

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktorin: Prof.in Dr. phil. Gabriele Meyer

**„Immer im Takt bleiben“
eine Untersuchung der physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten
Physiotherapiepraxis**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Marion Grafe (geb. Pälme)
geboren am 05.02.1982 in Münster/Westfalen

Betreuer: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Prof. Dr. Thorsten Meyer
PD Dr. Nils Lahmann

05.09.2017

03.09.2018

Referat

Hintergrund: Im Zuge der Forderung nach einer stärkeren Patient/inn/enorientierung im Gesundheitswesen kommt der Interaktion zwischen Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en eine große Bedeutung zu. Studien zeigen, dass sich die Interaktion in der Physiotherapie sowohl auf das Behandlungsergebnis als auch auf die Adhärenz und die Patient/inn/enzufriedenheit positiv auswirken kann. Physiotherapie wird überwiegend in ambulanten Physiotherapiepraxen erbracht. Es ist unklar, wie in diesem Handlungsfeld Interaktion gestaltet wird, und wie die dortigen Rahmenbedingungen diese Interaktion beeinflussen.

Zielsetzung: In der vorliegenden Arbeit werden daher die Merkmale der Interaktion zwischen Patient/inn/en und Physiotherapeut/inn/en in ambulanten Praxen untersucht. Dabei wird der Fokus auf die Perspektive und das Handeln der Therapeut/inn/en gelegt. Zudem wird untersucht, inwiefern die Interaktion von den Rahmenbedingungen der ambulanten Physiotherapiepraxis beeinflusst wird.

Methode: Entsprechend der Grounded Theory erfolgten Datenerhebung, Datenauswertung und Theoriebildung in einem iterativ-zyklischen Prozess. Das Kodieren der Daten führte zu Kategorien, die dadurch differenziert wurden, dass weitere Daten einbezogen wurden. In das Sample eingeschlossen wurden neun Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aus ambulanten Physiotherapiepraxen, deren Schwerpunkt auf der muskuloskeletalen Physiotherapie liegt. Das Datenmaterial umfasst Videoaufzeichnungen, Protokolle des lauten Denkens, Feldprotokolle und Transkriptionen leitfadengestützter Interviews.

Ergebnisse: Die Kernkategorie „*Immer im Takt bleiben*“ beschreibt aus Sicht der Physiotherapeut/inn/en eine zentrale Anforderung in der Interaktion mit Patient/inn/en. Diese Anforderung resultiert aus dem Spannungsfeld inhalts- und interaktionsbezogener Aufgaben und aus den organisatorisch-strukturellen Rahmenbedingungen ambulanter Physiotherapiepraxen. Immer im Takt zu bleiben gelingt den Therapeut/inn/en durch steuernde Interaktionsstrategien. Die Steuerung in der Interaktionssituation erfolgt durch eine Fokussierung auf einen funktional-strukturell definierten Therapieanlass, den gezielten Wechsel von alltags- und therapiebezogener Kommunikation und die Etablierung von Routinen. Die Strategien unterstützen dabei, organisationsspezifische Vorgaben zu erfüllen, und erschweren zugleich ein patient/inn/en- und auch teilhabeorientiertes Vorgehen.

Schlussfolgerung: Die physiotherapeutische Interaktion ist stärker von den Rahmenbedingungen der ambulanten Praxis als von personen- und situationsbezogenen Faktoren beeinflusst. Um die Patient/inn/en- und somit auch die Teilhabeorientierung in der ambulanten Physiotherapiepraxis zu fördern, sind Therapeut/inn/en auf die interaktionsbezogenen Aufgaben ebenso wie auf den Umgang mit handlungsfeldspezifischen Rahmenbedingungen vorzubereiten. Darüber hinaus legen die Ergebnisse eine Abkehr von pauschalen Zeitvorgaben in der ambulanten Praxis nahe.

Grafe, Marion: „Immer im Takt bleiben“ – eine Untersuchung der physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis, Halle (Saale), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät; Dissertation, 80 Seiten, 2017.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Das Handlungsfeld ambulante Physiotherapiepraxis.....	2
1.1.1	Sozialrechtliche Vorgaben für die Heilmittelerbringung und die Strukturen ambulanter Physiotherapiepraxen	2
1.1.2	Interaktion als Kern des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses.....	4
1.2	Das Konzept der Interaktionsarbeit	5
1.2.1	Kooperationsarbeit.....	5
1.2.2	Gefühlsarbeit	6
1.2.3	Erfahrungsgelitet-subjektivierendes Arbeitshandeln.....	7
1.2.4	Emotionsarbeit.....	8
1.2.5	Zusammenfassende Betrachtung des Konzepts der Interaktionsarbeit	9
1.3	Überblick: Interaktion in der Medizin.....	10
1.4	Forschungsstand zur Interaktion in der Physiotherapie	11
2	Zielstellung	20
3	Material und Methodik	21
3.1	Methodologische Einordnung	21
3.2	Grounded Theory.....	22
3.3	Methodische Überlegungen.....	23
3.3.1	Forschungsethische Überlegungen	23
3.3.2	Feldzugang und Sampling	24
3.4	Datenerhebung und Aufbereitung des Materials.....	26
3.4.1	Videoerhebung und lautes Denken	26
3.4.2	Teilnehmende Beobachtung.....	30
3.4.3	Problemzentrierte Interviews	32
3.4.4	Übersicht des Datenmaterials und des Samples.....	33
3.5	Datenauswertung - Theoriegenerierung.....	34
4	Ergebnisse.....	38
4.1	Theoretische Einordnung des Begriffs Takt	39
4.2	„Immer im Takt bleiben“ – die Kernkategorie.....	40
4.3	Der Takt in der ambulanten Physiotherapiepraxis	41
4.3.1	Takt der Organisation Physiotherapiepraxis.....	41
4.3.2	Takt der physiotherapeutischen Intervention.....	43
4.3.3	Takt der physiotherapeutischen Interaktion.....	45
4.3.4	Das Spannungsfeld der Takte	49

4.4	Strategien im Spannungsfeld der Takte	50
4.4.1	„nach drei Minuten habe ich es dann mal geschafft auf die Hüfte zu sprechen zu kommen“ – Fokussierung auf den Therapieanlass.....	50
4.4.2	„einfach so ein bisschen Lockerheit in die Therapiesituation bringen“ – Wechsel der Kommunikationsebenen	54
4.4.3	„dann habe ich mich schon mal so weit vorbereitet“ – Etablierung von Routinen	56
4.5	Konsequenzen	58
5	Diskussion	59
5.1	Kritische Bewertung und Einordnung der Ergebnisse	60
5.1.1	Implikationen für die Qualifizierung in der Physiotherapie	62
5.1.2	Implikationen für die ambulante Physiotherapiepraxis	64
5.1.3	Implikationen für die Forschung.....	65
5.2	Diskussion des methodischen Vorgehens	67
6	Zusammenfassung	69
	Literaturverzeichnis	71
	Thesen	79
	Anlagen	80
	Selbstständigkeitserklärung	IV
	Erklärung über frühere Promotionsversuche	V
	Erklärung zum Wahrheitsgehalt der Angaben	VI
	Lebenslauf	VII
	Danksagung	IX

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Flowchart zur systematischen Recherche.....	12
Abbildung 2: Erhebung von Videodaten und Erstellung von Protokollen des lauten Denkens	26
Abbildung 3: Aufbereitung und Analyse von Videomaterial und Transkriptionen in MAXQDA	30
Abbildung 4: Datentypen und Perspektiven auf den Forschungsgegenstand.....	33
Abbildung 5: Theorie zur physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis	41
Abbildung 6: Fokussierung durch Blick auf Augenhöhe (li) und Blick ins Leere (re).....	53
Tabelle 1: Sozialrechtliche Vorgaben der Heilmittelversorgung in Deutschland	3
Tabelle 2: Abstimmungsprobleme am Beispiel der ambulanten Physiotherapiepraxis	6
Tabelle 3: Strategie der Literaturrecherche	12
Tabelle 4: Beschreibung der Reviews	16
Tabelle 5: Beschreibung der Studien	17
Tabelle 6: Darstellung des Samples.....	25
Tabelle 7: Exemplarischer Auszug aus einem Filmprotokoll (HZ, erste Behandlung).....	28
Tabelle 8: Fragen zur teilnehmenden Beobachtung.....	31
Tabelle 9: Exemplarischer Auszug aus einem Feldprotokoll.....	32
Tabelle 10: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung, Datentypen und -umfang	34
Tabelle 11: Exemplarische Entwicklung von Konzepten und Kategorien im Forschungsprozess*	35
Tabelle 12: Ständiger Vergleich am Beispiel zweier Materialauszüge	36
Tabelle 13: Kodierprozess und Theorieentwicklung.....	37
Tabelle 14: Praxisstruktur und -organisation im untersuchten Sample	42
Tabelle 15: Struktur der physiotherapeutischen Intervention in der ambulanten Physiotherapiepraxis	45

Verzeichnis der Abkürzungen

DLE	Dienstleistungsempfänger
DLN	Dienstleistungsnehmer
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
PhysTh-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten

1 Einleitung

50 % der Deutschen sehen den größten Bedarf an Innovationen im Gesundheitssystem in dem kommunikativen und einfühlsamen Umgang des medizinischen Personals mit Patient/inn/en (Huber et al., 2015). Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) kritisiert die fehlende Patient/inn/enorientierung im deutschen Gesundheitswesen und führt sie unter anderem auf eine unzureichende Qualifikation für eine patient/inn/enorientierte Interaktion zurück.

Die Bedeutung von Patient/inn/enorientierung zeigt sich in Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Interaktion von Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en und der Adhärenz, dem Rückgang von Depressionssymptomen, der Behandlungszufriedenheit und der körperlichen Funktionsfähigkeit beschreiben (vgl. Ferreira et al., 2013; Hall et al., 2010). Gleichzeitig wird die Interaktion in der Physiotherapie von verschiedenen Aspekten wie den praktischen, interpersonalen und kommunikativen Fähigkeiten der Therapeut/inn/en, dem individualisierten, patientenzentrierten Blick auf Patient/inn/en und von organisationalen Faktoren (z. B. Zeit und Planungsflexibilität) beeinflusst (O'Keeffe et al., 2015).

Der Einfluss der organisationalen Faktoren macht es erforderlich, die Interaktion zwischen Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en unter Berücksichtigung handlungsfeldspezifischer organisationaler Merkmale zu analysieren. Der ambulanten Physiotherapiepraxis kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da die Mehrheit der Physiotherapeut/inn/en in Deutschland in diesem Handlungsfeld tätig ist (Destatis, 2017). Die praktische Ausbildung jedoch erfolgt überwiegend in stationären Einrichtungen (Pust, 2016). Dies könnte der Grund dafür sein, dass sich Absolvent/inn/en von Physiotherapiestudiengängen nicht ausreichend auf die Anforderungen in ambulanten Physiotherapiepraxen im Unterschied zum stationären Setting vorbereitet fühlen (vgl. Davies et al., 2016; Hunt et al., 1998; Jones et al., 2010). Als wesentliche Anforderung in der Arbeit in ambulanten Physiotherapiepraxen zählt aus Sicht deutscher Physiotherapeut/inn/en die Interaktion mit Patient/inn/en unter den gegebenen knappen zeitlichen Rahmenbedingungen (Grafe und Probst, 2012).

Vor dem Hintergrund der mangelnden Patient/inn/enorientierung, der derzeitigen Ausbildungspraxis und des Wissens über die positiven Auswirkungen von Interaktion wird mit der vorliegenden Arbeit das Ziel verfolgt, die Merkmale der Interaktion zwischen Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen der ambulanten Physiotherapiepraxis zu analysieren. Dabei liegt der Fokus der Untersuchung auf der Beobachtung der Physiotherapeut/inn/en, sodass nachfolgend von physiotherapeutischer Interaktion gesprochen wird. Diese Interaktion wird in einem qualitativ-interpretativen Forschungsprojekt untersucht, durch das ein Beitrag zur Theoriebildung in der Physiotherapie geleistet und Implikationen für die Ausbildung und Arbeitsgestaltung in der ambulanten Physiotherapiepraxis abgeleitet werden sollen.

In Kapitel 1.1 wird der theoretische Hintergrund dieses Forschungsprojektes erläutert. Insbesondere Erkenntnisse aus Forschungen zur Interaktion in personenbezogenen Dienstleistungsberufen sensibilisieren für die Auseinandersetzung mit der physiotherapeutischen Interaktion.

Anknüpfend an die Beschreibung des Ziels dieser Arbeit in Kapitel 2 erfolgt in Kapitel 3 eine Offenlegung der methodologischen Annahmen und des methodischen Vorgehens. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes werden in Kapitel 4 vorgestellt und in Kapitel 5 zusammen mit dem methodischen Vorgehen diskutiert.

1.1 Das Handlungsfeld ambulante Physiotherapiepraxis

Physiotherapeutische Leistungen werden in unterschiedlichen Funktionsbereichen (z. B. kurativ, rehabilitativ) und Versorgungssektoren (z. B. ambulant, stationär) erbracht (Borgetto und Siegel, 2008, S. 248). Homfeldt und Schulze-Krüdener (2003, S. 2) beschreiben die Orte professioneller Tätigkeit als Handlungsfelder. Nachfolgend wird das Handlungsfeld ambulante Physiotherapiepraxis hinsichtlich der sozialrechtlichen Vorgaben, der strukturellen Merkmale der ambulanten Physiotherapiepraxis und der Bedeutung der Interaktion in diesem Handlungsfeld vorgestellt.

1.1.1 Sozialrechtliche Vorgaben für die Heilmittelerbringung und die Strukturen ambulanter Physiotherapiepraxen

In Deutschland arbeiteten im Jahr 2015 189.000 Physiotherapeut/inn/en, davon 145.000 in ambulanten Einrichtungen (Destatis, 2017). Am 01.06.2017 hatten 42.305 ambulante Physiotherapiepraxen eine Zulassung, um ihre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abzurechnen (schriftliche Auskunft des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) vom 15.06.2017). Die nachfolgenden Ausführungen befassen sich mit den sozialrechtlichen Grundlagen der Heilmittelversorgung und deren Umsetzung mit Blick auf die Versorgung der GKV-Versicherten, da diese Versicherten die größte Gruppe der Versicherten in Deutschland bilden. Physiotherapie gehört zu den Heilmitteln, deren sozialrechtliche Grundlage im SGB V und SGB IX zu finden ist (Tabelle 1). Der Begriff Heilmittel bezeichnet medizinische Leistungen, die von Ärzt/inn/en auf Grundlage der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) verordnet werden und von Therapeut/innen persönlich erbracht werden müssen. Die Indikationen für die Verordnung von Heilmitteln sind im Heilmittelkatalog nach §92 Absatz 6 SGB V beschrieben. Das Verordnungsspektrum für Physiotherapie umfasst laut Heilmittelkatalog Maßnahmen der Massagetherapie, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlungen, Elektrotherapie, Bäder-, Inhalations-, und Thermotherapie. Aktuelle Zahlen zur Heilmittelversorgung zeigen, dass die krankengymnastische Einzelbehandlung mit einem Anteil von 30,8 % an den gesamten Heilmittelausgaben das am häufigsten verordnete Heilmittel bezogen auf den Zeitraum Januar 2016 bis Juni 2016 ist (GKV-Spitzenverband, 2016b). Die Hauptindikationen sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates; ihr Anteil an den für die Versicherten der BARMER GEK im Zeitraum von 2013 bis 2015 verordneten Leistungen beträgt mehr als 75 % (Brechtel et al., 2016, S. 56).

In den gemeinsamen Rahmenempfehlungen zur einheitlichen Versorgung mit Heilmitteln nach §125 SGB V regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer die Details der Heilmittelversorgung und auf Landesebene die Regelbehandlungszeit und die Vergütung. Die Regelbehandlungszeit beträgt für die

krankengymnastische Einzelbehandlung, die am häufigsten verordnete Maßnahme, und für die Manuelle Therapie 15–25 Minuten. In dieser Zeit ist folgender Leistungsumfang zu erfüllen: a) Aufstellen eines individuellen Behandlungsplans, b) Hilfeleistungen des Therapeuten (z. B. beim Aus- und Ankleiden), c) Behandlungsdurchführung (z. B. Auswahl der Behandlungstechniken oder -methoden sowie Dauer, Intensität und Umfang der Behandlung), d) ggf. Nachruhe, e) Verlaufsdocumentation und – soweit gefordert – Mitteilung an den verordnenden Arzt (GKV-Spitzenverband, 2006).

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2016, S. 22) übt in einer Expertise zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe Kritik an den Inhalten des Heilmittelkatalogs. So wird bemängelt, dass, obwohl in §27 SGB IX neben der Orientierung an kurativen Zielen eine teilhabeorientierte Erbringung von Leistungen in der Krankenversorgung gefordert wird, im Heilmittelkatalog für die Physiotherapie keine Teilhabeziele benannt werden. Ein möglicher Grund für die mangelnde Teilhabeorientierung wird in der derzeitigen Verordnungsabhängigkeit gesehen (ebd., S. 29). Therapeut/inn/en handeln auf ärztliche Anweisung. Somit sind Verordnung und Versorgung voneinander getrennt, was die „individuumbezogene Ausbildung interner Evidenz erschwert“ (ebd.).

Tabelle 1: Sozialrechtliche Vorgaben der Heilmittelversorgung in Deutschland

Normenebene	Heilmittelrelevante Quellen
Gesetze	<ol style="list-style-type: none"> 1. SGB V (z. B. §92, §125) 2. SGB IX (z. B. §26, §27)
Richtlinien	<p>Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt Heilmittelrichtlinien und Heilmittelkatalog nach §92 SGB V:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Abgabe von Heilmitteln ist an die Verordnung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin gebunden (§3 Abs. 1 der Heilmittel-Richtlinie in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011); • Regelung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen und Therapeut/inn/en; • Regelung von Frequenz, Dauer und Art der therapeutischen Leistungen.
Mantelverträge	Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Heilmittelverbände geben Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln nach §125 SGB V.
Einzelverträge	Landesverbände der Krankenkassen und Landesverbände der Heilmittelverbände schließen Vergütungsvereinbarungen ab.

Die Erbringung physiotherapeutischer Leistungen erfolgt in ambulanten Einzel- oder Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften (Scheel, 2009, S. 266) oder in interdisziplinären Heilmittelpraxen. Um eine Zulassung für die Versorgung im System der GKV zu erhalten, müssen ambulante Praxen definierte räumliche, sächliche und personelle Voraussetzungen erfüllen (GKV-Spitzenverband, 2016a). Neben der Erbringung von Heilmitteln in der ambulanten Praxis oder während einem Hausbesuch bieten einige Praxen auch Präventions-, Wellness- oder Fitnessleistungen an (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V., 2014). Jedoch stellt die kurative Versorgung mit einem Umsatzanteil von 70 % im Rahmen der Finanzierung durch die GKV die größte Aufgabe in der ambulanten Praxis dar. Darüber hinaus erwirtschaften die Praxen 25 % der Gesamteinnahmen durch Privatpatient/inn/en, während die übrigen Prozent auf Prävention und Wellness entfallen. Zusammenfassend ist die Einzelbehandlung die häufigste Form der Leistungserbringung in der

ambulanten Praxis. Bei einer Umfrage des Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V. (2014) wurde festgestellt, dass die Behandlungszeiten für eine krankengymnastische Einzelbehandlung überwiegend im oberen Bereich der vorgegebenen Regelbehandlungszeit von 15–25 Minuten liegt. Zu den Verwaltungsaufgaben in ambulanten Praxis gehört die Terminierung der Patient/inn/en, die Überprüfung und Abrechnung der Verordnungen, die Dokumentation und der Bericht an den Arzt bzw. die Ärztin. Dies übernehmen teilweise Rezeptionskräften (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V., 2014). Das Leistungsspektrum einzelner Praxen hängt von der Qualifikation der Beschäftigten ab. Sie verfügen über eine nachgewiesene Ausbildung und vielfach über Zertifikate, die zur Abrechnung von Positionen wie der Manuellen Therapie oder der Manuellen Lymphdrainage berechtigen (GKV-Spitzenverband, 2006, Anlage 3). Die Leistungserbringung in ambulanten Praxen ist als Dienstleistung definiert. Aus dieser Perspektive erfolgt im nächsten Kapitel eine Betrachtung des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses.

1.1.2 Interaktion als Kern des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses

Unter Berücksichtigung der vorangegangenen Ausführungen ist der physiotherapeutische Behandlungsprozess als ein „an zeitliche, rechtliche und inhaltliche Vorgaben gebundenes Interaktionsgeschehen“ (Probst, 2010) definiert, bei dem spezifische physiotherapeutische Interventionen angewendet werden, die auf den Erhalt bzw. die Verbesserung der Bewegung und Funktionsfähigkeit abzielen (World Confederation of Physical Therapy, 2011). Im Mittelpunkt dieses Teilkapitels soll insbesondere der in der Definition verwendete Interaktionsbegriff genauer betrachtet werden und somit überleiten zu einer tiefergehenden Betrachtung theoretischer Konzepte zur Interaktion wie sie in Kapitel 1.2 weiter erfolgt. Die Dienstleistungsforschung bietet mit dem Terminus der personenbezogenen Dienstleistungen einen Rahmen, der dazu genutzt werden soll, die allgemeinen Merkmale physiotherapeutischer Interaktion zu beschreiben. Konkret sind dies: Körperbezogenheit, Ko-Präsenz und Dienstleistungsbeziehung (Dunkel et al., 2004, S. 15). Weishaupt (2006, S. 85 ff.) beschreibt, dass körperbezogene Arbeit, wie sie auch für die Physiotherapie charakteristisch ist, einen doppelten Personenbezug aufweist. So bezieht sich die Arbeit in personenbezogenen Dienstleistungsberufen in der interpersonellen Interaktion auf die Person und gleichzeitig auf den Körper des Dienstleistungsnehmers/der Dienstleistungsnehmerin (DLN) (ebd.). Die Körperbezogenheit bedingt zugleich die Ko-Präsenz, nämlich die notwendige Anwesenheit von DLN und Dienstleistungserbringer/Dienstleistungserbringerin (DLE) an einem Ort zum Zeitpunkt der Dienstleistungserbringung (ebd.). Auch dieses Merkmal kann für die physiotherapeutische Leistungserbringung geltend gemacht werden. Die Herausforderung für den DLE besteht darin, eine Kooperationsbeziehung herzustellen, in der die Interaktion eben nicht nur mit dem Arbeitsgegenstand Körper, sondern mit der Person des DLN erfolgt (Böhle et al., 2015a, S. 73). Betrachtet man die in Kapitel 1.1.1 beschriebene Forderung nach einer Teilhabeorientierung, so scheint auch hierfür eine Kooperation mit der Person des DLN – hier Patient/inn/en – grundlegend, um dies zu erreichen. Die Bedeutung der

Interaktion für die Zielerreichung in der Physiotherapie unterstreicht auch Probst (2010, S. 151) indem sie die Interaktion als „Kern der Dienstleistungsarbeit“ Physiotherapie definiert. Andere Autoren diskutieren die Interaktion als unspezifischen Wirkfaktor, der ebenso wie die therapeutischen Maßnahmen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat (Gebhard, 2012; Hall et al., 2010).

In den nachfolgenden Kapiteln erfolgt nun zunächst eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der Interaktionsarbeit von Böhle et al. (2015a), das dazu genutzt wird, die interaktionsbezogenen Anforderungen in der physiotherapeutischen Interaktion zu spezifizieren. Daran anknüpfend werden der Diskussionsstand zur Bedeutung der Interaktion in der Medizin als relevante Bezugsdisziplin und die Ergebnisse aktueller Studien zur Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis dargestellt.

1.2 Das Konzept der Interaktionsarbeit

Das Konzept der Interaktionsarbeit von Böhle und Glaser (2006) ermöglicht den Zugang zu Merkmalen und Anforderungen der Interaktion in Dienstleistungsberufen. Im Fokus des Konzepts steht die Frage, wie Arbeit verrichtet wird. Zudem wird davon ausgegangen, dass, abhängig von den beruflichen Aufgaben, die Interaktion spezifisch ausgestaltet wird (Böhle, 2011). Auf der Grundlage dieser Annahme ist es erforderlich, Merkmale der Interaktionsarbeit einzelner Berufsgruppen, die personenbezogene Dienstleistungen erbringen, zu untersuchen, da diese Berufsgruppen zwar allesamt die Anforderungen personenbezogener Dienstleistungen bewältigen müssen, dies aber mit verschiedenen Aufgaben, unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und mit einem spezifischen Blick auf die DLN tun. In der vorliegenden Arbeit soll das Konzept der Interaktionsarbeit den Blick auf den Dienstleistungsberuf Physiotherapie sensibilisieren.

Das Konzept der Interaktionsarbeit verbindet Forschungen zur Interaktion miteinander, die in der Annahme übereinstimmen, dass Interaktion ein wesentlicher Bestandteil des Arbeitshandelns in personenbezogenen Dienstleistungsberufen ist (Böhle, 2011). Das Konzept berücksichtigt die Merkmale der Abstimmung zwischen den beteiligten Personen (*Kooperationsarbeit*), den Einsatz von Gefühlen (*Gefühlsarbeit*), den Umgang mit eigenen Emotionen (*Emotionsarbeit*) und das *erfahrungsleitete-subjektivierende Arbeitshandeln* (Böhle et al., 2015a, S. 19). In den folgenden Kapiteln werden diese Bestandteile des Konzepts vorgestellt.

1.2.1 Kooperationsarbeit

Da eine Dienstleistung nur durch die Zusammenarbeit von DLN und DLE erbracht werden kann (Ko-Produktion, Gross und Badura (1977), ist das Herstellen einer Kooperationsbeziehung konstitutiv für den Dienstleistungsprozess (Böhle et al., 2015b, S. 39; Dunkel und Wehrich, 2012, S. 27 ff.). DLE und DLN müssen in der gemeinsamen Arbeit den Gegenstand und das Vorgehen bestimmen, sie müssen Vertrauen aufbauen und gegebenenfalls Konflikte lösen. Diese Konflikte können z. B. durch den zu bearbeitenden Gegenstand, die Ergebnisse der Dienstleistung oder die Mitarbeit der DLN entstehen. Dunkel und Wehrich (2012, S. 30) sprechen hierbei von sozialen Abstimmungsproblemen, „die allein durch den Tausch von Leistung gegen Geld nicht zu lösen sind“. So gesehen ist Dienstleistungsarbeit ein

Zusammenspiel von DLE, DLN und Organisation. In diesem Zusammenspiel geht es auf der Ebene der Beziehung zwischen DLE und DLN darum, kooperativ den Gegenstand der Arbeit zu bestimmen, der eng mit dem DLN verbunden ist (Dunkel et al., 2004, S. 17). Dass in diesem Gefüge „geglückte Kooperation [...] eine Kunst und keine Selbstverständlichkeit“ ist, beschreiben Dunkel und Wehrich (2012, S. 38 ff.) anhand der Arten von Abstimmungsproblemen. Die in Tabelle 2 skizzierten Abstimmungsprobleme stehen exemplarisch für solche in der ambulanten Praxis.

Tabelle 2: Abstimmungsprobleme am Beispiel der ambulanten Physiotherapiepraxis

Koordinationsproblem	Beitragsproblem	Verteilungsproblem
Grundlage ist die Notwendigkeit, Gegenstand und Prozedere zu definieren.	Grundlage ist der unvollständige Vertrag zwischen den DLN UND DLE.	Grundlage sind gegensätzliche Interessen von DLN und DLE.
Im Anamnesegespräch handeln Therapeut/in und Patient/in den zu bearbeitenden Gegenstand aus. Das Gespräch zielt darauf ab, das Problem und mögliche Lösungswege zu identifizieren und zu benennen. Hierbei ist es erforderlich, ein gemeinsames Verständnis für das Problem zu erarbeiten und sich auf ein konsensfähiges Vorgehen in der Behandlung zu verständigen. So erwarten Patient/inn/en mit akuten Rückenschmerzen möglicherweise ein passives Vorgehen zur Linderung ihrer Beschwerden, während Therapeut/inn/en ein aktives Vorgehen empfehlen.	Verständigen sich beide auf ein aktives Vorgehen, wird der/die Therapeut/in den/die Patient/in gegebenenfalls auffordern, Übungen auch außerhalb der Therapie umzusetzen und ihn/sie dazu anleiten. Die Umsetzung der Übungen ist für den Behandlungserfolg bedeutsam. Da Therapeut/inn/en die Mitarbeit der Patient/inn/en nicht vorhersehen können, sind alle Prognosen und weiteren Planungen unsicher. Daher ist das gegenseitige Vertrauen von großer Bedeutung.	Die Dienstleistung erfolgt im Austausch gegen eine Vergütung durch die DLN (bzw. indirekt durch die GKV). Hier sind zwei Interessenlagen zu beschreiben: die der Therapeut/inn/en, eine adäquate Vergütung für die erbrachte Leistung zu erhalten, und die der Patient/inn/en, nicht zu viel für die Leistung zu bezahlen. Dies ist in der ambulanten Praxis zum Beispiel dann relevant, wenn Patient/inn/en feststellen, dass verschiedene Praxen bei gleicher Vergütung unterschiedliche Behandlungszeiten einplanen.

1.2.2 Gefühlsarbeit

Das Konzept der Gefühlsarbeit wurde von Strauss et al. (1997) bei der Erforschung von Arbeitsaufgaben und -prozessen im Krankenhaus entwickelt. Somit weist dieses Konzept einen direkten Bezug zu Dienstleistungsberufen im Gesundheitswesen auf, was seine Bedeutung für die Physiotherapie unterstreicht.

Gefühlsarbeit ist „an ingredient in any [sic] kind of work where the object being worked on is alive, sentient, and reacting“ (ebd., S. 129). Sie geht über die medizinisch-technische Arbeit hinaus und wird zugleich eingesetzt, um Arbeitsaufgaben effizient erledigen zu können. Darüber hinaus liegen ihr humanistische Ansprüche und Überlegungen zugrunde. Als komplexe Kategorie entfaltet sich Gefühlsarbeit in weiteren Subkategorien, in den folgenden Beispielen bezogen auf die pflegerische und medizinische Versorgung in Krankenhäusern:

- *Interaktionsarbeit* bezeichnet die Einhaltung grundlegender Regeln zwischenmenschlicher Interaktion (z. B. ausreden lassen, zuhören, nicht schreien etc.).
- *Vertrauensarbeit* beschreibt die Notwendigkeit, eine Vertrauensbasis zu schaffen (z. B. durch die Zeit für gemeinsame Gespräche, Zuverlässigkeit).

- *Fassungsarbeit* umfasst die Unterstützung der Patient/inn/en durch das medizinische Personal bei der Wahrung ihrer äußeren Fassung (z. B. bei schmerzhaften Untersuchungen).
- *Biografische Arbeit* steht für die Notwendigkeit und die Strategien, biografisches Wissen über die Person zu gewinnen, um die medizinische Arbeit zu gewährleisten (so ist z. B. die Kenntnis über den Lebensstil einer Person entscheidend für die Prognose eines Krankheitsverlaufs).
- *Identitätsarbeit* ist die Arbeit an der Identität der Patient/inn/en (z. B. im Verarbeitungsprozess nachdem der/die Patient/in von einer schwerwiegenden Krankheit erfahren hat).
- *Bewusstheitsarbeit* meint das bewusste Vorenthalten bestimmter medizinischer Informationen zum Schutze von Patient/inn/en.
- *Wiedergutmachungsarbeit* beschreibt die Korrektur von Fehlern, die andere im Umgang mit Patient/inn/en gemacht haben. Strauss et al. (1997, S. 139 f.) beschreiben, dass dies besonders bei Pflegenden zu beobachten war. Diese bauten die Patient/inn/en nach irritierenden oder verunsichernden Kontakten mit Ärzten und Ärztinnen auf.

Die in den Subkategorien beschriebenen Arten von Gefühlsarbeit werden oft implizit eingesetzt. Die Art und Weise der Umsetzung und die Bedeutsamkeit einzelner Arten hängen von der Kultur einer Einrichtung, dem Berufsverständnis und der individuellen Haltung des Personals ab. Obwohl Gefühlsarbeit stets beobachtbar ist, wird sie meist nicht dokumentiert und somit nicht vergütet (Böhle et al., 2015a, S. 86). Dabei kann sie als strategische Arbeit verstanden werden, die zwar ad hoc erfolgt, aber dennoch ein bestimmtes Ziel verfolgt (Strauss et al., 1997, S. 150). In der Physiotherapie kann dieses Ziel z. B. sein, Patient/inn/en zu Verhaltensänderung zu motivieren. Bei diesem Beispiel können insbesondere die Vertrauensarbeit und die biografische Arbeit bedeutsam sein, um einen Zugang zum Patienten/zur Patientin zu finden und das aktuelle Verhalten nachvollziehen zu können. Hierzu machen Böhle et al. (2015a, S. 79 ff.) auf einen wichtigen Aspekt aufmerksam, der sich nachteilig auf die Gefühlsarbeit auswirken kann: Gefühlsarbeit erfordert Zeit, die durch die Ökonomisierung und Rationalisierung im Gesundheitswesen oftmals fehlt.

