams mit drei und größeren mit mehr als neun Angestellten, wobei die Zahl der Teammitglieder mit akademischem Hintergrund zwischen eins und fünf lag. Die Interviewdauer lag bei 43,3 ($SD\pm 9$) Minuten, und die Interviews wurden von einem Logopäden und Gesundheits- und Pflegewissenschaftler durchgeführt. Die Befragung erfolgte mittels eines halbstrukturierten Leitfadens in Form von fokussierten Interviews (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). Als Fokus dienten im Themenkomplex I des halbstrukturierten Leitfadens provozierende Aussagen aus einer vorangegangenen Online-Befragung von niedergelassenen Therapeuten/-innen (Schönfeld & Luderer, 2018), die als Erzählstimulus genutzt wurden, um das freie themenbezogene Explorieren der Befragten anzuregen. Die folgenden Themenkomplexe II–V beschäftigten sich mit dem Erleben oder den Meinungen zur intraprofessionellen Zusammenarbeit, den daraus resultierenden Chancen und Herausforderungen für das jeweilige Team und schließen mit Fragen nach Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit ab. Zu jedem Interview wurde ein Memo (Postskriptum) angefertigt, das über die Interviewsituation selbst, die Rahmenbedingungen, die Gestaltungselemente sowie die Wahrnehmung des Interviewers Auskunft gibt und in die

Fallzusammenfassung (Case Summaries) eingeflossen ist. Die Interviews wurden im Anschluss wörtlich und in Schriftform in die MAXQDA-Software übertragen und dabei leicht geglättet an das Schriftdeutsch angenähert (Fuß & Karbach, 2014; Kuckartz, 2016). Personen- und Ortsangaben wurden pseudonymisiert.

Erweitert wurde die Analyse durch Freitextnennungen aus dem quantitativen Studienarm dieses Projektes, in dem eine Online-Befragung in den per Zufallsauswahl bestimmten Bundesländern Hamburg, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Hessen durchgeführt wurde (computerbasierte Zufallsauswahl von $n=1.848$ Praxen mit einem Rücklauf von $n=199$, davon Ergo: $n=68$, Logo: $n=87$, Physio: $n=44$) sowie der vorgeschalteten deskriptiven Pilotstudie mit $n=108$ teilnehmenden Berliner Praxen der Logopädie (Schönfeld & Luderer, 2018). In diesen Online-Befragungen hatten die Leitungspersonen die Möglichkeit, nach dem Ausfüllen eines teilstandardisierten Fragebogens ihre eigenen Erfahrungen zur Akademisierung der Therapieberufe in einem abschließenden Freitextfeld in wenigen Sätzen niederzuschreiben, wovon $n=85$ Gebrauch machten. Die Freitextnennungen wurden in einem Dokument gebündelt und in die QIA integriert.

Die Analyse folgte der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016), bei der, ausgehend von der jeweiligen Forschungsfrage, herausragende relevante Textstellen markiert wurden, um daraus thematische Hauptkategorien zu entwickeln, die im gesamten Material zirkulär codiert wurden (vgl. Abb. 1).

Im Anschluss daran wurden die Textpassagen gleicher Hauptkategorien zusammengestellt und durch induktives Bestimmen am Material um entsprechende Subkategorien erweitert. So konnte ein Kategoriensystem, bestehend

Abbildung 2: Kategoriensystem in MAXQDA (eigene Darstellung)

Tabelle 1: Kategorienhandbuch für die Subkategorie „Erfahrung“ (zit. n. Kuckartz, 2016)

Kategorienhandbuch			
Haupt-/Subkategorien	Definition	Schlüsselwörter	Ankerbeispiel
Subkategorie: „Erfahrung“ Einschluss: eigens gemachte Erfahrungen aus dem Berufsalltag Ausschluss: gemachte Erfahrungen aus dem Berufsleben anderer	Bei praktischer Arbeit gewonnene Kenntnis, Beschreibung von Erlebnissen aus der intradisziplinären Zusammenarbeit	Erleben, Erfahren, Zusammenarbeit, Wissen, Kennenlernen, bei uns im Team, usw.	FT 199: „Die Zusammenarbeit mit akademisierten Therapeutinnen erlebe ich als sehr befruchtend.“

aus vier Hauptkategorien, 12 Subkategorien der Ebene I und 13 Subkategorien der Ebene II, entwickelt werden (vgl. Abb. 2).

Für die Kategorien wurde ein Kategorienhandbuch mit zugehörigem Codierleitfaden für die Analysegruppe erstellt, das die entsprechenden Kategorien benennt und definiert sowie Schlüsselwörter setzt und ein entsprechendes Ankerbeispiel einschließt (vgl. Tab. 1). Für die Sicherstellung der methodischen Qualität wurden mehrere Maßnahmen ergriffen: Das gesamte Material wurde in drei Durchläufen codiert und dabei eine Stabilität des eigenen Codierverhaltens auf Segmentebene als Intracoder-Übereinstimmung (Rädiker & Kuckartz, 2019) von bis zu 72% erzielt. Die Textanalyse ließ nach dem Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem im dritten Durchlauf (vgl. Abb. 1) eine Datensättigung

erkennen, da keine weiteren Erkenntnisse oder Informationen auftauchten und vermehrt Doppelungen im Material auftraten, welche die bestehenden Kategorien lediglich bestätigten. Die angefertigten Case Summaries wurden zur Vermeidung von Fehlinterpretationen an die Interviewpartner/-innen gesendet und inhaltlich bestätigt. Durch eine Forschergruppe, bestehend aus drei Bachelor-Studierenden für Ergotherapie im fünften Fachsemester der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, wurde 1/3 des Textmaterials einer gleichzeitigen und unabhängigen Gegencodierung unterzogen (ebd.), um zu bestimmen, inwieweit die Themen, Aspekte und Phänomene im Datenmaterial den gleichen Kategorien zugeordnet werden konnten (ebd.). In den Datensätzen der computergestützten qualitativen Datenanalyse wurde eine Übereinstimmung von bis zu 65 % ermittelt. Im Anschluss daran erfolgte eine konsensuelle Entscheidungsfindung in

