

Wolfgang Schäberle

**Kohärenzgefühl, psychische  
Belastung und Nähe und Distanz  
in der physiotherapeutischen  
Einzelbehandlung**

**Schäberle, Wolfgang: Kohärenzgefühl, psychische Belastung und Nähe und Distanz in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung, Hamburg, disserta Verlag, 2019**

Buch-ISBN: 978-3-95935-495-0

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95935-496-7

Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2019

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

---

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Bedey Media GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Bedey Media GmbH  
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg  
<http://www.disserta-verlag.de>, Hamburg 2019  
Printed in Germany

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Ausbildung der Physiotherapie in Deutschland</b>	<b>10</b>
2.1	Historie	10
2.2	Ausbildungswege der Physiotherapie	13
2.2.1	Dreijährige Fachschulausbildung:	14
2.2.2	Hochschulstudium Bachelor of Science	17
2.2.3	Hochschulstudium Master of Science	19
2.3	Vergleich Tätigkeitsfelder Fachhochschule – Berufsfachschule	21
<b>3</b>	<b>Die physiotherapeutische Einzelbehandlung</b>	<b>25</b>
3.1	Ärztliche Verordnung	26
3.2	Zeitbudget	28
3.3	Räumliche Verhältnisse	29
<b>4</b>	<b>Das Verhältnis von Nähe und Distanz in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung</b>	<b>32</b>
4.1	Definitionen von Nähe und Distanz	33
4.2	Das Verhältnis von Nähe und Distanz in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung	34
4.2.1	Professionelle Nähe	35
4.2.2	Professionelle Distanz	36
4.2.3	Ungünstige Faktoren für das Verhältnis von Nähe und Distanz	37
<b>5</b>	<b>Die räumlichen Distanzzonen in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung</b>	<b>39</b>
5.1	Entstehung der räumlichen Distanzzonen	39
5.2	Proxemik	42
5.3	Die räumlichen Distanzzonen beim Menschen	43
5.3.1	Öffentliche Distanz	43
5.3.2	Soziale Distanz	44
5.3.3	Persönliche Distanz	44
5.3.4	Intime Distanz	45
5.3.5	Kulturelle Distanz und Nähe	45

5.4	Die physiotherapeutische Einzelbehandlung in der räumlichen Intimzone.....	48
<b>6</b>	<b>Psychische Belastung in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung</b>	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>Wandlung des Krankheitsverständnisses .....</b>	<b>56</b>
7.1	Das biomedizinische Krankheitsmodell .....	56
7.2	Definition von Gesundheit .....	57
7.3	Salutogenese.....	58
7.4	Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) .....	62
7.4.1	Das Gefühl der Verstehbarkeit (Sense of comprehensibility) .....	63
7.4.2	Das Gefühl der Handhabbarkeit (Sense of manageability).....	63
7.4.3	Das Gefühl der Sinnhaftigkeit (Sense of meaningfulness) .....	63
7.4.4	Die Ausprägung des Kohärenzgefühls.....	64
7.5	Salutogenese in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung .....	65
<b>8</b>	<b>Forschungsfragen und Hypothesen .....</b>	<b>67</b>
8.1	Forschungsfragen .....	67
8.2	Hypothesen:.....	68
<b>9</b>	<b>Untersuchung .....</b>	<b>69</b>
9.1	Geplante Stichprobe .....	69
9.2	Messinstrumente .....	70
9.2.1	Die Sense of Coherence-Scale (SOC-29).....	70
9.2.2	Fragebogen zur psychischen Belastung und zum Verhältnis von Nähe und Distanz in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung	72
9.2.3	Soziodemografische Variablen .....	72
9.2.4	Berufsspezifische Variablen.....	72
9.3	Durchführung des Pre-Tests.....	73
9.4	Durchführung der Untersuchung .....	73
<b>10</b>	<b>Statistische Auswertungen und Ergebnisse .....</b>	<b>75</b>
10.1	Stichprobenbeschreibung .....	75
10.1.1	Alter.....	75
10.2	Geschlecht x Altersgruppe .....	75
10.2.1	Geschlecht x Arbeitsform.....	76

10.2.2	Geschlecht x Arbeitsschwerpunkt.....	76
10.2.3	Geschlecht x Lebensform.....	77
10.2.4	Geschlecht x Kind(er) .....	77
10.2.5	Geschlecht x Ausbildungsform .....	78
10.2.6	Geschlecht x Berufsausbildung bzw. Studium abgebrochen.....	78
10.2.7	Geschlecht x Vorberuf.....	78
10.2.8	Altersgruppe x Arbeitsform .....	79
10.2.9	Altersgruppe x Schwerpunkt .....	79
10.2.10	Altersgruppe x Lebensform.....	80
10.2.11	Altersgruppe x Kinder .....	80
10.2.12	Altersgruppe x Ausbildungsform .....	81
10.2.13	Altersgruppe x Berufsausbildung/Studium abgebrochen .....	81
10.2.14	Altersgruppe x Vorberuf .....	81
10.3	Dauer der Berufstätigkeit in Jahren .....	82
10.4	Wochenarbeitszeit in Stunden.....	82
10.5	Teststatistische Überprüfung des Messinstrumentes zu psychischen Belastung, der Nähe und Distanz.....	83
10.6	Hypothesentestung .....	86
10.6.1	Unterschiedshypothesen.....	86
10.6.2	SOC-Skalen .....	87
10.6.3	Skalen der Belastung, Nähe und Distanz .....	87
10.6.4	Überprüfung der einzelnen Vignetten.....	88
10.7	Regressionsanalyse (Zusammenhangshypothesen) .....	91
10.7.1	Vorhersage des SOC-Gesamtwertes .....	91
10.7.2	Vorhersage der drei Subskalen des SOC.....	92
10.7.2.1	Verstehbarkeit.....	92
10.7.2.2	Handhabbarkeit.....	92
10.7.2.3	Sinnhaftigkeit.....	93
<b>11</b>	<b>Diskussion und Einordnung in die neuere Literatur .....</b>	<b>94</b>
11.1	Sozial- und Berufsvariablen.....	94
11.2	Psychische Belastung, emotionale (Sympathie/Antipathie), räumliche und kulturelle Nähe und Distanz.....	99