1.2.3 Erfahrungsgeleitet-subjektivierendes Arbeitshandeln

Ausgangspunkt des erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Arbeitshandelns ist die Abkehr von den Prämissen des planmäßig-rationalen Handelns, das insbesondere in kritischen oder nicht planbaren Situationen an Grenzen stößt. In diesen Situationen getroffene Entscheidungen betrachtet Böhle (2009, S. 206 ff.) nicht nur als Ergebnis innerer reflexiver Prozesse oder Ableitungen aus praktischem Handeln; vielmehr sind Planung und Handlung sowie Formen des Denkens miteinander verschränkt (ebd.). Obwohl die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Arbeitshandeln in der industriellen Fertigung wurzelt, lässt er sich auf zahlreiche personenbezogene Dienstleistungen empirisch anwenden (vgl. Dunkel, 2006; Merl, 2011; Weishaupt, 2006). Das erfahrungsgeleitet-subjektivierende Arbeitshandeln zeichnet sich durch Merkmale aus, die sich in folgende vier Kategorien einteilen lassen:

- *Explorativ-entdeckendes und dialogisch-interaktives Vorgehen* beschreibt ein Handeln, das sich „in einem kontinuierlichen Fluss des permanenten Abgleichens von Aktion und Reaktion“ (Böhle, 2009, S. 210) befindet. Handlungen entstehen in der Situation; unterschiedliche Informationsquellen werden einbezogen. Die Handlungen sind somit Ergebnis einer interaktiven Auseinandersetzung mit dem Arbeitsgegenstand.
- *Sinnliche Wahrnehmung*, die in ihren Eigenschaften nicht immer präzise beschreibbar sind. Hier stellt Böhle (2009, S. 213) einen Bezug zu leibphänomenologischen Diskursen her. Die sinnliche Wahrnehmung resultiert demnach in einem leiblichen Spüren wahrgenommener Phänomene (ebd.). Weishaupt (2006, S. 92) illustriert dies an dem Beispiel, dass der Geruch im Zimmer von Pflegeheimbewohnern Rückschlüsse auf deren Gesundheitszustand zulässt. Das Spüren ist eine ergänzende Informationsquelle, die in eine besondere Form des Denkens, der dritten Kategorie, integriert wird.
- *Denken* ist demnach nicht der Handlung vorgeschaltet und in sich abgeschlossen, sondern begleitet den Handlungsprozess und ist in ihn eingebunden (Böhle, 2009, S. 216). Dabei ist dieser Denkprozess gekennzeichnet von einem „Denken [...] in Bildern“ und „[...] unmittelbar sinnlich-wahrnehmbare Informationen werden mit (sinnlichen) Vorstellungen über damit zusammenhängende, aber nicht unmittelbar wahrnehmbare Gegebenheiten verbunden“. (ebd.). Gleichzeitig werden Assoziationen zu erlebten Situationen hergestellt, verglichen und angereichert, um die neue Situation einordnen zu können. Daher sind es insbesondere Expert/inn/en, die diese Form des Denkens nutzen.
- Die *Beziehung* gründet Böhle et al. (2015a, S. 23) zufolge eher auf „Nähe und Verbundenheit“ als auf einer „analytischen Distanz“.

1.2.4 Emotionsarbeit

Why [...] do we feel in ways appropriate to the situation as much of the time as we do? One suggested answer is: because we actively try to manage what we feel in accordance with latent rules. (Hochschild, 1979)

So endet der Aufsatz „Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure“ Hochschilds über deren Forschungen in Dienstleistungsberufen. Der Begriff Emotionsarbeit beschreibt die „inneren und äußeren Bemühungen, alle praktischen Tätigkeiten und subjektiven Strategien“ einer Person, die darauf abzielen, eigene Emotionen zu beeinflussen (Neckel, 2013, S. 169). Dies ist dann nötig, wenn eine Diskrepanz zwischen den eigenen emotionalen Regungen und den situativ und sozial erwünschten Gefühlen bemerkt wird (*emotionale Dissonanz*). Die Diskrepanz resultiert daraus, dass Handeln in soziale Kontexte eingebunden ist, die Regeln alltäglicher Interaktion, Normen und Werte vorgeben. Hochschild (1979) beschreibt sie als *Gefühlsregeln (feeling rules)* und meint damit zum Beispiel Emotionen, die mit bestimmten Anlässen in Verbindung gebracht werden (z. B. Freude bei einer Hochzeit, Trauer bei einer Beerdigung). Diese Auslegung ergänzen Rafaeli und Sutton (1987, p. 32) durch die These, dass Gefühlsregeln durch gesellschaftliche, berufliche und professionelle Normen sowie organisationale

Leitlinien und individuelle Standards definiert seien. Hochschild (1990, S. 53 ff.) benennt für Situationen emotionaler Dissonanz zwei Strategien im Umgang mit eigenen Gefühlen: Das *Oberflächenhandeln* (*surface acting*) zielt darauf ab, tatsächliche Gefühle nicht offen zu zeigen, sondern zum Beispiel auch in Konfliktsituationen freundlich zu bleiben. Das *Tiefenhandeln* (*deep acting*) zielt darauf ab, sich selbst über die eigenen Gefühle zu täuschen. Hochschild (1979) beschreibt drei Techniken der Emotionsarbeit:

1. *kognitive Emotionsarbeit* (*cognitive*)
2. *körperliche Emotionsarbeit* (*bodily*)
3. *expressive Emotionsarbeit* (*expressive*)

Kognitive Emotionsarbeit bezeichnet die Veränderung eigener Bilder oder Haltungen gegenüber einer Tätigkeit. Hierzu beschreiben Giesenbauer und Glaser (2006, S. 59 ff.), wie eine Pflegekraft ihren Ekel vor einer an Durchfall erkrankten Bewohnerin beeinflusst. Dies gelingt ihr, indem sie sich vorstellt, die Bewohnerin wäre ihre Mutter oder ein kleines Kind, das keine Verantwortung für seine Handlungen übernehmen kann. Mithilfe der körperlichen Emotionsarbeit wird versucht, die physische Äußerung einer Emotion zu regulieren, z. B. durch den Versuch, trotz Aufregung ruhig zu atmen oder nicht zu zittern. Bei der expressiven Emotionsarbeit werden beobachtbare Gesten beeinflusst, z. B. ein höfliches Lächeln oder ein mitfühlender Gesichtsausdruck (Hochschild, 1979).

Das Resultat eines permanent geforderten Managements eigener Emotionen kann nach Hochschild (1990, S. 99 ff.) eine Entfremdung von eigenen Emotionen sein, die vor allem dadurch entsteht, dass Gefühle beeinflusst werden, um Regeln einzuhalten, die nicht eine Person selbst, sondern Institutionen oder Arbeitgeber/innen vorgeben. Die Emotionsarbeit bleibt laut Hochschild (ebd., S. 72) nicht ohne Folgen für die Emotionsarbeit leistenden Personen. Bei geringerer beruflicher Autonomie können emotionale Dissonanzen negative Konsequenzen (z. B. Erschöpfung) zeitigen und in Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom stehen (Nerdinger, 2008, S. 4 und S. 12). Demgegenüber steht jedoch die Annahme, dass Emotionsarbeit die Arbeitszufriedenheit steigern kann (Zapf et al., 2003, S. 269 f.). Die Auswirkungen der Emotionsarbeit hängen Unger (2014, S. 311 ff.) zufolge sowohl von individuellen als auch institutionellen Faktoren ab.

1.2.5 Zusammenfassende Betrachtung des Konzepts der Interaktionsarbeit

Das Konzept der Interaktionsarbeit beschreibt aus einer arbeitssoziologischen Perspektive die Besonderheiten von Dienstleistungsarbeit. Dabei zielt es nicht auf eine allgemeingültige Beschreibung von Interaktionsarbeit ab. Vielmehr ermöglicht es, die Ausprägung und Relevanz einzelner Aspekte verschiedener Dienstleistungsbeziehungen zu analysieren. Die im Konzept der Interaktionsarbeit dargestellten grundlegenden Merkmale der Dienstleistungsarbeit können, wie an einigen Stellen exemplarisch aufgezeigt, auch für die Dienstleistung Physiotherapie geltend gemacht werden. Somit ist davon auszugehen, dass die Anforderungen, die sich aus den Merkmalen ergeben, auch einen Teil der Anforderungen an Physiotherapeut/inn/en abbilden. Zugleich ist eine Auseinandersetzung mit den Merkmalen der Dienstleistung Physiotherapie aus der hier aufgezeigten Perspektive bislang noch nicht

erfolgt. Das Konzept der Interaktionsarbeit sensibilisiert daher den Blick auf das für die vorliegende Forschungsarbeit erhobene Datenmaterial und ermöglicht somit einen Zugang zur handlungsfeldspezifischen Logik der physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Praxis.

1.3 Überblick: Interaktion in der Medizin

Bevor der Forschungsstand zur Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis dargestellt wird, erfolgt zunächst eine Zusammenfassung der Bedeutung von Interaktion in der Medizin. Die Erkenntnisse aus Medizin und Physiotherapie stehen dabei nicht unverbunden nebeneinander, sondern sind durch die Logik des deutschen Versorgungssystems unmittelbar miteinander verwoben. So gehen Borgetto und Siegel (2008, S. 175) davon aus, dass die Qualität der Interaktion zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en die Grundlage für die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut/inn/en und Patient/inn/en ist. Zudem stehen sowohl in der physiotherapeutischen als auch in der medizinischen Versorgung Patient/inn/en als DLN im Mittelpunkt des Interaktionsgeschehens.

Begenau et al. (2010, S. 15) beschreiben aus historischer Perspektive „den alleinigen Kontrollanspruch [der ärztlichen Profession] über den gesellschaftlich relevanten Bereich der Heilung von Krankheiten“. Der Arzt-Patienten-Beziehung kommt in diesem Zusammenhang eine wachsende Bedeutung zu, die von gesellschaftlichen und politischen Diskursen wie der Forderung nach einer individualisierten Medizin und einer biopsychosozialen Ausrichtung der Versorgung geprägt wird (ebd., Klemperer, 2003). Obwohl bereits Hippokrates beschrieb, dass eine von Vertrauen getragene Beziehung zum Behandelnden eine heilsame Wirkung zeige, scheint die positive Gestaltung der Arzt-Patienten-Interaktion bis heute eine Herausforderung darzustellen. Dies stellt z. B. der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) fest, dem zufolge „eine konsequente Patientenorientierung noch nicht hinreichend realisiert“ wird. Für dieses Defizit dienen als Erklärung verschiedene Ursachen wie Zeitmangel und die fehlende Qualifikation für eine auf Patient/inn/enbedürfnisse abgestimmte Interaktion. Die kommunikativen Verhaltensweisen in der Arzt-Patienten-Beziehung konkretisieren Ong et al. (1995) in einem Review. So greifen Ärzte und Ärztinnen oftmals auf aufgabenorientierte oder affektive Kommunikationsweisen zurück und kontrollieren dadurch die Interaktion. Faller (2012) erkennt paternalistische Kommunikationsweisen und stärkt in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer patient/inn/enorientierten Kommunikation. Stächele (2012, S. 2) gibt jedoch zu bedenken, dass Ärzt/inn/en vor der Herausforderung stehen, „unter hohem Workload Interaktionen [zu] gestalten“. Gleichzeitig sinkt die Behandlungszeit pro Patient (ebd.). Zur Interaktion zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en speziell in ambulanten Hausarztpraxen äußern sich Bahrs et al. (1990, S. 182), die deren spezifische Bedingungen beschreiben. Eine zentrale Erkenntnis der Autoren ist, dass die kurze Dauer des Kontakts zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en die unmittelbare Lösung eines Problems verhindert, für die eigentlich eine kontinuierliche Beziehungsarbeit erforderlich ist (ebd.). Dem schließt sich Merl (2011, S. 59) an, indem sie auf den zu beobachtenden Bedeutungsverlust der Interaktion hinweist, der auch auf eine zunehmende Technisierung der Medizin zurückzuführen ist. Während früher Sprache das zentrale Element der

Beziehung war (Stichwort: Sprechstunde), tritt an deren Stelle heute mehr und mehr die Technik (ebd., S. 69). Dies ist folgenreich, konnte doch in mehreren Studien ein Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung z. B. auf die Patientenzufriedenheit, die Compliance oder die Adhärenz, den Grad des Verstehens des Patienten/der Patientin und verschiedene Gesundheitsoutcomes festgestellt werden (Kelley et al., 2014; Ong et al., 1995). Die auf Balint zurückgehende Beschreibung der „Droge Arzt“ unterstreicht die Wirksamkeit des Arztes/der Ärztin als „spezifische[s] Therapeutikum“ (vgl. Bahrs et al., 1990, S. 183). Begenau et al. (2010, S. 13) sehen die Gründe für die derzeitige Interaktionspraxis in der Struktur und inhaltlichen Gestaltung des Medizinstudiums. Den Autoren zufolge führt die Studienorganisation dazu, dass ein vorrangig medizinischer Blick habitualisiert wird und Denk- und Verhaltensmodi nicht konsequent reflektiert werden. Sie sprechen von einer Verdrängung der Patient/inn/en in der vorklinischen Phase. In späteren Phasen des Studiums erleben die Studierenden Hierarchien und Zeitdruck, der eine Konzentration auf Fakten erforderlich macht und zu einer Abgrenzung von Patient/inn/en und zu einer Verdrängung von Gefühlen beiträgt (ebd.). Laut Merl (2011, S. 11) reicht es nicht aus, ärztliches Handeln „als objektivierendes Handeln im Sinne eines wissenschaftlich und ökonomisch-rationalen Handelns“ zu verstehen. Ihrer Meinung nach beginnt an den Grenzen des objektivierenden Handelns die „ärztliche Kunst“, diese Kunst beschreibt sie unter Bezugnahme auf das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns (Merl, 2011, S. 199). Um auf den subjektivierenden Teil der Arbeit vorbereitet zu sein, fordert Girke (2007) ebenso eine reflexive Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Krankheit für Patient/inn/en wie das Einnehmen einer nicht ausschließlich somatisch ausgerichteten Perspektive auf Patient/inn/en.

Zusammenfassend deuten die Ausführungen zur Bedeutung der Interaktion in der Medizin auf ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach stärkerer Patient/inn/enorientierung einerseits und den Widersprüchen von Ausbildungspraxis und Arbeitsrealität andererseits hin. Trotz des oben beschriebenen Zusammenhangs zwischen der Interaktion in der Medizin und der Interaktion in der Physiotherapie lassen sich Unterschiede ausmachen. So ist die Begegnung in der Physiotherapie durch längere Behandlungszeiten, häufigere Kontakte in kurzen Zeitintervallen und eine intensive körperliche Begegnung mit Patient/inn/en charakterisiert (Beattie et al., 2002; Monnin and Perneger, 2002). Diese Merkmale zeigen die Grenzen der Übertragbarkeit der Ergebnisse aus der Medizin und begründen die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den spezifischen Merkmalen der physiotherapeutischen Interaktion. Dies erfolgt im nachfolgenden Kapitel auf Grundlage einer systematischen Recherche.

1.4 Forschungsstand zur Interaktion in der Physiotherapie

Die Darstellung des Forschungsstands zur Interaktion in der Physiotherapie erfolgt auf Grundlage einer systematischen Recherche, die von der Autorin im Zeitraum von Dezember 2016 bis Januar 2017 durchgeführt wurde. Die Recherche hatte zum Ziel, unabhängig vom Studiendesign diejenigen Studien zu identifizieren, die sich mit der Interaktion zwischen Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en in ambulanten Praxen befassten. Dabei wurde die Suche begrenzt auf Studien, in denen die Interaktion mit

Patient/inn/en mit muskuloskeletalen Diagnosen im Mittelpunkt stand. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, web of science, PEDro, EMBASE, CINAHL und Cochrane; Schlag- und Stichwörter wurden so verwendet, wie es in Tabelle 3 dargestellt ist.

Tabelle 3: Strategie der Literaturrecherche

Professional-patient-relationship (MeSH) OR Patient-therapist-interaction OR Patient-therapist-relationship OR Patient-therapist-alliance (Title/Abstract)
AND
Musculoskeletal manipulations (MeSH) OR Physical therapy (MeSH) OR Physiotherapy OR Manipulative therapy OR Manual therapy (Title/Abstract)
AND
Ambulatory care (MeSH) OR Private practice (MeSH) OR Outpatient practice OR Outpatient service (Title/Abstract)
Filter: English/German

Es wurden Titel und Abstracts von Studien gesichtet. Sofern diese Studien der oben beschriebenen Zielsetzung entsprachen, wurden die Volltexte beschafft. Darüber hinaus erfolgte eine Sichtung der Literaturverzeichnisse der ausgewählten Studien sowie eine Freihandrecherche, um weitere Artikel zu finden. Ausgeschlossen wurden solche Studien, die die Interaktion mit Patient/inn/en mit anderen Diagnosen, wie z. B. neurologischen Diagnosen untersucht hatten. Auch Studien, die nur einen Teilaspekt der Behandlung wie das *goal setting* oder das *shared decision making* fokussierten, und Studien, die die Interaktion von Chiropraktiker/inn/en oder Osteopath/inn/en mit ihren Patient/inn/en untersuchten, oder Studien, die ausschließlich die Perspektive der Patient/inn/en auf die Interaktion berücksichtigten, blieben außen vor. Insgesamt konnten so 14 Studien identifiziert werden (Abbildung 1), darunter drei Reviews, zehn qualitative Studien und eine quantitative Studie.

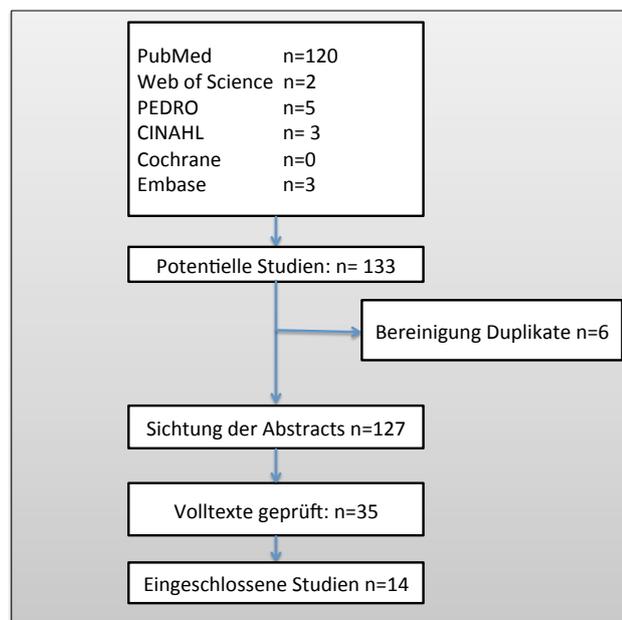


Abbildung 1: Flowchart zur systematischen Recherche

Die Bewertung der qualitativen Studien erfolgte auf Grundlage des *Critical Appraisal Skills Programme* - Checklist für qualitative Forschung (Anlagen). Tabelle 4 enthält die Beschreibung der Reviews, Tabelle 5 die der Studien. Im Folgenden gibt eine Synthese der Studien und Reviews, die für die vorliegende Forschungsarbeit herangezogen wurden, einen Überblick über deren Inhalte und Ergebnisse.

a) Definition der Interaktion

In den Reviews und Studien wurden Aspekte der Interaktion hinsichtlich ihrer Ausprägung und Bedeutung für die Interaktionssituation untersucht. Hierzu gehören zum einen die Inhalte der Kommunikation (Harman et al., 2011; Opsommer and Schoeb, 2014), Kommunikationsfaktoren wie die verbale und die nonverbale Kommunikation (Chester et al., 2014; Gard et al., 2000), übergeordnete Interaktionsstile (wie z. B. unterstützend, einbeziehend) (Pinto et al., 2012) oder emotionale und ethische Aspekte der Interaktion (Gard et al., 2000; Praestegaard and Gard, 2011). In den Studien wird die Interaktion zwischen Patient/inn/en und Therapeut/inn/en auch als *Beziehung* oder *Bündnis* (*alliance*) und Kommunikation bezeichnet und als nichtspezifischer Wirkfaktor in der Therapie beschrieben (O'Keeffe et al., 2015).

b) Einfluss der Interaktion und Einflussfaktoren auf Interaktion

Hall et al. (2010) untersuchen den Zusammenhang zwischen der Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Beziehung und dem Outcome, dabei beziehen sie sich auf das Konstrukt des *Bündnisses* (*alliance*). Sie stellen fest, dass sich ein gutes Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Bündnis positiv auf Patient/inn/en mit muskuloskeletaler Diagnose auswirkt; dies betrifft die subjektiv wahrgenommene Verbesserung der Symptome von Patient/inn/en mit muskuloskeletaler Diagnose, die Verbesserung von Schmerz und Funktionsfähigkeit, das Ausmaß der Depressivität, den allgemeinen Gesundheitszustand und die Patient/inn/enzufriedenheit (ebd.). Die Therapeut/inn/en-Patient/inn/en-Interaktion ist wiederum von Faktoren wie den interpersonalen und kommunikativen Fähigkeiten der Therapeut/inn/en, deren praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, einem individualisierten und patient/inn/enzentrierten Vorgehen und den Kontextfaktoren geprägt (O'Keeffe et al., 2015; Pinto et al., 2012). Darüber hinaus beeinflussen Erwartungen, Einstellungen, Vorerfahrungen, Diagnose und die Kommunikationsfähigkeit der Patient/inn/en die Interaktion. Dies fanden Potter et al. (2003) in einer Untersuchung zu Patient/inn/en heraus, die von Physiotherapeut/inn/en als schwierig beschrieben worden waren. Demnach erleben Therapeut/inn/en die Interaktion dann als herausfordernd, wenn Patient/inn/en Verhaltensmerkmale wie z. B. ein passives oder aggressives Verhalten zeigen oder unrealistische Erwartungen an die Behandlung haben. Unerfahrene Therapeut/inn/en fordert insbesondere der Umgang mit Schmerzpatient/inn/en oder mit Patient/inn/en mit begleitenden psychischen Symptomen heraus. Aus dieser Situation heraus machen die von Potter et al. (2003) Befragten auf die Notwendigkeit aufmerksam, ihre Kommunikationsfähigkeit zu erweitern und sich ein größeres Wissen über Techniken der Verhaltensänderung bei diesen Patient/inn/en anzueignen. Zudem betonen die Interviewten in ihren Aussagen, dass der Kontext einen großen Einfluss auf die Interaktion hat. So kann zu wenig Zeit für die Behandlung Patient/inn/en unzufrieden machen und

diese Unzufriedenheit führt dazu, dass sie aus Sicht der Therapeut/inn/en zu „schwierigen Patient/inn/en“ werden (ebd.). Auch Praestegaard und Gard (2011) kommen in ihrer Studie mit Therapeut/inn/en in Privatpraxen zu dem Schluss, dass Zeitmangel zu Problemen in der Interaktion führen kann. Während Therapeut/inn/en bemüht sind, in der ersten Behandlung eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Patient/inn/en herzustellen, kann fehlende Zeit ihrem Anspruch entgegenstehen (ebd.). Die von Praestegaard und Gard Befragten benannten die Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Beziehung als ethischen Aspekt, der unterschiedlich tief von Therapeut/inn/en reflektiert wird (ebd.). So verfügten Expert/inn/en im Unterschied zu Noviz/inn/en über ein hohes Maß an Reflexivität und über vielfältige Handlungsmöglichkeiten (ebd.).

Den Einfluss von Erfahrung auf die Interaktion mit Patient/inn/en bestätigen Jensen et al. (1992). In ihrer Untersuchung zur therapeutischen Arbeit von Noviz/inn/en und Expert/inn/en stellen die Autoren fest, dass Expert/inn/en einen flexibleren und patient/inn/enorientierteren Interaktionsstil haben, wohingegen Noviz/inn/en ein eher regelgeleitetes Vorgehen zeigen. Im Umgang mit Störungen von außen sind die Expert/inn/en im Gegensatz zu den Noviz/inn/en in der Lage, diese Störungen in die Behandlung zu integrieren und dennoch eine ruhige Atmosphäre zu schaffen (ebd.).

c) Charakterisierung gelungener Interaktion

Folgende Faktoren zeichnen eine gelungene Interaktion nach Gyllensten et al. (1999) aus:

- Offenheit von Therapeut/inn/en;
- Therapeut/inn/en leiten Patient/inn/en zur Selbsthilfe an;
- Therapeut/inn/en unterstützen Patient/inn/en bei einer bewussteren Wahrnehmung und Einordnung der Probleme;
- Kooperation zwischen Patient/inn/en und Therapeut/inn/en;
- Therapeut/inn/en bauen Vertrauen und Zuversicht von Patient/inn/en auf;
- Therapeut/inn/en zeigen Interesse an Patient/inn/en;
- Therapeut/inn/en geben Patient/inn/en Zeit;
- und weitere unbekannte Faktoren.

In ihrer Befragung von Expert/inn/en konkretisieren die Autor/inn/en dieses Modell und heben hervor, wie notwendig die uneingeschränkte Aufmerksamkeit für den aktuell zu behandelnden Patienten bzw. die Patientin ist. Diese Aufmerksamkeit zeigt sich durch aktives Zuhören, das Deuten der Körpersprache und das Wahrnehmen und Einordnen der individuellen Situation des/der Behandelten. Auch die Abstimmung der Ziele und die aktive Beteiligung der Patient/inn/en werden als zentrale Merkmale positiver Interaktion angeführt (ebd.).

Während diese Ergebnisse auf Befragungen von Therapeut/inn/en basieren, zeigen Studien, die auf Beobachtungen oder Videoaufnahmen von Therapiesituationen beruhen, eine heterogene Arbeitsrealität. So arbeitet Thornquist (1992) heraus, dass sich das physiotherapeutische Vorgehen grundsätzlich

unterscheiden kann. Die in ihrer Studie untersuchten zwei Therapeutinnen orientieren sich zwar beide am funktionalen Problem, betrachten es aber entweder aus einer biomedizinischen Perspektive oder setzen es im Sinne einer biopsychosozialen Herangehensweise in Beziehung zu anderen Belastungen und Ressourcen der Patientin (ebd.). Während die biomedizinische Perspektive eher mit einer einseitigen, von der Therapeutin dominierten Kommunikationsweise einhergeht, lässt sich bei der biopsychosozial ausgerichteten Therapeutin eine wechselseitige Kommunikation beobachten (ebd.). Vergleichbare Ergebnisse finden auch Opsommer und Schoeb (2014), die Behandlungen von Patient/inn/en mit Rückenschmerzen untersuchten. In den ersten Behandlungen steht die Erkundung der Schmerzen im Vordergrund: Abhängig davon, wann die Therapeut/inn/en offene und wann geschlossene Fragen stellen, wird die Schmerzsymptomatik auch in dieser Studie aus einer biomedizinischen und einer biopsychosozialen Perspektive heraus erkundet (ebd.). Hinsichtlich der verbalen Kommunikation zeigen Chester et al. (2014), dass Physiotherapeut/inn/en zwar offene Fragen zu Beginn einer Behandlung bevorzugen, dann aber die ersten Schilderungen ihrer Patient/inn/en in 60 % der beobachteten Situationen unterbrechen. Zudem fanden Roberts und Bucksey (2007) heraus, dass Therapeut/inn/en in den ersten Behandlungseinheiten einen Gesprächsanteil von 52 % haben.

Ebenfalls anhand der Untersuchung von Behandlungen an Patient/inn/en mit Rückenschmerzen konstatieren Harman et al. (2011), dass Therapeut/inn/en Humor und ungezwungene Kommunikation als wesentliches Element in der Edukation ihrer Patient/inn/en und auch in der Evaluation der Behandlung einsetzen. Gard et al. (2000) heben in ihrer Forschung zum emotionalen Ausdruck von Therapeut/inn/en in der Behandlung hervor, dass die Therapeut/inn/en vorrangig positive Emotionen ausdrücken. Zudem begegnen sie emotionalen Situationen häufiger mit einer inhaltsbezogenen als einer gefühlsbetonten Äußerung. Den Autoren zufolge ist die Identifikation von Emotionen ebenso wie deren Ausdruck die Grundlage für ein besseres Verständnis der Interaktion und für ein verbessertes Outcome in der Behandlung.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die biopsychosoziale Betrachtung der Patient/inn/en häufig im Zusammenhang mit einer notwendigen patient/inn/enzentrierten Interaktion genannt wird. Die in den Interviewstudien erwähnten Merkmale einer positiven Interaktion sind vornehmlich solche, die Ausdruck eines patient/inn/enorientierten Vorgehens sind (Harman et al., 2011; O'Keeffe et al., 2015; Opsommer and Schoeb, 2014; Pinto et al., 2012; Virta and Eriksson, 2008). In den Studien, bei denen beobachtet wurde, lassen sich nicht durchgehend die Merkmale der Patient/inn/enorientierung feststellen.

Tabelle 4: Beschreibung der Reviews

Autor (Jahr)	Zielsetzung	Bedeutsame Ergebnisse
Hall et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation und Zusammenfassung von Studien, die das Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Bündnis als Prädiktor für Ergebnisse und Adhärenz in der physikalischen Rehabilitation einsetzen, • Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Bündnis und Behandlungsergebnis. 	<p>Signifikant positive Assoziation zwischen dem Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Bündnis und</p> <ul style="list-style-type: none"> • dem durch die Patient/inn/en wahrgenommenen Effekt der Behandlung, • der Veränderung von Schmerzen, • der Funktionsfähigkeit, Patient/inn/enzufriedenheit, • möglicher Depressivität und • dem allgemeinen Gesundheitsstatus.
Pinto et al. (2012)	Identifikation von Kommunikationsfaktoren, die mit dem Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Bündnis korrelieren	Hohe Korrelationen zwischen Kommunikationsfaktoren, die einer Patient/inn/enzentrierung zuzuschreiben sind, und dem Patient/inn/en-Therapeut/inn/en-Bündnis (z. B. unterstützend sein, Fragen stellen, Meinung der Patient/inn/en hören, gezielte Erklärungen geben)
O'Keeffe et al. (2015)	Identifikation von Faktoren, die die Interaktion aus Sicht von Patient/inn/en und Physiotherapeut/inn/en beeinflussen	<p>Vier zentrale Einflussfaktoren wurden identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interpersonale und kommunikative Fähigkeiten der Therapeut/inn/en (aktives Zuhören, Empathie, Freundlichkeit, unterstützende und vertrauensvolle Haltung, nonverbale Kommunikation), • praktische Fähigkeiten der Therapeut/inn/en (einfache und verständliche Erklärungen geben, Expertise und Ausbildung der Therapeut/inn/en), • individualisierte patientenzentrierte Versorgung (spezifische Bedürfnisse der Patient/inn/en wahrnehmen) und • Kontextfaktoren (Zeit, Wartezeit und Flexibilität der Terminabsprache).