Tabelle 2: Ankerzitate für die Hauptfragestellung „Erfahrungen“ (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	Subkategorie	Ankerzitate
Prägung: Umfasst komplexe Beschreibungen von Erfahrungen oder Meinungen, welche die Sichtweise auf akademisierte Angestellte prägen.	Erfahrungen: Umfasst bei praktischer Arbeit gewonnene Kenntnisse und beschreibt konkrete Erlebnisse aus der intradisziplinären Zusammenarbeit.	I 3: „Die haben manchmal ganz viel Angst vor der Praxis. (...), die fürchten sich wirklich vor genau dieser Herausforderung, das dann praktisch umzusetzen.“ (I 3, Logo, Abs. 40)
		I 4a: „(...) Ich habe eher erlebt, dass sie wissen, wo ihre Defizite liegen und eher schnell bemüht sind, sich fachlich weiter zu qualifizieren. Und das sind auch die, die auch immer als Erstes fragen, wie sieht es denn mit Fortbildungen aus, Frau L., ja? (...). Der Patient soll zufrieden und möglichst, dass es ihm besser geht, auch die Praxis verlassen. (...). Das sind nicht unbedingt die Qualifikationen, die ich bei einer Akademisierung lerne, ja. Sondern das sind eben spezielle Behandlungsmethoden, spezielle Griffe, ein weiterer Blick, um die Ganzheitlichkeit des Patienten, was man alles mit einbeziehen kann.“ (I 4, Physio, Abs. 10 & 28)
		I 4b: „Ja, ich sage mal, meine Erfahrung ist die, dass sie niemals lange bleiben. (...). Es sind oft die, die nach dem Studium kommen und sich noch mal orientieren, darüber nachdenken, ob sie vielleicht noch einen Master ranhängen, dann vielleicht weniger Stunden bei mir arbeiten und nebenher noch studieren. (...). Aber oft sind sie dann noch am Anfang in einer Orientierungsphase und gucken, ob sie wirklich am Patienten bleiben, oder ob sie was anderes machen. Ich habe schon viele Akademisierte kennengelernt, die vom Patienten weggegangen sind, ja. (I 4, Physio, Abs. 22)
		I 8: „Aber ich finde das eigentlich sehr angenehm, dass da noch mal einer so dieses ‚auf andere Zugehen mit frischem Wind‘ betreibt.“ (I 8, Ergo, Abs. 26)

der Forschergruppe, bei der die nicht-deckungsgleichen Codierungen bis zur Konsensfindung diskutiert wurden. Bei der abschließenden Analyse wurden die wichtigsten Ergebnisbausteine in zwei Schritten überprüft: Im ersten Schritt erfolgte ein halbstrukturiertes und leitfadenorientiertes Experten-Interview zur Bestätigung bisheriger Ergebnisse. Im zweiten Schritt wurden die bestätigten Ergebnisse verschriftlicht und zur Absicherung an die Interviewpartner/-innen weitergeleitet.

ERGEBNISSE

Die Hauptfragestellung widmet sich thematisch den Erfahrungswerten und Meinungsbildern der Befragten aus ihrer intraprofessionellen Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten. Die Nebenfragestellungen bieten Anhaltspunkte dafür, welche Herausforderungen, Chancen und Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit eine Rolle spielen.

Welche Erfahrungen oder Meinungen berichten berufsfachschulisch ausgebildete Leitungspersonen aus der intraprofessionellen Zusammenarbeit mit Therapeuten/-innen mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau?

Als ein Erfahrungswert wird angegeben, dass es akademisierten Kollegen/-innen an konkretem Praxiswissen im Umgang mit der Patientenklientel fehlt und es daher noch Verunsicherungen in der praktischen Umsetzung gibt (vgl. Tabelle 2, I 3, Logo). Dabei wird eine gewisse Unsicherheit in der körperbezogenen Arbeit mit der Patientenklientel und einer daraus resultierenden Vermeidungstendenz beobachtet. Die therapeutische Herangehensweise weist

teils auf eine eingeschränkte Kreativität in der praktischen Umsetzung hin:

„Die haben so wenig Praxiserfahrung und fragen so viel. Sie haben so keine Idee, wie sie das jetzt in der Therapie umsetzen können. (...). Es fehlt oft so dieses ‚Wie kann man es machen?‘ - so die Kreativität dann vielleicht an der Stelle.“ (I 7, Logo)

Jedoch zeigt die Erfahrung ebenso eine gute Selbstreflexion der eigenen Therapeutenrolle mit dem Bestreben, fachlich-handwerkliche Defizite durch Fort- und Weiterbildungsangebote zügig aufzuholen (vgl. Tabelle 2, I 4a, Physio). Zu diesem Zweck investieren die Praxisleitungen in ihre akademisierten Angestellten unter Bereitstellung von zusätzlichen zeitlichen und finanziellen Ressourcen, um einer Vernachlässigung patientenrelevanter Ziele (z. B. Schmerzlinderung, Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag, Anstieg der Lebensqualität) vorzubeugen. Mehrfach berichteten die Befragten zudem, dass die Arbeit an der Patientenklientel von den akademisierten Angestellten als Einstiegs- und Orientierungsphase und damit als Sprungbrett für das zukünftige Berufsleben betrachtet wird, um sich später für ein Anschlussstudium, die Freiberuflichkeit oder für Tätigkeiten in der Lehre/Forschung zu entscheiden (vgl. Tabelle 2, I 4b, Physio). Die erwähnten Fluktuationen mit geringer Praxisbindung an das Angestelltenverhältnis werden zudem durch die schlechte Vergütungssituation und die unbefriedigende berufliche Perspektive begünstigt.