11.3 Gesamt SOC und die drei Subskalen .....	106
11.4 Kritische Selbstreflexion.....	111
<b>12 Ausblick .....</b>	<b>112</b>
<b>13 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>113</b>
<b>14 Tabellen/Abbildungen .....</b>	<b>132</b>
14.1 Tabellen.....	132
14.2 Abbildungen.....	134
<b>15 Anhang.....</b>	<b>135</b>
15.1 Messinstrumente .....	135
15.1.1 SOC-29 .....	135
15.1.2 Sozial- und Berufsvariablen.....	140
15.1.3 Fragebogen Distanz und Nähe .....	142
15.2 Datenfile.....	153
15.2.1 Chi <sup>2</sup> und T-Test .....	153
15.2.2 Korrelationen.....	174
15.2.3 Reliabilität .....	177
15.2.4 Multi- und univariate Analyse.....	194
15.2.5 Regressionsanalyse.....	207

# 1 Einleitung

Laut dem Gesundheitsreport der deutschen Techniker Krankenkasse zeigte sich in den Jahren 2000-2014 bei Berufstätigen eine Zunahme der durch psychische Berufsbelastungen bedingten Fehlzeiten von 85% (Techniker-Krankenkasse, 2015). Dabei zeigte die Berufsgruppe der Physiotherapie laut dem Branchenreport der Innungskrankenkasse innerhalb der medizinischen Berufe den drittniedrigsten Krankenstand (Innungskrankenkasse, 2007).

Der Berufsalltag der Physiotherapie zeigt einen täglich intensiven Umgang mit Patient/innen, vergleichbar mit dem anderen Berufsgruppen im medizinischen Umfeld, wie Krankenpflege, Arztstand, Logopädie, Ergotherapie u.a. Auch die Aufgabengebiete der Physiotherapie sind vergleichbar mit den o.a. Berufen und umfassen einen Großteil der medizinischen Einrichtungen, wie Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, ambulante Praxen etc.

Eine berufsspezifische Besonderheit ist die 1:1 Situation in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung. Hierbei verbringt die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut ca. 20-30 Minuten mit einer zumeist fremden Person, häufig mit Körperkontakt. Dabei behandelt eine Vollzeitkraft durchschnittlich 20 Patient/innen täglich.

Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage ob es Faktoren gibt, die zu dem o.a. niedrigen Krankenstand beitragen trotz der möglichen beruflichen Belastungen. Ein Faktor könnte das Kohärenzgefühl nach Antonovsky (1979) als eine grundlegende Bewältigungsressource sein.

Mit der vorliegenden Arbeit soll eruiert werden, ob das Kohärenzgefühl einen Bezug zu dem Nähe- und Distanzverhältnis und einer möglichen psychischen Belastung in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung hat.

## **2 Ausbildung der Physiotherapie in Deutschland**

### **2.1 Historie**

Die Etablierung der Physiotherapie in Deutschland wird auf den Schweden Per Henrik Ling zurückgeführt. Dieser gründete und leitete 1813 das königliche gymnastische Institut in Stockholm, Schweden, und benannte es als die schwedische Heilgymnastik (Hüter-Becker & Dölken, 2004). Sie wurde von dem Berliner Arzt A. C. Neumann (1803-1876) nach Deutschland gebracht. Sein Antrag zur Etablierung des neuen Berufes für Frauen wurde von staatlicher Seite abgelehnt. Trotzdem bildete er 1853 in seiner neu eröffneten Schule für Frauen die ersten Gymnastinnen aus. Unter anderem da er ein Verfechter der Emanzipation von Frauen in Berufen war (Hüter-Becker & Dölken, 2004). Die Tätigkeit der Krankengymnastik war einer der ersten von Frauen dominierten Berufe Deutschlands. Ein Novum unter den damaligen Zeitgeist.

Im Jahr 1900 wurde in Kiel durch den Arzt J. H. Lubinus die erste Lehranstalt für Heilgymnastik mit staatlicher Genehmigung gegründet. Die Ausbildungsdauer betrug zwei Jahre und beinhaltete die orthopädisch-medizinische Gymnastik und Massage (Steinecke, 2009). Da A. C. Neumann zu diesem Zeitpunkt bereits verstorben war konnte er die Verwirklichung seiner Vision des anerkannten Berufs der Gymnastikerin nicht mehr erleben (Steinecke, 2009).

1919 wurde die sächsische Staatsanstalt für Krankengymnastik gegründet. Sie war nach 19 Jahren die zweite Lehranstalt für Heilgymnastik in Deutschland. Hierbei wurde erstmals der Begriff Krankengymnastik verwendet (Hüter-Becker & Dölken, 2004). Bedingt durch die unzähligen Kriegsverletzten des ersten und zweiten Weltkrieges (1914-1918 und 1939-1945) stieg die Nachfrage nach Krankengymnast/innen massiv an. Neben dem kriegsbedingten neuen Aufgabengebiet innerhalb der Chirurgie, etablierte sich die Krankengymnastik auch zunehmend in dem Fachbereich der Neurologie. Dies begründete sich zum einen auf den neurologisch geschädigten Soldaten durch den Einsatz von Giftgas im ersten Weltkrieg und zudem auf die Ausbreitung der Kinderlähmung. (Hüter-Becker & Dölken, 2004). Da der Bedarf an krankengymnastischen Behandlungen die Anzahl der ausgebildeten Krankengymnast/innen überwog, zeigte sich nach dem Ende des zweiten Weltkrieges eine heterogene Situation. Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Sportlerinnen und Sportlehrer, sowie kaum ausgebildete Helferinnen und Helfer therapierten nach konkurrierenden Konzepten und auf unterschiedlichem Ausbildungsniveau (Kohlwes, 2009).

Dies führte 1948 zu einer Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Orthopädie in deren Fachzeitschrift. Sie kamen zu dem Schluss, dass die gegenwärtige Vielzahl an ungenügend ausgebildeten Kräften eine ernsthafte Gefahr für die Volksgesundheit darstellte.