Tabelle 5: Beschreibung der Studien

Autor/inn/en (Jahr) (Land)	1. Charakterisierung der Studienteilnehmer/innen 2. Charakterisierung der Therapeut/inn/en 3. Setting	Zielsetzung der Studie	1. Datenmaterial 2. Datenauswertung 3. ggf. Forschungsdesign- oder paradigma	Bedeutung der Ergebnisse	Bewertung nichterfüllte CASP- Kriterien (siehe Anlage)
Thornquist (1992) (Norwegen)	1. 2 Patientinnen (Schleudertrauma / Kopfschmerz und Schulter-Nackenschmerz) 2. 2 Therapeutinnen (Manualtherapeutin und Psychomotortherapeutin) 3. ambulante Praxis	Analysieren, wie Physiotherapeutinnen ein kooperatives Klima in der ersten Behandlung herstellen	1. Videoaufzeichnungen und halbstrukturierte Interviews 2. vergleichende Analyse 3. Phänomenologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientierung am funktionalen Problem ▪ biomedizinischer versus biopsychosozialer Blick auf die Patientinnen ▪ einseitige versus wechselseitige Kommunikation 	1, 6, 7, 8
Jensen et al. (1992) (USA)	1. mindestens 3 Patient/inn/en pro Therapeut 2. 3 Novizen und 3 Experten (keine Angabe zum Geschlecht) 3. ambulante Praxen, ambulante Kliniken und Krankenhäuser	Untersuchen der Arbeit von Novizen und Experten in der Praxis	1. Beobachtungen, Interviews mit Therapeuten und Patienten, Auswertung der Behandlungsdokumentation 2. Kodierung der Daten 3. nicht benannt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiede hinsichtlich der Wissensdimension (Vorhersage von Outcomes) ▪ Unterschiede hinsichtlich des improvisatorischen Vorgehens (Kontrolle der Umgebung, Umgang mit Informationen der Patient/inn/en, Fokus auf verbale und nichtverbale Kommunikation und Bedeutung von Edukation und Hands-on 	1, 6
Gyllensten et al. (1999) (Schweden)	1. --- 2. 10 Expertinnen 3. Tätigkeit in der ambulanten Versorgung	Identifikation von Faktoren, die als wichtig für die Interaktion zwischen Patient/inn/en und Therapeut/inn/en bewertet werden	1. 2 Interviews mit jeder Therapeutin 2. fallübergreifende Analyse 3. qualitative Fallstudie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimension 1: Voraussetzung für Interaktion (praktische Fähigkeiten der Therapeutin und Erwartungen der Patient/inn/en) ▪ Dimension 2: Interaktion (Kontaktaufbau, Art des Kontakts, Organisation und Struktur der Behandlung, therapeutischer Prozess) ▪ konkrete Merkmale: sensitives und intuitives Vorgehen, Zuhören, ressourcenorientiertes Vorgehen, empathische und transparente Kommunikation, respektvoller Umgang 	6, 7, 8
Gard et al. (2000) (Schweden)	1. --- 2. 10 Expertinnen 3. Tätigkeit in der ambulanten Versorgung * gleiche Studienteilnehmerinnen wie Gyllensten (1999)	Identifikation von Häufigkeit und Ausdruck von Emotionen der Physiotherapeutinnen während der Anamnese	1. 2 Interviews mit jeder Therapeutin 2. fallübergreifende Analyse 3. qualitative Fallstudie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive Emotionen werden häufiger ausgedrückt als negative. ▪ Am häufigsten werden die Emotionen Interesse und Freude genannt (z. B. in Bezug auf erfolgreiche Behandlungen oder den Einsatz von Humor als therapeutisches Werkzeug). 	3, 6, 7, 8

Potter et al. (2003) (Australien)	<ol style="list-style-type: none"> 37 Therapeut/inn/en (17 männlich, 20 weiblich) 20 Therapeut/inn/en mit mehr als 10 Jahren Erfahrung, 17 Therapeut/inn/en mit weniger als 5 Jahren Erfahrung private Praxen 	Rekonstruieren, was Physiotherapeut/inn/en unter schwierigen Patient/inn/en verstehen, und welche Strategien sie im Umgang mit diesen Patient/inn/en nutzen	<ol style="list-style-type: none"> Gruppendiskussionen Induktive Inhaltsanalyse Nominal-Group-Technique 	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltensbezogene Probleme der Patient/inn/en (z. B. passives Verhalten) und Erwartungen des Patient/inn/en stellen die größten Herausforderungen für Physiotherapeut/inn/en dar. identifizierte Strategien zum Umgang mit schwierigen Patient/inn/en: Kommunikationsstrategien, Strategien zur Anbahnung von Verhaltensänderung, Überweisung an Kolleg/inn/en und andere Strategien wie z. B. größere Zeitfenster einplanen, Weiterbildungen 	8
Roberts and Bucksey (2007) (UK)	<ol style="list-style-type: none"> 21 Patient/inn/en mit lumbalen Rückenschmerzen 7 Physiotherapeut/inn/en Akutkrankenhaus und Primary Care Trust (NHS) 	Messung von Inhalt und Prävalenz der verbalen und nonverbalen Kommunikation zwischen Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en mit lumbalen Rückenschmerzen in ambulanten Settings	<ol style="list-style-type: none"> Videoaufnahmen erster Behandlungseinheiten und halbstrukturierte Interviews zum Einfluss der Kamera Klassifizierung anhand des Medical Communication Behavior System (MCBS) und thematische Analyse prospektive Beobachtungsstudie 	<ul style="list-style-type: none"> Therapeut/inn/en machen doppelt so viele Aussagen wie Patient/inn/en. Expert/inn/en zeigen einen höheren Anteil affektiver Aussagen. Die häufigsten nonverbale Mittel der Kommunikation sind Berührung und Augenkontakt. Die Kamera führt zu einem geringeren Anteil nichtbehandlungsbezogener Kommunikation 	Bewertungskriterien sind nicht anwendbar, da es sich um eine Studie mit quantitativen und qualitativen Anteilen handelt.
Virta and Eriksson (2008) (Norwegen)	<ol style="list-style-type: none"> 6 Patient/inn/en mit subakromialen Impingement Syndrom 1 Experte ambulante Klinik 	Untersuchung der Interaktion von Physiotherapeut und Patient/inn/en in Situationen des motorischen Lernens	<ol style="list-style-type: none"> Videoaufzeichnungen Inhaltsanalyse ethnografischer Ansatz 	<ul style="list-style-type: none"> Koaktion ist die Voraussetzung für einen erfolgreichen Lern- bzw. Behandlungsprozess Koaktion wird durch Interaktion, basierend auf verbaler und nonverbaler Kommunikation, inkl. Körperkontakt erreicht. 	6, 9
Harman et al. (2011) (Kanada)	<ol style="list-style-type: none"> --- 44 Therapeut/inn/en (36 weiblich, 8 männlich) private Praxen 	Untersuchung der Patientenedukation in der ambulanten PT-Praxis	<ol style="list-style-type: none"> Fokusgruppeninterviews nicht benannt nicht benannt 	<ul style="list-style-type: none"> Eduktion ist ein interaktiver Prozess, in dem Therapeut/inn/en durch aktives Zuhören, Deuten der Körpersprache und Berühren der Patient/inn/en Informationen sammeln. Im Prozess der Eduktion entsteht eine Beziehung zwischen den beteiligten Personen. Eduktion erfordert ein individuelles Eingehen auf die Patient/inn/en und eine partnerschaftliche Haltung. Eduktion ist prozessbegleitend. 	6, 8

<p>Præstegaard and Gard, (2011) (Dänemark)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. --- 2. 21 Physiotherapeut/inn/en (12 weiblich, 9 männlich) 3. ambulante Physiotherapiekliniken 	<p>Erkunden des Auftretens und der Bedeutung ethischer Probleme in der ersten Behandlung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 Interviews mit jeder Therapeutin bzw. jedem Therapeuten 2. phänomenologische Analyse 3. Phänomenologie 	<p>Identifikation von vier übergeordneten Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ allgemeine Reflexion von Ethik in der Physiotherapie, ▪ Bedeutung der ersten Behandlungseinheit in der Physiotherapie (vertrauensvoller Beziehungsaufbau), ▪ Einfluss der klinischen Umgebung auf die erste Behandlungseinheit (Atmosphäre, Zeit, Diskretion), ▪ Reflexion und Handlungen als Ausdruck von Wohltätigkeit (z. B. Informationen vermitteln, Einfluss der Kultur, Tradition und Sprache berücksichtigen). 	<p>6</p>
<p>Chester et al. (2014) (UK)</p> <p>*die Studie besteht aus einer Beobachtungsstudie und einer Fragebogenerhebung, wobei lediglich auf die Beobachtungsstudie Bezug genommen wird</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 42 Patient/inn/en mit lumbalen Rückenschmerzen 2. 15 Physiotherapeut/inn/en 3. eine private Praxis 	<p>Identifikation präferierter Sätze zur Eröffnung einer Behandlung in ambulanten Physiotherapiepraxen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audioaufzeichnungen von Behandlungseinheiten 2. Deskriptionen der einleitenden Sätze 3. Beobachtungsstudie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offene Fragen werden präferiert. ▪ Therapeut/inn/en unterbrechen die ersten Schilderungen ihrer Patient/inn/en in 60 % der Fälle. ▪ Patient/inn/en reden zu Beginn weniger als 92 Sekunden. ▪ Der Aufbau von Rapport erfolgt zu Beginn einer Behandlung durch Begrüßung, Vorstellung, Erklären des Ablaufs, Erfragen persönlicher Informationen der Patient/inn/en und Überprüfung der Überweisungsdetails. 	<p>Die Bewertungskriterien sind nicht anwendbar, da es sich um eine Studie mit quantitativen und qualitativen Anteilen handelt.</p>
<p>Opsommer and Schoeb (2014) (französische Schweiz)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6 Patient/inn/en mit lumbalen Rückenschmerzen 2. 1 Therapeutin, und 1 Therapeut 3. ambulante Praxen 	<p>Untersuchung der kommunikativen Erkundung der Schmerzerfahrung von Patient/inn/en</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Videoaufnahmen von ersten Behandlungseinheiten 2. Konversationsanalyse 3. Ethnomethodologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkundung von Schmerz und Einfluss auf die Funktionsfähigkeit stehen zu Beginn im Mittelpunkt der Interaktion. ▪ Therapeutin und Therapeut unterscheiden sich hinsichtlich der Verwendung offener und geschlossener Fragen. ▪ Art der Fragen beeinflussen die Erkundung biomedizinischer und psychosozialer Aspekte. ▪ Kommunikation wird für die Dokumentation unterbrochen. ▪ Therapeutin und Therapeut setzen im Gespräch aufrechterhaltende Gesten und Bestätigungen ein. ▪ Das Behandlungsende wird beziehungs- und aufgabenorientiert eingeleitet (z. B. Zusammenfassung der Ergebnisse oder organisatorischer Ausblick). 	<p>4</p>

2 Zielstellung

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Annahme, dass Interaktion zwischen Patient/inn/en und Therapeut/inn/en ein konstituierender Bestandteil physiotherapeutischer Arbeit ist. Sowohl das Konzept der Interaktionsarbeit als auch der Diskussions- und Forschungsstand in Medizin und Physiotherapie zeigen, wie bedeutsam Interaktion für den Verlauf und das Ergebnis einer Behandlung ist. Gleichzeitig wird sie von dem Rahmen, in dem sie stattfindet, beeinflusst. Für ambulante Physiotherapiepraxen wurden diese Bedingungen in Kapitel 1.1. dargestellt.

In den in Kapitel 1.4 vorgestellten Studien erfolgte aus unterschiedlichen Perspektiven eine Auseinandersetzung mit der Interaktion in der physiotherapeutischen Behandlung. Dabei wurde in deren Fragestellungen der Einfluss spezifischer Rahmenbedingungen des Handlungsfelds ambulante Praxis nicht primär adressiert. Insbesondere in Hinblick auf die besonderen Merkmale der Heilmittelversorgung in Deutschland und die Bedeutung ambulanter Praxen als größtem Arbeitgeber (vgl. Kap. 1.1) ist eine handlungsfeldspezifische Analyse der physiotherapeutischen Interaktion in ambulanten Praxen notwendig, um die Anforderungen an Physiotherapeut/inn/en zu verstehen und so die Ausbildung und die Arbeitsgestaltung entsprechend anzupassen.

Daher erfolgt in dieser Arbeit eine handlungsfeldspezifische Analyse der Interaktion zwischen Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en in ausgewählten ambulanten Praxen in Deutschland. Die Untersuchung soll aus verschiedenen Perspektiven sowohl die Interaktion im Handlungsfeld ambulante Praxis als auch die allgemeinen und situationsspezifischen Wahrnehmungen der Therapeut/inn/en auf Interaktion beleuchten.

Dabei soll eine Theorie begrenzter Reichweite entwickelt werden (Lindemann, 2008, S. 109), die sich mit dem Phänomen der Interaktion als komplexem sozialem Geschehen im Handlungsfeld der ambulanten Physiotherapiepraxis unter Fokussierung auf die Perspektiven und das Handeln der Physiotherapeut/inn/en auseinandersetzt. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit von physiotherapeutischer Interaktion gesprochen.

Entsprechend der Zielstellung, eine Theorie begrenzter Reichweite zur physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Praxis zu entwickeln, lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

- Welche Merkmale charakterisieren die physiotherapeutische Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis in Deutschland?
- Inwiefern beeinflussen die Rahmenbedingungen der ambulanten Praxis in Deutschland die physiotherapeutische Interaktion?

Ausgehend von den Erkenntnissen dieser Arbeit sollen Implikationen für die Qualifizierung in der Physiotherapie und die Arbeitsgestaltung in der ambulanten Physiotherapiepraxis abgeleitet werden. Zudem soll ein Ausblick für weitere Forschungen gegeben werden (Kap. 5).

3 Material und Methodik

Um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses zu gewährleisten, erfolgt in diesem Kapitel zunächst eine methodologische Einordnung des Forschungsprojekts. Daran anschließend wird die konkrete methodische Umsetzung der Datenerhebung und -auswertung beschrieben und begründet. Die Diskussion der Methodik vor dem Hintergrund der berücksichtigten Gütekriterien qualitativer Forschung nach Steinke (2009, S. 319 ff.) erfolgt in Kapitel 5.2.

3.1 Methodologische Einordnung

Die forschungsmethodologische Perspektive in dieser Arbeit ist maßgeblich von der Schule und Forschungstradition des symbolischen Interaktionismus geprägt. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit dessen historischer Entwicklung und theoretischen Grundlagen wird auf seine Begründer Mead (1973) und Blumer (1973) verwiesen. In der theoretischen Zuordnung des symbolischen Interaktionismus zum interpretativen Paradigma werden Handlungen und Interaktionen als wechselseitiger Deutungsprozess der sich in einer Situation begegnenden Personen verstanden (Schäfers und Kopp, 2006, S. 118). Blumer (1973) nennt drei Grundannahmen des symbolischen Interaktionismus. Die erste besagt, „dass Menschen „Dingen“ [sic] gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung handeln, die diese Dinge für sie besitzen“ (ebd., S. 80). Diese Bedeutung entsteht, so die zweite Grundannahme, in einer situations- und kulturspezifischen Interaktion mit Dingen oder Personen und ist somit nicht vorhersehbar (ebd.). Die dritte Grundannahme besagt, dass sich die Bedeutung in einem reflexiven Prozess verändert und es so zu einer situationsspezifischen Interpretation kommt (ebd., vgl. auch Schäfers und Kopp, 2006 S, 294 f.).

Bezugnehmend auf die erwähnten Grundannahmen des symbolischen Interaktionismus wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass sich zentrale Phänomene der intersubjektiven Begegnung von Patient/inn/en und Therapeut/inn/en rekonstruieren lassen, indem sich mit der Interaktion interpretativ auseinandergesetzt wird. In der vorliegenden Arbeit werden hierfür verschiedene Datentypen erhoben, die darauf abzielen, die Interaktion aus der Perspektive der Physiotherapeut/inn/en zu rekonstruieren. Einen forschungsmethodologischen Zugang zum Forschungsgegenstand Interaktion liefert die Grounded Theory, die sich Strauss und Corbin (1996, S. 9) zufolge am symbolischen Interaktionismus orientiert (vgl. auch Charmaz, 2014, pp. 261 ff.). Mithilfe der Grounded Theory lassen sich „auf der Basis von Erfahrungsdaten aus alltagsweltlichen Kontexten [...] theoretische Konzepte und Modellierungen“ entwickeln (Strübing, 2008, S. 39). So entsteht in einem reflexiven und interpretativen Prozess die „Theorie eines sozialen Weltausschnitts“ der gegenstandsbegründet herausgearbeitet wird und immer als Zwischenprodukt und Ausgangspunkt für eine weiterführende Theorieentwicklung zu verstehen ist (Breuer, 2010, S. 39).

3.2 Grounded Theory

Als Forschungsstil der qualitativen Sozialforschung ermöglicht die Grounded Theory die regelgeleitete, kontrollierte und prüfbare ‚Entdeckung‘ von Theorien in empirischen Daten (Breuer, 2010, S. 39 ff.; Strübing, 2008, S. 10). Strauss benennt in einem Interview mit Schervier-Legewie (2011, S. 74) drei zentrale Merkmale der Grounded Theory:

Wenn ich nun sagen sollte, was zentral ist, würde ich drei Punkte hervorheben: Erstens die Art des Kodierens. Das Kodieren ist theoretisch, es dient also nicht bloß der Klassifikation oder Beschreibung der Phänomene. Es werden theoretische Konzepte gebildet, die einen Erklärungswert für die untersuchten Phänomene besitzen. Das Zweite ist das theoretische Sampling. [...] Ich habe sehr früh begriffen, dass es darauf ankommt, schon nach dem ersten Interview mit der Auswertung zu beginnen, Memos zu schreiben und Hypothesen zu formulieren, die dann die Auswahl der nächsten Interviewpartner nahe legen [sic]. Und das Dritte sind die Vergleiche, die zwischen den Phänomenen und Kontexten gezogen werden und aus denen erst die theoretischen Konzepte erwachsen. Wenn diese Elemente zusammenkommen, hat man die Methodologie.

Der Forschungsprozess ist von einem iterativ-zyklischen Wechsel von Datensammlung, Analyse und Theorieentwicklung geprägt (Strübing, 2008, S. 29). Dabei folgt die Datenerhebung dem Prinzip der Gegenstandsangemessenheit und ermöglicht so letztendlich die Entwicklung einer gegenstandsbegründeten Theorie (Breuer, 2010, S. 76 ff.). Das Prinzip der Gegenstandsangemessenheit bezieht sich sowohl auf die Auswahl des Samples und des Datenmaterials als auch auf die Anpassung des methodischen Vorgehens an den Forschungsgegenstand (Breuer, 2010, S. 14 ff.).

Im Zuge des Kodierprozesses werden den Ereignissen in den Daten konzeptuelle Bezeichnungen, sogenannte Konzepte, zugewiesen (Strauss und Corbin, 1996, S. 43). Dieser Schritt wird als *offenes Kodieren* beschrieben. Durch den kontinuierlichen Vergleich von Konzepten entsteht eine Klassifikation, die Strauss und Corbin (1996, S. 47) als Kategorien bezeichnen (*axiales Kodieren*). Hypothesen über Zusammenhänge in den Daten oder Annahmen aufgrund von Vorerfahrungen oder theoretischer Sensibilität werden am Material und im Vergleich verschiedener Materialstellen falsifiziert, wobei dieses Vorgehen qualitative und quantitative Forschungsansätze eint (Behrens, 2002). Dies führt zu einer dichterem Beschreibung einzelner Kategorien und zur Entdeckung von Beziehungen zwischen den Kategorien (Strauss und Corbin, 1996, S.78 ff.). Hierzu schlagen Strauss und Corbin (ebd.) das paradigmatische Modell als Mittel zur systematischen Herstellung von Zusammenhängen in den Daten vor. Mithilfe des Modells werden Bedingungen, Kontext, Konsequenzen und Strategien zu zentralen Phänomenen ausgearbeitet. Durch dieses Vorgehen werden im Prozess der Datenauswertung immer wieder neue Hypothesen entwickelt und Fragen an das Material gestellt. Das erweiterte theoretische Verständnis leitet auch das theoretische Sampling, die sukzessive gezielte Auswahl von Fällen, Ereignissen und Datenmaterialien für die Studie. Die methodischen und theoretischen Überlegungen und Entscheidungen werden im Forschungsprozess kontinuierlich in Memos niedergeschrieben. Dies dient zum einen der Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses und zum anderen der Weiterentwicklung der Kategorien und der Konzepte im Sinne der Herstellung einer analytischen Distanz, Reflexion und Integration (Böhm, 2009, S. 477). Integration meint die Verknüpfung von Konzepten und Kategorien und letztendlich die Auswahl einer Kernkategorie, zu der die Kategorien in Verbindung stehen (*selektives*

Kodieren). Eine Kernkategorie fasst die zentralen Erkenntnisse der Studie in abstrakter Weise zusammen und taucht wiederkehrend in den Daten auf (Corbin and Strauss, 2015, pp. 187 ff.). Der Forschungsprozess endet, wenn eine Sättigung der relevanten Kategorien erreicht ist (Corbin and Strauss, 2015, p. 139).

Die Reflexivität ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung von Theorien. So baut der Forschungsstil der Grounded Theory darauf, dass Forscher/innen ihre Wahrnehmungen und Deutungen im Forschungsprozess kritisch hinterfragen und ihre Ergebnisse durch die Reflexion in Forschungsgruppen absichern (Breuer, 2010, S. 39).

Die Umsetzung der Grounded Theory wird in den folgenden Kapiteln am konkreten Beispiel dieser Arbeit vorgestellt. Zuvor wird die Eignung der Grounded Theory für das Forschungsprojekt zusammenfassend begründet:

- Die Grounded Theory eignet sich für eine Analyse, die darauf abzielt, bestimmte alltagsweltliche Phänomene systematisch zu verstehen.
- Aufgrund der interaktionistischen Theorettradition eignet sich die Grounded Theory für die Analyse von Handlungen und Interaktionen und weist zugleich auf ein spezifisches Interaktionsverständnis hin.
- Die Grounded Theory bietet systematische Verfahren zur Entdeckung theoretischer Zusammenhänge und ermöglicht somit eine Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses. Das Streben nach einer Gegenstandsangemessenheit erlaubt zugleich die flexible Anpassung der Methodik an den komplexen Gegenstand der Interaktion.

3.3 Methodische Überlegungen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit beschrieben. Nach der Darlegung forschungsethischer Überlegungen und der Beschreibung des Feldzugangs und des Samples werden die einzelnen Datentypen theoretisch eingeordnet und hinsichtlich der durchgeführten Erhebung und Datenaufbereitung beschrieben.

3.3.1 Forschungsethische Überlegungen

Weil sich die Erhebung von Videodaten und die Beobachtung der Behandlung mit der Behandlung selbst überlappen, war eine Reflexion forschungsethischer Aspekte nötig, durch die die beobachteten und gefilmten Personen geschützt werden sollten. Zusätzlich wurde ein Ethikvotum der Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Bearbeitungs-Nummer 2013-38) eingeholt, um das Vorgehen ethisch abzusichern. Im Vordergrund standen dabei die *Wahrung der Autonomie* der Teilnehmenden und die Prämisse der *Schadensvermeidung (nonmaleficience)* (vgl. Domholdt, 2000, pp. 29 f.). Die Autonomie der Teilnehmenden wurde durch die Gewährleistung einer freiwilligen Teilnahme und eine zielgruppenadäquate Aufklärung im Vorfeld der Erhebung sichergestellt. Während der Aufklärung wurde das Ziel der Untersuchung offengelegt. Bei der Aufklärung war insbesondere eine Sensibilisierung der Teilnehmenden für die geplante Videodatenerhebung und die

Multimodalität und die Beständigkeit der Videodaten relevant. Ausschließlich Personen, die in der Lage waren, eine eigenständige Einwilligung zu treffen, wurden in die Studie eingeschlossen (vgl. ebd. S. 31 f.). Im Zusammenhang mit dem Einsatz der Videokamera stand insbesondere die Wahrung der Persönlichkeitsrechte der gefilmten Personen im Vordergrund. Dies wurde durch einen vertraulichen Umgang mit den Daten gewährleistet. Um diese Daten zu schützen, wird in der Ergebnisdarstellung auf ausgewählte und verfremdete Einzelbilder bzw. narrative Beschreibungen der gefilmten Situation zurückgegriffen.

Der Forschungsprozess wurde so konzipiert, dass die Datenerhebung, soweit möglich, den Behandlungsprozess nicht beeinflusste. Gleichwohl kann eine Beeinflussung der Behandlungssituation durch die Videokamera oder die Anwesenheit eines Beobachters/einer Beobachterin nicht ausgeschlossen werden (Caldwell and Atwal, 2005; Dellwing und Prus, 2012, S. 108 ff.; Tuma et al., 2013, S. 13 f.). Tuma et al. (2013, S. 13 f.) berichten aus der Forschungspraxis, dass gefilmte Personen sich schnell an die Kamera gewöhnen, und plädieren für einen reflexiven Umgang mit dem erhobenen Material. So können Zeichen von Verunsicherung zugleich auf einer analytischen Ebene Auskunft über das Feld geben (ebd., S. 14).

3.3.2 Feldzugang und Sampling

In diesem Teilkapitel wird der Feldzugang und das Sampling für die Erhebung der Videodaten und Kommentierungen (erste Erhebungsphase) sowie der Interviewdaten und Beobachtungsprotokolle (zweite Erhebungsphase) dargelegt.

In der ersten Erhebungsphase (Videodaten und Protokolle des lauten Denkens) wurden selbstständige oder angestellte Therapeut/inn/en in ambulanten Physiotherapiepraxen ausgewählt. Im weiteren Verlauf wurden kontrastierende Fälle hinsichtlich der Berufserfahrung und der Qualifikation (akademisch/nichtakademisch) einbezogen. Die Kontaktaufnahme zu Physiotherapeut/inn/en erfolgte über persönliche Kontakte der Autorin. Nach dem Schneeballprinzip wurden so Kontakte zu 15 Physiotherapeut/inn/en hergestellt. Nach Möglichkeit wurde das Forschungsprojekt im persönlichen Gespräch vorgestellt oder telefonisch erörtert. Vier der 15 Therapeut/inn/en willigten in die Teilnahme an der Videodatenerhebung ein. Eine Ablehnung wurde mit Vorbehalten gegenüber der Kamera, der persönlichen Belastung, einem fehlenden Zugang zu den entsprechenden Patient/inn/en und organisatorischen Schwierigkeiten in der Praxis begründet (vgl. Kap. 5.2, Indikation des Forschungsprozesses). Eine Datenerhebung kam dann zustande, wenn der Praxisinhaber/die Praxisinhaberin das Projekt unterstützten und Zeit für die Kommentierung des Videos (lautes Denken) im Anschluss an die Behandlung einräumte bzw. wenn der Praxisinhaber/die Praxisinhaberin selbst am Forschungsprojekt teilnahm.

Nachdem sich in der Analyse gezeigt hatte, dass die knappe Zeit einen großen Einfluss auf die Interaktion zwischen den Patient/inn/en und Therapeut/inn/en hat, wurde in einer zweiten Erhebungsphase nach Therapeut/inn/en gesucht, die unabhängig von den Heilmittelverordnungen im GKV-System arbeiten und

daher eine flexiblere Zeitgestaltung in ihrer Praxis umsetzen. Für die zweite Erhebungsphase (Beobachtungen) wurde der Kontakt zu den Therapeutinnen durch Empfehlungen der Therapeut/inn/en aus der ersten Erhebungsphase und durch das persönliche Netzwerk der Autorin hergestellt.

Die Datenerhebung setzte die Einwilligung der Therapeut/inn/en und der Patient/inn/en voraus. Letztere mussten zum Zeitpunkt der Datenerhebung volljährig sein und durften für die Erhebung der Videodaten noch nicht von den an der Erhebung teilnehmenden Therapeut/inn/en behandelt worden sein. Durch dieses Kriterium sollte die Vergleichbarkeit der Aufzeichnungen einer ersten Behandlungseinheit sichergestellt werden. Zugleich sollten die Patient/inn/en für diese erste Phase eine Heilmittelverordnung über Krankengymnastik oder Manuelle Therapie mit den Indikationen WS1 oder 2, EX 1, 2 oder 3 oder CS ausgestellt bekommen haben bzw. mit einer vergleichbaren Indikation im Rahmen einer privaten Verordnung die physiotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen.

Die Therapeutinnen, die interviewt werden sollten, wurden ebenfalls telefonisch in zufällig ausgewählten ambulanten Physiotherapiepraxen kontaktiert. Tabelle 6 zeigt eine Übersicht der beforschten Physiotherapeut/inn/en. Ihre Namen wurden pseudonymisiert.

Tabelle 6: Darstellung des Samples

Name	Alter zum Erhebungszeitpunkt	Berufserfahrung nach Staatsexamen zum Erhebungszeitpunkt	Weitere Qualifikationen	Art der Tätigkeit
Video und lautes Denken				
Christoph Mader (CM)	43	15 Jahre	Bachelor, PNF, Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage, Krankengymnastik am Gerät	Angestellter mit Leitungsfunktion
Heike Zimmermann (HZ)	26	1 Jahr	Manuelle Lymphdrainage	Angestellte
Moritz Zachner (MZ)	34	10 Jahre	Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage, Bobath	Angestellter mit Leitungsfunktion
Karin Dexler (KD)	33	11 Jahre	Bachelor, Master, Bobath, Manuelle Lymphdrainage	Praxisinhaberin
Beobachtungen				
Kathrin Lemke (KL)	49	26 Jahre	Schroth, E-Technik nach Hanke	Praxisinhaberin
Clara Duhme (CD)	34	10 Jahre	Manuelle Therapie, PNF, Manuelle Lymphdrainage, sektoraler Heilpraktiker (PT)	Praxisinhaberin
Interviews				
Antje Lindt (AL)	30	5 Jahre	Manuelle Lymphdrainage, Manuelle Therapie	Angestellte
Anna Götz (AG)	23	1 Jahr	Manuelle Lymphdrainage	Angestellte
Dunja Guderska (DG)	46	10 Jahre	Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage	Angestellte

3.4 Datenerhebung und Aufbereitung des Materials

Um die Fragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit beantworten zu können, wurden sowohl Videoaufzeichnungen von physiotherapeutischen Behandlungssituationen erstellt, als auch Beobachtungen von Behandlungssituationen durchgeführt. Zudem wurden die subjektiven Sichtweisen und das Erleben der Physiotherapeut/inn/en durch Protokolle des lauten Denkens und Interviews erhoben. Dieses Vorgehen schließt an Denzin an, der die Pluralität von Datentypen „als Strategie auf dem Weg zu einem tieferen Verständnis des untersuchten Gegenstandes und damit als Schritt auf dem Weg zu mehr Erkenntnis“ versteht (vgl. Denzin (1989, p. 246)).

Im Folgenden werden die in dieser Arbeit erhobenen Datentypen einzeln vorgestellt. Dabei wird jeweils ein kurzer Überblick über den theoretischen Hintergrund des Erhebungsverfahrens gegeben. Darauf aufbauend werden die Umsetzung der Datenerhebung und die Aufbereitung der Daten in der vorliegenden Studie beschrieben.

3.4.1 Videoerhebung und lautes Denken

Um einen Zugang zur Interaktionssituation zu bekommen, wurden zunächst Videofilme der physiotherapeutischen Behandlung aufgezeichnet. Behrens (2002) spricht in diesem Zusammenhang von prozessproduzierten Interaktionsprotokollen, die sich gegenüber qualitativen Interviews dadurch auszeichnen, dass sie sich nicht „auf die Identifikation von Handlungsabsichten“ beschränken, sondern die eigentliche Handlung direkt abbilden. Das Forschungsdesign dieser Arbeit sollte der Veränderung der Interaktion im Verlauf des Behandlungsintervalls gerecht werden. Daher wurde sowohl die erste als auch die dritte oder vierte Behandlung jedes Patienten/jeder Patientin aufgezeichnet und kommentiert. Dabei wurde davon ausgegangen, dass in der ersten Behandlung die Untersuchung und der Kontaktaufbau und erst später die Behandlung selbst im Vordergrund stehen (vgl. Wainwright et al., 2010). Die Erhebung der Videodaten und die Erstellung der Protokolle des lauten Denkens sind eng miteinander verknüpft (Abbildung 2). So dienen die Videodaten als Grundlage für das laute Denken und werden zugleich als eigenständiges Material ausgewertet. Daher steht nachfolgend eine getrennte Darstellung beider Datentypen.

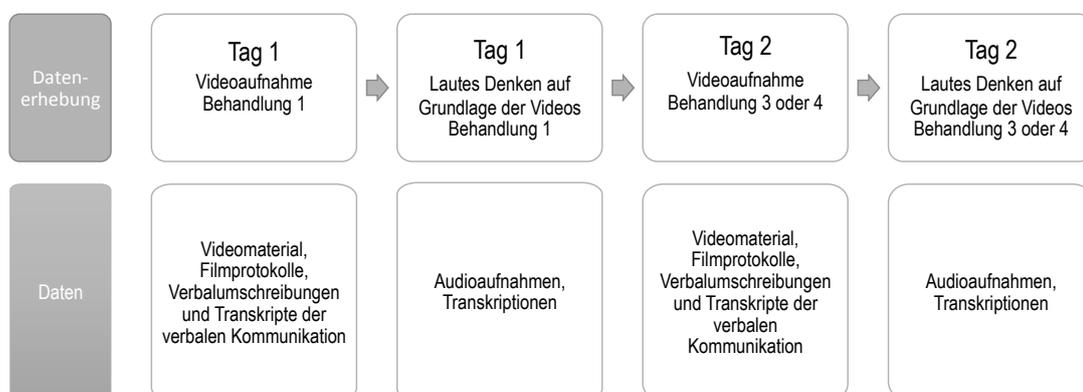


Abbildung 2: Erhebung von Videodaten und Erstellung von Protokollen des lauten Denkens

a) Detailbetrachtung Videoerhebung

Videodaten als Form des visuellen Datenmaterials gewinnen in der qualitativen Sozialforschung an Bedeutung (Flick, 2009, S. 311 f.). In der Grounded Theory werden sie jedoch bislang nur selten verwendet, wobei erste Arbeiten Vorschläge für den Umgang mit Videodaten in der Grounded Theory machen und deren Potenzial betonen (vgl. Griffiths, 2013; Konecki, 2011; Mey und Dietrich, 2016; Nilsson, 2012) Ihr Vorteil liegt darin, dass Situationen „realitätsgetreu“ abgebildet werden und dadurch „andere und erweiterte Ein-Blicke und Hör-Eindrücke in die Welt“ möglich werden (Moritz, 2011, S. 36). Dabei gilt es nach Tuma et al. (2013, S. 36 ff.) Entscheidungen hinsichtlich der aufzuzeichnenden Situation und der Kamerapositionierung zu treffen, die wiederum die Möglichkeiten der Analyse des Videomaterials begrenzen können und daher immer im Begründungszusammenhang des jeweiligen Forschungsprojektes getroffen werden müssen. Für ausführliche Einblicke in die Forschungsarbeit mit Videomaterial wird auf Corsten et al. (2010), Tuma et al. (2013) und Moritz (2014) verwiesen.

In der für diese Arbeit durchgeführten Studie bietet das Videomaterial die Möglichkeit, das Interaktionsgeschehen so zu erfassen, dass eine wiederholte Betrachtung aus verschiedenen Analyseperspektiven möglich ist (vgl. Moritz, 2011, S. 37; Tuma et al., 2013, S. 33). Zugleich dient das Video als Grundlage für die Kommentierung im Rahmen des lauten Denkens (auch *Think-Aloud* oder *stimulated recall*) (Breuer, 1991; Wainwright et al., 2010). In einem Pre-Test wurden die Videodatenerhebung und das laute Denken mit einer Physiotherapeutin getestet. Dieser Test lieferte Hinweise ebenso für die Formulierung der Erzählaufforderung für das laute Denken wie für das Erstellen der allgemeinen Informationen zur Videodatenerhebung für die Patient/inn/en und die Therapeut/inn/en. Die durch den Test gewonnenen Daten wurden weder transkribiert noch ausgewertet. Die Patient/inn/en und die Therapeut/inn/en wurden im Vorfeld der Behandlung über die Aufzeichnung der Behandlung mittels Videokamera und über den Umgang mit den Daten aufgeklärt (vgl. Kap. 3.3.1).

Um den Einfluss der Kamera auf die Patient/inn/en und die Therapeut/inn/en zu minimieren, wurde eine handelsübliche HD-Kamera mithilfe eines Stativs statisch in einer Ecke des Behandlungsraums positioniert. Auf die Verwendung externer Mikrofone wurde verzichtet, da sie möglicherweise das Bewusstsein über die Präsenz der Kamera verstärkt hätten. Dieses Vorgehen hatte allerdings den Nachteil, dass nur eine Perspektive erfasst werden konnte. Das beeinträchtigte teilweise sowohl die Bild- als auch die Tonqualität, z. B. wenn die Gestik der Patient/inn/en durch die Therapeut/inn/en verdeckt wurde. Die Autorin stellte die Kamera zwischen zwei Behandlungen auf und befand sich während der Behandlung nicht im Behandlungsraum.

Bei der Datenaufbereitung wurden in einem ersten Schritt die Sprachanteile des Videos transkribiert. Dies erfolgte mithilfe der Software f5 (Version 2.4) unter Verwendung der Minimaltranskriptionskonventionen des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems 2 (GAT 2) (Selting et al., 2009).

Weiterhin wurden deskriptive *Filmprotokolle* der einzelnen Behandlungseinheiten angefertigt. Diese Filmprotokolle dienen der Strukturierung des Materials (vgl. Moritz, 2011, S. 21). Jedes Filmprotokoll enthielt Zeitmarken, so genannte Time Codes, einzelner Behandlungsphasen, eine deskriptive

Beschreibung des Handelns in diesen Phasen sowie eine erste offene Kodierung und die subjektive Wahrnehmung der Autorin (Tabelle 7). Die Einteilung der Phasen erfolgte nach mehrmaliger Betrachtung der Videos zunächst hinsichtlich der Inhaltsabschnitte einer Behandlung, die entweder thematisch abgegrenzt oder durch räumliche Veränderungen oder Neupositionierung eingeleitet wurden (z. B. Beginn der Untersuchung – erkennbar durch die an den Patienten/die Patientin gerichtete Aufforderung, sich auf die Bank zu legen; Abschluss der Behandlung – erkennbar an der Aufforderung, sich wieder anzuziehen).