Als ein positiver Effekt in der beruflichen Wirklichkeit wird bei akademisierten Angestellten ein umsichtiger Blick für eine anspruchsvolle Befundungs-, Behandlungs- und Evaluationsdokumentation erlebt: „Sie kann sehr gut kurz und knapp Berichte schreiben. Also einfach so, dieses es ist einfach so ein bisschen analytischer, ja. Die kann das irgendwie so sehr gut aufdröseln.“ (I 7, Logo)

Tabelle 3: Ankerzitate zur ersten Nebenfragestellung „Herausforderungen“ (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	Subkategorie	Ankerzitate
Herausforderung: Umfasst komplexe Beschreibungen von Kritikpunkten gegenüber akademisierten Angestellten in der intraprofessionellen Zusammenarbeit.	Praxisperspektive: Umfasst Faktoren, die sich negativ auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit auswirken.	FE 70: „Bei meinen Praktikantinnen, die derzeit ‚akademisch‘ ausgebildet werden, fällt mir vor allem deren HandlungsInkompetenz [sic!] auf und die völlig fehlende Fähigkeit, ihr Handeln vor der Folie ihres Studiums zu reflektieren.“ (FE 70, Logo, Abs. 11) I 9: „Andererseits gibt es, glaube ich, auch genug Menschen, die kein Abitur haben und trotzdem menschlich sehr, sehr toll sind und den Beruf super ausfüllen. (...), die fallen dann schon mal weg. (...), vom Gefühl sind die ganzen Therapeutenberufe für mich halt keine Studienberufe. Das ist halt so was Praktisches. Man muss halt am Menschen arbeiten.“ (I 9, Ergo, Abs. 53)
	Barriere: Umfasst Faktoren, die sich negativ auf die Praxisstruktur auswirken.	I 3: „Aber ich finde auch nicht, dass wir das in den Praxen unentgeltlich leisten können (...). Ich habe am Anfang noch ein schlechtes Gewissen gehabt. Aber ich denke, ich lebe mit so einer schlechten Bezahlung. Ich kann nicht auch noch unentgeltlich praktische Ausbildung anbieten. Will ich nicht und werde ich nicht!“ (I 3, Logo, Abs. 4)
Verlangen: Umfasst komplexe Beschreibungen von Bedarfen.	Akademisierung: Umfasst konkrete Bedarfe an die Akademisierung.	I 1: „Der Akademisierte braucht Unterstützung. Der braucht während der Akademisierung den Anreiz, in der Zeit auch manuelle Therapie zu bekommen, auch die Lymphdrainage zu bekommen und vielleicht noch den Sportphysio oder Bobath oder, je nachdem, in welche Richtung der sich spezialisieren möchte, Atem oder was auch immer.“ (I 1, Physio, Abs. 36)
Praxisentwicklung: Umfasst komplexe Beschreibungen, mit welchen Hürden ambulante Praxen konfrontiert werden.	Vergütung, Krankenkasse: Umfasst konkrete Stellungnahmen zur aktuellen Vergütungssituation und daraus resultierenden Bedarfen.	I 8: „Also ich denke, da ist auch noch einiges an Arbeit, was Krankenkassenvergütung angeht (...), weil ich glaube nicht, dass viele Praxisinhaber den Lohn so zahlen, wie sie ihn zahlen würden. Ich glaube, viele hätten kein Problem damit, mehr zu zahlen, wenn sie könnten. Aber solange ich kostendeckend arbeite, habe ich da relativ schnell eine Grenze erreicht, die einfach nicht umstoßen werden kann, solange sich die Preise von der GKV nicht ändern.“ (I 8, Ergo, Abs. 74)
		FT 10: „Es verdeutlicht die Krux, dass die akademisierten Therapeuten sich den Mehrwert wünschen, aber in der aktuellen Gesundheitswirtschaft sich nicht widerspiegeln lässt. Und dass akademisierte Therapeuten immer noch die haltlose Entlohnungswahrnehmung besitzen, dass Titel gleich mehr Gehalt bedeutet, ist bedauerlich und faktisch falsch. (...) Solange die Krankenkassen (...) den Mehrwert zwischen allgemeinem Therapeut oder akademischem Therapeut nicht unterscheiden können, geschweige bezahlen werden, ist eine Differenzierung im Markt nicht gegeben.“ (FT 10, Physio, Abs. 44)

Aus ihrer Dokumentation heraus generieren sie entsprechende Datensätze, welche bspw. aus Fallbeobachtungen der Versorgungsforschung oder der Ausarbeitung von Leitlinien zugutekommen. In der konkreten Situation der intraprofessionellen Zusammenarbeit äußern sich die Befragten überwiegend positiv über ein respektvolles und wohlwollendes Miteinander im Praxisteam. Akademische Kollegen/-innen werden als frischer Wind erlebt, der das Team bereichert (vgl. Tabelle 2, I 8, Ergo).

Welche Herausforderungen oder Chancen ergeben sich aus dieser Form der Zusammenarbeit?

Vor dem Hintergrund einer möglichst hochwertigen Patientenversorgung als Kernkompetenz von ambulanten Praxen fokussieren die Befragten mit einem kritischen Blick die klinisch-praktische Ausbildung im Rahmen eines Hochschulstudiums. Sowohl in den Aussagen, die auf die Einstellung gegenüber der Akademisierung abzielen, als auch in der Beschreibung der erlebten beruflichen Wirklichkeit spielt die Sorge vor mangelnder klinisch-praktischer Kompetenz bei akademisierten Kollegen/-innen eine wesentliche Schlüsselrolle (vgl. Tabelle 3, I 70, Logo).