Ähnlich sahen es 1948 elf Krankengymnastinnen und gründeten die Gruppe 48, in Anlehnung an die Jahreszahl. Ihr erklärtes Ziel war es zunächst eine Dachorganisation für den Beruf der Krankengymnastik zu etablieren, auch ohne die staatliche Berufsankennung. Bis zu diesem Zeitpunkt waren lediglich die Ausbildungseinrichtungen staatlich anerkannt, nicht jedoch der Beruf der Krankengymnastik als solcher (Kohlwes, 2009). Ein Jahr später veröffentlichte die neu gegründete Dachvereinigung die erste Fachzeitschrift für Krankengymnastik. Das erklärte Ziel der Zentralorganisation für Krankengymnastik war die staatliche Anerkennung des Berufsstandes.

Mit dem Gleichberechtigungsgesetz für Frauen im Jahr 1957 (Bundesgesetzblattanzeiger, 2016) wurde die Basis zur Berufsausübung der Frau ohne die Zustimmung ihres Mannes gesetzlich verankert. Aufgrund der massiven Forderung gegenüber dem Gesetzgeber durch die Zentralorganisation für Krankengymnastik, mit Unterstützung der deutschen Gesellschaft für Orthopädie, wurde am 01.07.1959 das bundeseinheitliche Berufsgesetz für die neu definierten Berufe der Krankengymnast/innen, Masseur/innen und der medizinischen Bademeister/innen durch den Bundestag genehmigt (Kohlwes, 2009). Die Ausbildung zur Krankengymnastin oder zum Krankengymnasten wurde durch das neue Gesetz erstmalig bezüglich der Ausbildungsdauer und Inhalte verpflichtend definiert. Die berufsschulische Ausbildung betrug zwei Jahre in Vollzeit und endete mit einem Staatsexamen. Im Anschluss musste ein Vollzeit-Anerkennungsjahr in einer Klinik mit entsprechenden Fachbereichen absolviert werden um von dem zuständigen Regierungspräsidium die staatliche anerkannte Berufsurkunde zu erhalten.

Eine Novellierung des Berufsgesetzes von 1958 erfolgte im Jahr 1994. Das Anerkennungsjahr wurde in die Berufsausbildung integriert. Fortan belief sich die Ausbildungsdauer auf drei Jahre. Bei erfolgreichem Abschluss wurde und wird die staatlich anerkannte Berufsurkunde ausgehändigt. Diese berechtigte zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes und zur Beantragung der Kassenzulassung für die Tätigkeit als selbstständig niedergelassene Krankengymnastin oder niedergelassenen Krankengymnasten. (Kohlwes, 2009).

Eine weitere Auswirkung der Novellierung war die Änderung der Berufsbezeichnung. Aufgrund der zunehmenden Liberalisierung des europäischen Arbeitsmarktes war es für deutsche Krankengymnast/innen grundsätzlich möglich innerhalb Europas zu arbeiten. Hierbei zeigte sich, dass der Begriff Krankengymnastin/Krankengymnast im europäischen Ausland nicht gebräuchlich war. Es wurde, außer in Deutschland, in allen europäischen Ländern die Berufsbezeichnung Physiotherapeutin/Physiotherapeut verwendet. Eine berufliche Anerkennung war schon rein begrifflich nicht möglich. Deswegen wurde durch die Novellierung gesetzlich festgelegt, dass Krankengymnastinnen und Krankengymnasten zukünftig die Berufsbezeichnung Physiotherapeutin/Physiotherapeut führen dürfen. Der Beruf der medizinischen Bademeisterin/des medizinischen Bademeisters wurde in den Beruf der medizinischen Masseurin/des medizinischen Masseurs integriert. Somit gab es nur noch zwei Berufe. Die Physiotherapeutin/den Physiotherapeuten und die Masseurin/den Masseur (Hüter-Becker & Dölken, 2004).

Im Unterschied zu den europäischen Ländern blieb die Ausbildung zur Physiotherapeutin/zum Physiotherapeuten in Deutschland eine Berufsfachschulausbildung und endete mit einem Berufsfachschulzeugnis, während im europäischen Raum die Physiotherapie ein Hochschulstudium war und mit einem Diplom beendet wurde. Dies bedeutete für deutsche Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten nicht im europäischen Raum beruflich tätig sein zu können, da dort die Befugnisse, rechtliche Rahmenbedingungen und Ausbildungsinhalte erhebliche Differenzen zwischen den Hochschulabschlüssen und den deutschen Berufsfachschulabschlüssen zeigten. Diese Situation widersprach den Vorgaben der Europäischen Union zur beruflichen Chancengleichheit und bilateraler beruflicher Anerkennung. (Hüter-Becker & Dölken, 2004).

Mit dem 1999 ratifizierten Bologna-Abkommens, dessen Ziel die Angleichung der europäischen Bildungssysteme und deren Abschlüsse sowie die damit verbundenen Einführung der Bachelor und Master Abschlüssen in Deutschland war, wurde die grundlegende Möglichkeit einer Akademisierung der medizinischen Fachberufe geschaffen (Physiotherapie, 2015). Aufgrund des Bologna-Abkommens bestand seit 2001 für das Berufsbild der Physiotherapie die Möglichkeit an Hochschulen einen Hochschulabschluss zu erreichen. Dieser war als Aufbaustudium zu verstehen (Physiotherapie, 2015). Durch einen Beschluss des deutschen Bundestags im Jahr 2009 wurde eine Modellklausel für medizinische Fachberufe eingeführt. Diese ermöglichte den Ländern die Einrichtung zu

grundständigen Hochschulstudiengängen für medizinische Fachberufe. Das Modell besteht bis 2017. Danach soll über den weiteren Verlauf richtungsweisend entschieden werden (Physiotherapie, 2015).

Der deutsche Wissenschaftsrat forderte hierzu im deutschen Ärzteblatt die baldige Zustimmung zur Akademisierung der medizinischen Fachberufe. Er verweist dabei auf den demografischen Gesellschaftswandel und der zunehmenden Multimorbidität kranken Menschen. Eine Vernetzung der medizinischen Berufsgruppen auf akademischer Basis wurde als notwendig erachtet, um die qualitative Versorgung der Patienten zu gewährleisten (Wissenschaftsrat, 2014).