Tabelle 7: Exemplarischer Auszug aus einem Filmprotokoll (HZ, erste Behandlung)

Time Code	Deskriptive Beschreibung des Handelns	Subjektive Wahrnehmung
# 00:10	<p># Anamnese/Informationsgewinnung # Zielsetzung</p> <p>Die Therapeutin fordert den Patienten auf, sich auf die Behandlungsbank zu setzen. Sie setzt sich ebenfalls schräg zu ihm (<i>auf einen Hocker? – nicht sichtbar</i>). Sie leitet das Gespräch mit der Frage ein, was sie für den Patienten tun kann. Der Patient berichtet über sein Ziel, die Schuhe wieder eigenständig anziehen zu wollen. Zwischendurch gibt es immer wieder Gesprächspausen. Vermutlich macht die Therapeutin in dieser Zeit Notizen (<i>nicht sichtbar</i>). Der Patient füllt unaufgefordert die Gesprächspause, indem er von seinen Eigenübungen berichtet.</p> <p>Der Patient sitzt gerade ausgerichtet auf einer Behandlungsbank. Die Therapeutin sitzt seitlich daneben. Der Blick des Patienten geht die meiste Zeit nach vorne, nicht aber zur Therapeutin.</p>	<p>Die Therapeutin wirkt in dieser Phase der Behandlung offen. Der Patient berichtet in seiner eigenen Erzählstruktur. Die vom Patienten berichteten Ziele werden von der Therapeutin als „gut“ bewertet, aber nicht weiter hinsichtlich ihrer Realisierungsmöglichkeiten eingeordnet.</p>
# 03:04	<p># Anamnese/Informationsgewinnung # Vorgeschichte # Abgleich prä-/postoperativ</p> <p>Die räumliche Konstellation ist unverändert. Die Therapeutin übernimmt nun die Gesprächsführung. Zunächst fragt sie, wie die Beschwerden des Patienten sich vor der OP geäußert haben. Sie fragt auch, welche Bewegungseinschränkungen der Patient vor der OP erlebt hat. Dann lässt sie den Patienten berichten, wie sich diese Beschwerden durch die OP verändert haben. Sie erfragt Nebenerkrankungen und eingenommene Medikamente sowie berufliche Tätigkeiten.</p>	<p>Der Zustand des Patienten vor der OP nimmt einen relativ großen Raum im Gesprächsverlauf ein. Die Therapeutin verwendet als Einstieg einen Fachbegriff (Coxarthrose), den der Patient nicht einordnen kann. Die Gesprächssituation wirkt sehr ‚standardisiert‘. Es werden die für Hüftpatienten typischen Themen thematisiert. Die Therapeutin scheint klare Erwartungen in Hinblick auf die Beschwerden des Patienten zu haben.</p>

Ausgewählte Sequenzen wurden durch ausführliche Verbalumschreibungen detaillierter erfasst (vgl. Moritz, 2014, S. 36). Hierbei wurden neben der gesprochenen Sprache auch die nonverbale Kommunikation, die räumliche Konstellation und Bewegungen im Raum beschrieben (vgl. Moritz, 2011, S. 61 ff.).

b) Detailbetrachtung lautes Denken

Die Methode des lauten Denkens soll einen Zugang zur Gedanken- und Gefühlswelt von Personen ermöglichen (Konrad, 2010, S. 476). Die untersuchten Personen werden aufgefordert, ihre Gedanken, Gefühle oder Wahrnehmungen in einer Situation (*Introspektion*) oder bei der nachträglichen Betrachtung

einer Situation (*unmittelbare oder verzögerte Retrospektion*) zu verbalisieren (ebd.). Während die engste Verbindung zwischen Denken und verbalen Aussagen nach Ericson und Simon (1993, p. 11) in der Introspektion nachzuweisen ist, stößt dieses Vorgehen in der Feldforschung an seine Grenzen, denn in simulierten Situationen ist eine introspektive Verbalisierung zwar möglich, nicht jedoch in natürlichen Interaktionssituationen, da diese Situationen durch das Verbalisieren gestört bzw. verhindert würden (Embrey et al., 1996). Daher wird im Zusammenhang mit der retrospektiven Verbalisierung häufig der *stimulated recall* eingesetzt. Hierbei werden die gefilmten Personen mithilfe von Videoaufzeichnungen angehalten, ihre Gedanken und ihre Wahrnehmung in der gefilmten Situation selbst oder bei der Betrachtung dieser Situation zu verbalisieren (Breuer, 1991; Embrey et al., 1996).

Im Rahmen des hier vorgestellten Forschungsprojektes wurde das laute Denken im Sinne des *stimulated recalls* auf Grundlage der Videoaufzeichnungen durchgeführt. Hierzu wurde das Video unmittelbar nach der Behandlung auf ein Notebook übertragen. Das laute Denken fand in einem geschlossenen Behandlungsraum der jeweiligen Praxis statt. Nachdem das Vorgehen des lauten Denkens durch die Autorin erläutert worden war, betrachteten Autorin und Therapeut/inn/en zusammen das Video. Die Therapeut/inn/en steuerten die Videowiedergabe eigenständig und immer dann, wenn sie diejenigen Gedanken oder Wahrnehmungen, die sie in der betreffenden Zeit in der Behandlung gehabt hatten, zu einzelnen Sequenzen wiedergeben konnten. Die Aufforderung zum lauten Denken wurde wie folgt formuliert:

Versuchen Sie bitte, sich möglichst intensiv in die Behandlungssituation zurückzusetzen. Versuchen Sie eine möglichst vollständige Erinnerung der einzelnen Gedanken in Worte zu fassen. Wahrnehmungen aus dem Geschehen, Gedanken und Assoziationen der verschiedensten Art, Erwartungen, Ziele und Pläne, Bewertungen und Einschätzungen, gefühlsmäßige und intuitive Empfindungen. Versuchen Sie, nicht nur klare und eindeutige, sondern auch verschwommene Erinnerungen zu rekapitulieren. Die Erinnerungen sollen sich immer möglichst auf den gesehenen Ausschnitt beziehen. Alles, was Ihnen durch den Kopf geht, ist wichtig für meine Forschung. Das sind nicht nur Dinge, die sich auf Behandlungsmaßnahmen oder Techniken beziehen. Es können auch Gedanken oder Einstellungen zum Patienten sein oder andere Patienten, an die Sie sich wieder erinnern. All das ist interessant für mich, da es zum Behandlungsablauf gehört. Wenn Sie für einige Zeit nichts sagen oder das Video nicht stoppen, werde ich Sie auffordern, ihre Gedanken auszusprechen.

Im Prozess des lauten Denkens hielt sich die Autorin als Betrachterin des Videos im Hintergrund. Wenn die Therapeut/inn/en das Video für länger als 1–2 Minuten nicht stoppten, stimulierte sie eine Kommentierung, indem sie eine allgemeine Erzählaufforderung formulierte (z. B. „Was ging hier in Ihnen vor?“).

Die Dauer des lauten Denkens zu einer Behandlungseinheit lag zwischen 26 und 69 Minuten. Von allen Therapeut/inn/en liegen zwei Protokolle ihres lauten Denkens vor (Abbildung 2). Dabei ließ sich beobachten, dass a) die jeweiligen Kommentierungen der zweiten Behandlung insgesamt alle kürzer waren als die der ersten und b) die Kommentierungsdauer von Therapeut/in zu Therapeut/in verschieden war.

Die Protokolle des lauten Denkens wurden mithilfe der Software f5 (Version 2.4) nach den Minimaltranskriptkonventionen des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems transkribiert (Selting et al., 2009). Die Transkripte wurden ebenso wie die Transkripte der verbalen Inhalte des Videomaterials

und die Videodateien in die Software MAXQDA (Version 11) im Anschluss importiert. Dem folgte eine Synthese der Transkripte beider Datentypen. Dabei wurden die Transkriptionen des lauten Denkens hinter die Stelle des Videotranskripts gesetzt, auf die sich die Verbalisierung bezog. Die Auszüge aus den Protokollen des lauten Denkens wurden zur besseren Erkennbarkeit kursiv und andersfarbig (braun) gesetzt. Durch die Zusammenführung der Daten war eine parallele Kodierung im Videomaterial und in den Transkripten der Videodatenerhebung und des lauten Denkens möglich (Abbildung 3).

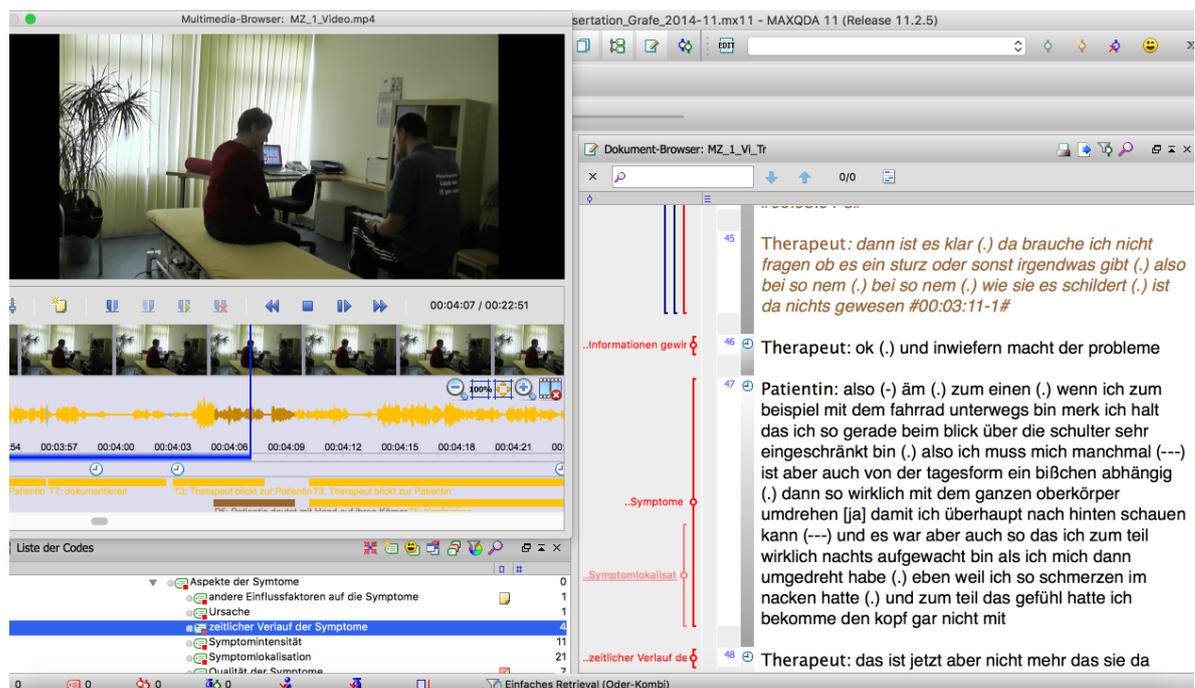


Abbildung 3: Aufbereitung und Analyse von Videomaterial und Transkriptionen in MAXQDA
(links oben Videomaterial und Kodierung im Material, links unten Kodeliste, rechts Transkriptionen und Kodierungen)

3.4.2 Teilnehmende Beobachtung

Die Beobachtung alltäglicher Handlungsvollzüge erfordert eine Teilnahme in dem Feld, das beobachtet werden soll (Lüders, 2009, S. 393 ff.). Diesem Feld sollte der/die Forschende mit größtmöglicher Offenheit begegnen. Die Beobachtung erfolgt demnach nicht anhand eines vorgegebenen Kategoriensystems, vielmehr sind die relevanten Kategorien das Resultat einer offenen und flexiblen Haltung gegenüber dem Feld und den dort agierenden Personen (Lamnek, 2010, S. 519 ff.). Um dies umzusetzen, beschreiben Dellwing und Prus (2012, S. 149) die Möglichkeit der Verbindung von Datenerhebung mittels teilnehmender Beobachtung mit der Kodierung des Materials mithilfe der methodischen Werkzeuge der Grounded Theory. Das Kodieren der Daten ermöglicht die Herstellung einer „intersubjektiven Ordnung“ zwischen Material und Forscher und somit der beobachteten alltagsweltlichen Wirklichkeit und dem Forscher (ebd., S. 152)

Zum Zeitpunkt der teilnehmenden Beobachtungen für diese Arbeit gab es – im Unterschied zum oben beschriebenen Vorgehen - bereits ein Kategoriensystem auf Grundlage des Videomaterials, der Protokolle des lauten Denkens und der Interviews. Mit der Entscheidung für die teilnehmende Beobachtung wurde das Ziel verfolgt, durch eine Vielfalt verschiedener Behandlungseinheiten auch eine größere Variation und

Kontrastierung in der Ausarbeitung der Strategien zu erreichen. Das Material, das durch die Beobachtungen gewonnen wurde, wurde zur Differenzierung und Dimensionalisierung der Kategorien verwendet (vgl. Kap. 3.5). Durch das bestehende Kategoriensystem war die Beobachtung deutlich fokussierter als die ersten Auseinandersetzungen mit dem Videomaterial. Die Fragen, die in Tabelle 8 aufgeführt werden, unterstützten die fokussierte Beobachtung:

Tabelle 8: Fragen zur teilnehmenden Beobachtung

Fokussierung in der Beobachtungssituation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie beginnt die Interaktion? ▪ Welche Interaktionsformen sind beobachtbar (verbal, nonverbal: gestisch, mimisch, körperlich ...)? ▪ Wer hat welche Rolle in der Interaktion? ▪ Gibt es Situationen, in denen Interaktion unterbrochen oder verändert wird? ▪ Wer lenkt die Interaktion? ▪ Welche Sprache verwendet die Therapeutin? ▪ Welche Atmosphäre hat sie geschaffen? ▪ Wie findet Interaktion im Raum statt? ▪ Was beeinflusst die Interaktion? ▪ Welche Bedeutung hat der Körper in der Interaktion? ▪ Wie endet die Interaktion?

Die Beobachtungen wurden in Praxen durchgeführt, die der Autorin aus verschiedenen beruflichen Bezügen vertraut waren. So sollte eine schnelle Akzeptanz der Autorin im Feld erreicht werden, da aufgrund des Zeitrahmens, der vorliegenden Arbeit, ein längerer Feldaufenthalt nicht möglich war. Zudem erlaubte die Vertrautheit Fragen nach den Behandlungen (Dellwing und Prus, 2012, S. 112; Lüders, 2009, S. 393 f.). Die Therapeut/inn/en informierten ihre Patient/inn/en bereits im Vorfeld über die teilnehmende Beobachtung und holten deren Einverständnis ein. Zusätzlich führte die Autorin am Beobachtungstag selbst, und zwar vor Beginn der Behandlung, ein Aufklärungsgespräch mit den Patient/inn/en. In der Beobachtungssituation nahm die Autorin als Beobachterin einen Platz in einer Ecke der Behandlungsräume ein (vgl. Dellwing und Prus, 2012, S. 108). Sie stellte nach den Behandlungen, so dies möglich war, im Rahmen eines informellen Gesprächs den Therapeut/inn/en Fragen zur Wahrnehmung der Behandlungssituation. Die Antworten wurden in Gesprächsprotokollen notiert. Die Autorin dokumentierte ihre Beobachtungen zunächst handschriftlich (Feldnotizen). Am Ende des Beobachtungstages erfolgte eine Ausarbeitung der Notizen zu verdichteten Feldprotokollen. Dabei wurden deskriptive Texte über jede Behandlungseinheit erstellt; sie bildeten Handlungen und Interaktionen der Beteiligten in ihrer Prozessualität ab. In diesen Beschreibungen wurden neben der gesprochenen Sprache auch die nonverbale Kommunikation und die Raumkonstellationen, Positionen und Bewegungen erfasst, soweit sie die Interaktionssituation begleiteten oder charakterisierten. Die Feldprotokolle sind ein Abbild der erlebten Situationen, Interaktionen und Handlungen aus der Perspektive der Autorin und vor dem Hintergrund des Forschungsinteresses (vgl. Dellwing und Prus, 2012, S. 167 f.). Gleichzeitig wurde die Beschreibung so erstellt, dass Zuschreibungen von Bedeutungen an die Handlung weitestgehend vermieden wurden (Tabelle 9). Die Gesprächsprotokolle wurden kontrolliert und ergänzt.

Parallel zu den Feldprotokollen wurden Memos erstellt, in denen erste analytische Überlegungen, z. B. Bezüge zu sensibilisierenden Konzepten oder bestehenden Kategorien aus der Analyse der Videodaten und der Protokolle des lauten Denkens, notiert wurden (ebd., S. 182).

Tabelle 9: Exemplarischer Auszug aus einem Feldprotokoll

[...] Nach weiteren 30 Sekunden wird die Bank ein Stück nach unten gefahren. Die Hände der Therapeutin liegen nun nebeneinander auf Höhe der Lendenwirbelsäule. Dabei übt die Therapeutin mit ihren Daumen Druck neben der Wirbelsäule aus. Die Patientin liegt bewegungslos. Es findet für sechs Minuten kein Gespräch statt. Die Therapeutin schaut, während sie mit ihren Händen arbeitet, mit leerem, aber konzentriert wirkendem Blick. Ihre Augen sind auf ihre Hände bzw. auf die Stelle, an der ihre Hände liegen, gerichtet. Die Therapeutin fragt noch einmal nach, wie sich der Schmerz nach der Behandlung verändere. Die Patientin sagt, dass nach einer Weile der Schmerz wieder auftrete. Es sei „wie eine Art Grundschmerz“. Die Therapeutin legt die Hände an eine bestimmte Stelle der Lendenwirbelsäule und fragt: „Da, oder?“ „Ja“, antwortet die Patientin. Die Therapeutin legt ihre Hand an eine andere Stelle und sagt: „Da wird es dann besser?“ „Ja“, bestätigt die Patientin. Sie schildert noch genauer, wo sie die Schmerzen empfindet. Die Therapeutin geht diese Stellen mit der Hand ab [...]

3.4.3 Problemzentrierte Interviews

Die Interviewplanung und -durchführung lehnt sich an das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) an. Ziel dieses Interviewtypus ist „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ durch die Befragung von Individuen (ebd.), hier der Physiotherapeut/inn/en. Das problemzentrierte Interview lehnt sich an die Grounded Theory an, da die Erkenntnisse aus einem induktiv-deduktivem Wechselverhältnis gewonnen werden (Witzel, 2000). Vor dem Hintergrund des theoretischen Vorwissens werden erzählgenerierende Fragen gestellt, durch die die Interviewten ihre Antworten akzentuieren können. Leitfäden, die als Strukturierungshilfe in der Interviewsituation eingesetzt werden, werden entwickelt und dienen als Gedächtnisstütze, Orientierungsrahmen und zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Interviewsituationen (ebd., Abschn. 3; Helfferich 2009, S. 179).

Der Interviewleitfaden für die vorliegende Forschung wurde im Anschluss an eine Literaturrecherche mithilfe des SPSS-Prinzips nach Helfferich (2009, S. 182) entwickelt. Das Kürzel steht für die Schritte der Konstruktion des Leitfadens: Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren. Die Methode dient zum einen dazu, das eigene Vorwissen offenzulegen, zum anderen eröffnet sie die Möglichkeit, neue Aspekte zu ergründen. Der entwickelte Leitfaden zielte darauf ab, Anforderungen an Physiotherapeut/inn/en in Bezug auf ihre Tätigkeit in ambulanten Physiotherapiepraxen zu erheben. Hierzu wurden Fragen zu den folgenden Themen entwickelt:

- Zeit,
- Freizeit/Ausgleich,
- Kommunikation,
- Charakterisierung des Handlungsfelds,
- Arbeitsaufgaben und
- Behandlungssituation.

Diese Themen wurden jeweils von einer Einstiegsfrage eingeleitet. Zu ihr wurden konkrete Nachfragen und Aufrechterhaltungsfragen formuliert. Sie dienten als offene Erzählimpulse, die den Interviewten Raum zur „subjektiven Relevanzsetzung“ gaben (Kruse, 2011, S. 65).

Die Interviews wurden bereits im Juli und August 2010 geführt. Den Wünschen der Interviewpartner/innen entsprechend, wurden die Interviews in einem Fall in der Praxis und in den beiden anderen Fällen in der Wohnung der Therapeut/inn/en durchgeführt. Sie wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen. Die Interviewpartner/innen wurden zu Beginn über den Ablauf des Interviews aufgeklärt und hatten Gelegenheit, Rückfragen zu stellen. Im Anschluss an die Interviews wurden die Teilnehmer/innen über den Umgang mit den Daten aufgeklärt und eine schriftliche Einwilligung zur Verwendung der Daten eingeholt.

Die Interviews wurden vollständig mit dem Programm f4 transkribiert. Hierzu wurden die Minimaltranskriptkonventionen des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems 2 (GAT 2) verwendet (Selting et al., 2009).

3.4.4 Übersicht des Datenmaterials und des Samples

Die verschiedenen Datentypen ermöglichen, dass verschiedene Perspektiven auf den Forschungsgegenstand in der Datenanalyse berücksichtigt werden konnten. Diese Perspektiven werden in Abbildung 4 zusammengefasst.



Abbildung 4: Datentypen und Perspektiven auf den Forschungsgegenstand

Tabelle 10 ist eine Darstellung der Chronologie der Datenerhebung, der Daten und des Umfangs des jeweiligen Datentyps. Das Untersuchungssample wurde hinsichtlich der Qualifikation, der Berufserfahrung, der Art der Tätigkeit und der Charakteristika der Praxis kontrastiert (vgl. Kap. 3.3.2; Tabelle 6).

Tabelle 10: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung, Datentypen und -umfang

	Zeitraum	Aktivität	Datentyp	Umfang
Pre-Test	03/2013	Pre-Test	Videomaterial und Protokolle des lauten Denkens	eine Behandlungseinheit
	07/2013	positives Ethikvotum		
Erste Erhebungsphase	07/2013	Datenerhebung CM	Videomaterial und Protokolle des lauten Denkens	8 Behandlungseinheiten Gesamtdauer: 220 Minuten (= 3,7 Stunden)
	08–09/2013	Datenerhebung HZ	Videomaterial und Protokolle des lauten Denkens	
	11–12/13	Datenerhebung MZ	Videomaterial und Protokolle des lauten Denkens	8 Erhebungen „lautes Denken“ Gesamtdauer: 393 Minuten (= 6,6 Stunden)
	12/14	Datenerhebung KD	Videomaterial und Protokolle des lauten Denkens	
		Einbezug der Interviewdaten (AL, DG, AG) aus 07–08/2010	problemzentrierte Interviews	
Zweite Erhebungsphase				3 Interviews Gesamtdauer: 128,14 (= 2,1 Stunden)
	09/15	teilnehmende Beobachtung in der Praxis KL	Beobachtungsprotokolle plus Gesprächsprotokolle	Gesamtbeobachtungsdauer 445 Minuten (= 7,4 Stunden)
	10/15	teilnehmende Beobachtung in der Praxis CD	Beobachtungsprotokolle plus Gesprächsprotokolle	
				Gesamtumfang des Materials: 19,8 Stunden

3.5 Datenauswertung - Theoriegenerierung

Die Datenauswertung erfolgte in den drei Schritten des offenen, axialen und selektiven Kodierens, wie von Strauss und Corbin (1996) beschrieben (vgl. Kap. 3.2). Weitere wichtige Elemente der Datenauswertung waren das Verfassen von Memos und der ständige Vergleich von Ereignissen in den Daten (Tabelle 13). Die genaue Umsetzung dieser Schritte im Forschungsprozess wird nachfolgend anhand exemplarisch ausgewählter Textausschnitte und dazugehöriger Konzepte expliziert.

Wie in Kapitel 3.4.4 dargestellt, wurden bei der Datenauswertung plurale Datentypen in die Analyse einbezogen. Bei der Datenauswertung war jedoch weniger die Art der Daten als die unterschiedlichen Perspektiven auf den Forschungsgegenstand der Interaktion leitend. So wurden die Datentypen mit wechselnder Fokussierung, abhängig von den aufgestellten Hypothesen, herangezogen. Dieses Vorgehen soll beispielhaft an einem ausgewählten Konzept dargestellt werden: dem Konzept des planvollen Handelns. Dessen Auswahl ist dadurch begründet, dass es im gesamten Analyseprozess beibehalten wurde und sich im Verlauf der Datenerhebung und Auswertung zu einer Kategorie verdichtete (Tabelle 11). Bei dem offenen Kodieren wurde das Konzept des planvollen Handelns erstmalig in der Kodierung der Transkripte des Videomaterials für nachfolgende Textstelle vergeben und später differenziert und erweitert, indem andere Datentypen einbezogen wurden:

das wir erstmal (.) ein paar sachen (.) besprechen vom befund von der anamnese und dann denke ich kommen wir (-) zur zielsetzung (.) was sie so für wünsche haben (--) ich muss einiges auch theoretisch mitteilen (--) vielleicht zunächst (-) äm (.) wann ist denn (.) ein unfall war es (-) wann ist der denn passiert (CM, Behandlung 1, Videotranskript, 6)

Hier signalisiert der Therapeut der Patientin, dass er über einen inhaltlichen Plan für die gemeinsame Behandlung verfügt. Im Video zeigte sich das planvolle Handeln durch eindeutige Bewegungen im Raum, wie z. B. die routinierte Organisation der Dokumentationsmaterialien. Parallel zum Kodierprozess wurden

in einem Memo theoretische Überlegungen zum Konzept des planvollen Handelns angestellt (Tabelle 11). Die dadurch aufgeworfenen Fragen führten zur weiteren Auseinandersetzung mit dem Material, sodass sich das Konzept des planvollen Handelns in seinen Dimensionen genauer beschreiben ließ. Anhand der Fragen wurde im Material zum Beispiel nach Stellen gesucht, bei denen die Therapeut/inn/en nicht planvoll gehandelt hatten oder bei denen es Irritationen in der Umsetzung eines Plans gegeben hatte. Die weitere Entwicklung dieses Konzepts im Forschungsprozess unter Einbezug der erhobenen Daten wird in Tabelle 11 dargestellt. Damit soll verdeutlicht werden, wie – sensibilisiert durch die Benennung einzelner Ereignisse im Material – die weitere Auseinandersetzung mit dem Material geleitet wurde und zu differenzierten und neuen Konzepten bzw. Kategorien führte. Am konkreten Beispiel entwickelte sich so die Kategorie *Steuerung der Interaktionssituation*, die im Ergebnisteil als zentrale Strategie in Beziehung zur Kernkategorie steht. Im Prozess der Datenanalyse war der ständige Vergleich kontrastierender Ereignisse in den Daten ein zentrales Element des axialen Kodierens (Tabelle 12). Nachdem durch das axiale Kodieren relevante Beziehungen zwischen den Kategorien herausgearbeitet worden waren, erfolgte beim Übergang zum selektiven Kodieren die Integration der Kategorien und dadurch die Identifikation einer zentralen Kategorie, der Kernkategorie „Immer im Takt bleiben“. Zu dieser Kategorie lassen sich weitere Kategorien in Beziehung setzen und können so zu einer Theorie entwickelt werden (Tabelle 13).

Tabelle 11: Exemplarische Entwicklung von Konzepten und Kategorien im Forschungsprozess*

Datenerhebung und Datenmaterial	Datenanalyse	Auszug aus dem Kategorienbaum
Erste Datenerhebung – Christoph Mader (Video und lautes Denken)	(Konzepte, Memos und Vergleiche regen die Suche nach entsprechenden Materialstellen an.) <u>Konzept:</u> planvolles Handeln – offenes Kodieren <u>Memoauszug:</u> Was ist planvolles Handeln? Was wird geplant? Woran ist Planung erkennbar? Was ist das Gegenteil von planvollem Handeln?	<u>Steuerung der Interaktionssituation</u> Planvolles Handeln: <ul style="list-style-type: none"> • innerer Fahrplan <ul style="list-style-type: none"> ○ allgemeine Behandlungsprinzipien ○ gelernte Techniken ○ Erfahrung ○ Routinen ○ vollständige Umsetzung ○ Verantwortungsübernahme ○ bewusst/unbewusst ○ geschlossen/offen • Planbarkeit <ul style="list-style-type: none"> ○ zeitliche Rahmenbedingungen ○ Erwartungen und Erfahrungen der Patient/inn/en ○ Abwägen von innerem Fahrplan und Beziehungsarbeit
Zweite Datenerhebung – Heike Zimmermann (Video und lautes Denken)	<u>Konzept:</u> planvolles Handeln, situatives Handeln – offenes Kodieren <u>Memoauszug:</u> Abgrenzung von planvollem und situativem Handeln In welchen Situationen handeln Therapeuten situativ oder planvoll? In welchem Zusammenhang stehen Beziehungsbedürfnis/Interaktion und planvolles Handeln?	
Dritte Datenerhebung – Moritz Zachner (Video und lautes Denken)	<u>Konzept:</u> innerer Fahrplan – offenes Kodieren, Übergang zum axialen Kodieren <u>Memoauszug:</u> Dem planvollen Handeln liegt ein innerer Fahrplan zugrunde. Er berücksichtigt primär inhaltlich-technische Aspekte der Behandlungsgestaltung. In der Interaktion mit dem Patienten ergeben sich Situationen, die eine Anpassung des inneren Fahrplans erfordern (situatives Handeln). Welche Strategien verfolgen Therapeut/inn/en im Umgang mit diesen Situationen?	

Einbezug der Interviewdaten – Antje Lindt, Dunja Guderska, Anna Götz	<u>Konzept</u> : Planbarkeit – offenes Kodieren, Übergang zum axialen Kodieren <u>Memoauszug</u> : Zeitpunkt und Zeitfenster für Planung als Problem in der ambulanten Praxis; Planung wird erweitert durch Routine, allgemeine Behandlungsprinzipien und Erfahrung, Patienten können den Plan vorgeben ... Was ist der Zweck von Planung, Routine, allgemeinen Behandlungsprinzipien und Erfahrung?	Situatives Handeln: ○ Spontaneität ○ Patient*inn/en-orientierung ○ Individualität ○ ...
Vierte Datenerhebung – Karin Dexler (Video und lautes Denken)	<u>Kategorie</u> : Steuerung der Interaktionssituation – axiales Kodieren <u>Memoauszug</u> : Planbarkeit ist möglich durch einen hohen Grad an Steuerung durch die Therapeut*inn/en; Steuerung geschieht kommunikativ, durch die Nutzung von Raum und Objekten, durch den Umgang mit dem Körper des Patienten und den Einsatz des eigenen Körpers. Als Gegenpol zur Steuerung wird die Aushandlung definiert.	
Teilnehmende Beobachtung – Praxis Karin Lemke	axiales Kodieren/selektives Kodieren (Einbezug aller erstellten Kodes, Memos, Skizzen und Diagramme)	
Teilnehmende Beobachtung – Praxis Clara Duhme	<u>Memoauszug</u> : Welche Strategien der Steuerung lassen sich identifizieren? In welchen Situationen findet Aushandlung statt?	

* Der Auswertungsprozess ist durch ein zyklisches Vorgehen gekennzeichnet, das in der tabellarischen Darstellungsform nur bedingt dargestellt werden kann. Die Trennung der einzelnen Auswertungsschritte dient der Verdeutlichung des Vorgehens, das von einem zyklischen Einbezug der Materialien und bereits hervorgebrachter Analyseergebnissen geprägt war.

Tabelle 12: Ständiger Vergleich am Beispiel zweier Materialauszüge

Christoph Mader	Heike Zimmermann
<p>in dem moment da kommt sie mal so richtig mit ein paar sätzen rüber (.) das ist eigentlich das erste mal so (.) wo sie dann so erzählt (.) ja und fand ich dann cool und ausgekugelt (.) dachte ich hm, ok. (.) ((lacht)). aber in an betracht ja ich gucke dann schon immer so auf die uhr die hängt da drüben (.) und will ja auch durchkommen (.) habe ja noch die lymphdrainage vor mir unabhängig jetzt mal vom vom gesamt dokuablauf hier</p> <p>(Behandlung 1, lautes Denken, 168)</p>	<p>so nach drei minuten habe ich es dann mal geschafft auf die hüfte zu sprechen zu kommen (.) ne, weil man will den patienten natürlich auch nicht (.) also ich finde das sehr gut (.) wenn er dann was erzählt (.) was aber eigentlich erstmal gar nicht so wichtig in dem moment für das erkrankungsbild ist</p> <p>(Behandlung 1, lautes Denken, 47)</p> <p>...</p> <p>also mit ihm war es wirklich sehr schwer (.) ein gespräch anzufangen (.) also ich will natürlich nicht irgendeine intimen details von den patienten wissen (–) das ist auch in ordnung (.) aber einfach so ein bisschen diese lockerheit in die therapiesituation zu bringen (.) weil es ist natürlich auch (-) es ist eine intime situation (.) ne (-) da liegt ein wildfremder mann vor dir der hat nur eine unterplinte an und du als junge frau musst dann versuchen ihn durchzubewegen und dann versucht man natürlich so ein bisschen was zu erfahren (.) so ne [...]</p> <p>(Behandlung 1, lautes Denken, 280)</p>

Vergleich der beiden Materialauszüge:

Der ständige Vergleich ist Strauss und Corbin (1996, S. 63 ff.) zufolge eine Technik, in der konzeptuell ähnliche Materialauszüge miteinander verglichen werden, um Dimensionen und Ausprägungen herauszuarbeiten bzw. um Konzepte voneinander abzugrenzen. Der anhand der oben ausgewählten Materialauszüge angestellte Vergleich zielt darauf ab, das Konzept des inneren Fahrplans hinsichtlich

seiner Eigenschaften und Bedingungen zu differenzieren.
 Die beiden ausgewählten Materialauszüge geben Einblick in einen Abwägungsprozess von Beziehungsarbeit und Umsetzung des inneren Fahrplans, der sich sowohl bei Christoph Mader als auch bei Heike Zimmermann zeigt. Dabei kommt es zu einer unterschiedlichen Bewertung beider Aspekte durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten. So ist es für Christoph Mader vorrangig, den inneren Fahrplan umsetzen. Für Heike Zimmermann schafft das In-Beziehung-Treten erst die Voraussetzung für die Umsetzung dieses Fahrplans (Eigenschaften). [...]
 Im Vergleich der beiden Textstellen gilt es auch zu berücksichtigen, dass verschiedene Geschlechterkonstellationen (Therapeut – Patientin // Therapeutin – Patient), Alters- und Erfahrungskonstellationen (erfahrener Therapeut – junge Patientin // unerfahrene Therapeutin – reiferer Patient) und die Qualifikation (Therapeut mit Bachelorabschluss, Therapeutin mit Staatsexamen) die Situation beeinflussen (Bedingungen).