Akademisierte Angestellte benötigen aus Sicht der berufsfachschulisch ausgebildeten Leitungspersonen deutlich mehr Hilfestellung im praktischen Praxisalltag und damit einen höheren Betreuungsaufwand in der Arbeit sowie im therapeutischen Umgang mit der Patientenklientel (vgl. Tabelle 3, I 1, Physio). Es besteht damit die Herausforderung an die Hochschulen, den Erwerb eines praxistauglichen therapeutischen Handwerkszeugs und eines Menschenbildes im Sinne der Therapeutenpersönlichkeit nicht allein über unbezahlte Praktika in ambulanten Praxen abzugelten (vgl. Tabelle 3, I 3, Logo). Ebenso stellt die immer wieder erwähnte Vergütungssituation in den ambulanten Praxen für alle Teammitglieder eine große Herausforderung dar. Damit Niedergelassene mit Rücksichtnahme auf die unterschiedlichen Kompetenzen angemessene Gehälter zahlen können, soll ein Umdenken vonseiten der Kostenträgerinnen erfolgen. So bedarf es für eine höhere Praxisbindung aller Angestellten auch weiterhin deutlich höherer Vergütungssätze, um dauerhafte Vergütungsmodelle zu ermöglichen und die fachliche Kompetenz ausreichend wertzuschätzen: „Aber ich könnte zum Beispiel mit der reinen Kassenzulassung keinen Angestellten bezahlen, so wie ich das für wichtig empfinde“ (I 1, Physio). Viele Praxen wirtschaften im Rahmen eines Kleinunternehmens und können aufgrund

Tabelle 4: Ankerzitate zur ersten Nebenfragestellung „Chancen“ (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	Subkategorie	Ankerzitate
Chancen: Umfasst komplexe Beschreibungen, aus der intradisziplinären Zusammenarbeit zu profitieren.	Berufspolitik: Umfasst konkrete Beschreibungen für eine Steigerung des berufspolitischen Mehrwertes.	I 7: „Ich denke, dass wir einfach aus diesem ‚ach, das ist da so dieser Hausfrauenverein, und was die da irgendwo machen, die spielen da so rum‘, aus dieser Ecke einfach kommen würden. (...), dieses Selbstbild würde sich vielleicht einfach für den eigenen Therapeuten verbessern. (...), man würde einfach mehr auf Augenhöhe mit Ärzten kommunizieren können.“ (I 7, Logo, Abs. 18)
	Praxisperspektive: Umfasst den konkreten Gewinn aus der intradisziplinären Zusammenarbeit.	I 5: „Und da denke ich schon, dass das für die Praxis besser wird für die Argumentation, weil dann muss man sagen, die Akademiker können besser schreiben. (...) Wenn also für mich ersichtlich ist, dass die Leistung derjenigen mehr Kundenbindung macht, mehr Qualität reinholt, und wenn sie auch immer da sind, da mache ich keinen Unterschied zu, ne.“ (I 5, Physio, Abs. 21 & 29)

der noch zu niedrig angesiedelten Kassensätze lediglich kostendeckend arbeiten. Spielräume für unterschiedliche Entlohnungsmodelle gibt es nur wenige (vgl. Tabelle 3, I 8, Ergo). Aus Sicht der Befragten muss daher ebenso ein Umdenken in der Gruppe der Akademisierten bezüglich der Gehaltsforderungen erfolgen, da diese häufig noch zu hoch angesetzt sind und ein klarer Mehrwert alleinig durch die akademische Qualifikation nicht zu erkennen ist (vgl. Tabelle 3, I 10, Physio). Zudem werden klare Hinweise zu einer möglichen Übervorteilung von Akademisierten aufgrund ungenügender Übergangsregelungen genannt, die eine Existenzangst auslösen:

„Und weil für mich vielleicht keine vernünftige Übergangsregelung greift und ich dann weiterhin die schlechteste Entlohnungsgruppe bin und vieles vielleicht gar nicht mehr darf. (...). Und das würde ich persönlich schon als sehr ungerecht empfinden. (...). Aber ich weiß auch, dass es Leute gibt, die werden hinten runterfallen. Und die Wahrscheinlichkeit, dass ich dazugehöre, schätze ich mal nicht gering ein.“ (I 3, Logo)

Als Chance sehen die Befragten eine Aufwertung in der intraprofessionellen Zusammenarbeit mit akademisierten Kollegen/-innen durch den Austausch evidenzbasierter Praktiken, die im Team übernommen werden können. Eine wissenschaftlich orientierte Methodenkompetenz kann zudem zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit im Team führen und die Praxis nach außen hin aufwerten. Solch eine Aufwertung in der intradisziplinären Zusammenarbeit kann den Therapieberufen zu einem stabileren beruflichen Selbstbildnis verhelfen, und es ermöglicht eine symmetrische Kommunikation auf gleicher Augenhöhe mit anderen Akteuren/-innen aus dem Gesundheitswesen (vgl. Tabelle 4, I 7, Logo).

Das Praxisteam kann mithilfe der akademisierten Teammitglieder durch deren Strukturierungs- und Analysefähigkeiten bei gleichzeitig hochwertiger Evaluations- und Dokumentationskompetenz von Therapieverläufen profitieren. Die intraprofessionelle Zusammenarbeit im Team bietet demnach die Chance, das interne Praxisniveau anzuheben und dabei gleichzeitig nach außen hin werbewirksamer

zu werden. Ein hohes internes Praxisniveau wiederum kann sich aus Sicht der Befragten positiv auf die Therapieverläufe auswirken und somit die Patientenzufriedenheit und -bindung absichern. Die so entstehende Gelegenheit für eine umfangreiche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung bietet eine höhere Wirtschaftlichkeit (Tabelle 4, I 5, Physio).

Welche Gelingensfaktoren bedingen eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit?

Diese Frage fokussiert die Aufgabenstellung, welchen Einsatz die Befragten als Leitungspersonen ihrerseits für ein gutes Arbeitsklima im intraprofessionellen Praxisteam leisten müssen, um eine hochwertige Patientenversorgung perspektivisch abzusichern. So achten bei Neuanstellung einige Befragte darauf, dass es für alle neuen Teammitglieder gleiche Arbeitsplatzbedingungen sowie ein faires Einstiegsgehalt gibt (vgl. Tabelle 5, I 5b, Physio).