## **2.2 Ausbildungswege der Physiotherapie**

Gegenwärtig bestehen verschiedene Möglichkeiten der Ausbildung und des Studiums der Physiotherapie. An staatlichen oder privaten Berufsfachschulen kann durch eine 3-jährige Berufsfachausbildung der medizinische Fachberuf Physiotherapie erlernt werden. Auf akademischer Ebene kann der Bachelorstudiengang „Physiotherapie B.Sc.“ und der Masterstudiengang „Physiotherapie M.Sc.“ absolviert werden, als Primärstudium in Vollzeit oder berufsbegleitend (Physiotherapie, 2015). Bei einem berufsbegleitenden Studium ist die Voraussetzung neben dem Abitur eine erfolgreiche Ausbildung zur Physiotherapeutin/zum Physiotherapeuten, oder eine duale Ausbildung. Bei Letzterem muss die Studentin/der Student zum Studium parallel eine Berufsfachausbildung in der Physiotherapie durchlaufen. Unabhängig von der Form des Studiums sollen die Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen alle Inhalte der Berufsfachschulausbildung erlernen, um nach Abschluss des Studiums die praktischen Fähigkeiten zur Ausübung des Berufes nachweisen zu können. Die zusätzlichen Inhalte des Hochschulstudiums sollen die wissenschaftlichen Grundlagen vermitteln, sowie auf leitende und oder lehrende Aufgaben vorbereiten (Physiotherapie, 2015).

Es ist erklärtes Ziel des Gesetzgebers auch in Zukunft die Berufsfachschulausbildung zur Physiotherapie zu gewährleisten. Es soll eine Quote von maximal 20% physiotherapeutischer Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen erreicht werden. 80% sollen nach dem Willen des Gesetzgebers auf Basis einer Berufsfachschulausbildung tätig sein (Hüter-Becker & Dölken, 2004). Der Berufsverband der deutschen Physiotherapeut/innen verfolgt dem gegenüber das

Ziel einer generellen Akademisierung der Physiotherapie mit direktem Patientenzugang ohne ärztliche Verordnung (Physiotherapie, 2015).

### 2.2.1 Dreijährige Fachschulausbildung:

Die aktuelle Gesamtzahl von staatlich anerkannten Physiotherapiefachschulen in Deutschland beläuft sich auf 266 (Tabelle 1). Die Gesamtschüler/innenzahl für das Schuljahr 2013/2014 betrug 21.589 Schüler und Schülerinnen (Physiotherapie, 2015). Hierbei zeigt sich ein ausgeprägter Frauenanteil von 13.898 gegenüber 7.691 Männern (Tabelle 2). Es zeigt sich die in der Historie beschriebene Entwicklung der Physiotherapie als ein Beruf der seit seiner Entstehung überwiegend von Frauen gelernt wird.

#### Schulen der Physiotherapie in Deutschland

Im Jahr	Anzahl Schulen der Physiotherapie
2015	266
2014	264
2013	269
2012	274
2005	247
2001	234

Tabelle 1: Quelle: (Physiotherapie, 2015): Branchenreport

#### Schüler/innen der Physiotherapie in Deutschland,

Schuljahrgang	Alle Schüler	Frauen	Männer
2013/2014	21.589	13.898	7.691
2012/2013	21.893	14.257	7.636
2011/2012	22.557	14.854	7.703
2010/2011	23.097	15.516	7.581
2005/2006	25.799	18.223	7.576
2001/2002	20.812	15.824	4.988

Tabelle 2: Quelle: (Physiotherapie, 2015): Branchenreport

Am Beispiel der Lehrpläne des Staatsinstituts für Schulqualität und Bildungsforschung München (Bildungsforschung, 2013), eine Einrichtung des Kultusministeriums Bayerns, werden folgend die curricularen Inhalte der Berufsfachschulausbildung dargestellt.

Die u.a. Stundentafel des Lehrplans (Tabelle 3) zeigt die gesetzlich verankerten Fächer samt Stundenanzahl der physiotherapeutischen Fachausbildung. Die Stundenanzahl des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts beträgt 2900 Stunden. Die klinischen Praktika beinhalten 1600 Stunden. Dies ergibt eine Gesamtstundenanzahl der dreijährigen Berufsfachschulausbildung von 4500 Stunden (Bildungsforschung, 2013). Es zeigt sich bei der Stundenverteilung ein gegenläufiges Verhältnis von Schulunterricht und Praktika im Verhältnis zu den Ausbildungsjahren. Zu Beginn der Ausbildung überwiegt die Schulausbildung mit 1360 Stunden gegenüber 100 Stunden Praktika. Im letzten Ausbildungsjahr beträgt die Schulausbildung 540 Stunden und die Praktika 940 Stunden.

## 6 Ordnungsmittel und Stundentafel

Den Lehrplänen liegt die Schulordnung für die Berufsfachschulen für Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Massage und Orthoptik (Berufsfachschulordnung nichtärztliche Heilberufe – BFSO HeilB) vom 18. Januar 1993 (zuletzt geändert 05.09.2006 / 741) zugrunde.

### Stundentafel

Dem Lehrplan liegt die folgende Stundentafel zugrunde:

Fächer	1. Schuljahr	2. Schuljahr	3. Schuljahr	Stunden gesamt
<b>Theoretischer und fachpraktischer Unterricht</b>				
Wissenschaftliche Grundlagen	20	20	20	60
Berufs- und Staatskunde	20		20	40
Anatomie und Physiologie	240	80	60	380
Krankheitslehre	120	180	120	420
Angewandte Physik	40			40
Sozialwissenschaften	40	20		60
Prävention und Rehabilitation		40		40
Trainings- und Bewegungslehre	60	40		100
Physikalische Therapie (Theorie und Praxis)	120			120
Physiotherapeutische Anwendungen (Theorie und Praxis)	80	340	280	700
Physiotherapeutische Behandlungstechniken	340	160		500
Erste Hilfe	30			30
Bewegungserziehung	40	40	40	120
Befunderhebung	100			100
Massagetherapie	110	40		150
Zur Verteilung				40
Summe theoretischer und fachpraktischer Unterricht	1360	960	540	2900
<b>Praktische Ausbildung</b>				
Chirurgie				240
Innere Medizin				240
Orthopädie				240
Neurologie				240
Pädiatrie				160
Psychiatrie				80
Gynäkologie				80
Zur Verteilung				240
Sonstige Einrichtungen				80
Summe praktische Ausbildung	100	560	940	1600 <sup>d</sup>
Gesamtstundenzahl der Ausbildung	1460	1520	1480	4500