Tabelle 13: Kodierprozess und Theorieentwicklung

Offenes Kodieren	Memos und ständige Vergleiche (Tabelle 11 & Tabelle 12)	Generierung offener Kodes (siehe Tabelle 11)
Axiales Kodieren		<ul style="list-style-type: none"> • Sortierung der Kodes: • Behandlungsprozess, • Kontext und Rahmenbedingungen, • handlungsbezogene Kodes (vorrangig aus den Videos), • bewertende/einordnende Kodes (vorrangig aus dem lauten Denken), • interaktionsbeschreibende Kodes, • interaktionsinterpretierende Kodes (theoretische Kodes mit höherem Abstraktionsniveau). <p>Einsatz des Kodierparadigmas zur Herausarbeitung von Eigenschaften und Dimensionen und zur Herstellung von Verbindungen zwischen verschiedenen Konzepten/Kategorien (Strauss und Corbin, 1996, S. 78 ff.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedingungen, Kontext, Handlungs- und Interaktionsstrategien, Konsequenzen, • Beispiel <i>Nähe</i>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bedingungen: 1:1-Behandlungssituation, körperliche Nähe als Behandlungsauftrag, Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Behandlung, den Patiententypen, dem Selbstverständnis, den Zeitvorgaben; ○ Kontext: gewollte/nichtgewollte Nähe, körperliche/soziale Nähe; ○ Handlungs- und Interaktionsstrategien: standardisierte Abläufe/Routinen, Fokussierung auf den Körper, den Patienten seine Geschichte erzählen lassen, Alltagsgespräche; ○ Konsequenzen: Wohlbefinden aller beteiligten Personen, aber möglicherweise auch Unwohlsein (nachweisbar für die Seite der Therapeut/inn/en), Beziehungsaufbau, möglicherweise Asymmetrie zwischen körperlicher Nähe/Distanz und sozialer Nähe/Distanz, • Hauptkategorien: Interaktionsarbeit als Balanceakt, Zeit/Zeitmanagement, Arbeitsauftrag versus Beziehung, Steuerung versus Aushandlung, Nähe versus Distanz, Wissen, Intimität, Vertrautheit, Kontextbedingungen der Praxis, Routinen ...
Selektives Kodieren		<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation eines zentralen Phänomens in den Daten: Bewältigung der Interaktionssituation unter einem subjektiv wahrgenommenen Zeitdruck; gleichzeitig Erfüllung des selbstdefinierten und von außen definierten Behandlungsauftrag -> in den Daten abgebildet durch den In-vivo-Kode „<i>Immer im Takt bleiben</i>“ • Benennung von Eigenschaften und Dimensionen des zentralen Phänomens: Dimensionen des Takts (4.1) • Integration der ausgearbeiteten Kategorien in ihren Beziehungen zum zentralen Phänomen (Nutzung des paradigmatischen Modells von Strauss und Corbin (1996, S. 78 ff.), siehe Abbildung 5) • Validierung der Beziehungen von Kategorien anhand der Daten, insbesondere auch anhand der Daten aus den Beobachtungen

Hinsichtlich des Prozesses der Datenanalyse sei hier auf die Bedeutung von Forschungs- und Interpretationsgruppen verwiesen (Breuer, 2010, S. 134 ff.; Muckel, 1996, S. 71 f.). Die regelmäßige Diskussion des Datenmaterials und der entwickelten Kategorien sowie die Entwürfe erster Texte in Forschungsgruppen unterstützte den Analyseprozess dieser Arbeit maßgeblich. Die verschiedenen interprofessionell zusammengesetzten Forschungsgruppen stimulierten dabei die Selbstreflexivität der Autorin hinsichtlich ihrer Vorannahmen und ‚blinden Flecken‘. Darüber hinaus unterstützte die Arbeit in Gruppen die Entwicklung kontrastierender Perspektiven auf das Material und die Überprüfung eigener Interpretationen. Folgende Aktivitäten in Forschungsgruppen unterstützten den Analyseprozess:

- 07/2014–04/2017: Mitarbeit in einer alle zwei Wochen stattfindenden interprofessionellen, onlinebasierten Interpretationsgruppe zur Grounded Theory (die Arbeitsweise dieser Gruppe wurde von Albrecht-Ross et al. (2015) beschrieben);
- 02/2015–Abgabe der Dissertation: Zusammenarbeit mit einer Doktorandin aus der Ergotherapie im Rahmen eines wöchentlich stattfindenden, onlinebasierten Austauschs, mehrfache gemeinsame Durchführung einwöchiger Interpretations- und Schreibtreffen und Organisation eines Forschungskolloquiums und Workshops zum „Schreiben auf dem Weg zur Theoriegenerierung“;
- Teilnahme an diversen Forschungskolloquien zur qualitativen Sozialforschung – z. B. im Rahmen des Promotionsstudiengangs „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ und der ideellen Förderung durch die Studienstiftung des deutschen Volkes – sowie mehrmalige aktive Teilnahme am Magdeburger Methodentreffen;
- Vorstellung und Diskussion des Projekts auf nationalen und internationalen Fachkongressen in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses.

4 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt ausgehend von der Kernkategorie „*Immer im Takt bleiben*“. Diese Kernkategorie beschreibt die zentrale Anforderung in der Interaktion aus Sicht der Physiotherapeut/inn/en. Sie wird in den nachfolgenden Kapiteln erläutert. Die Metapher des Takts erwies sich im Prozess der Datenanalyse und Ergebnisdarstellung als bedeutsames Mittel, um die physiotherapeutische Interaktion in ihrer Spezifität bezogen auf die Einbettung in die ambulante Praxis zu erfassen. Dabei weist der Begriff Takt einen starken Gegenstandsbezug auf, da er von den Physiotherapeut/inn/en selbst verwendet wird. Somit bietet der Takt als In-vivo-Kode einen Zugang zu den Interpretationen der beforschten Subjekte (vgl. Breuer, 2010, S. 78). Da die für die Ergebnisse dieser Arbeit zentrale Metapher des Takts auch in anderen wissenschaftlichen Disziplinen Verwendung findet, wird der Ergebnisdarstellung eine theoretische Einordnung des Begriffes vorangestellt.

4.1 Theoretische Einordnung des Begriffs Takt

„Wie taktlos!“, „Das bringt mich aus dem Takt!“, „Du gibst den Takt vor!“ – diese Redewendungen zeigen, dass der Begriff Takt fest in unserer Alltagssprache etabliert ist. Takt wird als „das nach bestimmten Verhältnissen abgemessene Zeitmaß einer rhythmischen Bewegung, eines musikalischen Ablaufs“ beschrieben (Dudenredaktion, 2013). Der Begriff ist dem Lateinischen entlehnt: *tactus* bedeutet „das Berühren, die Berührung; das Gefühl, der Gefühlssinn“. Darüber hinaus wird Takt auch verwendet, um einen geschickten oder feinfühligem Umgang in sozialen Situationen zu beschreiben (ebd.).

Der Begriff des Takts hat somit eine zeitliche Bedeutung (Zeitmaß), eine inhaltliche Bedeutung (Berührung und Gefühl als Intervention oder Instrument) und eine soziale Bedeutung (Umgang mit dem Gegenüber, Balancieren von Nähe und Distanz), wobei sich die drei Bedeutungsdimensionen nicht konsequent voneinander trennen lassen. So ist das Taktgefühl in seiner sozialen Bedeutung auch durch ein richtiges Timing sozialer Handlungen oder ein emotionales oder leiblich-körperliches Spüren charakterisiert (Gödde und Zirfas, 2012, S. 19). Der Begriff des Takts in seiner zeitlich-musikalischen Bedeutung wird häufig metaphorisch auf die soziale Situation übertragen (ebd.). Nicht aus dem Takt zu kommen kann bedeuten, das richtige Zeitmaß einzuhalten, den Rhythmus einer Bewegung aufrecht zu erhalten oder aber den richtigen Ton im Umgang miteinander zu finden.

In der Wissenschaft wird der Begriff Takt in Kunst und Kultur (z. B. Musik, Tanz und Poesie, siehe hierzu z. B. Balke et al. (2011)), Ethik und Pädagogik und in der Therapie (hier besonders der Psychotherapie, siehe hierzu Gödde (2012, S. 213 ff.)) angewendet. Während der Begriff des pädagogischen Takts eine lange Tradition hat (vgl. Herbart (1982) nach Zirfas (2015a, S. 168)), wird der Begriff des therapeutischen Takts in der Psychotherapie laut Gödde und Zirfas (2012) nur am Rande diskutiert:

Er [der Takt] steht der Empathie und Sympathie, dem erkennenden und liebenden Blick, der Anerkennung und Begegnung nahe, ist von Diskretheit und Achtung getragen und impliziert einen rücksichtsvollen und schonenden Umgang mit den Gefühlen des Anderen. (ebd., S. 214)

Diese Beschreibung lässt erkennen, dass der therapeutische Takt mit subjektiver Wahrnehmung und Emotionalität einhergeht. Gödde (2012, S. 214) sieht darin eine Begründung, warum die an „naturwissenschaftlichen Maßstäben orientierte Psychotherapie“ sich dem Begriff nur zögerlich annähert. Eine intensive Auseinandersetzung erfolgt in der Pädagogik, wo der Begriff des pädagogischen Takts insbesondere dann verwendet wird, wenn (erziehungswissenschaftliche) Theorie im praktischen (pädagogischen) Handeln an seine Grenzen stößt (Burghardt et al., 2015, S. 13). Burghardt et al. (2015, S. 7) bezeichnen Takt als „eine Denkfigur von höchstem heuristischem Wert“. Dieser Wert zeigt sich in der Diskrepanz zwischen der Forderung nach Effizienz und Operationalisierbarkeit von Fragestellungen und der Notwendigkeit einer angemessenen Interaktion mit den Klient/inn/en in der pädagogischen Arbeit (ebd.). Trotz dieses Wissens und trotz der langen Geschichte des Begriffs erscheint eine theoretische Beschreibung und Systematisierung schwierig. Dies liegt auch an der von Müller (2015, S. 18 ff.) beschriebenen antinomischen Struktur der pädagogischen Situation, in der es darum geht, Autonomie in Abhängigkeitssituationen zu fördern und die richtige Balance von Nähe und Distanz zu finden. Diese Strukturmerkmale verdeutlichen, dass Probleme und Anforderungen in pädagogischen

Handlungssituationen nicht regelhaft und normativ zu lösen sind. Vielmehr bedarf es situativer Angemessenheit, eben eines pädagogischen Takts, der eine Balance der situationscharakteristischen Widersprüche ermöglicht (ebd.). Der pädagogische Takt wird daher auch mit einem intuitiven, empathischen und kunstvollen Vorgehen in Verbindung gebracht (ebd.). Diese Definition weist eine Nähe zu den Annahmen des Konzepts des erfahrungsgeliteten-subjektivierenden Arbeitshandelns auf (vgl. Kap. 1.2.3). Die Figur des Takts ist nach Seichter (2015, S. 46 f.) „Ausdruck eines erziehungswissenschaftlichen Selbstverständnisses einerseits und einer professionellen Erkenntnisfähigkeit andererseits“ und ist in allen Situationen des Denkens und Handelns „relevant und maßgeblich“. Somit kann sie sowohl als pädagogische Kompetenz, aber auch als „professionsethische Grundhaltung“ verstanden werden (ebd., S. 50).

Burghardt et al. (2015, S. 9) verwenden im Zusammenhang mit Forschung zum pädagogischen Takt den Begriff der Taktforschung und meinen damit eine Forschung, in der das „Oszillieren“ zwischen den Antinomien von „Nähe und Distanz, Passivität und Aktivität, Symmetrie und Asymmetrie oder zwischen Sinnlichkeit und Abstraktheit“ untersucht wird. Diese forschende Auseinandersetzung mit diesen Antinomien erfordert flexible Forschungsstrategien und Fingerspitzengefühl im Umgang mit den beforschten Personen und Institutionen und somit ein taktvolles Vorgehen in der Forschung (vgl. Zirfas, 2015b, S. 25 f.).

Für die Heilmittelberufe im Allgemeinen und die Physiotherapie im Besonderen finden sich bislang keine Belege für die Nutzung des Taktbegriffs jenseits der Beschreibung der zeitlichen Abläufe (z. B. 20-Minuten-Takt). Jedoch wird der Begriff Rhythmus für den Rhythmus einer physiotherapeutischen Technik oder Maßnahme, z. B. der Mobilisationsrhythmus, verwendet (vgl. Maitland, 2004, S. 186). Somit bezieht sich das Takt- bzw. Rhythmusverständnis in der Physiotherapie derzeit vorrangig auf seine zeitliche und inhaltliche Bedeutung. Eine Auseinandersetzung mit der sozialen Bedeutung des Takts bezogen auf die komplexe Handlungssituation analog zum pädagogischen Takt erfolgte bislang noch nicht.

4.2 „Immer im Takt bleiben“ – die Kernkategorie

Ausgangspunkt der Ergebnisdarstellung sind die zentralen Anforderungen an Physiotherapeut/inn/en im Handlungsfeld ambulante Physiotherapiepraxis. Diese Anforderungen finden Ausdruck im In-vivo-Kode *„Immer im Takt bleiben“* (Abbildung 5, roter Kasten). In der Ausarbeitung der Kernkategorie wurden drei Dimensionen des Takts identifiziert (grüne Kästen), die im Folgenden zunächst in ihrer jeweils spezifischen Ausprägung und anschließend hinsichtlich ihrer wechselseitigen Bedingtheit dargestellt werden. Aus dem Spannungsfeld, das sich aus dem Zusammenspiel der drei verschiedenartigen Dimensionen des Takts ergibt, erklärt sich die Anforderung an die Physiotherapeut/inn/en, immer im Takt zu bleiben. Der Fragestellung der vorliegenden Arbeit entsprechend werden nach der Darstellung der Dimensionen des Takts, die Interaktionsstrategien der Therapeut/inn/en hinsichtlich ihrer Ausprägung und Bedingtheit beschrieben (gelber Kasten). Dabei ist die zentrale Strategie *Steuerung der Interaktionssituation* eine Antwort auf die zentrale Anforderung und ermöglicht zugleich die Bewältigung

der Anforderung (roter Pfeil). Um diesen Sachverhalt zu verdeutlichen, werden in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung Substrategien beschrieben, die bedeutsam für die Realisierung der Steuerung sind. Abschließend lassen sich von diesen Strategien Konsequenzen für die einzelnen Dimensionen des Takts ableiten, die wiederum zu einer Schärfung des Taktverständnisses beitragen (blauer Kasten und blauer Pfeil).

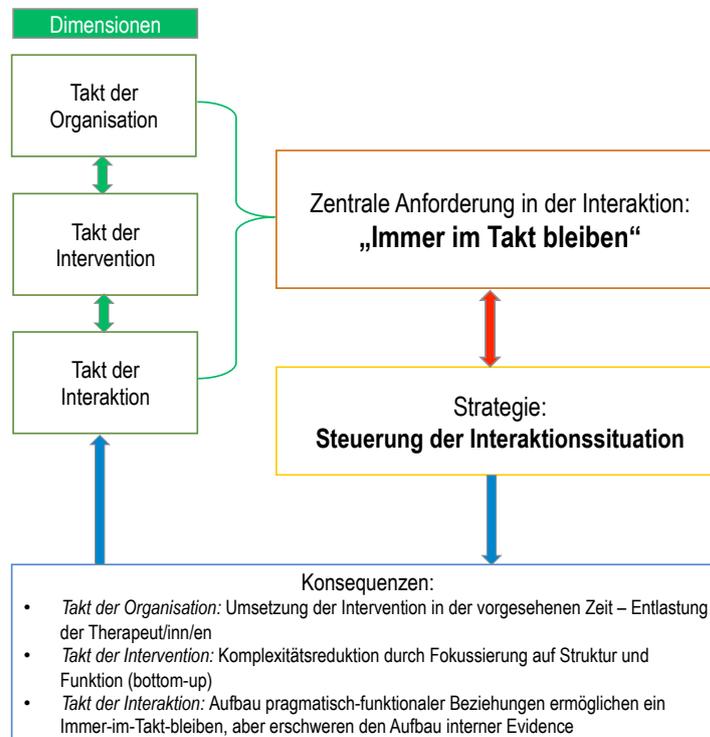


Abbildung 5: Theorie zur physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis

4.3 Der Takt in der ambulanten Physiotherapiepraxis

Der Taktbegriff ermöglicht einen Zugang zur Logik des Interaktionsgeschehens in der ambulanten Physiotherapiepraxis aus der Perspektive der Therapeut/inn/en. Nachdem in Kapitel 4.1 die Verwendung des Begriffs in den Wissenschaftsdisziplinen Pädagogik und Psychotherapie aufgezeigt wurde, wird in diesem Kapitel beleuchtet, welche Bedeutung der Takt bei der Arbeit in der ambulanten Praxis hat und welche Dimensionen des Takts in der Analyse identifiziert wurden.

4.3.1 Takt der Organisation Physiotherapiepraxis

Der Takt in der Organisation ambulante Praxis folgt organisatorisch-strukturellen Rahmenbedingungen, die – auch – durch die in Kapitel 1.1.1 beschriebenen sozialrechtlichen Vorgaben entstehen. Durch deren Umsetzung ergibt sich auf institutioneller Ebene – der Ebene jeder einzelnen Physiotherapiepraxis – ein spezifischer Ablauf, der sich in den untersuchten Praxen nur marginal unterscheidet (Tabelle 14). Im untersuchten Sample zeigt sich eine repräsentative Varianz bei der Dauer einzelner Behandlungseinheiten (Tabelle 14, vgl. Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V. (2014)). So liegt die Behandlungsdauer für eine einzelne Behandlungseinheit zwischen 20 und 30 Minuten mit Ausnahme der Praxis von Clara Duhme, in der die Behandlungsdauer 30–45 Minuten beträgt. Duhme

behandelt ausschließlich privatversicherte und privat zahlende Patient/inn/en und ist somit von den Vergütungsvereinbarungen gemäß §125 SGB V unabhängig.

Tabelle 14: Praxisstruktur und -organisation im untersuchten Sample

Therapeut/in	Zahl der angestellten Therapeut/inn/en	Zeitraum für eine Behandlung in Minuten	Rezeptionskraft
Christoph Mader (CM)	4	25	ja
Heike Zimmermann (HZ)	15	25	ja
Moritz Zachner (MZ)	15	25	ja
Karin Dexler (KD)	3	Erstbehandlung 30 Folgebehandlung 20 (GKV), 30 (PKV)	ja
Clara Duhme (CD)	1	30–45 (ausschließlich Privatpatienten)	nein
Kathrin Lemke (KL)	6	25–30	ja
Antje Lindt (AL)	5	20	nein
Anna Götz (AG)	9	20	ja
Dunja Guderska (DG)	4	30	nein

Die Praxisabläufe werden zum Teil durch Rezeptionskräfte unterstützt. Sie übernehmen organisatorische Tätigkeiten wie die Terminvergabe, die Abrechnung der Heilmittelverordnungen oder die Vorbereitung der Behandlungsräume. Sofern keine Rezeptionskräfte angestellt sind, werden diese Arbeiten von den Therapeut/inn/en übernommen. Weitere Arbeitsaufgaben, die die Physiotherapeut/inn/en außerhalb der Behandlungseinheiten erledigen, sind z. B. die Dokumentation, das Schreiben von Berichten, die Kommunikation mit den Krankenkassen oder Ärzt/inn/en. Zudem zählt auch das Wäschewaschen oder das Bestellen von Therapiematerialien zu den alltäglichen Aufgaben der Therapeut/inn/en.

Innerhalb der Ablauforganisation der Physiotherapiepraxis ist die Arbeitszeit der angestellten Therapeut/inn/en in der Regel als *Kontaktzeit* mit den Patient/inn/en definiert. Das bedeutet, dass diejenigen Arbeitsaufgaben, die über die direkte Patientenversorgung hinausgehen, entweder zu Lasten der Kontaktzeit oder aber der *Privatzeit* der Therapeut/inn/en erledigt werden. So beschreibt die Therapeutin Dunja Guderska:

aber das bedeutet auch das für hier auch (-) also wenn ich jetzt zum beispiel zwei stunden mittagspause hätte dann (.) vergeht einfach noch zeit um die dinge noch zu ende zu bringen und das ist dann private zeit (DG, Interview, 14)

Den Takt der Organisation einzuhalten, ist eine Anforderung für die Therapeut/inn/en, die sie mitunter als *Anstrengung* erleben.

... die anforderung sonst finde ich (.) man muss halt einfach immer im takt bleiben (.) das finde ich sehr anstrengend... (DG, Interview, 2)

Die Zeit für eine Behandlungseinheit wird als zu kurz erlebt, was im untenstehenden Zitat durch die Aussage „Zeit ist ja Mangelware“ deutlich wird. Der Zeitmangel verstärkt sich durch die Raumsituation in der Praxis. Wenn für jeden Therapeuten/jede Therapeutin nur ein Raum zur Verfügung steht, ist es erst möglich, die nächste Behandlung zu beginnen, wenn der vorherige Patient/die vorherige Patientin den Raum verlassen hat. Dies kann z. B. bei älteren Patient/inn/en eine vorzeitige Beendigung der Behandlung erforderlich machen, um eine Verzögerung der Abläufe durch das Ankleiden der Patient/inn/en zu vermeiden. Die beiden folgenden Zitate zeigen diesen Zusammenhang:

da beginnt schon der aufräumprozess (.) die letzten fünf minuten der behandlung oder so was (.) und wir machen noch mal trampolin (-) aber da musst du echt schon gucken (.) weil (.) ja zeit ist ja mangelware und dann musst du echt sehen (.) wir hatten auch ein bisschen überzogen (.) (unv.) das du dann guckst (.) was weiß ich (.) dass der raum frei ist oder die bank wieder frei ist (.) dass du nicht noch mal reingehen musst (--) du musst aus dem raum eigentlich raus und die patientin ist vielleicht nach dir raus und dann muss der wieder frei sein (.) für den nächsten (.) oder für eine kollegin (CM, Behandlung 2, lautes Denken, 168)

Die Schilderungen der Abläufe erinnern oftmals an *Fließbandarbeit*; dieser Begriff wurde im Zusammenhang mit den Arbeitsabläufen in der industriellen Fertigung geprägt.

ja die [patienten] müssen ja (.) also wenn jetzt der erste patient raus ist dann (.) geht der nächste rein in den raum (--) äm (---) zieht sich um oder aus (.) je nachdem (.) äh ich muss halt noch mit dem anderen zur anmeldung gehen (.) ihn unterschreiben lassen eventuell (.) wenn man pech hat will er dann noch einen termin haben oder ändern (.) und auf dem rückweg halt genau dasselbe bis der nächste dann wieder sich angezogen hat oder aus dem raum wieder raus ist sind es auch noch mal zehn minuten (.) und dann geht das spielchen wieder von vorne los (AL, Interview, 84)

Verzögern sich die Abläufe, zeitigt dies unmittelbare Konsequenzen für alle weiteren Behandlungen. So fasst das folgende Zitat den Takt der Organisation zusammen und zeigt sogleich die *Grenzen* auf:

du kannst nicht zwanzig minuten behandeln und nach zwanzig minuten wieder mit dem nächsten anfangen (.) das funktioniert einfach zeitlich nicht ... das funktioniert nicht (.) dafür haben wir einfach zu wenig raumkapazität dafür geht der wechsel einfach nicht schnell genug da braucht die ältere dame vielleicht fünf minuten zum umziehen und dann hängst du schon (.) eigentlich dahinter (AL, Interview, 82)

Die hier deutlich werdende Wahrnehmung des Takts der Organisation lässt sich unabhängig von der Erfahrung oder der Qualifikation der Therapeut/inn/en rekonstruieren. Clara Duhme berichtet, dass sie den organisatorisch-strukturellen Rahmen der ambulanten Praxis als so belastend erlebt hat, dass sie ihre Arbeitssituation verändert hat. Durch die Selbstständigkeit in einer Privatpraxis kann sie den Takt der Organisation flexibler und autonomer gestalten und die Behandlungszeit individuell den Patient/nn/en anpassen. Gleichwohl gibt es auch in ihrer Praxis einen Takt, den sie aber aufgrund längerer Behandlungszeiten als weniger anstrengend erlebt (CD, Interview 2 f.).

Somit scheint der Takt der Organisation nicht per se eine Anforderung darzustellen. Vielmehr ist er durch den Widerspruch zwischen den räumlichen Gegebenheiten, dem Zeitrahmen für eine Behandlungseinheit und den weiter unten beschriebenen inhaltlichen und interaktionsbezogenen Anforderungen geprägt.

4.3.2 Takt der physiotherapeutischen Intervention

Es sind die *wiederkehrenden Arbeitsphasen* in der therapeutisch-inhaltlichen Gestaltung einer Behandlungseinheit, die den Takt der physiotherapeutischen Intervention definieren (Tabelle 15). Diese Intervention wird in Anlehnung an Probst (2012) als Prozess verstanden, der nicht auf die Durchführung einer physiotherapeutischen Technik oder Maßnahme reduzierbar ist, sondern sie in den gesamten Vorgang der Problemerkennung, der Anamnese, Datenauswertung, Diagnose, Zielstellung, Planung und Überprüfung einbettet. Während die sozialrechtlichen Vorgaben den Takt der Organisation begründen, bestimmen die *Art und die Abfolge der Arbeitsphasen* der Therapeut/inn/en innerhalb einer Behandlung den Takt der physiotherapeutischen Intervention. Hier zeigt sich eine Verschränkung der organisatorischen und therapeutisch-inhaltlichen Ebene: So ist in der Versorgung gesetzlich krankensicherter Patient/inn/en eine Diagnose und somit eine Problemstellung formal durch die

Heilmittelverordnung vorgegeben. Darüber hinaus ist der gesamte Behandlungsprozess formal durch die Angaben zur Verordnungshäufigkeit und Frequenz im Rahmen der Heilmittelverordnung reguliert, die in den entsprechenden institutionell festgelegten Zeitrahmen umgesetzt wird (vgl. Kap. 1.1.1). Gleichzeitig obliegt den Therapeut/inn/en die inhaltliche Ausgestaltung der Therapie und somit der physiotherapeutischen Intervention.

Christoph Mader setzt die physiotherapeutische Intervention mit dem Taktbegriff in Zusammenhang. Der Takt der Intervention ist durch einen *inneren Fahrplan* geprägt, der ein *spezifisches Timing* einzelner Phasen und Inhalte vorsieht. Diese Strukturierung legt die Übertragung des Taktbegriffs auf die physiotherapeutische Intervention nahe. Dies zeigt auch die nachfolgende Aussage:

in der ersten sitzung versuche ich immer ein (.) zwei übungen mit einzubauen (.) den Befund (.) die zehn minuten sind ja eh schon weg (.) mit anamnese und inspektion so... (CM, Behandlung 1, lautes Denken, 168)

Der Takt der Intervention, wie er in Tabelle 15 beschrieben wird, stellt somit einen Orientierungsrahmen dar. Die Intervention findet dann in der Interaktionssituation eine *situative Konkretisierung*.

hm (3.0) ich glaube das war so eine kombination äm (4.0) ja also ich (---) also ich hatte schon am anfang so ein bisschen einen plan was ich in der behandlungseinheit machen möchte oder überhaupt über alle behandlungseinheiten auch (.) und äm (-) ich das natürlich an die zur verfügung stehende zeit anpassen muss und ich da aber auch gedacht hab ich (.) man muss ja immer so abwägen zwischen äm (--) wieviel muss ich mindestens machen damit überhaupt ein effekt passieren kann und wo kann ich zwar noch mehr machen und das würde den effekt vielleicht vergrößern aber es würde vor allen dingen noch mehr zeit kosten [hm] also so und das war eigentlich so der punkt wo ich war und dachte äm (--) ok ich könnte mich jetzt noch weiter an der bws [brustwirbelsäule] aufhalten aber das wär äm (.) den nutzen mit einer anderen technik jetzt also an die schulter zu gehen wäre fürs gesamtproblem jetzt größer [hm ok] (KD, Behandlung 2, lautes Denken, 67)

Dieser Kommentar verdeutlicht die Dynamik zwischen dem Takt der Organisation und dem Takt der physiotherapeutischen Intervention. Es geschieht ein *Abwägen* zwischen dem eigenen inneren Fahrplan und der zur Verfügung stehenden Zeit mit dem Ziel, den größtmöglichen *therapeutischen Nutzen* zu erzielen. Dabei zeigt sich deutlich der Einfluss des Takts der Organisation auf die therapeutisch-inhaltlichen Entscheidungen. Während die in Tabelle 15 beschriebenen Phasen der physiotherapeutischen Intervention in allen analysierten Behandlungen beobachtbar sind, gibt es Unterschiede hinsichtlich der *Gewichtung* und der *Abfolge und Abgrenzbarkeit* dieser Phasen. So finden in den Folgebehandlungen Phasen häufig parallel statt, wie z. B. das Erklären und Informieren während der Anwendung passiver Maßnahmen. In der zweiten Datenerhebungsphase konnten zudem Dauerbehandlungen beobachtet werden, in denen oftmals verschiedene Phasen parallel ablaufen. So können physiotherapeutische Maßnahmen bereits angewendet werden, noch während ein Informationsaustausch stattfindet. Bei Folgebehandlungen und Dauerbehandlungen ergibt sich eine starke Fokussierung auf die Phase der Behandlung. So gibt es Behandlungen, in denen auf eine kurze Einstiegsphase unmittelbar und ausschließlich die Phase der Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen folgt.

Tabelle 15: Struktur der physiotherapeutischen Intervention in der ambulanten Physiotherapiepraxis

Phasen der physiotherapeutischen Intervention	Konkretisierung – initiale Behandlung*	Konkretisierung – Folge- und Dauerbehandlungen*
Einstieg	<ul style="list-style-type: none"> Schaffen einer positiven Atmosphäre 	<ul style="list-style-type: none"> Anknüpfen an vorherige Behandlungen
Informationssammlung	<ul style="list-style-type: none"> Informationssammlung (Anamnese) evtl. Dokumentation 	
Untersuchung vorbereiten	<ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung der körperlichen Untersuchung 	
Körperliche Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung der körperlichen Untersuchung evtl. Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> evtl. ergänzende Informationssammlung evtl. Kontrolle von Bewegungen oder weitergehende Untersuchungen
Vom Untersuchen zum Behandeln	<ul style="list-style-type: none"> erklären, einordnen, informieren 	
Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen und Techniken erklären, einordnen, informieren Anleitung zu Eigenübungen 	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen evtl. ergänzende Informationssammlung erklären, einordnen, informieren Anleitung zu Eigenübungen, bzw. Revision von Eigenübungen
Ausleitung/Abschluss der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> evtl. Wiederbefund evtl. Dokumentation Zusammenfassung der Behandlung evtl. organisatorische Aspekte (z. B. Terminabsprachen) 	<ul style="list-style-type: none"> evtl. Wiederbefund evtl. Dokumentation evtl. Absprache organisatorischer Aspekte

* Initial- und Folgebehandlungen werden in dieser Arbeit als im Zusammenhang mit einer ersten Heilmittelverordnung erbrachte Behandlungen definiert. Dauerbehandlungen sind Behandlungen, die über die erste Heilmittelverordnung hinaus erbracht werden.

4.3.3 Takt der physiotherapeutischen Interaktion

Neben den Taktdimensionen, die durch die organisatorisch-strukturellen Rahmenbedingungen und die therapeutisch-inhaltliche Arbeit definiert sind, ist auch die beziehungsbezogene Arbeit von einem Takt geprägt: dem Takt der Interaktion. Er stellt im Gegensatz zu den beiden zuerst beschriebenen Taktdimensionen ein weitestgehend nichtplanbares Element dar. Dennoch lassen sich fallübergreifend einheitliche Merkmale des Takts der Interaktion beschreiben. Dabei handelt es sich um Asymmetrien und Antinomien, die im Folgenden hinsichtlich ihrer Ausprägungen im untersuchten Handlungsfeld vorgestellt werden.

a) Nähe und Distanz

Die beobachtbare Antinomie von Nähe und Distanz lässt sich in der Interaktionssituation einer physiotherapeutischen Behandlung nicht nur auf die soziale Beziehung zwischen den Patient/inn/en und den Therapeut/inn/en beziehen, sondern muss auf die Ebene der körperlichen Beziehung ausgeweitet werden. Dabei stehen die Therapeut/inn/en vor der Herausforderung, in der Interaktionssituation auf beiden Ebenen Nähe und Distanz kontinuierlich auszubalancieren zu müssen. Die *Bedingtheit von körperlicher und sozialer Nähe* zeigt sich in diesem Zitat:

hier ist man sich ja körperlich ganz nah und deswegen ist auch ganz schnell eine andere ebene da (.) also ein beispiel noch aus ist schon jahre her aber mir hat mal ein lehrer gesagt (.) der war damals bestimmt (---) dreißig jahre älter als ich (.) da hat der gesagt nach dem zweiten mal (.) also wenn er sich schon vor mir

ausziehen müsste dann möchte er mich auch duzen (.) da habe ich gedacht das passt auch so ein bisschen (.) also in einem anderen beruf würde ich viel länger siezen weil mir das du jetzt letztendlich gar nicht immer so wichtig ist aber hier kommt das schon mal eher dazu ne (.) und dann ist man einfach auch (.) also das ist schon anders hier (.) das körperliche und viele (.) ziehen sich auch nicht gerne aus vor anderen so (.) dadurch hat man schon eine andere Ebene (---) (DG, Interview, 52)

Diese Textstelle verdeutlicht, wie die Körperlichkeit, welche die Arbeitssituation konstituiert, die Balance von Nähe und Distanz auf der körperlichen wie auf der sozialen Ebene notwendig macht. Körperliche Nähe geht sowohl für die Patient/inn/en als auch für die Therapeut/inn/en mit der Herstellung einer sozialen Nähe einher. Dabei hat die soziale Nähe auch die Funktion, die Situation der körperlichen Nähe zu entschärfen. Dies unterstreicht die nachfolgende Textstelle:

also mit ihm war es wirklich sehr schwer ein gespräch anzufangen (.) also ich will natürlich nicht irgendwelche intimen details von den patienten wissen (-) das ist auch in ordnung (.) aber einfach so ein bisschen diese lockerheit in die therapiesituation zu bringen (.) weil es ist natürlich auch (-) es ist eine intime situation (.) ne (HZ, Behandlung 1, lautes Denken, 280)

Soziale Nähe dient dazu, „Lockerheit“ in der Behandlungssituation herzustellen. Gelingt das nicht, erschwert dies für die Therapeut/inn/en das Aushalten körperlicher Nähe.