Eine höhere Anschlussentlohnung erfolgt unabhängig vom Berufsabschluss und orientiert sich an der Betriebszugehörigkeit, Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit in der Arbeit und an der Kundenbindung im unternehmerischen Sinne (vgl. Tabelle 5, I 5b, Physio). Dadurch kann ein gutes Arbeitsklima durch ein gleichberechtigtes Anbieten einer langfristigen Arbeitsperspektive bei gleichen Arbeitsbedingungen und einer fairen Grundvergütung erreicht werden (vgl. Tabelle 5, I 1, Physio). Die einheitliche Vergütung sollte vonseiten der Praxisleitung möglichst so hoch angelegt werden können, dass alle Angestellten zufrieden sind und ihren therapeutischen Aufgaben gerne nachgehen:

„Ich bin äußerst bemüht, dass der sich wohlfühlt und ausreichend verdient. (...). Ich möchte den Anreiz schaffen, dass die Arbeit sehr gut passiert. (...). Ich möchte natürlich den, mit dem ich hier arbeite und auch gewisse Energie in diese Person mitstecke, so lange wie möglich behalten. Und das kann ich natürlich darüber, dass ich sage: ok., du kriegst ausreichend Kohle.“ (I 1, Physio)

Tabelle 5: Ankerzitate zur zweiten Nebenfragestellung Gelingensfaktoren (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	Subkategorie	Ankerzitate
Praxisentwicklung: Umfasst komplexe Beschreibungen darüber, in welche Richtung(en) sich ambulante Praxen zukünftig entwickeln können.	Vergütung: Umfasst konkrete Vergütungsmöglichkeiten.	I 8a: „Wenn sich jetzt die Akademisierte zum Beispiel (...) sich so mit einem Thema befasst (...), dass wir alle davon total profitieren können, dann könnte ich mir wieder vorstellen, dass man da dann das auch mit vergütet. Wobei ich jetzt gedanklich eher bei einer Sonderzahlung wäre als jetzt bei einer Lohnerhöhung. (I 8, Ergo, Abs. 34)
	Praxisbindung: Umfasst konkrete Vorschläge zur Praxisbindung.	I 1: „Ich möchte den Anreiz schaffen, dass die Arbeit sehr gut passiert (...). Und aus dem Zweiten – ich möchte natürlich den, mit dem ich hier arbeite und auch gewisse Energie in diese Person mitstecke, möchte natürlich so lange wie möglich behalten. Und das kann ich natürlich darüber, dass ich sage, o. k., du kriegst ausreichend Kohle.“ (I 1, Physio, Abs. 24)
	Arbeitsinhalt: Umfasst konkrete Vorschläge für individuelle Tätigkeitsfelder.	I 4a: „Und ich versuche eigentlich die Stärken so in die Praxen einzubringen, dass die Patienten dementsprechend passen, oder jemand, der eine akademisierte Ausbildung gemacht hat, zum Beispiel auch mal ein bisschen was bei uns im Bereich des Qualitätsmanagements macht. Also ich finde, man muss eher sehen, wie man die Stärken einsetzt. Und dadurch entsteht dann auch keine Zwei-Klassen-Gesellschaft.“ (I 4, Physio, Abs. 10)
	Team: Umfasst konkrete Vorschläge für Team-Stabilität.	I 8b: „Ehrlichkeit, Kritikfähigkeit, aber auch Kritisierbarkeit, dass man wirklich auch gegenseitig Kritik üben darf und auch kann, und dass auch das Gefühl da ist, dass man das darf. Ich bin nicht der Chef, der sich gerne fünf Stufen höherstellt und sagt: du musst, du musst, du musst. Sondern das ist bei uns eher familiär gehalten. Also klar bin ich die große Familienmanagerin.“ (I 8b, Ergo, Abs. 24)
	Zusammenarbeit: Umfasst konkrete Leitbildgedanken.	I 4b: „Also ich glaube, dass ich das auch, wenn ich das nicht mehr vorlebe, die Zusammenarbeit, oder die Anerkennung aller Bereiche, wenn ich anfangs, Unterschiede zu machen, dann misslingt das. Ich glaube, der Fisch stinkt immer vom Kopf.“ (I 4b, Physio, Abs. 52)
Chance: Umfasst komplexe Beschreibungen, aus der intradisziplinären Zusammenarbeit zu profitieren.	Praxisperspektive: Umfasst den konkreten Gewinn aus der intradisziplinären Zusammenarbeit.	I 5b: „Wenn also für mich ersichtlich ist, dass die Leistung derjenigen mehr Kundenbindung macht, mehr Qualität reinholt, und wenn sie auch immer da sind, da mache ich keinen Unterschied zu, ne.“ (I 5, Physio, Abs. 29)

Vorstellbar sind finanzielle Sonderzuwendungen als einmalige Gratifikationen, wenn ein Teammitglied in der intraprofessionellen Zusammenarbeit einen deutlich erkennbaren Beitrag leistet, von dem alle profitieren können (vgl. Tabelle 5, I 8a, Ergo). Besonders die von der Qualifikation unabhängige und gleichgestellte Anerkennung von Leistung und Praxiserfahrung seitens der Praxisleitung kann einen wichtigen Beitrag für eine gelingende intraprofessionelle Zusammenarbeit im Team leisten (vgl. Tabelle 5, I 4a, Physio). Neben der erforderlichen fachlichen Kompetenz zählen für die Befragten hier besonders die eigenen berufspraktischen Fertigkeiten, wie zum Beispiel das Praxisengagement, das Interesse an der Arbeit und Therapiequalität der Angestellten oder die eigene Teamfähigkeit. Ebenso viel Wert wird auf einen lösungsorientierten, ehrlichen und kritikoffenen Umgang in einer Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens gelegt (vgl. Tabelle 5, I 8b, Ergo). Dafür bedarf es neben einer stabilen Führungspersönlichkeit einer offenen, kollegialen und eloquenten Haltung gegenüber allen Teammitgliedern. Unabhängig vom jeweiligen Berufsabschluss soll sich jedes Teammitglied gleichermaßen angenommen und respektiert fühlen und in seiner Arbeit Bestätigung finden. Um das zu erreichen, sollen die Leitungspersonen als vermittelnde