Tabelle 3: Quelle: (Bildungsforschung, 2013). Stundentafel

Jedes Fach ist inhaltlich in Lernfelder unterteilt. Die Lernfelder werden von staatlicher Seite nicht weiter spezifiziert. Die einzelnen Schulen haben Entscheidungsfreiheit wie die vorgegebenen Inhalte der Lernfelder interpretiert und daraus folgend mit welchem zeitlichen Umfang unterrichtet werden.

Die folgende Tabelle (Tabelle 4) zeigt beispielhaft das Fach Sozialwissenschaften als Lernfeld (Bildungsforschung, 2013).

## Sozialwissenschaften

<b>Inhalte</b>
Messinstrumente
Wahrnehmung
Persönlichkeit
<u>Sozialisation</u> Erziehungs- und Führungsstile Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes
Kritische Lebenssituationen
<u>Gesundheit und Krankheit</u> Bedeutung von Umwelt, Arbeit und Gesellschaft für die Gesunderhaltung Psychische und soziale Risikofaktoren in verschiedenen Lebensabschnitten Stress Bewältigungsstrategien von Krankheiten und Schmerz
<u>Kommunikation</u> Ebenen der Kommunikation, Kommunikationsmodelle Techniken der Gesprächsführung Bewältigung von Krisensituationen Interaktion der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen
<u>Soziale Rollen</u> Bildung sekundärer Gruppen Inter- und Intra-Rollenkonflikte Gruppendynamische Prozesse
<u>Lernen als lebenslanger Prozess</u> Gedächtnis Lerntheorien
<u>Motivation</u> Strategien
<u>Klienten-Compliance</u>
<u>Sterben und Tod</u> Sterbephasenmodell Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen

Tabelle 4: Quelle: (Bildungsforschung, 2013). Lernfeld Sozialwissenschaften

### **2.2.2 Hochschulstudium Bachelor of Science**

2015 werden in Deutschland 41 Bachelor-Studiengänge von staatlichen und privaten Hochschulen angeboten. Die frühere Bezeichnung Fachhochschule gibt es nicht mehr in Deutschland. Es wird nur noch zwischen Hochschulen und Universitäten unterschieden (Physiotherapie, 2015).

Laut einer Hochschulbefragung gab es in dem Zeitraum von 2003 - 2013 insgesamt 3193 Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten mit einem Hochschulabschluss in Physiotherapie (Physiotherapie, 2015). Davon waren 2.759 Bachelorabsolventinnen/Absolventen, 167 Masterabsolventinnen/Absolventen. Hinzu kamen 297 Diplom Inhaberinnen/Inhaber die während der Übergangszeit 2000 - 2003 zur Umstellung auf Bachelor-Studiengänge, eine Diplomstudium im europäischen Ausland absolviert hatten.

Eine Erhebung des statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2013 ergab hierzu einen prozentualen akademischen Anteil von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten von 2,3 %, bei einer Gesamtbeschäftigungsanzahl von 178000 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Bundesamt, 2013).

Am Beispiel der Hochschule Rosenheim im Bundesland Bayern wird folgend die Grundstruktur eines sieben semestrigen Vollzeitstudiums mit dem Hochschulabschluss Bachelor of Science mit 210 Credit Points (CP) dargestellt (Tabelle 5). Mit erfolgreichem Abschluss des sechsten Semesters wird die integrierte Berufszulassung zur Physiotherapeutin/zum Physiotherapeuten erreicht. Das siebte Semester dient der Bachelorthesis und endet mit dem Hochschulabschluss Bachelor of Science in Physiotherapie (Fachhochschule, 2015).

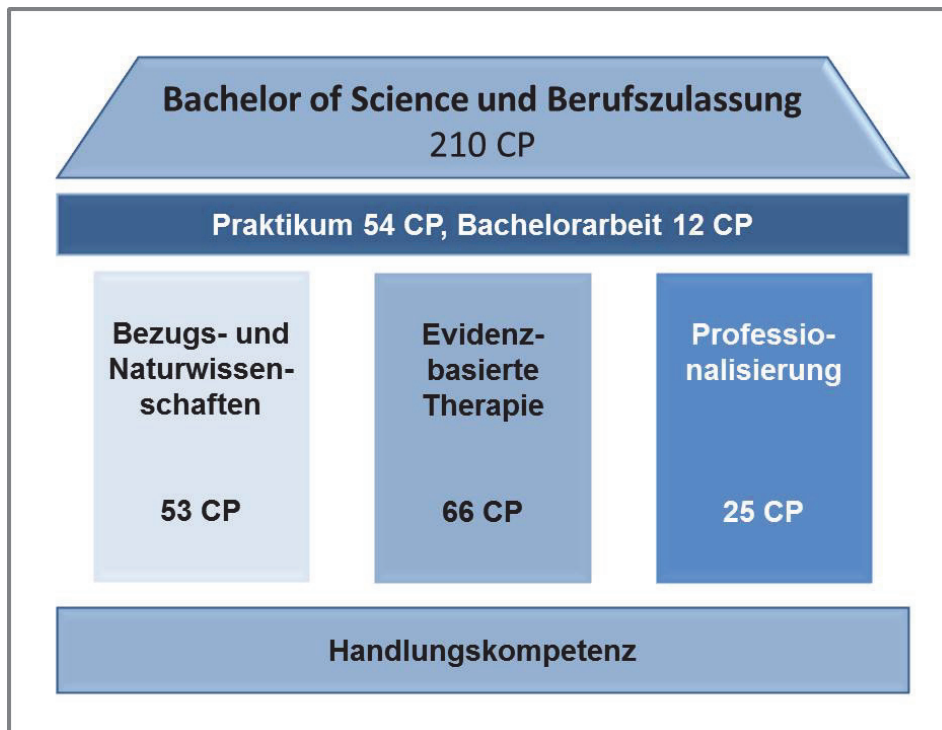


Tabelle 5: Quelle: (Fachhochschule, 2015). Grundstruktur Studium Bachelor of Science

Im Gegensatz zu der inhaltlich staatlich geregelten Fachschulausbildung, unterliegt die curriculare Gestaltung der Hoheit der Hochschule und den lehrenden Professorinnen und Professoren.