Das richtige Maß an sozialer Nähe stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Therapeut/inn/en sehen durch eine zu große soziale Nähe das Aufrechterhalten ihrer beruflichen Rolle erschwert. So beschreibt Clara Duhme, dass eine Distanz zwischen ihr und ihren Patient/inn/en eine professionelle Annäherung an die Probleme der Patient/inn/en erleichtere.

ich versuch schon immer recht offen zu sein (.) [...] aber auch immer mit einer gewissen distanz zum (-) äm zu (.) der sache [hm] also ich versuche schon (-) wie soll ich das jetzt beschreiben (4.0) auch offen für alles (.) für das gespräch für das problem (.) auch zu fragen (.) steckt vielleicht noch mal was in der tiefe (-) oder (-) jetzt nicht nur das orthopädische problem [ja] vielleicht auch noch mal was in der tiefe das (-) äm (-) [...] mache ich aber auch eher bei denen mit der distanz (.) also so nicht die ich (.) (unverständlich) und vom stadtbild kenne (CD, Interview, 35)

Die Grenze zwischen *therapieunterstützender Nähe* und *ausreichender Distanz* erscheint fließend. So können es insbesondere (körperliche oder soziale) Annäherungen der Patienten sein, die die Therapeutinnen als Auslöser für eine aktive Distanzierung erleben:

einmal hat ein älterer patient auch (2.0) so einen spruch losgelassen was sehr (-) ja (-) was so ein bisschen intimer ging (---) genau (-) o gott ja (-) das habe ich wirklich verdrängt ((lacht)) sagte nur warum ich denn keinen bauchtanz machen würde weil äm (---) wegen der bewegung und dem sexy hüftschwung oder so etwas und da war ich erstmal in dem moment (.) ok (-) da bin ich aber dann die nächsten male auch wirklich auf abstand gegangen was ihn angeht (---) (AG, Interview, 71)

Auch persönliche Sympathie kann eine aktive Distanzierung erforderlich machen. Die hierdurch entstehende soziale Nähe kann zu einer *Verunsicherung* führen, die nur durch die Konzentration auf die *berufliche Rolle* aufgehoben werden kann:

äm was mir mal passiert ist das äm wenn junge patienten also männliche junge patienten (.) ich hab zwar einen freund aber trotzdem ((lacht)) hatte ich einmal eine situation wo äm (2.0) mit der ich letztendlich auch gut umgegangen bin aber im ersten moment dachte oh gott hoffentlich kannst du denjenigen therapieren (-) weil der sah halt relativ gut aus und war jung und nett und (.) aber das ging doch besser als gedacht (.) wenn man nicht drüber nachdenkt das ist bei mir immer dieses ding (.) wenn ich therapeutin bin quasi (.) ja dann schlüpft man wieder in diese andere rolle irgendwie rein (.) ja das war so eine andere sache wo ich noch sehr verunsichert wurde ((lacht)) (AG, Interview, 73)

Diese Materialauszüge machen deutlich, dass der Umgang mit Körperlichkeit von der Wahrnehmung von Stimmungen, eigenen und fremden Emotionen sowie einer taktvollen und feinfühligem Reaktion auf

ebendiese geprägt ist. Auf diese Art werden Nähe und Distanz situationsabhängig ausbalanciert. Immer im Takt zu bleiben bedeutet aus Sicht der Therapeut/inn/en, sich im richtigen Moment, also im Takt der Interaktion, zu öffnen. Es bedeutet aber auch, zu erkennen, wann eine Abgrenzung durch die Rückbesinnung auf die berufliche Rolle notwendig ist. Zugleich weisen die Materialauszüge auf weitere Eigenschaften der Situation hin, die ein taktvolles Handeln erfordern.

b) Intimität

In den vorangehenden Ausführungen wurde deutlich, dass durch die Körperlichkeit in der Behandlungssituation eine intime Atmosphäre entstehen kann, mit der die Therapeut/inn/en umgehen müssen:

hm körperlich ja (--) wenn ich rangehe (.) sag ich mal habe ich ja eigentlich kein (.) merk ich das nicht aber wenn ein patient mir (.) in meine richtung näher kommt dann merke ich das schon (.) ja dann (.) ist (.) hab ich doch da (.) hatte ich schon mal situationen wo ich das unangenehm fand (.) aber meistens nur für einen kurzen augenblick weil ich dann im nächsten moment wieder dachte das ist (.) das ist deine aufgabe so ungefähr (.) wenn der dir was weiß ich (.) in seinem intimbereich irgendwas zeigt weil da eine narbe ist oder so (.) h° im ersten moment so (.) ok jetzt einmal kurz durchatmen aber das ist dann auch ganz schnell wieder vorbei und äm (--) (AG, Interview, 71)

Insbesondere für die Berufsanfängerinnen im untersuchten Sample scheint der Umgang mit Intimität eine Anforderung zu sein. Der zitierte Auszug aus dem Interview mit Anna Götz zeigt die Verunsicherung, die solche Situationen bei den Therapeut/inn/en auslösen können. Der Umgang mit Intimität erfordert ein Taktgefühl, das sich im Takt der Interaktion als diskretes Verhalten seitens der Therapeut/inn/en äußert. Im ausgewählten Materialauszug besteht die Diskretion in einer Verdrängung der Wahrnehmung von Intimität und der damit einhergehenden Verunsicherung. Dies geschieht durch körperliche Emotionsarbeit („durchatmen“).

Insbesondere in der Behandlung männlicher Patienten verstärkt sich bei den Berufsanfängerinnen die Wahrnehmung der Intimität in Behandlungssituationen. Hier kam der beschriebenen Balance von körperlicher und sozialer Nähe und Distanz eine Bedeutung zu. So beschreibt Heike Zimmermann:

es ist eine intime situation (.) ne (-) da liegt ein wildfremder Mann vor dir, der hat nur eine unterplinte an und du als junge frau musst dann versuchen ihn durchzubewegen und dann versucht man natürlich so ein bisschen was zu erfahren (.) so ne (--) was bewegt ihn (.) wie lebt er (.) wie denkt er (--) und dann (.) wenn da so nicht so viel kommt dann denkt man immer so (-) gott (.) was habe ich jetzt falsch gemacht (-) bin ich zu weit gegangen mit meinen fragen (--) also das ist immer ganz schwierig (HZ, Behandlung 1, lautes Denken, 280)

Die mit der Intimität der Arbeitssituation einhergehende Verunsicherung wird insbesondere von erfahrenen Therapeut/inn/en durch die Vertrautheit mit der Behandlungssituation aufgehoben. Diese Vertrautheit wird im Folgenden beschrieben,

c) Asymmetrie: Vertrautheit mit der Behandlungssituation

Die Therapeut/inn/en agieren in der Interaktionssituation physiotherapeutische Behandlung in ihrem gewohnten Umfeld. Sie sind mit den Abläufen vertraut und haben unter Rückbesinnung auf ihre Handlungskompetenz eigene Handlungsroutinen entwickelt. Die Patient/inn/en hingegen sind individuell

unterschiedlich vertraut mit einer solchen Situation. Insbesondere die Patient/inn/en, die zum ersten Mal physiotherapeutisch behandelt werden, kennen die Abläufe in einer Physiotherapiepraxis nicht. Dies verdeutlicht der nachfolgende Dialog und die Kommentare zu Beginn der ersten Behandlung:

Dialog

Patientin: ich habe jetzt auch ehrlich gesagt (.) auch A. [die rezeptionskraft] gar nicht gefragt ob ich irgendwas mitbringen muss

Therapeut: alles gut

Patientin: handtuch oder sport (.) ne ne (.) weil es ist meine ERSTE krankengymnastik

Therapeut: ne passt schon so

Patientin: ja (.) wunderbar

Therapeut : ok (4.0) was haben sie genau für beschwerden

Lautes Denken

Interviewerin: was ist dir durch den kopf gegangen als sie sagte es ist ihre erste (-) physiotherapeutische behandlung

Therapeut: nichts besonderes (.) das ist ein normaler spruch (-) also das ist nichts äm was mich irgendwie aus der bahn wirft oder so (.) also eher (.) dadurch das ich ja eh versuche die (.) die situation schon durch gespräche vorher zu lockern (—) brauche ich da nicht noch irgendwas zu sagen oder so (MZ, Behandlung 1, Videotranskript und lautes Denken, 17 ff.)

Die Aussagen der Patientin in diesem Dialog können als Zeichen ihrer Unsicherheit interpretiert werden. Der Therapeut Moritz Zachner reagiert kurz auf diese Unsicherheit („alles gut“), worauf die Patientin jedoch fortfährt und ihre Verunsicherung konkretisiert („weil es ist meine ERSTE krankengymnastik“). Nach einem erneuten kurzen Kommentar des Therapeuten erfolgt dann ein Wechsel auf die therapiebezogene Kommunikationsebene („was haben sie genau für beschwerden“) (vgl. Kap. 4.4.2). Durch diesen Wechsel signalisiert der Therapeut seinerseits Vertrautheit mit der Situation und begegnet so der Verunsicherung der Patientin. Er begründet dieses Vorgehen mit seiner Erfahrung. Er ist mit solchen Aussagen vertraut und begegnet potenziell verunsicherten Patient/inn/en mit auflockernden Bemerkungen. Im Unterschied zu der hier beschriebenen Umgangsweise mit der Wissensasymmetrie thematisiert unter anderem Christoph Mader den Ablauf der nachfolgenden Behandlung explizit und schafft so Transparenz und ermöglicht Vertrautheit auf Seiten der Patientin.

d) Asymmetrie: Wissen

Die Patient/inn/en treten in der Interaktionssituation physiotherapeutische Behandlung als Expert/inn/en für ihre aktuellen Beschwerden auf. Sie verfügen über ein mehr oder weniger umfangreiches Wissen über ihre Diagnosen und Symptome. Während sie in der Interaktion schildern, wie sie ihre Symptome subjektiv wahrnehmen, bringen die Therapeut/inn/en ihr Fach- und Erfahrungswissen ein. In der Interaktion wird das unterschiedliche Wissen einander angeglichen bzw. erfolgt ein Austausch darüber. Dies erfordert einen sensiblen Umgang der Therapeut/inn/en mit den Erwartungen und Erfahrungen der Patient/inn/en.

Dialog

Therapeutin: äm (--) wie war es denn vor der reha beziehungsweise generell vor der op (--) hatten sie ja diese coxarthrose rechts ne

Patient: das heißt jetzt

Therapeutin: also das sie einen verschleiß in der hüfte haben ne

Patient: jaja genau

Therapeutin: deshalb waren sie ja auch bei meiner kollegin ne (--) da hatten sie ja schon schmerzen (.) starke schmerzen ne (.) teilweise beim treppe steigen habe ich gelesen das es dann schlimmer wurde

Lautes Denken

Therapeutin: er hatte das rezept damals bekommen (.) bei meiner kollegin (.) da stand coxarthrose drauf (--) da frage ich mich immer (.) warum fragen die patienten nicht was das bedeutet (-) ne (.) es betrifft sie (-) klar hätte ich jetzt als physiotherapeutin nicht sagen müssen (.) es ist eine coxarthrose ich hätte auch sagen können(-) es ist eine degenerative hüfterkrankung (-) aber, man rechnet eigentlich damit (.) dass Patienten die ein beschwerdebild haben (.) sich darüber informieren und das kommt immer mehr vor (-) dass denen das eigentlich total egal ist
(HZ, Behandlung 1, Videotranskript und lautes Denken, 46 ff.)

Diese Sequenz zeigt eine Asymmetrie im Wissen um Fachbegriffe; sie äußert sich im Sprachgebrauch: Die Therapeutin verwendet Fachtermini, die der Patient nicht kennt. Um diese Irritation und Spannung erzeugende Asymmetrie auszugleichen, passt die Therapeutin den Sprachgebrauch an den Patienten an und ordnet ihre Feststellung beschreibend ein.

Der Takt der Interaktion ist zusammenfassend von Asymmetrien und Antinomien geprägt, die sich zwar fallübergreifend beschreiben lassen, deren situationsspezifische Bearbeitung und Auflösung jedoch individuell durch die Patient/inn/en und Therapeut/inn/en erfolgt. Die Bearbeitung der Asymmetrien und Antinomien dient dem Ziel, die durch sie entstehenden Spannungen aufzulösen. Zugleich verdeutlichen die beschriebenen Merkmale Nähe und Distanz, Intimität, Vertrautheit mit der Behandlungssituation und die Wissensasymmetrie auch die Ungewissheit und Unplanbarkeit, von der die physiotherapeutische Behandlungssituation geprägt ist. Damit unterscheidet sich der Takt der Interaktion maßgeblich vom Takt der Organisation und dem Takt der Intervention. Das aus der Verschiedenartigkeit der Taktdimensionen ein Spannungsfeld ergibt, zeigt das nachfolgende Kapitel.

4.3.4 Das Spannungsfeld der Takte

Betrachtet man die drei Dimensionen des Takts der ambulanten Physiotherapiepraxis in ihren Wechselwirkungen, so lässt sich ein Spannungsfeld erkennen, das dieses Zitat verdeutlicht:

hm also ich finde schon für die patienten (.) es gibt jetzt patienten die kann man (--) ganz gut in zwanzig minuten behandeln weil die dann vielleicht selber auch gerade jetzt keinen reдеbedarf haben oder halt genau wissen das das tack tack brauche ich (--) es gibt aber auch genauso viele patienten wo ich es einfach (.) gerade in der älteren generation (.) oder die halt einfach viel mitgemacht haben oder halt irgendwie kreberkrankungen oder was auch immer äm (.) wo man schon einfach gerne mehr zeit hätte (.) weil man die manchmal abwürgt (.) ne also wenn die anfangen zu reden das man halt schon versucht die möglichst schnell zum ziel zu bringen (.) das sie sich halt hinlegen das man anfangen kann (.) das finde ich schade und das bleibt auf der strecke finde ich (AL, Interview, 74)

Antje Lindt betont in diesem Zitat die Unvereinbarkeit zwischen pauschalen Zeitvorgaben und dem Einlassen auf individuelle Patient/inn/enbedürfnisse. Der Takt der Organisation kann aufrechterhalten werden, wenn die therapeutischen Interventionen keiner Aushandlung (mehr) bedürfen. Gelingt dies nicht,

führt dies zu einem Stresserleben der Therapeut/inn/en, das sich durch bestimmte Verhaltensvorgaben verstärkt:

also am heftigsten komme ich unter zeitdruck weil ich (.) weil wir ja auch grundsätzlich freundlich (--) das ist ja ganz wichtig (.) das man auch mit dingen umgehen kann und freundlich und geduldig bleibt (--) wenn jemand äm (--) einfach schwierig ist was termine angehen (.) oder auch so (.) sonst würde ich auch sagen ich rufe heute abend noch mal zurück aber das kann nicht jeder mit umgehen (---) äm (--) dann ist es innerlich schon das ich dann auch (.) ne (.) oder wenn die nochmal kurz bevor man rausgehen will nochmal ein riesen thema aufhalsen (.) aber da kann ich mittlerweile auch mit umgehen und dann kläre ich das auch (.) nett freundlich aber (.) zeit ist rum und dann ist es eben so (--) (DG, Interview, 10)

Die Therapeutin erlebt einen Zeitdruck, der dadurch entsteht, dass die Therapeutin die Behandlung für sich bereits beendet hat, der Patient dieses Ende jedoch nicht erkennt. Die Therapeutin steht nun vor der Aufgabe, das Ende der Behandlung zu kommunizieren, um im Takt der Organisation zu bleiben – und dies auf freundliche Art, um dem Takt der Interaktion gerecht zu werden. Der zitierte Materialauszug verdeutlicht, dass sich das Spannungsfeld auch dadurch verstärkt, dass die Patient/inn/en bestimmte Bedürfnisse und Erwartungen haben, die es zu berücksichtigen gilt. Zusammenfassend zeigt dieser Auszug, dass die Therapeutin den Takt der Organisation priorisiert und dies den Takt der Intervention und den der Interaktion beeinflusst.

Bei dem Versuch, in diesem Spannungsfeld immer im Takt zu bleiben, lassen sich spezifische Interaktionsstrategien beobachten, die in den nächsten Kapiteln beschrieben werden.

4.4 Strategien im Spannungsfeld der Takte

Die Anforderung, immer im Takt zu bleiben, ergibt sich aus der Betrachtung der Verschiedenartigkeit der Dimensionen des Takts. In der physiotherapeutischen Behandlung müssen die Physiotherapeut/inn/en auf dieses Spannungsfeld reagieren. Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits aufgezeigt, dass als Reaktion auf die entstehenden Spannungen häufig eine Priorisierung des Takts der Organisation durch die Therapeut/inn/en beobachtbar wird. Die Priorisierung des Takts der Organisation erfordert bestimmte Interaktionsstrategien der Therapeut/inn/en, die als steuernde Interaktionsstrategien beschrieben werden. Um zu verdeutlichen, wie die Steuerung der Interaktionssituation realisiert wird, werden im Folgenden drei bedeutsame Substrategien vorgestellt:

- die Fokussierung auf den Therapieanlass,
- der Wechsel der Kommunikationsebenen,
- die Etablierung von Routinen.

4.4.1 „nach drei Minuten habe ich es dann mal geschafft auf die Hüfte zu sprechen zu kommen“ – Fokussierung auf den Therapieanlass

Der Therapieanlass ist sozialrechtlich durch die Heilmittelverordnung des Arztes und die dort genannte Diagnose definiert. Diese Diagnose erfährt durch die physiotherapeutische Anamnese und Untersuchung eine Konkretisierung und wird somit zum Therapieanlass. Im Verlauf der Behandlung *fokussieren* die Therapeut/inn/en den gemeinsam mit den Patient/inn/en erarbeiteten Therapieanlass *sprachlich, körperlich und kognitiv*.

a) Sprachliche Fokussierung

Den Therapieanlass beschreiben Therapeut/inn/en überwiegend auf *funktional-struktureller Ebene*. Dies zeigt der *Sprachgebrauch* der Therapeut/inn/en. So fragte die Therapeutin Heike Zimmermann während der Anamnese in einer ersten Behandlung:

Therapeutin: äm (--) wie war es denn vor der reha beziehungsweise generell vor der op (--) hatten sie ja diese coxarthrose rechts ne

Auf die Verwendung des fachsprachlichen Ausdrucks reagierte der Patient mit einer Nachfrage:

Patient: das heißt jetzt

Therapeutin: also das sie einen verschleiß in der hüfte haben ne
(HZ, Behandlung 1, Videotranskript, 46ff.)

Die Verwendung von Fachsprache kann als Inszenierung von Expertentum interpretiert werden, durch die es in der Situation zu einer klaren Rollenzuweisung kommt: Der Patient wird in seiner Rolle als Hilfesuchender, die Therapeutin in ihrer Rolle als Expertin gestärkt. Die beschriebene Situation steht exemplarisch für andere. Die Untersuchung zeigt, dass klare Rollenzuweisungen und eine erfolgreiche -übernahme einen Umgang mit dem Spannungsfeld ermöglichen. Somit ist die Rollenzuweisung eine Strategie von Therapeut/inn/en, um im Spannungsfeld der Takte zu agieren. Dies wird im ausgeführten Materialauszug deutlich am Merkmal der Wissensasymmetrie. Die sprachliche Fokussierung auf den Therapieanlass lässt sich auch mithilfe der Kommentare der Therapeutin im lauten Denken verdeutlichen.

So kommentiert Heike Zimmermann die oben genannte Textstelle wie folgt:

so nach drei minuten habe ich es dann mal geschafft auf die hüfte zu sprechen zu kommen (.) ne, weil man will den patienten natürlich auch nicht (.) also ich finde das sehr gut (.) wenn er dann was erzählt (.) was aber eigentlich erstmal gar nicht so wichtig in dem moment für das erkrankungsbild ist (HZ, Behandlung 1, lautes Denken, 47)

An dieser Stelle wird deutlich, dass Zimmermann dem im Teilkapitel Takt der physiotherapeutischen Intervention beschriebenen Fahrplan folgt (vgl. Kap. 4.3.2), der durch eine Steuerung der Gesprächssituation realisiert wurde. Zugleich vergegenwärtigte die zeitliche Dimension („nach drei Minuten“) ihre starke Orientierung am Zeitrahmen der Behandlung. Dies unterstreicht die weiter oben beschriebene Priorisierung des Takts der Organisation.

Die Steuerung im Sinne einer Fokussierung auf den Therapieanlass drückt sich in einer *dialogisch-fokussierten Gesprächsführung* aus, die hier anhand eines Anamnesegesprächs exemplarisch dargestellt wird:

Therapeut: ok (4.0) was haben sie genau für beschwerden

Patientin: also (--) mein nacken macht probleme

Therapeut: hm (.) wann

Patientin: schon seit längerem (.) ja also (.) eigentlich schon seit längerer zeit (.) ich bin irgendwann bei der hausärztin gewesen (.) ah (.) hab ihr das auch gesagt (.) sie hat dann mal so ein bisschen geguckt und gemeint auch so diese (.) bewegungsfreiheit wäre stark eingeschränkt (.) hat mich zum orthopäden überwiesen und der hat dann gemeint ich sollte ein paar übungen machen (.) [...]

Therapeut: ok (.) seit längerer zeit heißt seit wann

Patientin: also seit mehreren monaten (.) ich würd sagen bestimmt (.) drei vier monate

Therapeut: ok

Patientin: ich hab aber erst gedacht (.) was von alleine kommt geht halt von alleine wieder (.) aber es (-) als es dann halt nicht besser wurde [...]

Therapeut: ok (.) und inwiefern macht der probleme

(MZ, Behandlung 1, Videotranskription, 28 ff.)

Der Therapeut greift die Worte der Patientin („seit längerer Zeit“, „Probleme“) und nutzt sie, um fokussiert Informationen über die Dauer, Art und Qualität der Symptomatik zu gewinnen. Andere Aspekte, wie die Bewertung der Hausärztin, erscheinen dem Therapeuten zu diesem Zeitpunkt weniger bedeutsam und werden im Gespräch nicht aufgegriffen. So steuert er die Erzählung der Patientin durch gezielte Unterbrechungen und Nachfragen im Sinne der Fokussierung auf den Therapieanlass.

b) Körperliche Fokussierung

Im zuvor erwähnten Behandlungsbeispiel folgt der Anamnese die Lokalisation der Schmerzen. Dabei sitzen sich Therapeut und Patientin gegenüber und die Patientin zeigt den schmerzhaften Bereich. Der Therapeut vergewissert sich, indem er auf den gleichen Bereich an seinem Körper deutet. So erfolgt eine körperliche Fokussierung durch *zeigende Gesten*.

An diesem Beispiel lässt sich die Wissensasymmetrie zwischen Patientin und Therapeut konkretisieren: Der Therapeut verfügt über ein fachspezifisches, also physiotherapeutisches Wissens- und Erfahrungssystem zu Beschwerden an der Halswirbelsäule, die Patientin erlebt subjektiv Beschwerden. Die Verständigung über diese Asymmetrie erfolgt in einem Aushandlungsprozess, in dem das Zeigen zu einem zentralen interaktiven Element wird.

Dialog

Therapeut: ok (.) wo genau sind die schmerzen

Patientin: also hier im nackenbereich (-) also jetzt wirklich so (.) ich will mal sagen (.) diese halswirbelsäule runter (.) und das was dann mit der bewegung zu tun hat (.) also ich kann jetzt nicht sagen das mir die schultern weh tun

Therapeut: ok (.) aber es ist eher so (.) in dem in dem unteren bereich

Patientin: ja (.) und (unverständlich) eben (.) ja bei allem wozu ich den kopf halt eben (-) bewegen muss ne

Dazugehörige Bildausschnitte



Die Fokussierung auf den Therapieanlass drückt sich auch im visuellen Datenmaterial aus. So wenden sich die Therapeut/inn/en nach der Anamnese zumeist mit ihrer *Körperhaltung* und ihren *Blicken* der zu behandelnden Körperregion zu. Exemplarisch für den körperlichen Ausdruck der Fokussierung auf den Therapieanlass wurden zwei Bilder ausgewählt, die jeweils aus einer ersten Behandlung entnommen sind (Abbildung 6). Das linke Bild zeigt eine typische Position, in der der Therapeut auf Höhe mit der zu

behandelnden Körperregion ist. Das rechte Bild zeigt eine andere Form der Fokussierung durch einen konzentriert ins Leere gehenden Blick. Dies ist besonders in Situationen zu beobachten, in denen die Therapeut/inn/en eine Behandlungstechnik über einen längeren Zeitraum anwenden. Die aufgezeigten Formen der Fokussierung durch Blicke entschärfen die Intimität der Situation und stellen ein Mittel zur Ausbalancierung von Nähe und Distanz dar. Denn durch die Körperpositionierung und Blickrichtung signalisieren die Therapeut/inn/en, dass ihr primärer Fokus auf der zu behandelnden Körperregion liegt.



Abbildung 6: Fokussierung durch Blick auf Augenhöhe (li) und Blick ins Leere (re)

c) Kognitive Fokussierung

Dass die Fokussierung auf den Therapieanlass eine interaktiv zu bewältigende Aufgabe ist, verdeutlicht dieser Ausschnitt eines Gespräches zwischen Patientin und Therapeut:

Therapeut: [...] der ball ist relativ fest (.) ein bisschen weich (.) bitte [der Therapeut hält der Patientin einen Ball entgegen, die Patientin schlägt die Hände vor das Gesicht]
 Patientin: das ist äh (1.0) meine verletzung (.) ich bin auf einem ball ausgerutscht
 Therapeut: aaaah
 Patientin: lacht
 Therapeut. beim fußball oder beim handballtraining
 Patientin: handball beim handball
 Therapeut: draufgestiegen und
 Patientin: ja der ist mir unter den fuß gerollt (--) und dann bin ich weggeknickt
 Therapeut: dann tun wir lieber mal verschieben am besten (.) also da gibt es andere alternativen [Therapeut legt den Ball zur Seite und holt ein Handtuch]
 Patientin: nein (.) nein das ist völlig in ordnung (.) ich (--) es war ganz (.) ich hab mir dabei auch noch das sprunggelenk einmal komplett ausgekugelt (.) haben sie mir hinterher im krankenhaus gesagt und äh hat sich von selbst wieder eingekugelt (.) fand ich sehr faszinierend
 Therapeut: echt ja (.) der körper ist da schon intuitiv (unverständlich) (--) es geht im prinzip nur um mobile unterlagen (.) kann man auch so machen (--) das rutscht so ein bisschen (.) leicht (.) und das sollen sie mal versuchen ganz leicht ohne druck (.) sie können das auch wirklich (unverständlich) sie können auch sagen ich stelle das bein mit seinem gewicht drauf (.) WENN kein schmerz auftritt (.) also in der fünften sechsten woche ist das ok
 (CM, Behandlung 1, Videotranskript, 156)

Die Reaktion der Patientin, während er sie zu einer Übung anleitete, irritiert den Therapeuten. Die Übung erinnert die Patientin daran, wie sie sich ihre Verletzung zugezogen hatte. Sie äußert sich gestisch und sichtlich bewegt, indem sie die Hände vor das Gesicht nimmt. Der Therapeut stellt eine kurze Rückfrage zum Hergang und adaptiert dann sogleich sein Vorhaben, sodass er die gleiche Übung mit einem Handtuch anstelle eines Balls durchführt. Hier verdeutlicht der Therapeut seine Überlegungen zu dieser Situation:

ach so (.) genau (-) da habe ich gedacht (.) irgendwie hat sie da ein Erlebnis mit (.) ich wusste jetzt nicht ob positiv oder negativ und dann haben wir das ja thematisiert und abgefragt und dann kommt es auch gott sei dank zum Vorschein (.) bevor ich den Ball da drunter gelegt habe (.) weil das ist ja genau die sache (.) so wie es passiert war (.) deshalb habe ich gedacht (.) den ball mal weg legen und so (.) aber da dachte ich so (.) puh (.) [...] in dem moment da kommt sie mal so richtig mit ein paar sätzen rüber (-) Das ist eigentlich das erste mal so (-) wo sie dann so erzählt (.) ja (.) und fand ich dann cool und ausgekugelt (.) dachte ich (.) hm (.) ok.(.) ((lacht)) (.) aber in an betracht (.) ja (.) ich gucke dann schon immer so auf die uhr die hängt da drüben (.) und will ja auch durchkommen (.) habe ja noch die lymphdrainage vor mir unabhängig jetzt mal vom gesamt doku ablauf hier [...] das ist so die andere ebene (CM, Behandlung 1, lautes Denken, 168)

Angesichts der Anforderung, immer im Takt zu bleiben, nimmt der Therapeut die Emotionalität und Öffnung der Patientin wahr. Er geht jedoch nicht weiter auf ihr Erleben ein, sondern passt die geplante Intervention an. Damit steuert er die Situation, indem er auf die Intervention bzw. auf eine *rationale Ebene* fokussiert.

4.4.2 „einfach so ein bisschen Lockerheit in die Therapiesituation bringen“ – Wechsel der Kommunikationsebenen

Neben der sprachlichen Fokussierung auf den funktional-strukturellen Therapieanlass werden in der Kommunikation auch alltagsbezogene Themen aufgegriffen. Nachfolgend wird daher zwischen *therapiebezogener* und *alltagsbezogener Kommunikation* unterschieden. Um die strategische Bedeutung beider Kommunikationsebenen herauszuarbeiten, erwies sich insbesondere der von den Therapeut/inn/en eingeleitete *Wechsel* von einer zur anderen Ebene in der Analyse als wesentlich.

Während die therapiebezogene Kommunikation durch die Fokussierung auf den Therapieanlass gekennzeichnet ist, bezieht sich die alltagsbezogene Kommunikation auf vielfältige Aspekte, die die Patient/inn/en als Privatpersonen mit ihren Interessen und familiären und beruflichen Bezügen betreffen. Therapiebezogene und alltagsbezogene Kommunikation können miteinander verschränkt sein. Dies ist der Fall, wenn die Patient/inn/en über Belastungen in ihrer Familie oder ihrem Berufsleben berichten, die die Therapeut/inn/en dann in Bezug zu aktuellen Symptomen und Einschränkungen der Patient/inn/en interpretieren.

Eine wesentliche Funktion der alltagsbezogenen Kommunikation ist die *Aufflockerung der Therapiesituation*. Dies zeigt der folgende bereits weiter oben angeführte Textauszug:

also mit ihm war es wirklich sehr schwer (.) ein gespräch anzufangen (.) also ich will natürlich nicht irgendwelche intimen details von den patienten wissen (--) das ist auch in ordnung (.) aber einfach so ein bisschen diese lockerheit in die therapiesituation zu bringen (.) weil es ist natürlich auch (-) es ist eine intime situation (.) ne (-) da liegt ein wildfremder mann vor dir, der hat nur eine unterplinte an und du als junge frau musst dann versuchen ihn durchzubewegen und dann versucht man natürlich so ein bisschen was zu erfahren (.) so ne (--) was bewegt ihn (.) wie lebt er (.) wie denkt er (--) und dann (.) wenn da so nicht so viel kommt dann denkt man immer so (-) gott (.) was habe ich jetzt falsch gemacht (-) bin ich zu weit gegangen mit meinen fragen (--) also das ist immer ganz schwierig (--) und stumm sein kann ich nicht und will ich auch nicht in der therapie. (HZ, Behandlung 1, lautes Denken, 280)

Die Aufflockerung der Situation durch alltagsbezogene Kommunikation erscheint für Heike Zimmermann grundlegend für die Balance der körperlichen Nähe und sozialen Distanz. Sie versucht durch alltagsbezogene Kommunikation soziale Nähe herzustellen und dadurch die körperliche Nähe in der Therapie zu legitimieren (vgl. Kap. 4.3.3). Darüber hinaus wechseln die Therapeut/inn/en z. B. zu

alltagsbezogenen Themen, wenn es den Patient/inn/en schwerfällt, locker zu lassen. Hingegen vermeiden sie Kommunikation und arbeiten schweigend, um entspannte Patient/inn/en nicht zu stören.