Instanzen Wert auf einen regelmäßigen kollegialen Teamaustausch sowie auf eine gleiche Gewichtung von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Teammitgliedern legen. Jeweilige Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen identifiziert und gefördert werden, um bei gleichgestellter Wertschätzung praxisrelevante Arbeitsfelder individuell zu besetzen:

„Die Leitung kann nach meiner Erfahrung die Ressourcen des akademischen Personals besser ein- und wertschätzen, sie fordern und fördern. Umgekehrt kann sie die Stärken der Berufsfachschul-ET stärken (...). Wird das Wissen in einer Praxis geteilt, ergeben sich ausgeglichene Behandlungsergebnisse hinsichtlich der Qualität sowohl bei akademisierten als auch bei nicht akademisierten ET.“ (FT 263, Ergo)

Dies gelingt dann, wenn die Leitungspersonen ein definiertes Praxisleitbild aufstellen, ein klares Rollenverständnis als Leitungspersonen an den Tag legen und trotz der individuellen Wertschätzung von unterschiedlichen Kompetenzen für ein konsequentes und gleichgestelltes Vorleben des Praxisleitbildes Sorge tragen (vgl. Tabelle 5, I 4, Physio).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zusammenfassend begrüßen die Befragten aus ihren Erfahrungen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit mit Akademisierten deren gute Selbstreflexion der eigenen Therapeutenrolle. Positiv bewertet wird ebenso das Bestreben, unzureichende berufspraktische Fertigkeiten durch Fort- und Weiterbildungsangebote zu schärfen, um der Patientenklientel mehr Sicherheit in der körperbezogenen Arbeit zu vermitteln. Erfahren wird zudem eine anspruchsvolle Patientendokumentation sowie der wohlwollende Umgang im Praxisteam.

Als Herausforderung wird der erhöhte Bedarf nach einer curricularen Verankerung notwendiger Module zum Aufbau einer praxisorientierten Therapeutenpersönlichkeit bereits während der Hochschulausbildung angesehen, um niedergelassene Praxen von unentgeltlichen Praktika zu entlasten. Akademisierte Kollegen/-innen bieten ebenso die Chance, das Praxisniveau anzuheben und die Patientenzufriedenheit und -anbindung abzusichern. Durch ihre forschungsgeleitete und evidenzbasierte Sicht können sie zudem das Therapiewesen in seinem beruflichen Selbstbild sowie dessen Anerkennung nach außen hin stabilisieren.

Eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit gelingt aus Sicht der Befragten durch das Vorleben eines Praxisleitbildes bei klarer Rollen- und Aufgabenverteilung. Zur Aufrechterhaltung der Praxisbindung an das Angestelltenverhältnis bedarf es einer wertschätzenden Orientierung an jeweiligen Kompetenzen sowie mehr Lohngerechtigkeit für unterschiedliche Qualifikationsniveaus.

DISKUSSION

Die Ergebnisse dieses Projektes bestätigen bisherige Literaturfunde mit ihrer Forderung nach einer transparenten Kommunikation bei gutem Führungsstil durch die Praxisinhaber/-innen (Mandl & Heim, 2016). Bestätigt wurden ebenso die niedrigen berufspraktischen Fertigkeiten (Hammer & Polchow, 2013). Die geringen Verdienstmöglichkeiten sowie eine gewisse Perspektivlosigkeit durch einen Mangel an Entwicklungs- und Aufstiegschancen (Schwarzmann et al., 2018) konnten die Ergebnisse ebenso unterstreichen, wie den Wunsch nach einer natürlichen Durchmischung von Praxisteams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus (Schönfeld & Luderer, 2018). Stellenangebote benötigen zukünftig mehr Attraktivität durch mehr Handlungsbefugnis (Ketels et al, 2015; HVG, 2019) zur Vermeidung von Fluktuationen. Im Hinblick auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit bestätigt dieses

Projekt einen Zugewinn, in dem sich Angestellte mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau in ihrer Arbeit gegenseitig befruchten und Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenzen (Paulicke, Richter & Hartinger, 2017) erweitern, was zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit im Team führen kann (ebd.).

Die vorgestellten Erfahrungswerte und Meinungsbilder bieten einen Einblick in das Miteinander zwischen Leitungspersonen und ihren Angestellten und beleuchten dabei die soziale Interaktion (Lisch & Kritz, 1978) im intraprofessionellen Team. Die Datenlage zeigt in ihrer Ausrichtung auf der bildungspolitisch bezogenen Makroebene die Notwendigkeit der Weiterentwicklung und curricular verbindlichen Implementierung von Modulen zum Aufbau einer praxisorientierten Therapeutenpersönlichkeit in der Hochschulausbildung. Auf der strukturbezogenen Mesoebene liefern die Stellungnahmen der Befragten einen Impuls, dass externe Praktika einer höheren Wertschätzung bedürfen, beispielsweise durch die klare Beschreibung von Tätigkeitsfeldern und der Ausarbeitung von Kooperationsverträgen zwischen Hochschulen und Praxen mit vereinbarten Vergütungssätzen. Die Bereitstellung solcher finanzieller Mittel kann jedoch nicht allein von den Hochschulen geleistet werden, sondern muss auf gesundheits- und bildungspolitischer Ebene ausgehandelt werden.