Durch die Gestaltungsfreiheit der einzelnen Hochschulen zeigt sich ein heterogenes Bild der Lehrinhalte bzw. der Schwerpunkte. Z. B. hat die Hochschule Rosenheim einen Fokus auf der Lehre von Evidenz basierter Praxis (Tabelle 6). Für angehende Studentinnen und Studenten führt dies zur Notwendigkeit sich zu Beginn des Studiums der persönlich Präferenzen bezüglich der Schwerpunkte bewusst zu sein um sich an einer entsprechenden Hochschule zu bewerben.

Unberührt davon besteht für alle physiotherapeutischen Hochschulen die bundesgesetzliche Verpflichtung die Inhalte der Berufsfachschule entsprechend den Vorgaben zu unterrichten (Physiotherapie, 2015).

Studienplan zur Studien- u. Prüfungsordnung für den Bachelorstudiengang Physiotherapie an der Hochschule Rosenheim						
Lehrplensemester						
1. Semester	2. Semester	3. Semester	4. Semester	5. Semester	6. Semester	7. Semester
Physiotherapeutische Diagnostik 9 CP	Funktionskreise - Bewegungssystem I 4 CP  Naturwissenschaftliche Grundlagen II 11 CP	Funktionskreise - Bewegungssystem II und Innere Organe 5 CP  Einführung in die EBP 6 CP	Vertiefung EBP 5 CP	Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe 7 CP	Evidenzbasierte Praxis in Spezialgebieten 7 CP	Management 6 CP
Naturwissenschaftliche Grundlagen I 8 CP	Naturwissenschaftliche Grundlagen III 3 CP	Naturwissenschaftliche Grundlagen III 2 CP	Umsetzung evidenzbasierter Praxis 11 CP	Professionalisierung 10 CP	Perspektiven der Physiotherapie 9 CP	Individueller Schwerpunkt - Wahlfach 12 CP
Sozialwissenschaften - Klinische Psychologie 2 CP	Sozialwissenschaften - Soziologie und Therapedidaktik 4 CP	Sozialwissenschaften - Patientenzentrierte Kommunikation 4 CP				
Wissenschaftliche Kompetenzen 11 CP	Naturwissenschaftliche Grundlagen IV 8 CP					
	Praktikum 54 CP					Bachelorarbeit 12 CP
30 CP	30 CP	30 CP	30 CP	30 CP	30 CP	30 CP
210 CP						

Tabelle 6: Quelle: (Fachhochschule, 2015): Studienlehrplan

### 2.2.3 Hochschulstudium Master of Science

Seit dem Jahr 2006 kann in Deutschland ein Masterstudium in Physiotherapie absolviert werden. Aktuell gibt es 18 Masterstudiengänge an verschiedenen Hochschulen (Physiotherapie, 2015). Das Studium kann in Vollzeit oder berufsbegleitend durchgeführt werden und endet mit einem Masterabschluss mit 90 oder 120 Credit Points, je nach Umfang des Studiums.

Die Voraussetzung zur Studiums Zulassung ist in der Regel ein Bachelor Abschluss in Physiotherapie mit mindestens 180 Credit Points. Ältere Diplom-Abschlüsse werden entsprechend anerkannt. Ein Direktzugang mit einer Berufsfachschulausbildung ohne Bachelorabschluss ist in Deutschland nicht möglich.

Die im vorherigen Kapitel beschriebene curriculare Freiheit der Hochschulen gilt insbesondere auch für die Masterstudiengänge in Physiotherapie, da hierbei die integrierte Berufsfachschulausbildung des Bachelorstudiums nicht mehr erforderlich ist.

Am Beispiel der DIPLOMA-Hochschule mit Niederlassung u.a. in München, Bundesland Bayern, wird folgend ein berufsbegleitendes fünf-semesteriges Masterstudium für medizinische Fachberufe dargestellt (Diploma, 2015). Die Hochschule beschreibt die Zielsetzung des Studiums wie folgt:

„Das Fernstudium Medizinalfachberufe mit dem Abschluss Master of Arts (M.A.) richtet sich an Personen, die in Gesundheits-, Therapie- und Pflegeberufen tätig sind und bereits einen akademischen Bachelor- oder Diplom-Abschluss erworben haben, z. B. den Bachelor of Arts, Medizinalfachberufe, an der DIPLOMA. Der Studiengang kann gleichzeitig neben einer Berufstätigkeit studiert werden und ist besonders für die Zugangsberufe aus den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege geeignet. Neben einer erhöhten Leitungs- und Kommunikationskompetenz vermittelt das Studium in fünf Semestern vertiefte Kenntnisse und Fertigkeiten sowohl in der gesundheitsbezogenen Forschungstätigkeit als auch im Projekt- und Innovationsmanagement“ (Diploma, 2015).

Der Studienverlaufsplan der Hochschule (Tabelle 7) zeigt für die ersten beiden Semester ein berufsübergreifendes Grundlagenstudium mit den Schwerpunkten Forschungsmethoden und Management. Ab dem dritten Semester beginnt das spezifische Wahlfachstudium, z. B. Handrehabilitation. Das fünfte Semester ist für die Masterthesis vorgesehen. Das Gesamtstudium beinhaltet insgesamt 120 CP.