Mit zunehmender Häufigkeit der Begegnung steigt der Anteil der alltagsbezogenen Kommunikation am gesamten Kommunikationsgeschehen. Die Therapeut/inn/en greifen dabei gezielt Themen aus vorausgegangenen Behandlungen auf, um eine alltagsbezogene Kommunikation zu eröffnen. Dies geschieht insbesondere in Situationen, in denen bei den Patient/inn/en bereits bekannte passive Behandlungstechniken angewendet oder aktive Übungen wiederholt werden. So entstehen *Kommunikationsroutinen*, in denen an vorangegangene Kommunikationssituationen angeknüpft werden kann. Dabei ist bedeutsam, dass die Themen *kommunikativ* so *unverbindlich* sind, dass die Therapeut/inn/en in der Lage bleiben, den Kommunikationsverlauf weiter zu steuern und jederzeit die Ebene wechseln zu können. Dies geschieht, indem sie Themen wie Urlaub, Kinder, Wetter, Arbeit oder, wie hier, das Thema Fußball aufgreifen:

Therapeut: ja (.) weil sie sagt sonst wenig und ich möchte da mehr kommunikation eigentlich haben (.) sie ist halt einfach so gestrickt so (---) sie ist eine geschichtsstudentin (.) glaube ich (-) aber irgendwie [...] ja (.) sie hat einmal irgendein spiel (.) vor zwei behandlungen habe ich das entdeckt oder vor vier behandlungen (.) da hat sie von borussia mönchengladbach erzählt (-) da wäre sie fast vom hocker „dann haben die das spiel verloren...“ (-) und da war sie dann völlig emotional wo ich dachte (-) wow ((lacht))

Interviewerin: hast du dir dann gemerkt

Therapeut: ja (.) nein das ist einfach nett und wenn sie so ein bisschen auf dauer rauskommen kann (CM, Behandlung 2, lautes Denken, 67)

Der Wechsel zwischen therapiebezogener und alltagsbezogener Kommunikation ermöglicht eine soziale Annäherung der Personen und trägt damit wesentlich zum Beziehungsaufbau bei. Durch den Wechsel wird zudem die in Kapitel 4.4.1 beschriebene Fokussierung auf den Therapieanlass aufgeweicht. Trotzdem bleibt die alltagsbezogene Kommunikation für die Therapeut/inn/en ein Nebenschauplatz, den sie zwar berücksichtigen, der aber stets hinter die therapiebezogene Kommunikation zurücktritt. In der folgenden Sequenz wechselt der Therapeut zwischen alltagsbezogener und therapiebezogener Kommunikation:

Therapeut: oder war das uruguay (.) ich bin mir nicht sicher uruguay oder paraguay

Patientin: ach so (--) uruguay das war was anderes (-) das stimmt (-) uruguay war bei der letzten (--) wmm glaube ich und zwar im spiel um den dritten platz

Therapeut: ach dann war das uruguay (-) habe ich jetzt verwechselt (-) paraguay na ja sind wahrscheinlich auch nicht viel schlechter (.) mal gucken

Patientin: uruguay ist ziemlich gut (.) also war zumindest zu der zeit ziemlich gut im fußball

Therapeut: das sieht gut aus vielleicht nicht ganz so weit nach unten [ok] das sie so (.) ja genau (-) das sie so die spannung halten (--) also die sind ich habe das auch mal gesehen diese (--) äh super weltcup punkte die bei der qualifikation (-) da spielen ja immer alle zusammen [jaja] da waren die da vor den paraguays

Patientin: uruguay hat glaube ich in dem jahr sogar brasilien geschlagen [oh] die haben damals äh (--) diesen (--) südamerikacup glaube ich sogar gewonnen

Therapeut: ok (.) das lässt ja dann schon äh (---) was an aussage zu (--) müssen wir ein auge drauf haben (-) GUT (-) ich glaube (.) hier so weit (-) wenn sie erstmal einmal zwei drei bahnen gehen (.) das wir erstmal sehen (-) eine bahn (.) sie können auch hier gerne rum gehen (--) rund um die bank (2.0) genau (2.0) (unverständlich) (MZ, Behandlung 2, Videotranskript, 70 ff.)

Dieser Ausschnitt zeigt, wie sich therapiebezogene und alltagsbezogene Kommunikation überlagern und wie der Therapeut zwischen den Kommunikationsebenen wechselt. Die Aussage „müssen wir ein Auge drauf haben“ deutet bereits auf einen gedanklichen Wechsel hin – hier ist unklar, ob die Aufmerksamkeit

dem Fußballspiel oder der von der Patientin durchgeführten Übung gilt. Dieser Wechsel wird durch ein betontes „Gut“ auch für die Patientin nachvollziehbar.

Die Steuerung der Kommunikationsebenen durch die Therapeut/inn/en führt dazu, dass die Fokussierung auf den Therapieanlass nur vordergründig aufgeweicht wird und das *Einlassen* auf die Patient/inn/en weiterhin entlang *individueller Grenzen* erfolgt. Dies zeigt auch die Interviewaussage von Antje Lindt:

äm es gab auch schon mal eine patientin die irgendwie die ganze zeit erzählt hat und erzählt hat und erzählt hat (.) und auch viel privates erzählt hat und äm (.) mir halt schon relativ nah kam (.) und ich dann so ein bisschen abgeblockt habe (.) und dann trotzdem noch freundlich war (.) aber halt sehr reserviert (.) und die mich dann drauf angesprochen hat äm (.) warum ich so kühl wäre oder (.) äm ich wäre so reserviert und da habe ich ihr halt gesagt (.) das hat nichts mit kühl zu tun es hat einfach damit zu tun das ich einen gewissen abstand gerne wahren möchte zwischen patienten und mich als therapeutin (.) und äm (.) deswegen höre ich ihnen zu aber ne (.) äh werde da jetzt keine wertung zu abgeben (.) (AL, Interview, 92)

Diese Aussage lässt auf Antje Lindts Umgang mit dem Takt der Interaktion schließen. Dabei ist für sie eine Wahrung von sozialer Distanz bedeutsam, die sie hier durch eine *aktive Distanzierung* realisiert. In Hinblick auf einen taktvollen Umgang miteinander wird die Ebene der alltagsbezogenen Kommunikation zwar betreten, um eine *therapieförderliche Atmosphäre* zu schaffen, jedoch im Sinne der Priorisierung letztendlich hinter dem Takt der Organisation und dem Takt der physiotherapeutischen Intervention nachrangig behandelt.

4.4.3 „dann habe ich mich schon mal so weit vorbereitet“ – Etablierung von Routinen

In diesem Kapitel werden *Routinen* als bedeutsames Steuerungselement in der Interaktionssituation vorgestellt. Dabei ist zwischen solchen zu unterscheiden, die *durch die Therapeut/inn/en vorgegeben* sind und solchen, die *gemeinsam mit den Patient/inn/en entwickelt* werden. Die von den Therapeut/inn/en vorgegebenen Routinen beziehen sich insbesondere auf bestimmte Abläufe in der Behandlung und sind somit Ausdruck des Takts der Intervention. Die Therapeut/inn/en begründen diese typischen Abläufe mit ihrer Erfahrung, ihrer Ausbildung oder mit ihrer Intuition. So berichten sie z. B., dass es ihnen wichtig sei, in jede Behandlung aktive und passive Behandlungsanteile zu integrieren. Darüber hinaus beschreiben sie eine Abfolge der Positionen, in denen die Patient/inn/en behandelt werden, die einzuhalten ist.

[...] wenn ich mit dem patienten erst passiv auf der bank gearbeitet habe und dann aktiv im stand (.) oder dann mache ich auch das was wir damals so gelernt haben (-) halt erst ja (-) rückenlage (---) sitz (---) stand (---) gang (-) so das steckt mir schon noch in den knochen (.) also das mache ich schon noch so genau wie es war. (CD, Interview, 29)

Weitere Routinen zeigen sich bei der Auswahl und Durchführung von Interventionen:

[...] ne was mir in denn sinn kommt (.) aber ich glaube das sind standardsachen ((lachen)) [ja ok] also ich mach dann noch viel muskulär oder nimm mir den kopf und versuch so ein bisschen dieses (.) dieses also das kinn nach rechts und links also in in (.) seitlich dranzugehen und dieses transversalgleiten so zum beispiel an der halswirbelsäule das ist ne standardgeschichte die ich immer mal mache (.) wenn ich dann nochmal was feststelle dann bleibe ich auch noch mal einem wirbel ein bisschen länger ansonsten mache ich das einfach ein bisschen (.) auch vielleicht ein bisschen traktion (.) weil sie es so auch immer ganz angenehm finden [hm] äm ja (MZ, Behandlung 2, lautes Denken, 136)

Der Therapeut beschreibt ein *intuitiv-erfahrungsbasiertes* und zugleich *routiniertes und standardisiertes Vorgehen*. Aus Erfahrung weiß er, dass Patient/inn/en die hier beschriebene Maßnahme als angenehm empfinden. Gleichzeitig kann er während der Anwendung der Maßnahme Veränderungen der

behandelten Körperregion – hier der Halswirbelsäule - feststellen. Dabei scheint es bestimmte Maßnahmen zu geben, die *unabhängig von den Patient/inn/en und ihren Problemlagen* angewendet werden können.

Wenden die Therapeut/inn/en Routinen an, führt dies bei den Patient/inn/en zu einem *Lernprozess*. Sie lernen, in welcher Ausgangsstellung die Behandlung begonnen wird und durch welche *verbalen und nonverbalen Signale* die Therapeut/inn/en deren Ende einleiten (z. B. mit der Hand auf die Bank klopfen). Je länger die Patient/inn/en in Behandlung sind, desto weniger Worte benötigen die Therapeut/inn/en für die Steuerung der Behandlung. Bereits wenige Signale oder Gesten reichen aus, um den nächsten Schritt einzuleiten. Indem sie auf diese Signale reagieren, unterstützen die Patient/inn/en aktiv ein Im-Takt-Bleiben, wie dieses Beispiel illustriert:

Situationsbeschreibung

Die Patientin betritt den Behandlungsraum. Ich [die Autorin] folge ihr und erkläre, dass ich die Kamera bereits angestellt habe. Daraufhin verlasse ich den Raum wieder. Schon während ich mit der Patientin spreche, beginnt sie, sich auszuziehen. Sie legt ihre Jacke und ihr Oberteil über einer Stuhllehne ab und setzt sich dann mit Hose und BH bekleidet auf die Behandlungsbank. Dort wartet sie sechs Minuten auf den Therapeuten. Er betritt den Raum.



Dialog

Therapeut: hallo (-) ich wusste nicht das sie schon da sind

Patientin: K-Mitarbeiterin hat mich durchgeschickt (-) dann habe ich mich schon (-) mal so weit (-) vorbereitet ne (lachen)

(MZ, Behandlung 2, Videotranskript 3 f.)

Die Patientin antizipiert bereits den Behandlungsbeginn und bereitet sich durch das Entkleiden entsprechend vor. Dies ermöglicht dem Therapeuten einen schnellen Einstieg in die Behandlung. Auch in anderen Behandlungen, die für diese Arbeit untersucht wurden, ließ sich die Unterstützung der Patient/inn/en beobachten. So übernehmen die Patient/inn/en den Sprachjargon der Therapeut/inn/en. Dies wird anhand eines Auszug aus einem Feldprotokoll deutlich. Hier ordnet der Patient sein aktuelles Schmerzniveau unaufgefordert auf einer numerischen Schmerzskala ein:

Zwischendurch löst Clara mit ihren Fingern Hautfalten vom Rücken ab und zieht sie nach oben. Sie fragt, während sie Druck ausübt, ob der Patient Schmerzen dabei empfinde. „Ja, aber geht, so drei bis vier“, antwortet dieser. (CD, Beobachtungsprotokoll, 6)

Die Therapeut/inn/en nutzen Skalen oder Sprachkodes, die eine Beschreibung der Symptomatik und Einschränkungen auch in ihrer Veränderung erleichtern sollen. Ein Beispiel dafür ist die Verwendung der Worte „besser, schlechter, gleich“, auf die Moritz Zachner während seiner Untersuchung immer wieder zurückgreift, damit die Patientin anhand dieser Kategorien ihre Schmerzwahrnehmung schildern kann. Die Nutzung solcher Skalen oder Ausdrücke kann als Komplexitätsreduktion interpretiert werden: Durch die

pragmatische Abfrage der Schmerzwahrnehmung erübrigt sich eine ausführliche Erörterung, was wiederum ein Im-Takt-Bleiben, bezogen auf den Takt der Organisation und den Takt der Intervention, unterstützt.

Neben den Routinen der Therapeut/inn/en, die durch einen impliziten Lernprozess von den Patient/inn/en angenommen werden, gibt es gemeinsam hervorgebrachte Routinen wie ein individuell angepasstes Vorgehen bei der Behandlung, auf das in weiteren Behandlungen zurückgegriffen werden kann. Dies verdeutlicht der nachfolgende Auszug:

Die beiden [Patientin und Therapeutin] haben im Verlauf ihrer Behandlungen herausgefunden, dass es optimal ist, wenn die Patientin durch die vorangegangenen Übungen die Wirbelsäule lockert und dann eine anschließende passive Mobilisation durch die Therapeutin erfolgt. (KL, Feldprotokoll, 23)

Insbesondere bei den Dauerpatient/inn/en zeigt sich die *Vergemeinschaftung* hinsichtlich der gemeinsamen Arbeit. So ereignete sich folgende Szene mit der Therapeutin Kathrin Lemke:

Die Patientin ist mir [der Autorin] gegenüber eher verschlossen. Ich stelle mich ihr vor und sage, dass ich heute zuschauen werde. Sie ist bereits im Vorfeld von der Therapeutin aufgeklärt worden und hat eine Einwilligungserklärung unterschrieben. Die Patientin sagt, so lange ich die Abläufe nicht stören würde, sei alles in Ordnung. Ich erwidere, dass ich versuche, so wenig wie möglich zu stören und, wo es geht, zu helfen. Daraufhin sagt die Patientin „Da muss ich aber lachen. Frau L., wir lassen uns unser Programm nicht durcheinander bringen. (KL, Feldprotokoll, 11)

Hier etablierte sich Routine durch eine Kooperation von Therapeutin und Patientin, wobei die Routinen für die Patientin eine große Bedeutung zu haben scheinen. Generell lässt sich beobachten, dass Routinen die Vertrautheit von Patient/inn/en und Therapeut/inn/en mit der Situation fördern sowie die *Planbarkeit* der Situation für alle Beteiligten erhöhen. Dadurch unterstützen sie als verlässliche Handlungs- und Kommunikationsweise ein Immer-im-Takt-Bleiben.

4.5 Konsequenzen

Die Strategien zur Steuerung der Interaktionssituation dienen dem Umgang mit der zentralen Anforderung, immer im Takt zu bleiben. Dabei haben diese Strategien in ihrer Gesamtheit die Funktion, im Spannungsfeld der Takte arbeits- und handlungsfähig zu bleiben. Zugleich ergeben sich aufgrund der im Material beobachtbaren überwiegend steuernden Interaktionsstrategien Konsequenzen, die sich für die einzelnen Dimensionen des Takts der ambulanten Praxis beschreiben lassen.

1. Konsequenzen bezogen auf den Takt der Organisation:

Das Material legt die Annahme nahe, dass die Steuerung der Interaktionssituation dann gelungen ist, wenn die physiotherapeutische Intervention in der vorgegebenen Zeit umgesetzt werden konnte. Hierzu greifen die Therapeut/inn/en auf die in Kapitel 4.4 beschriebenen Strategien der Steuerung zurück. Die Strategien können auch als Versuch der *Objektivierung* des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses gedeutet werden. Diese Objektivierung scheint eine logische Konsequenz aus den engen Zeitvorgaben und den Abläufen der Praxis zu sein. Indem die Therapeut/inn/en den Körper der Patient/inn/en fokussieren, wird die Orientierung am organisatorisch-strukturellen Rahmen erleichtert; der Takt der Organisation wird *priorisiert*. Zugleich tritt der Takt der Interaktion und die damit einhergehenden interaktionsbezogenen Aufgaben, die von personen- und situationsbezogenen Faktoren geprägt sind, in den

Hintergrund. Dies kann belastend und entlastend zugleich wirken. Belastend dann, wenn die Therapeut/inn/en spüren, dass sie ihren Patient/inn/en so nicht gerecht werden; entlastend dann, wenn die Therapeut/inn/en für sie belastende Emotionen aus der Behandlung ausklammern können.

2. Konsequenzen bezogen auf den Takt der physiotherapeutischen Intervention:

Die Anforderung, immer im Takt zu bleiben, führt dazu, dass die Therapeut/inn/en sich auf den funktional-strukturellen Therapieanlass fokussieren. Dieses Vorgehen entspricht dem in der Literatur beschriebenen Bottom-up-Vorgehen und stellt somit eine spezifische Form der Gestaltung der physiotherapeutischen Intervention dar, die im Gegensatz zum Top-down-Vorgehen zu sehen ist, in dem die Teilhabeorientierung den Ausgangspunkt der Therapie darstellt und daher auch in einen Zusammenhang mit einer patient/inn/enorientierten Vorgehensweise gebracht wird (Haase, 2015, S. 198 f.). Im Zuge dieser Arbeit lässt sich das Vorgehen wie folgt einordnen: durch ein eher Bottom-up-orientiertes Vorgehen, reduziert sich die *Komplexität der Behandlungssituation*, indem die Sichtweise der Patient/inn/en eine untergeordnete Rolle spielt. Zugleich befördert dieses Vorgehen die Planbarkeit der Situation und somit eine Umsetzung geplanter Interventionen und infolgedessen die Aufrechterhaltung des Takts der Organisation (s. o.).

3. Konsequenzen bezogen auf den Takt der physiotherapeutischen Interaktion:

Die physiotherapeutische Interaktion ist insbesondere durch die Anwendung von Strategien zur Steuerung der Interaktionssituation charakterisiert. Das beobachtete Vorgehen führt in Konsequenz zum Aufbau einer *pragmatisch-funktionalen Beziehung* zwischen den Patient/inn/en und den Therapeut/inn/en. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass zu Behandlungsbeginn (insbesondere in der ersten Behandlung) eine positive Atmosphäre geschaffen wird, die ein In-Kontakt-Treten ermöglicht. Somit wächst eine Beziehung, die trotz ihres kurzen Bestehens einen schnellen Körperkontakt ermöglicht. Durch Berührungen zu einem frühen Zeitpunkt in der ersten Behandlung lernen die Patient/inn/en, dass die Therapeut/inn/en auf den Körper und seine Funktionen/Strukturen fokussiert sind. Zugleich verhindert die pragmatisch-funktionale Beziehung durch die in Kapitel 4.4.1 beschriebene Form der Fokussierung die ausführliche Klärung der Ziele, Erwartungen und Bedürfnisse der Patient/inn/en.

5 Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt die Diskussion der Ergebnisse dieses Forschungsprojektes vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellungen. Zudem werden aus den Ergebnissen Implikationen für die Qualifizierung angehender Physiotherapeut/inn/en und die Organisation und Arbeitsgestaltung in der ambulanten Physiotherapiepraxis abgeleitet. Anschließend werden weitere Fragestellungen und Impulse für die physiotherapeutische Forschung diskutiert. Um die Relevanz und Reichweite der Ergebnisse einzuordnen, erfolgt abschließend eine Diskussion des methodischen Vorgehens.

5.1 Kritische Bewertung und Einordnung der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Theorie zur physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis vorgestellt. Diese Theorie bildet einen IST-Zustand ab, indem sie Merkmale und ihre Ausprägungen in der physiotherapeutischen Behandlung beschreibt. Dadurch ermöglicht sie einen Zugang zur Handlungslogik physiotherapeutischer Arbeit.

Das zentrale Phänomen der Theorie zur physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Praxis ist eine Anforderung in der physiotherapeutischen Interaktion, die sich im In-vivo-Kode „*Immer im Takt bleiben*“ ausdrückt. Der Taktbegriff wird in dieser Theorie zur zentralen Metapher, um einen Zugang zur physiotherapeutischen Interaktion zu schaffen. So werden drei Dimensionen des Takts in der ambulanten Praxis beschrieben: der Takt der Organisation, der Takt der physiotherapeutischen Intervention, der Takt der physiotherapeutischen Interaktion. Diese – empirisch getrennt beschriebenen – drei Takte und die Darstellung ihrer wechselseitigen Bedingtheit machen die Komplexität der Arbeitssituation sichtbar, in der sich organisatorisch-strukturelle, therapeutisch-inhaltliche und interaktionsbezogene Aspekte überlagern. Der Umgang der Physiotherapeut/inn/en mit der Anforderung, immer im Takt zu bleiben, erfolgt durch steuernde Interaktionsstrategien, die den Fokus auf die körperbezogene Arbeit lenken. Die Strategien deuten darauf hin, dass die Physiotherapeut/inn/en die Takte unterschiedlich gewichten. So wird der Takt der Organisation gegenüber den anderen Takten priorisiert. Versteht man das Im-Takt-Bleiben in seiner zeitlichen Bedeutung, so ermöglicht diese Priorisierung eine Aufrechterhaltung von Zeitvorgaben. Gleichzeitig führt die Orientierung am Takt der Organisation jedoch zu einem vornehmlich funktionsorientierten Vorgehen, das im Gegensatz zu einem patient/inn/enorientierten Vorgehen steht (Haase, 2015, S. 198 f.). Zugleich überrascht die in den Behandlungen beobachtete Orientierung des Vorgehens an organisatorischen Rahmenbedingungen nicht, unterliegen die ambulanten Praxen doch sozialrechtlichen Vorgaben, die bestimmte Formen der Arbeitsorganisation zur Folge haben. So werden in den ambulanten Praxen zumeist pauschale Zeitfenster für einzelne Behandlungen eingeplant, ohne dass der individuelle Zeitaufwand für die Behandlung einzelner Patient/inn/en geprüft wurde. Böhle et al. (2015a, S. 73 ff.) kritisieren in diesem Zusammenhang die Ökonomisierung im Gesundheitswesen, die eine Standardisierung der Gesundheitsversorgung befördert, die für das Erbringen „professioneller Interaktionsarbeit“ hinderlich ist. So wird auch im Gutachten des Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) der Widerspruch zwischen geforderter Patient/inn/enorientierung und politischen Zielvorgaben der System- und Kostenorientierung, gesetzlichen Vorgaben, sektoraler Versorgungsgliederung und vorherrschenden Vergütungsregelungen beschrieben. Zugleich ist ein patient/inn/enorientiertes Vorgehen unmittelbar mit der Versorgungsqualität verknüpft (vgl. Kap. 1.4, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003)). Dies beschreibt aus professionssoziologischer Perspektive auch Oevermann (1999, S. 115), indem er das Arbeitsbündnis und somit die Ebene der Interaktion als Ausgangspunkt einer patient/inn/enorientierten Versorgung betrachtet. Hinsichtlich der patient/inn/enorientierten Versorgungen in der Pflege – übertragbar auf die Physiotherapie – nennen Behrens und Langer (2010, S. 36) die gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung, die

Erarbeitung des Einverständnisses über den Prozess und die Ableitung von Strukturen aus dem Prozess als wesentliche Inhalte der Kommunikation zwischen Patient/inn/en und Pflegekräften und heben damit die Bedeutung personen- und situationsbezogener Faktoren im Pflegeprozess hervor. Die Berücksichtigung dieser Inhalte gewährleistet die Herstellung eines Bezugs zu den Teilhabebedürfnissen von Patient/inn/en und den Aufbau interner Evidence (ebd.). Dehn-Hindenberg (2008, S. 263) untersucht die Perspektive von Patient/inn/en auf die Interaktion in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Sie stellt heraus, dass das Gefühl, verstanden zu werden, ebenso wie das Einfühlungsvermögen der Therapeut/inn/en und die Berücksichtigung der Patient/inn/enbedürfnisse wesentlich für die Bewertung einer Therapie durch die Patient/inn/en sind. Eine Standardisierung und Objektivierung therapeutischer Arbeit, wie sie von den Therapeut/inn/en mittels steuernder Interaktionsstrategien angestrebt wird, erscheint somit vor dem Hintergrund der Berücksichtigung der angesprochenen Patient/inn/enbedürfnisse weder zielführend noch möglich. Damit unterstützen die Ergebnisse dieser Arbeit die Annahme des Konzepts der Interaktionsarbeit, in dem die Interaktion als Kern der Dienstleistungsarbeit definiert wird (vgl. Kap. 1.2). Auch wenn durch das induktive Vorgehen in dieser Arbeit keine Übertragung der bestehenden Kategorien – Kooperationsarbeit, Erfahrungsgelitet-subjektivierendes Arbeitshandeln, Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit – erfolgte, deuten die Ergebnisse dieser Arbeit doch an vielen Stellen auf die Relevanz dieser Kategorien für die Physiotherapie hin.

Die in dieser Arbeit ermittelten Ergebnisse legen die Folgerung nahe, dass es in der Physiotherapie –in Hinblick auf das untersuchte Handlungsfeld – derzeit an Konzepten mangelt, um den Widerspruch zwischen rechtlichen Vorgaben, ökonomischen Überlegungen, therapeutischen Aufgaben und patient/inn/enorientierter Interaktion aufzuheben. Die für diese Arbeit durchgeführte Studie ist nicht die erste, die eine Diskrepanz zwischen tatsächlichem Arbeitshandeln und der theoretischen Vorstellung des Arbeitshandelns beschreibt (vgl. Kap. 1.4). Ausgehend von den Ergebnissen dieser Arbeit stellt sich die Frage nach einem SOLL-Zustand. Für dessen Beschreibung kann der Taktbegriff hilfreich sein. In Anlehnung an andere Forschungsbereiche, die sich mit dem Taktbegriff beschäftigen (Gödde und Zirfas, 2012), gilt es also, einen physiotherapeutischen Takt zu beschreiben. Diese Beschreibung kann nicht normativ sein, wie in den vorangegangenen Ausführungen deutlich geworden sein sollte. Der physiotherapeutische Takt ist vielmehr als gelungener Umgang mit „Paradoxalen und Unverfügbaren“ (Zirfas, 2015a, S. 181) zu verstehen. Folgt man dieser Annahme, so ist der physiotherapeutische Takt, ebenso wie der pädagogische Takt, nicht planbar, sondern entsteht in der konkreten Arbeitssituation. Damit wird er bedingt durch die Verschiedenheit und Individualität der beteiligten Personen. Der therapeutische Takt hat immer auch ein kreatives „schöpferisches“ Moment (ebd.) und zielt darauf ab, einen „adäquaten [...] Umgang mit dem anderen“ zu finden, „ohne dass diese Adäquatheit in irgendeiner Form zu fixieren wäre“ (ebd.). Mit der Beschreibung eines physiotherapeutischen Taktverständnisses bekommen situationsspezifische und personenbezogene Aspekte eine größere Bedeutung, und es kann ein Gleichgewicht zwischen den drei Taktdimensionen entstehen. Offen bleibt die Frage, wie ein solches Taktverständnis etabliert und entwickelt werden kann. Zentral ist hier die Auseinandersetzung mit der

Qualifikation, Arbeitsgestaltung und Forschung in der Physiotherapie, wie sie in den nachfolgenden Kapiteln erfolgt.

5.1.1 Implikationen für die Qualifizierung in der Physiotherapie

Becker und Spöttl (2006) sowie Rauner (2004) betonen die Bedeutung der beruflichen Praxis für die Gestaltung beruflicher Bildungsprozesse. Der in dieser Arbeit verfolgte forschungsmethodische Zugang ermöglicht einen Einblick in berufstypische Situationen, die Physiotherapeut/inn/en bewältigen müssen. Klemme und Geuter (2012, S. 13) beschreiben, dass die Bewältigung berufstypischer Situationen berufliche Handlungskompetenz erfordert; diese Kompetenz sollte somit Ziel beruflicher Bildung sein. Dabei beschreibt der Begriff berufliche Handlungskompetenz die Verzahnung der Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz (Sekreteriat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2011, S. 11). Zugleich beschreiben Klemme und Geuter (2012, S. 13), dass die berufliche Handlungskompetenz für die Physiotherapie „bislang nicht systematisch identifiziert“ ist. Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern Ansätze für Diskussionen und Veränderungen des Lehrens und Lernens in Hinblick auf die berufliche Handlungskompetenz in der Physiotherapie.

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit wird der Vorschlag gemacht, berufliche Handlungskompetenz auch mithilfe des physiotherapeutischen Taktverständnisses zu beschreiben. Die Situationsspezifität des physiotherapeutischen Takts unterstreicht die Bedeutung der Sozialkompetenz in der physiotherapeutischen Ausbildung. Nach Friese (2010, S. 56) sind jedoch die kommunikativen und interaktionalen Kompetenzen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen nicht ausschließlich als Sozialkompetenz, sondern auch als Fachkompetenz zu verstehen. Fachkompetenz ist somit in personenbezogenen Dienstleistungsberufen neu bzw. anders als gewöhnlich zu definieren.

Dass dies in der bisherigen Ausbildung anders definiert wird, zeigt ein Blick in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). Die hier benannten Inhalte der Ausbildung fokussieren die medizinisch-krankheitsorientierten Inhalte der Physiotherapie. Lediglich 60 Stunden werden für die Inhalte der Pädagogik, Psychologie und Soziologie veranschlagt. Hier geht es neben anderen Grundlagenthemen z. B. um Kommunikation und Gesprächsführung und somit um Aspekte, die den Bereich der kommunikativen und interaktionalen Kompetenzen direkt berücksichtigen. Aber passen diese Ausbildungsinhalte zu dem, was der Beruf fordert? Darauf gibt es laut Lehmann et al. (2014) bislang kaum wissenschaftlich fundierte Antworten. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit geben Hinweise darauf, dass interaktionale Kompetenzen in der physiotherapeutischen Aus- und Weiterbildung verstärkt berücksichtigt werden sollten, damit Physiotherapeut/inn/en das Spannungsfeld der Takte in der ambulanten Praxis ausbalancieren können.

Brater und Rudolf (2006) betonen mit Blick auf die interaktionale Kompetenz die Bedeutung der Erfahrung mit praktischen Arbeitssituationen. Hierfür bildet die PhysTh-APrV, die einen hohen Stundenumfang von 1.600 Stunden für die praktische Ausbildung vorgibt, eine gute Grundlage. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen das Erleben der Interaktion als Anforderung (vgl. Grafe und Probst, 2012).

Dabei ist zu betonen, dass unabhängig von der Berufserfahrung die Interaktion als Anforderung erlebt wird (ebd.). Dies führt zu der Annahme, dass interaktionale Kompetenz mit Blick auf den spezifischen Kontext, in dem sich die Interaktion ereignet, zu fördern ist. Der Zeitumfang der beruflichen Praxiserfahrung scheint hierfür nicht alleine ausschlaggebend. Vielmehr gilt es nach Fischer (2016, S. 189), die Erfahrungen aus der praktischen Ausbildung in schulischen Lernprozessen „zur Kenntnis zu nehmen und gemeinsam mit den Lernenden zu untersuchen“. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen zudem nahe, dass in der praktischen Ausbildung das Handlungsfeld der ambulanten Praxis als Erfahrungsraum für Lernende verstärkt berücksichtigt werden sollte. Dies ist unter den aktuellen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen schwer zu realisieren. So dürfen Lernende in ambulanten Praxen Therapien derzeit z. B. nur unter der Aufsicht examinierter Therapeut/inn/en erbringen (Pust, 2016). Zudem mangelt es an qualifizierten Anleitenden, denen in der praktischen Ausbildung eine besondere Rolle zukommt (Kirsch, 2016). Sie sollen nach Bernler und Johnson (1995, S. 43) Interaktionsarbeit vorleben und müssen daher über entsprechende Erfahrung und theoretisches Wissen verfügen. Der Supervision im Sinne einer begleitenden Beratung während der praktischen Ausbildung kommt somit eine besondere Bedeutung bei der Vorbereitung auf den reflexiven Umgang mit dem physiotherapeutischen Takt zu (vgl. Bovet, 2010, S. 5 ff.). Jedoch kann auch im theoretischen Unterricht das Thema berücksichtigt werden. So schreibt Zirfas (2015a, S. 177) nach Herbart (1982) über den pädagogischen Takt, dass er durch die Reflexion von Erfahrungen und die Auseinandersetzung mit Theorie erworben werden kann. Für den physiotherapeutischen Takt sollte somit theoretisches Wissen über verschiedene Zugänge zur Patient/inn/enversorgung (patient/inn/enzentriert, therapeut/inn/enorientiert, (vgl. Dahlgren, 1998)) vermittelt werden. Gleiches gilt für das Konzept der Interaktionsarbeit, das eine theoretische Grundlage für die systematische Analyse beruflicher Handlungssituationen darstellen kann. Kommunikationstrainings sollten auch die emotionale Komponente der Arbeit berücksichtigen und den Umgang mit negativen Emotionen bei Patient/inn/en und Therapeut/inn/en vermitteln (vgl. Brater und Rudolf, 2006, S. 299; Frankel and Stein, 2001; Gard et al., 2000; Jesus and Silva, 2016). Im praktischen Unterricht können Interaktionssituationen eingeübt, gefilmt, beobachtet und reflektiert werden. Dabei kann die Reflexion auf die drei Dimensionen des Takts abzielen. Bernler und Johnson (1995, S. 27 ff.) schlagen hierzu vor, in der Reflexion des praktischen Handelns die Grenzen des planmäßig-rationalen Handelns (Böhle, 2010, S. 152 ff.) in den Mittelpunkt zu stellen. Im Erkennen des Scheiterns des planmäßig-rationalen Handelns erkennen die Lernenden dann die Notwendigkeit eines reflektierten, subjektivierenden und somit eher sinnlich geprägten Vorgehens (Bernler und Johnson, 1995, S. 27 ff.). Für die Weiterbildung sind spezifische Angebote zu entwickeln, die Therapeut/inn/en die Reflexion erlebter Situationen ermöglichen. Dies könnte durch Seminare zur Theorie und Praxis der Interaktion oder auch durch (videogestützte) Supervisionen oder (vgl. Kap. 5.1.2) Beratung erfolgen. In der vorliegenden Studie wurden Videos von Therapeut/inn/en erstellt; sie bewerteten die Selbstbetrachtung, die die Videos ermöglichten, als positive und erkenntnisbringende Erfahrung. Weitere methodische Anregungen finden sich z. B. bei Dick et al. (2016). Hiller et al. (2015) erkennen in ihrer Untersuchung zur Anwendung von

Kommunikationsmodellen in der ambulanten Physiotherapiepraxis ein Defizit insbesondere hinsichtlich der patient/inn/enorientierten Kommunikationsweise und empfehlen, entsprechende Weiterbildungen zu entwickeln. Neben der Entwicklung von Weiterbildungsformaten gilt es zudem, Wege zu finden, die eine Akzeptanz dieser Angebote bei Physiotherapeut/inn/en schaffen.

5.1.2 Implikationen für die ambulante Physiotherapiepraxis

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt in diesem Abschnitt vor dem Hintergrund der Frage, inwiefern die Arbeitsgestaltung in der ambulanten Physiotherapiepraxis einen physiotherapeutischen Takt unterstützen kann.