Auf der Mikroebene der intraprofessionellen Zusammenarbeit in Praxisteams mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau kann die Rolle als Leitungspersonlichkeit mit eigenem Führungsstil durch die Inanspruchnahme von Supervisions- oder Fort- und Weiterbildungsangeboten zusätzlich geschärft werden. An dieser Stelle bedarf es zusätzlich der berufspolitischen Unterstützung, um entsprechende Bildungsangebote mitzuentwickeln und bereitzustellen.

Methodendiskussion

Die interne Studiengüte (Kuckartz, 2016) wird durch das systematische und regelgeleitete Vorgehen (Mayring, 2015) in diesem Forschungsprojekt sichergestellt. Zur Beschreibung der externen Studiengüte (ebd.) wurden die Parameter „Übertragbarkeit“, „Verallgemeinerung der Ergebnisse“ sowie die „intersubjektive Überprüfbarkeit“ herangezogen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010; Kuckartz, 2016; Flick, 2016).

Zwar ist das hier angewendete Snowball-Sampling nach dem Convenience-Prinzip eher klein, was für qualitative Forschung nicht unüblich ist (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010), dennoch ist eine Kontrastierung durch die Diversität der verschiedenen Praxen und Tätigkeitsfelder (Paulicke, Richter & Hartinger, 2017) sowie aufgrund der

vielfältigen Berufsbiografien gegeben. Auf eine weitere Zielgerichtetheit wurde verzichtet, um eine möglichst breite Erfassung kontrastierender Fälle zu ermöglichen (Glaser & Strauss, 2010; Flick, 2016).

Die Analyseergebnisse wurden mit den Forschungsteilnehmenden durch schriftliche Diskussion auf ihre Übertragbarkeit intersubjektiv überprüft (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010; Rädiker & Kuckartz, 2019) und über die übereinstimmenden Rückmeldungen zu den Forschungsergebnissen im Rahmen der externen Studiengüte kommunikativ validiert (Kuckartz, 2016). Zudem stammen die hier vorgestellten Ergebnisse aus einer externen (*between-method*) Methodentriangulation (Flick, 2004), wodurch sich durch die Einnahme vielfältiger Perspektiven auf die Fragestellungen die Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit erhöht (Kuckartz, 2016) und eine Ergebnisreflexion und Interpretationssicherheit (Flick, 2016) ermöglicht wird. Dennoch kann wie in allen mündlichen Interviews das Vorhandensein konformitätserzeugender Antworttendenzen (Scholl, 2015), wie zum Beispiel die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit oder des sich selbst gut Darstellens (*impression- bzw. face-management*), nicht komplett ausgeschlossen werden. Zur Minimierung wurde während der Interviews Wert daraufgelegt, die Befragungssituationen möglichst offen zu halten. Bei den Freitextnennungen aus den Online-Befragungen war es nicht möglich, die Ausfüllsituation zu beobachten oder zu lenken. Jedoch beruhen alle Interviews und Freitextnennungen auf der Freiwilligkeit der Teilnahme und der Auskunftserteilung.

FAZIT

Seit Eröffnung der Modellklausel (2009) und den damit verbundenen heterogenen Qualifikationswegen in der Berufsausbildung wächst der Anteil der angestellten akademisierten Therapeuten/-innen auf dem ambulanten Arbeitsmarkt stetig an. Die Ergebnisse zeigen, dass ihre berufliche Eingliederung in gewachsene Strukturen in der Niederlassung dann gelingt, wenn sich alle beteiligten Akteure/-innen mit gegenseitiger Wertschätzung möglichst gleichberechtigt begegnen und ihre individuellen Kompetenzen gegenseitig anerkennen. Abzuwarten bleibt, ob es den Hochschulen gelingt, ihre interne praktische Ausbildungsqualität anzuheben und Module zur Ausbildung einer Therapeutenpersönlichkeit curricular zu verankern.

Zur Vermeidung einer „Zwei-Klassen-Gesellschaft“ in den Therapieberufen (Schönfeld & Luderer, 2018) werden möglichst flache Hierarchien unter den Angestellten gefordert, egal ob Fachkraft, Spezialist/-in oder Experte/-

in. Dabei wird von der Praxisleitung das konsequente Vorleben eines transparenten Praxisleitbildes bei klarem Rollenverständnis vorausgesetzt.

Zur Sorge veranlassen die Ergebnisse, die auf eine niedrige Praxisbindung akademisierter Nachfolger/-innen aufgrund zu geringer Entlohnung und fehlender Berufsperspektive hinweisen. Der Einstieg in den Praxisalltag im Rahmen einer Orientierungsphase, die bevorzugt als Sprungbrett für die weitere Karriere außerhalb der Praxis genutzt wird, kann als ein Hinweis auf eine Abwanderung von der praktischen Arbeit an der Patientenklinteilung gesehen werden.

In der Summe bedarf es neben dem Vorantreiben der grundständigen Akademisierung in den Therapieberufen einer prospektiven Fokussierung auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit in ambulanten Therapeutenteams, um die Tätigkeitsfelder der zukünftigen berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Therapeuten/-innen in ihrer Attraktivität aufzuwerten. Ein breiter Ausbildungszugang berufsinteressierter Menschen mit einer möglichst hochwertigen internen und externen praktischen Ausbildung bedingen die Notwendigkeit einer leistungsgerechten Vergütung im folgenden Arbeitsverhältnis. Dies ermöglicht eine höhere Praxisbindung mit stabiler Arbeitszufriedenheit in intraprofessionellen Teams.