## Studienverlaufsplan

Nr.	Modul	Prüfungsform	ECTS	Kontaktblöcke	Kontaktblöcke	Kontaktblöcke	Kontaktblöcke	Kontaktblöcke	Kontaktblöcke	Prüfungsemester
	Pflichtmodule		Credit Points (CP)	Anzahl (Summe)	1. Semester	2. Semester	3. Semester	4. Semester	5. Semester	
1	Empirische Forschung	Klausur	8	7	7					1
2	Qualitative Forschungsmethodologie	Klausur	10	9	9					1
3	Quantitative Forschungsmethodologie	Klausur	14	12	6	6				2
4	Evidenzbasierte Therapie	Mündliche Prüfung	8	7		7				2
5	Kommunikation und Leitungskompetenz	Referat	8	7		7				2
6	Projektmanagement und Organisationsentwicklung	Hausarbeit	12	10			10			3
7	Innovationsmanagement	Projektarbeit	10	9				9		4
11	Master-Thesis	Thesis und Kolloquium	20	2					2	5
<b>Wahlfächer und Wahlmodule</b>										
<b>Gesundheitsmanagement</b>										
8 M	Krankenhausmanagement und Qualitätssicherung	Klausur	10	9			9			3
9 M	Management in Gesundheits- und Pflegekontexten	Mündliche Prüfung	8	7			4	3		4
10 M	Personalentwicklung im Gesundheitswesen	Referat	12	10				10		4
<b>Handrehabilitation</b>										
8 H	Vertiefende funktionelle Anatomie der Hand	Klausur	12	10			10			3
9 H	Komplexverletzungen und Schienenversorgungen der Hand	Mündliche Prüfung	10	9			3	6		4
10 H	Praxisreflexion in der Handrehabilitation	Referat	8	7				7		4
<b>Neuroprothetik</b>										
8 N	Neurowissenschaften für die Prothetik	Klausur	8	7			7			3
9 N	Biomechanik und Medizintechnik	Klausur	12	10			6	4		4
10 N	Praxis der Neuroprothetik	Mündliche Prüfung	10	9				9		4
<b>Summe</b>			<b>120</b>	<b>89</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	

Tabelle 7: Quelle: (Diploma, 2015): Studienverlaufsplan

## 2.3 Vergleich Tätigkeitsfelder Fachhochschule – Berufsfachschule

Mit der gesetzlichen Unterscheidung in einen akademischen oder berufsfachschulischen Ausbildungsweg zeigen sich unterschiedliche Tätigkeitsfelder. Die folgende Tabelle (Tabelle 8) basiert auf der Ansicht des Berufsverbandes der deutschen Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten bezüglich der verschiedenen Tätigkeitsbereiche und dem damit verbundenen Anforderungsprofil (Physio-Verband, 2015). Es zeigt sich hierbei eine Tendenz zur Anforderung von akademisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten für Tätigkeiten in der Forschung und Lehre sowie in leitenden Positionen. Die erste Spalte beschreibt den Tätigkeitsbereich. Die zweite Spalte erklärt das Anforderungsprofil. Aus diesem resultiert die Zuordnung der beruflichen Möglichkeiten (Spalte 3–4) mit ja und nein.

Tätigkeitsbereich	Anforderungsprofil	Fachhochschul Absolvent	Berufsfachschul Absolvent
Angestelltenverhältnis in Klinik oder Praxis	Der Angestellte muss mindestens einen Abschluss der Berufsfachschule nachweisen. Die absolvierten berufsspezifischen Fachfortbildungen sind entscheidend.	Ja	Ja
Selbstständiger, niedergelassener Physiotherapeut/in	Zu Erlangung der Kassenzulassung ist ein Abschluss der Berufsfachschule ausreichend. Um spezielle, höher dotierte Abrechnungsmöglichkeiten durchführen zu dürfen bedarf es entsprechender Fachausbildungen.(z.B. Manuelle Therapie)	Ja	Ja
Leitende therapeutische Tätigkeit in Klinik und Praxis	Die Vorgaben der Krankenkassen verlangen eine abgeschlossene physiotherapeutische Fachschulausbildung. Viele Stellenausschreibungen fordern von Seiten des Arbeitgebers zunehmend für leitende Aufgaben einen Hochschulabschluss.	Ja	Ja, Tendenz nein

Lehrtätigkeit an Berufsfachschulen	Die Regierungspräsidien der einzelnen Länder Deutschlands haben unterschiedliche Vorgaben. In Baden - Württemberg muss eine Lehrkraft mindestens 200h fachspezifische Fortbildung in Pädagogik nachweisen. Von Seiten des Arbeitgebers wird zunehmend ein Hochschulabschluss verlangt.	Ja	Ja, Tendenz nein
Lehrtätigkeit an Fachhochschulen	Die Regierungspräsidien haben festgelegt, dass ein Dozent einer Fachhochschule den Hochschulabschluss des entsprechenden Studiengangs haben muss. Dieser sollte möglichst eine Stufe über dem zu Lehrenden Studiengang sein. D.h. Lehre bei Bachelorstudiengängen = Dozent mit Masterabschluss. Lehre bei Masterstudiengängen = Dozent mit Promotion.	Ja	Nein
Wissenschaft und Forschung	Die Hochschulstudiengänge sind erst seit wenigen Jahren möglich. Dadurch gibt es nur sehr wenige wissenschaftliche Einrichtungen für Physiotherapie. Die Anforderungsprofile für diese Aufgabenbereiche setzen i.d.R. einen Bachelor- und Masterabschluss voraus.	Ja	Nein

Promotion	Eine Promotion ist mit dem Erreichen von 300 ECTS möglich. Dies beinhaltet ein Bachelor- und Masterstudium. Da es in Deutschland nur sehr wenige Lehrstühle für Physiotherapie gibt, ist eine Promotion derzeit kaum möglich. Jedoch kann u.U. bei thematischer Gegebenheit in verwandten Fachdisziplinen promoviert werden (z.B. Sport- und Rehabilitationswissenschaften).	Ja	Nein
Krankenkassen im Bereich Präventionsangebote	Es muss mindestens einen Abschluss der Berufsfachschule nachweisen werden. Die absolvierten berufsspezifischen Fachfortbildungen sind entscheidend.	Ja	Ja
Industrie, z.B. Arbeitsplatz Ergonomie - Beratung	Tätigkeiten in der Industrie unterliegen der freien Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, solange keine therapeutischen Tätigkeiten im Sinne von Patientenbehandlungen durchgeführt werden.	Ja	Ja