Die Gesamtergebnisse dieser Studie bieten einen Handlungsbezug zur aktuellen berufspolitischen Professionalisierungsforschung in den Therapieberufen. Sie zeigen die übergeordnete Notwendigkeit einer möglichst zeitnahen Lösung für eine gesicherte Bestandsschutzsicherung mit klaren Übergangsregelungen als juristische Leitplanken für die berufsfachschulisch ausgebildeten Therapeuten/-innen und bestätigen gleichzeitig den Anpassungsbedarf von akademischen Ausbildungsinhalten (Schönfeld & Luderer, 2018). Auf Praxisebene bedarf es der Weiterentwicklung von Praxisstandards, z. B. durch Fortbildungsmöglichkeiten für Arbeitgeber/-innen bzw. Leitungspersonen, die neben der Teamstärkung zu einem einheitlicheren Niveau therapeutischer Einrichtungen führen kann. Dies würde ebenso den interprofessionellen Austausch zwischen den Therapieberufen erleichtern und einen Beitrag für eine flächendeckende therapeutische Versorgung im Sinne der *best practice* leisten.

DANK

Wir danken den Interviewpartnern/-innen sowie den Studierenden aus der Analysegruppe der Alice-Salomon-Hochschule Berlin für ihre Unterstützung und ihre Offenheit.

ETHISCHE PRÜFUNG

Es wurde kein Ethikvotum angefragt, da es sich bei dieser Studie um teilnehmende Fachpersonen handelt, die zum Zeitpunkt ihrer Mitarbeit eigenverantwortlich über ihre Teilnahme entscheiden konnten. Zur Einhaltung ethischer Richtlinien wurden die Befragten vor ihrer freiwilligen Teilnahme in mündlicher und schriftlicher Form über Inhalte und Zielsetzung dieser Studie aufgeklärt, ihr Einverständnis erfolgte in Schriftform. Zu Zwecken des

Datenschutzes wurden alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert und über Zugriffsschutz in elektronischer Form gesichert. Die aufgezeichneten Audiodaten werden nach Projektende vernichtet.

ERKLÄRUNG ZU INTERESSENSKONFLIKTEN

Seitens des Autors/der Autorin bestehen keine Interessenskonflikte.

Literaturverzeichnis

- Bundesagentur für Arbeit, S./A. (2018). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse. URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2018-06.pdf>. [Zugriff am 29.08.2018].
- Bundesrat. (2016). Beschluss des Bundesrates. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. URL: [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/479-16\(B\).pdf;jsessionid=4A002022430352F4D38B996CFD1A02F9.2_cid382?__blob=publicationFile&v=5](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/479-16(B).pdf;jsessionid=4A002022430352F4D38B996CFD1A02F9.2_cid382?__blob=publicationFile&v=5). [Zugriff am 1.08.2018].
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). Pressemitteilung des BMG. Kabinett beschließt Bericht zur Modellklauseln zur akademischen Erstausbildung von Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2016/2016_3/160817-34_PM_Kab_Modellvorhaben_Gesundheitsberufe_.pdf. [Zugriff am 15.08.2018].
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). Predicting and changing behavior. The reasoned action approach. New York: Psychology Press.
- Flick, U. (2004). Triangulation: Eine Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (VS)/GWV.
- Flick, U. (2016). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7., überarbeitete Aufl. Reinbek: rowohlt's enzyklopädie.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen; Toronto: Barbara Budrich; UTB.
- Gerholz, K.-H. & Walkenhorst, U. (2016): Gestaltungsfragen zur Akademisierung der beruflichen Bildung am Beispiel der Gesundheitsfachberufe. In: Seifried, Jürgen [Hrsg.]; Seeber, Susan [Hrsg.]; Ziegler, Birgit [Hrsg.]. Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2016. Opladen; Berlin; Toronto: Barbara Budrich. S. 72–89.
- Hammer, S. & Polchow, S. (2013). Therapieberufe – quo vadis. Perspektiven von Angehörigen der Therapieberufe zu aktuellen und künftigen Entwicklungen im Kontext der Akademisierung – eine qualitative Untersuchung. Forum Logopädie, 1 (27), 10–13.
- Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe. V. (2019). Berufstätigkeit und Berufszufriedenheit von Therapeuten mit hochschulischer Ausbildung. URL: <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/ergebnisse-der-hvg-absolventenbefragung-zur-evaluation-von-primarqualifizierenden-bachelorstudiengaengen-fuer-therapeutische-gesundheitsfachberufe-physiotherapie-ergotherapie-logopaedie/>.
- Ketels, G., Schön, G., van den Bussche, H. & Barzel, A. (2015). Quo vadis Therapieberufe – wie sehen Physio- und Ergotherapeuten die Zukunft ihrer Berufe? Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 77 (11), e172-8. doi.org/10.1055/s-0034-1387711.
- Kracauer, S. (1952). The Challenge of Qualitative Content Analysis. Public Opinion Quarterly, 16, 631–642.
- Kuckartz, U. (2014). Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lisch, R. & Kriz, J. (1978). Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Reinbek: Rowohlt.
- Mandl, I. & Heim, S. (2016). Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen. Fragebogenerhebung unter den Mitgliedern des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. Forum Logopädie, 1 (31), 32–35.
- Paulicke, D., Richter, Robert, & Hartinger, M. (2017). Wissenschaftliche Qualifizierung der Therapieberufe in Deutschland aus Sicht der Arbeitgeber_innen. URL: <http://www.fh-burgenland.at/studieren/bibliothek/publikationen/>.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3., korrigierte Aufl. München: Oldenbourg.
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Robert-Bosch-Stiftung. (2013). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung. URL: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf. [Zugriff am 31.07.2018].
- Scholl, A. (2015). Die Befragung. 3., überarbeitete Aufl. Konstanz und München: UVK.

- Schönfeld, A. & Luderer, C. (2018). Der Logopaedus Academicus in der Niederlassung. Sichtweisen von Freiberuflern auf studierte Kollegen. *Praxis Sprache*, 2 (2), 77–82.
- Schwarzmann, A.-L. & et al. (2018). Ich bin dann mal weg. Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. *Forum Logopädie*, 32 (3), 22–27.
- Walkenhorst, U. (2011): Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe. Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang. URL: http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf. [26-09-2011].