Tabelle 8: Quelle: (Pfister, 2011):Vergleich Fachschule/Hochschule Physiotherapie

### 3 Die physiotherapeutische Einzelbehandlung

Der Heilmittelbericht der allgemeinen Deutschen Krankenkasse für das Jahr 2014 zeigte ein Gesamtaufkommen für Heilmittel von 5,77 Milliarden Euro, bei 70,3 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen (Walterbacher, 2015). Der darin enthaltene Umsatz für physiotherapeutische Leistungen belief sich auf 4,1 Milliarden Euro und ist somit der größte Kostenanteil der Heilmittel. Hiervon waren 47% der Verordnungsindikationen muskuloskeletale Erkrankungen. Es ergaben sich hieraus rein rechnerisch Durchschnittskosten für jede/n Versicherte/jeden Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen von 52,45 Euro. Den größten Anteil der Verordnungen in absoluten Zahlen betrachtet wurde durch die Allgemeinmediziner erstellt. Im prozentualen Verhältnis von Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zu Verordnungsvolumen nehmen die Orthopädinnen und Orthopäden den ersten Rang ein (Tabelle 9).

Facharztgruppe	Anzahl der Vertragsärzte*	Leistungen absolut in Tsd.	Veranlasster Umsatz absolut in Tsd. Euro	Anteil an Leistungen in Prozent
Allgemeinmediziner/ Praktische Ärzte	40.632	13.607	1.603.717	36,9
HNO-Ärzte	4.405	74	9.324	0,2
Kinderärzte	7.358	536	109.049	1,5
Orthopäden	7.283	11.206	934.291	30,4
Psychiater/ Ärztl. Psychotherapeuten/Nervenärzte	6.798	1.307	268.630	3,5
Internisten	25.654	4.111	535.025	11,1
Chirurgen	7.332	4.042	371.368	11,0
Weitere Arztgruppen	44.173	2.018	335.067	5,5
<b>Alle Vertragsärzte</b>	<b>143.635</b>	<b>36.901</b>	<b>4.166.470</b>	<b>100</b>

Tabelle 9: Quelle: (Walterbacher, 2015): Durch Vertragsärzte verordnete physiotherapeutische Leistungen

Dem Heilmittelbericht zufolge wurden 251 Millionen physiotherapeutische Leistungen für das Jahr 2014 erbracht (Walterbacher, 2015). Das größte Anteilvolumen mit 46,7% hat hiervon die physiotherapeutische Einzelbehandlung. Da es sich bei den anderen Therapieformen wie Manuelle Therapie, manuelle Lymphdrainage, ZNS-Krankengymnastik und der Massage ebenfalls um Einzel-

therapieformen handelt, berechnen sich kumuliert 81,5% Einzeltherapieformen für das Jahr 2014. Dies entspricht in absoluter Zahl 204,565,000 physiotherapeutischer Einzeltherapieformen oder anders formuliert physiotherapeutischer Einzelbehandlungen. Dem gegenüber sind die Wärme- und Kälteanwendungen ergänzende Maßnahmen die entweder während der Therapie oder im Anschluss verabreicht wurden (Tabelle 10).

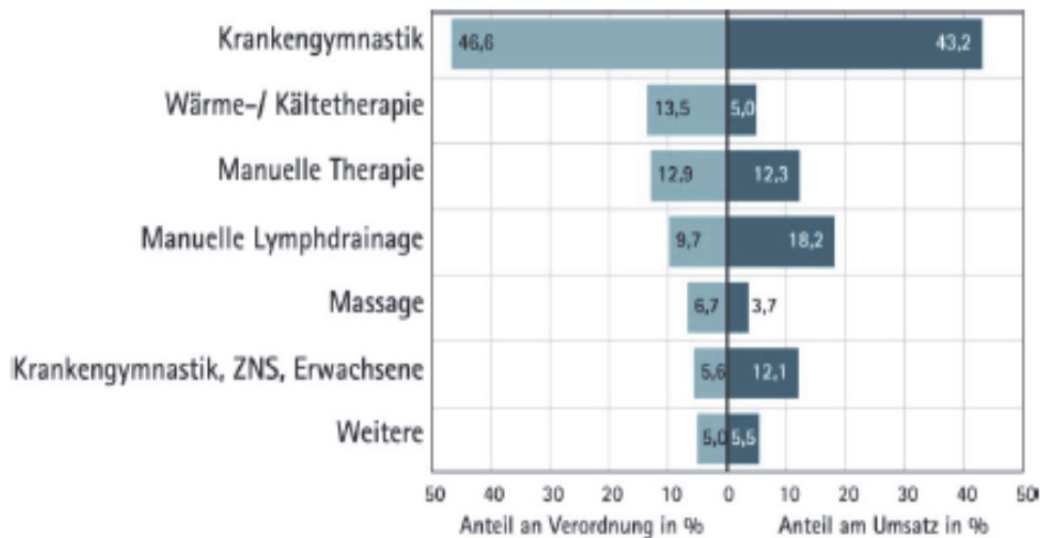


Tabelle 10: Quelle: (Walterbacher, 2015): Die verordnungstärksten Leistungen der Physiotherapie

### 3.1 Ärztliche Verordnung

Die ambulante physiotherapeutische Einzelbehandlung wird durch die ärztliche Verordnung mittels eines Rezeptes eingeleitet, oder bei stationären Patientinnen/Patienten anhand einer hausinternen ärztlichen Anforderung (Boxberg, 2014). Ohne die ärztliche Verordnung darf eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut keine Behandlungen durchführen, da in Deutschland die Diagnoseerstellung, als Grundvoraussetzung einer Behandlung, ausschließlich Ärztinnen/Ärzten und Heilpraktikerinnen/Heilpraktikern vorbehalten ist (Kassenärztliche-Vereinigung-Bayern, 2015). Der sogenannte „Direct Access“, die Behandlung durch Physiotherapeut/innen ohne ärztliche Verordnung, ist gegenwärtig rechtswidrig und nicht versicherbar (Boxberg, 2014). Die Berufsverbände setzen sich aktuell für die Schaffung der rechtlichen Grundlagen bezüg-