Aus der Dienstleistungsperspektive heraus sind Patient/inn/en als Kund/inn/en zu betrachten. Ihre Zufriedenheit entscheidet über den Erfolg einer Praxis. Zufriedenheit hängt dabei nicht ausschließlich von den therapeutisch-technischen Fertigkeiten der Therapeut/inn/en ab (vgl. Kap. 1.4). Beattie und Nelson (2008) beschreiben, dass neben den therapeutisch-technischen Fähigkeiten auch die Rahmenbedingungen und die Beziehung zwischen Patient/inn/en und Physiotherapeut/inn/en maßgeblich zur Zufriedenheit beitragen, wobei die Interaktion den größten Einfluss auf die Zufriedenheit hat. Ein respektvoller Umgang mit Patient/inn/en, ausreichend Zeit für die Sorgen und Bedürfnisse der Patient/inn/en und klare Instruktionen sind demnach entscheidend für eine hohe Patient/inn/enzufriedenheit (Beattie et al., 2002). Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die Interaktion in der ambulanten Praxis derzeit eine Rolle spielt, die den Rahmenbedingungen untergeordnet ist.

Die in den für diese Arbeit durchgeführten Forschungen identifizierten Interaktionsstrategien zeigen, dass die Aufgaben und Rahmenbedingungen im Widerspruch zu einer patient/inn/enorientierten Versorgung stehen. Um diesem Widerspruch entgegenzuwirken, ist Offenheit und Kreativität von Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern gefragt, um die Arbeit in ambulanten Physiotherapiepraxen interaktionsförderlich zu gestalten. Physiotherapeut/inn/en, insbesondere in leitender Funktion, sollten über entsprechende Organisations- und Managementkompetenz verfügen. Denn in der Arbeitsgestaltung gilt es, ökonomische und versorgungsbezogene Interessen zu integrieren. So müssen im Unterschied zu produzierenden Dienstleistungen in personenbezogenen Dienstleistungen wie der Physiotherapie interne Faktoren (z. B. die Behandlungszeit) und externe Faktoren (z. B. die Mitarbeit der Patient/inn/en) berücksichtigt werden (Bornwasser, 2014, S. 33). Daraus resultiert eine erschwerte Planbarkeit der Arbeitsprozesse, die eine flexible Steuerung der Arbeitsprozesse notwendig macht (ebd.). Die Realität in den Praxen sieht eine solche flexible Steuerung nicht vor, jedoch ist möglicherweise die neue Gesetzgebung zur Heil- und Hilfsmittelversorgung (Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom 4. April 2017) ein Ansatz für derartige Veränderungsprozesse. So wird hier – aufbauend auf den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit – die These aufgestellt, dass eine patient/inn/en- und teilhabeorientierte Interaktion eine zeitliche Flexibilität abseits der pauschalen Zeitvorgaben voraussetzt. Dies betrifft z. B. die zeitliche Struktur der ersten Behandlung, aber auch die Möglichkeit, den Zeitrahmen späterer Behandlungen individuell planen zu können. So benötigen Patient/inn/en in einer akuten Schmerzsituation hochfrequente

kurze Behandlungen. Zu einem späteren Zeitpunkt kann die Frequenz dann möglicherweise reduziert werden und eine umfangreiche Beratung zu Veränderungen von Bewegungsgewohnheiten in den Vordergrund treten. Hinsichtlich weiterer sozialrechtlicher Veränderungen ist darauf zu verweisen, dass es derzeit keine Abrechnungsposition für die Befunderhebung und physiotherapeutische Diagnosestellung gibt. Dies erschwert die Legitimation einer intensiven Anamnese und Untersuchung gegenüber Patient/inn/en. Fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für Berichte und Dokumentationszeiten verschärfen zudem den Zeitdruck in der ambulanten Physiotherapiepraxis und führen zu einer Abwertung von deren Relevanz.

Die Arbeit in den ambulanten Physiotherapiepraxen ist dadurch gekennzeichnet, dass Therapeut/inn/en Behandlungsprozesse nicht im Team, sondern eigenständig planen und durchführen. Dies kann abhängig von der Praxisorganisation auch die Terminierung und Abrechnung einschließen. In diesem Zusammenhang kann die Stärkung von Teamstrukturen im Sinne eines *peer-supports* zu Entlastung und Austausch führen (vgl. Atkinson and McElroy, 2016; Davies et al., 2016). Möglich wird dies durch einen informellen Austausch über herausfordernde Situationen oder durch einen gezielten Therapeut/inn/enwechsel. Beratungsmethoden wie Supervision (Mattsson and Mattsson, 1994), kollegiale Beratung (Schwinger, 2017) oder Balint-Gruppen (Dahlgren et al., 2000) stellen weitere Möglichkeiten der systematischen Auseinandersetzung mit beruflichen Anforderungen dar. Der physiotherapeutische Takt kann eine hilfreiche Struktur für die Planung und Durchführung von Beratungen sein.

5.1.3 Implikationen für die Forschung

Die vorgelegte Arbeit eröffnet vielfältige Anschlussmöglichkeiten für weitere Forschungsarbeiten. Diese werden nachfolgend den Bereichen der Berufsbildungs- und Qualifikationsforschung und der Versorgungsforschung zugeordnet:

a) Berufsbildungs- und Qualifikationsforschung

Aus der engen Verknüpfung der Merkmale eines beruflichen Handlungsfelds mit der passgenauen Gestaltung von Bildungsprozessen lassen sich Forschungsbedarfe für die Berufsbildungs- und Qualifikationsforschung ableiten (Becker und Spöttl, 2006). Dazu gehören:

- die handlungsfeldspezifische Überprüfung der beruflichen Kompetenzen von Noviz/inn/en (unter Berücksichtigung der interaktionalen Kompetenzen);
- die Entwicklung von Kompetenzmessinstrumenten für die Messung interaktionaler Kompetenzen;
- die Übersetzung und kulturelle Adaptation bereits vorhandener Instrumente zur Messung beruflicher Handlungskompetenz in der Physiotherapie (z. B. Assessment of Physiotherapy Practice (Dalton et al., 2011; Dalton et al., 2012));
- die Evaluation des Einsatzes verschiedener Beobachtungs- und Reflexionsmethoden in der praktischen Ausbildung unter Berücksichtigung der Taktdimensionen;

- die Entwicklung und Evaluation von Schulungsprogrammen für Anleitende (für die ambulante Physiotherapiepraxis);
- die Untersuchung des Einflusses handlungsfeldspezifischer Berufserfahrungen auf den beruflichen Sozialisationsprozess und den Berufsverbleib;
- die Entwicklung und Evaluation (handlungsfeldspezifischer) evidenzbasierter Kommunikationstrainings für die berufliche Weiterbildung (vgl. Frankel and Stein, 1996; Jesus and Silva, 2016).

b) Versorgungsforschung

Die Interaktion ist ein Wirkfaktor in der Patient/inn/enversorgung (Gebhard, 2012). Somit ist Forschung, die Interaktionsprozesse als Teil des Versorgungsprozesses in den Blick nimmt, als Beitrag zur Versorgungsforschung zu verstehen (Neugebauer, 2010, S. 42). Die vorliegende Forschungsarbeit nimmt dabei ebenso die Interaktion als Teil der Gesundheitsleistung wie den Kontext der Gesundheitsleistung Physiotherapie in den Fokus. Anknüpfend an ihre Ergebnisse werden Forschungsaufgaben für folgende Bereiche abgeleitet:

- Überprüfung von Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit der entwickelten Theorie in Hinblick auf andere Settings, Berufsgruppen, kulturelle Kontexte und Patient/inn/engruppen;
- Implementation der Theorie, z. B. durch kollegiale Beratungen auf Grundlage der entwickelten Theorie
- Einfluss personenbezogener Merkmale von Patient/inn/en und Therapeut/innen auf die Interaktion;
- Berücksichtigung der Patient/inn/enperspektive innerhalb der entwickelten Theorie, z. B. in Hinblick auf die Wahrnehmung der physiotherapeutischen Interaktion;
- Evaluation des Einflusses individualisierter Zeitstrukturen in der ambulanten Praxis auf versorgungsrelevante Parameter wie das Behandlungoutcome, die Adhärenz oder die Patient/inn/enzufriedenheit;
- Entwicklung evidenzbasierter Trainingsprogramme zur patient/inn/enzentrierten Kommunikation und Evaluation ebendieser;
- Entwicklung von Möglichkeiten zur Teamarbeit in der ambulanten Praxis und Evaluation des Teameinflusses auf die Arbeitszufriedenheit;
- Untersuchung des Arzt/Ärztin-Patient/inn/en-Verhältnisses auf das Interaktionsgeschehen in der ambulanten Physiotherapiepraxis;
- Analyse der Veränderungen der Interaktionssituation durch veränderte Verantwortlichkeiten, z. B. im Zuge der Blankoverordnung (HHVG).

In Hinblick auf die Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen für physiotherapeutische Interventionen, zeigen die Ergebnisse die Notwendigkeit auf, Studiendesigns zu entwickeln, die der Komplexität der physiotherapeutischen Arbeit Rechnung tragen (vgl. Ewers et al., 2012). Die Dimensionen des Takts in

der ambulanten Physiotherapiepraxis können in der Planung von Forschungsprojekten berücksichtigt werden. So sollten Studien, die die Wirksamkeit von Interventionen untersuchen, die Dimensionen der Rahmenbedingungen und der Interaktion als zusätzliche unabhängige (und zugleich nicht immer kontrollierbare) Variable nicht außer acht lassen. Hierzu sind randomisierte Studien mit ausreichend großer Fallzahl notwendig (vgl. Behrens und Langer, 2010, S. 302 f.), aber auch qualitative Forschungsansätze können helfen, zu verstehen, worauf die Wirksamkeit einer Intervention zurückzuführen ist.

5.2 Diskussion des methodischen Vorgehens

Die Diskussion des methodischen Vorgehens, das für die vorliegende Arbeit angewendet wurde, erfolgt vor dem Hintergrund spezifischer Gütekriterien der qualitativen Forschung (Steinke, 2009, S. 319 ff.).

a) Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, empirische Verankerung der Theorie und reflektierte Subjektivität
Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses ist durch die Offenlegung der Vorerfahrungen und Vorannahmen der Autorin ebenso wie durch eine ausführliche Darlegung des methodischen Vorgehens gewährleistet (vgl. Kap. 1 und 3). Dies soll ermöglichen, die Ergebnisse der Arbeit in ihrem Entstehungszusammenhang zu interpretieren. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Reflexion möglicher Verzerrungen durch die Autorin zu (vgl. Breuer, 2010, S. 115 ff.; Charmaz, 2014, pp. 155 f.; Corbin and Strauss, 2015, p. 19). In dieser Arbeit erfolgte diese Reflexion maßgeblich durch die regelmäßige Teilnahme an Interpretationsgruppen und Forschungskolloquien während des gesamten Forschungsprozesses (vgl. Kap. 3.5).

b) Indikation des Forschungsprozesses

Der Forschungsprozess ist auf seine Gegenstandsangemessenheit zu prüfen (Steinke, 2009, S. 326 ff.). Die Komplexität des Untersuchungsgegenstands der vorliegenden Arbeit erforderte den Einsatz verschiedener Erhebungsmethoden. So ging es darum, die Forschungsmethoden so auszuwählen, dass sie sowohl einen Einblick in die Arbeit von Physiotherapeut/inn/en ermöglichen, als auch die Analyse von deren Interaktionsstrategien zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, war ein unmittelbarer Zugang zur physiotherapeutischen Behandlungssituation erforderlich. Im durchgeführten Forschungsprojekt erwies sich der Feldzugang als voraussetzungsreich, wurde er doch stets an die Bedingung geknüpft, dass durch das Forschungsprojekt die Abläufe in der Praxis nicht gestört werden dürften. In zahlreichen Fällen führte die Annahme, dass eine Integration des Projekts in die Abläufe nicht möglich sei, zu einer Ablehnung der Teilnahme. Reichertz (2015, S. 17) beschreibt, dass vor Feldeintritt seitens dessen Zugehörigen kommunizierte Eintrittsbedingungen als konstitutiv für das Feld angesehen werden können. Die Erfahrungen der Autorin hinsichtlich ihres Eintritts in das Handlungsfeld ambulante Physiotherapie unterstreichen den Einfluss der organisationalen Rahmenbedingungen auf die physiotherapeutische Arbeit, der in den Ergebnissen dargestellt wurde: Die Abläufe sind so eng geplant, dass befürchtet wurde, dass die Teilnahme der Autorin an den Behandlungen diese Abläufe stören würde. Sowohl die

Aufzeichnung von Videos als auch die Durchführung von Beobachtungen wurde von einigen Therapeut/inn/en mit dem Hinweis abgelehnt, dass sie lediglich bereit seien, ein Interview zu geben. Dies legt den Schluss nahe, dass die Teilnahme an der Behandlung und die Aufzeichnung der Situation eine Verunsicherung auslöst, die möglicherweise auch darauf zurückzuführen ist, dass die gewohnte 1:1-Situation aufgelöst wird. Eine weitere Erschwernis im Zugang zum Forschungsfeld stellte möglicherweise der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Autorin und beforschten Physiotherapeut/inn/en dar. So kommentierten die Therapeut/inn/en im lauten Denken häufig ihr fachliches Handeln und gerieten zum Teil in eine rechtfertigende Haltung gegenüber fachlichen Entscheidungen, die bei fachfremden Forscherpersonen vermutlich nicht thematisiert worden wären.

Die Herausforderungen in der Datenerhebung unterstreichen die bereits in Kapitel 4.1 beschriebene Notwendigkeit des taktvollen Vorgehens in der Forschung. In dieser Arbeit ist der Takt der Forschung auch durch die Erhebung verschiedener Datentypen gewährleistet, da durch die sich ergänzenden Datenarten auf längere Phasen der Videoerhebung verzichtet werden konnte.

c) Limitationen

Die entwickelte Theorie ist in ihrer Generalisierbarkeit durch die zum Teil bereits genannten forschungsmethodischen Aspekte begrenzt. Ihre Gültigkeit ist zunächst einmal für den untersuchten Kontext der ambulanten Physiotherapiepraxis anzunehmen. Darüber hinaus wurden ausschließlich Behandlungssituationen von Patient/inn/en mit einer muskuloskeletalen Diagnose gefilmt, kommentiert und beobachtet. Weiterhin wurden in der Kontrastierung der beforschten Physiotherapeut/inn/en und Praxen verschiedene Kriterien wie die Berufserfahrung und die Art des Abschlusses berücksichtigt (vgl. Kap. 3.3.2). Die Tatsache, dass nur wenige Therapeut/inn/en zur Teilnahme in die Datenerhebungsverfahren einwilligten, ist hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu berücksichtigen, ebenso die Annahme einer „Einzigartigkeit des Arbeitsbündnisses“ in jeder Begegnung von Therapeut/inn/en und Patient/inn/en (vgl. Behrens und Langer, 2010, S. 302 ff.). Dennoch ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse des hier vorgestellten Forschungsprojektes unter bestimmten Voraussetzungen auch für andere Bereiche personenbezogener Dienstleistungen (z. B. die ergotherapeutische oder logopädische Interaktion) Gültigkeit haben können. Dies setzt voraus, dass die Interaktion unter vergleichbaren Bedingungen (z. B. hinsichtlich der zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben) stattfindet. Die Überprüfung dieser Gültigkeit bleibt weiteren Forschungsarbeiten vorbehalten (vgl. Kap. 5.1.3). Der Einfluss personenbezogener Merkmale und Eigenschaften von Therapeut/inn/en und Patient/inn/en wurde in dieser Arbeit nicht konsequent als intervenierende Bedingung ausgearbeitet. Vielmehr standen die fallübergreifend beobachtbaren Strategien im Mittelpunkt. Eine fallvergleichende Analyse könnte in weiteren Forschungsarbeiten erfolgen.

Zuletzt sei an dieser Stelle auf die Videodatenerhebung als limitierender Faktor verwiesen, die bereits in Kapitel 3.4.1 dargestellt wurde. Die Kommentierung der Videos durch das laute Denken erfordert eine ausgeprägte Selbstreflexivität. In der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Kommentierung zeigte sich

eine Fokussierung auf therapeutisch-technische Aspekte der Arbeit und weniger auf interaktionsbezogene Gedanken. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass weder in der Ausbildung noch in der Weiterbildung regelmäßig Verfahren zur Selbstreflexion eingesetzt werden, wie es z. B. in der Psychotherapie üblich ist (vgl. Muckel, 1996).

d) Kohärenz

Die Frage nach der Kohärenz der in dieser Arbeit vorgestellten Theorie zur physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Praxis zielt auf die Bearbeitung und Offenlegung von Widersprüchen in Daten und Interpretationen ab. Sie bildet die Interaktionsmerkmale und deren Einbindung in den Kontext ab. Dabei ist der Takt der Organisation ebenso wie der Takt der Intervention gleichförmig und planbarer als der Takt der Interaktion, der durch die Begegnung von Physiotherapeut/inn/en und Patient/inn/en geprägt ist. Die in letztgenanntem Takt dargestellten Asymmetrien und Antinomien sind eine für die Physiotherapie spezifische Rekonstruktion von bereits in verschiedenen professions- und interaktionstheoretisch beschriebenen Zugängen (vgl. z. B. Helsper, 2016, S. 50 ff.). Sie wurden fallübergreifend rekonstruiert. Dennoch ist davon auszugehen, dass sich unter Einbezug weiterer Therapeut/inn/en und auch in der vertieften Analyse personenbezogener Merkmale weitere Strategien ergäben.

e) Relevanz

Die Bedeutsamkeit der in dieser Arbeit vorgestellten Theorie ergibt sich aus der Relevanz des Handlungsfelds und dem unzureichenden Forschungsstand, der im Widerspruch hierzu steht. Die Mehrheit der Physiotherapeut/inn/en arbeitet nach der Ausbildung in ambulanten Praxen (vgl. Kap. 1.1). Daher ist es erforderlich, die besonderen Anforderungen des Handlungsfeldes zu kennen und angehende Physiotherapeut/inn/en dafür zu qualifizieren. Die Theorie leistet hierzu einen Beitrag, indem sie einen praxissensiblen empirischen Zugang zum Handlungsfeld der ambulanten Praxis verfolgt. Das zentrale Anforderungsphänomen *„Immer im Takt bleiben“* ermöglicht ein Verstehen praktischer Handlungsprobleme in der ambulanten Praxis, das über das „anekdotische Alltagswissen“ (Kalthoff, 2008, S. 16) hinausgeht.

6 Zusammenfassung

Die Mehrheit der Physiotherapeut/inn/en in Deutschland arbeitet in ambulanten Praxen. Mit Blick auf die Anforderungen in der ambulanten Physiotherapiepraxis beschreiben die dort tätigen Therapeut/inn/en, dass sie insbesondere die Interaktion als Anforderung erleben (Grafe und Probst, 2012). Dabei ist unklar, welche Merkmale die Interaktion in diesem Handlungsfeld aufweist und inwieweit sie von den Rahmenbedingungen der ambulanten Praxis beeinflusst wird. Die in dieser Arbeit erhobenen qualitativen Daten ermöglichen einen Einblick in das Interaktionsgeschehen zwischen Patient/inn/en und Therapeut/inn/en in ambulanten Physiotherapiepraxen.

Durch die interpretative und vergleichende Analyse der Daten konnte die Anforderung an Physiotherapeut/inn/en in der Interaktion spezifiziert werden, indem das Spannungsfeld aufgezeigt wurde, das die physiotherapeutische Interaktion im Handlungsfeld der ambulanten Physiotherapiepraxis maßgeblich prägt. Das Spannungsfeld findet Ausdruck in der von den Therapeut/inn/en formulierten Aussage „immer im Takt bleiben“. Dabei lässt sich der Takt der ambulanten Physiotherapiepraxis in drei Dimensionen beschreiben: die organisatorische (Takt der Organisation), die inhaltliche (Takt der Intervention) und die interaktionsbezogene (Takt der Interaktion) Dimension. Als Reaktion auf das Spannungsfeld, das durch die Eigenschaften des Takts entsteht, greifen die Therapeut/inn/en vorrangig auf steuernde Interaktionsstrategien zurück. Die Steuerung erfolgt durch eine Fokussierung auf einen funktional-strukturell definierten Therapieanlass, den gezielten Wechsel zwischen alltagsbezogener und therapiebezogener Kommunikation und die Etablierung von Kommunikations- und Behandlungsroutinen. Diese Strategien zielen darauf ab, die interaktionsbezogenen Aufgaben zu einem planbaren Element in der therapeutischen Arbeit zu machen. Dies führt auf der einen Seite zu einer Entlastung von interaktionsbezogenen Aufgaben und ermöglicht auf der anderen Seite die Erfüllung organisatorischer Vorgaben. Gleichzeitig erschwert dieses Vorgehen jedoch durch eine unzureichende Patient/inn/enorientierung den Aufbau interner Evidence. Ein patient/inn/enorientiertes Vorgehen wiederum korreliert mit dem Erfolg der Behandlung, wie andere Studien zeigen konnten (vgl. Kap. 1.4.).

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.4 dargestellten Bedeutung der Interaktion in der Physiotherapie und der in dieser Studie aufgezeigten Herausforderungen und Schwierigkeiten sollten die vorliegenden Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen herangezogen werden. So legen die Ergebnisse nahe, den physiotherapeutischen Takt als Ziel von Ausbildung und Studium zu definieren und, um dies zu erreichen, interaktionale Kompetenzen in der Berufsausbildung verstärkt zu fördern. Zudem sollte die praktische Ausbildung von Therapeut/inn/en vermehrt das Handlungsfeld der ambulanten Physiotherapiepraxis integrieren. Hier gilt es, entsprechende Konzepte zu entwickeln, die ein Lernen in diesem von ökonomischen Zwängen geprägten Handlungsfeld ermöglichen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollten zudem in politischen Diskussionen Eingang finden. Sie geben Anlass dazu, über eine Flexibilisierung der Zeitabläufe in der therapeutischen Versorgung zu diskutieren, durch die möglicherweise Patient/inn/enorientierung und Teilhabeorientierung gestärkt werden könnte.

Die Theorie zur Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis ist in weiteren Forschungsarbeiten zu prüfen und zu erweitern. Derzeit ist eine Generalisierbarkeit der beschriebenen Fälle und Praxismerkmale möglich.

Literaturverzeichnis

- Albrecht-Ross B, Leitner S, Putz-Erath L, Rego K, Rohde K, Weydmann N: "Falls meine Kleine weint, muss ich mal kurz weg." Möglichkeiten und Herausforderungen einer Online-Arbeitsgruppe mit Grounded-Theory-Projekten. In: Equit C, Hohage C (Hrsg): Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis. Beltz Juventa, Weinheim - Basel, 2015, S. 409-426.
- Atkinson R, McElroy T (2016) Preparedness for physiotherapy in private practice: Novices identify key factors in an interpretive description study. *Man Ther* 22:116-121.
- Bahrs O, Köhle M, Wüstenfeld GB: Der Erstkontakt in der Allgemeinmedizin: Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient als psychosoziale Interaktion. In: Heigl-Evers A, Brocher T, Fürstenau P, Hoffmann S-O, Körner J, Lindner W-V, Neubig H, Rosi U, Strucke W, Trenkel A, Wesiack W (Hrsg): Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis. Springer, Berlin, 1990, S. 181-202.
- Balke F, Siegert B, Vogl J: Takt und Frequenz. Wilhelm Fink Verlag, München, 2011.
- Beattie PF, Nelson RM (2008) Preserving the quality of the patient-therapist relationship: an important consideration for value-centered physical therapy care. *J Orthop Sports Phys Ther* 38:34-35.
- Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R (2002) Patient satisfaction with outpatient physical therapy: Instrument validation. *Phys Ther* 82:557-565.
- Becker M, Spöttl G (2006) Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculumentwicklung. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online* 11: 1-21.
- Begenau J, Schubert C, Vogd W: Die Arzt-Patienten-Beziehung. Kohlhammer, Stuttgart, 2010.
- Behrens J (2002) Sinn machen "quantitative" Untersuchungen nur als Teile "qualitativer" Studien. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 1:1-20.
- Behrens J, Langer G: Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3., überarbeitete und ergänzte Aufl. Huber, Bern, 2010.
- Bernler G, Johnson L: Das Praktikum in sozialen Berufen. Ein systematisches Modell zur Anleitung. . Beltz Juventa, Weinheim - Basel, 1995.
- Blumer H: Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1973, S. 80-101.
- Böhle F: Weder rationale Reflexion noch präreflexive Praktik - erfahrungsgelitet-subjektivierendes Handeln. In: Böhle F, Wehrich M (Hrsg): Handeln unter Unsicherheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009, S. 203-228.
- Böhle F: Arbeit als Handeln. In: Böhle F, Voß GG, Wachtler G (Hrsg): Handbuch Arbeitssoziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, S. 151-176.
- Böhle F (2011) Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. *WSI Mitteilungen* 9:456-461.
- Böhle F, Glaser J: Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit: Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.
- Böhle F, Stöger U, Wehrich M: Interaktionsarbeit gestalten - Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. edition sigma, Berlin, 2015a.
- Böhle F, Stöger U, Wehrich M (2015b) Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. *Arbeits- und Industriesoziologische Studien* 8:37-54.
- Böhm A: Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung. Rowohlt, Hamburg, 2009, S. 475-485.

- Borgetto B, Siegel A: Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns. Huber, Bern, 2008.
- Bornwasser M: Dienstleistungsarbeit: Autonome, relationale und heteronome Komponenten der Arbeit vom Anbieter für den Kunden. In: Bornwasser M, Kriegesmann B, Zülch J (Hrsg): Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Springer, Wiesbaden, 2014, S. 29-57.
- Bovet G: Beratung, Supervision und Coaching - was gehört in die Lehrerausbildung und was sollten Ausbilderinnen können? In: Bundesarbeitskreis der Seminar- und Fachleiter/innen e.V. (BAK) (Hrsg): Beratung - Coaching - Supervision. Schneider, Hohengehren, 2010. S. 5-16.
- Brater M, Rudolf P: Qualifizierung für Interaktionsarbeit - ein Literaturbericht. In: Böhle F, Glaser J (Hrsg): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006, S. 261-308.
- Brechtel T, Kossack N, Grandt D: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016 In: BARMER GEK (Hrsg): Analysen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung in Deutschland. BARMER GEK, Siegburg, 2016.
- Breuer F: Analyse beraterisch-therapeutischer Tätigkeit. Aschendorff, Münster, 1991.
- Breuer F: Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V.: Bewertung der Wirtschaftlichkeitsumfrage 2013. Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e.V., Bochum, 2014.
- Burghardt D, Krinninger D, Seichter S: Pädagogischer Takt. Ferdinand Schöningh, Paderborn, 2015.
- Caldwell K, Atwal A (2005) Non-participant observation: using video tapes to collect data in nursing research. Nurse Res 13:42-54.
- Charmaz K: Constructing Grounded Theory. 2 ed. SAGE, Los Angeles, 2014.
- Chester EC, Robinson NC, Roberts LC (2014) Opening clinical encounters in an adult musculoskeletal setting. Man Ther 19:306-310.
- Corbin J, Strauss A: Basics of qualitative research - Techniques and procedures for developing Grounded Theory. 4 ed. SAGE, Los Angeles, 2015.
- Corsten M, Krug M, Moritz C: Videographie Praktizieren: Herangehensweisen, Möglichkeiten und Grenzen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2010.
- Denzin NK: The Research Act. 3ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Dahlgren MA (1998) Learning physiotherapy: students' way of experiencing the patient encounter. Physiother Res Int 3:257-273.
- Dahlgren MA, Almquist A, Krook J (2000) Physiotherapists in Balint group training. Physiother Res Int 5:85-95.
- Dalton M, Davidson M, Keating J (2011) The Assessment of Physiotherapy Practice (APP) is a valid measure of professional competence of physiotherapy students: a cross-sectional study with Rasch analysis. J Physiother 57:239-246.
- Dalton M, Davidson M, Keating JL (2012) The assessment of physiotherapy practice (APP) is a reliable measure of professional competence of physiotherapy students: a reliability study. J. Physiother. 58:49-56.
- Davies JM, Edgar S, Debenham J (2016) A qualitative exploration of the factors influencing the job satisfaction and career development of physiotherapists in private practice. Man Ther 25:56-61.
- Dehn-Hindenberga A: Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Schulz-Kirchner, Idstein, 2008.

- Dellwing M, Prus R: Einführung in die interaktionistische Ethnographie - Soziologie im Außendienst. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2012.
- Destatis: Fachserie 12 Reihe 7.3.1 - Gesundheit - Personal 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2017.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2016). Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion. Unter http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Heilmittel-Ausschuss_Expertise.pdf, letzter Zugriff 18.07.2017.
- Dick M, Marotzki W, Mieg H: Handbuch Professionsentwicklung. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 2016.
- Domholdt E: Physical Therapy Research: Principles and Applications. 2. ed. Saunders, Philadelphia, 2000.
- Dudenredaktion: Duden: Das Herkunftswörterbuch. Dudenverlag, Mannheim, 2013.
- Dunkel W: Interaktionsarbeit im Friseurhandwerk - Arbeit am Menschen und Arbeit am Gegenstand. In: Böhle F, Glaser J (Hrsg): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006, S. 219-234.
- Dunkel W, Szymenderski P, Voß GG: Dienstleistung als Interaktion. Ein Forschungsprojekt. Rainer Hampp, München, 2004, S. 11-27.
- Dunkel W, Wehrich M: Interaktive Arbeit - das soziologische Konzept. In: Dunkel W, Wehrich M (Hrsg): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2012, S. 29-59.
- Embrey DG, Guthrie MR, White OR, Dietz J (1996) Clinical decision making by experienced and inexperienced pediatric physical therapists for children with diplegic cerebral palsy. Phys Ther 76:20-33.
- Ericson KA, Simon HA: Protocol Analyses: Verbal Reports as Data. Bradford Book, Cambridge, Massachusetts, 1993.
- Ewers M, Grewe T, Höppner H, Huber W, Sayn-Wittgenstein F, Stemmer R, Voigt-Radloff S, Walkenhorst U (2012) Forschung in den Gesundheitsberufen. Dtsch Med Wochenschr Sonderheft 2:34-40.
- Faller H (2012) Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55:1106-1112.
- Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD (2013) The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. Phys Ther 93:470-478.
- Fischer M: Erfahrung. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg): Handbuch Professionsentwicklung. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 2016, S.181-192.
- Flick U: Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung - ein Handbuch. Rowohlt, Hamburg, 2009, S. 309-318.
- Frankel R, Stein T: The four habits of highly effective clinicians. A practical guide. Kaiser Permanente, Oakland, CA, 1996.
- Frankel RM, Stein T (2001) Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. J Med Pract Manage 16:184-191.
- Friese M: Wandel personenbezogener Dienstleistungsberufe. In: Marzinzik K, Nauerth A, Walkenhorst U (Hrsg): Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich. LIT Verlag, Münster, 2010, S. 47-65.
- Gard G, Lundvik Gyllensten A, Salford E, Ekdahl C (2000) Physical therapists' emotional expressions in interviews about factors important for interaction with patients. Physiotherapy 86:229-240.
- Gebhard B (2012) Allgemeine Wirkfaktorenanalyse in der Physiotherapie. physioscience 8:91-95.

- Giesenbauer B, Glaser J: Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege - Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In: Böhle F., Glaser J. (Hrsg) Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit: Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006, S. 59-83.
- Girke M (2007) Patient-Arzt-Beziehung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50:1128-1132.
- GKV-Spitzenverband (2006). Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln. Unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/vereinbarungen_mit_heilmittelerbringern/vereinbarungen_mit_heilmittelerbringern.jsp, letzter Zugriff: 08.06.2017.
- GKV-Spitzenverband (2016a). Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß §124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach §124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen). Unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/zulassungsempfehlungen/zulassungsempfehlungen.jsp, letzter Zugriff: 08.06.2017.
- GKV-Spitzenverband (2016b). Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V - Bundesbericht Januar bis Juni 2016. Unter http://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2016_02/Bundesbericht-HIS_201602.pdf, letzter Zugriff: 08.06.2017.
- Gödde G: Takt als emotionale Beziehungsregulator in der Psychotherapie. In: Gödde G, Zirfas J (Hrsg): Takt und Taktlosigkeit. transcript, Bielefeld, 2012, 213-245.
- Gödde G, Zirfas J: Takt und Taktlosigkeit - Über Ordnungen und Unordnungen in Kunst, Kultur und Therapie. transcript, Bielefeld, 2012.
- Grafe M, Probst A (2012) Anforderungen an Physiotherapeuten im Handlungsfeld ambulante Physiotherapiepraxis. physioscience 8:117-122.
- Griffiths C (2013) Using Grounded Theory to analyze qualitative observational data that is obtained by video recording. Ground Theor Rev 12:26-36.
- Gross P, Badura B (1977) Sozialpolitik und soziale Dienste. Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 19:361-385.
- Gyllensten AL, Gard G, Salford E, Ekdahl C (1999) Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. Physiother Res Int 4:89-109.
- Haase FC: Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P (Hrsg): Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln. Thieme, Stuttgart, 2015, S. 197-199.
- Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML (2010) The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. Phys Ther 90:1099-1110.
- Harman K, Bassett R, Fenety A, Hoens AM (2011) Client education: communicative interaction between physiotherapists and clients with subacute low back pain in private practice. Physiother Can 63:212-223.
- Helfferich C: Die Qualität qualitativer Daten. 3. überarbeitete Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009.
- Helsper W: Antinomien und Paradoxien im professionellen Handeln. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg): Handbuch Professionsentwicklung. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 2016, S. 50-62.
- Herbart JF: Die ersten Vorlesungen über Pädagogik. In: Herbart JF: Kleinere pädagogische Schriften. Herausgegeben von Asmus W. 2. Aufl. Klett Cotta, Stuttgart 1982, S. 121-131.

- Hiller A, Guillemin M, Delany C (2015) Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Educ Couns* 98:1222-1228.
- Hochschild AR (1979) *Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure*. *AJS* 85:551-575.
- Hochschild AR: *Das gekaufte Herz: Die Kommerzialisierung der Gefühle*. Campus Verlag, Frankfurt-New York, 1990.
- Homfeldt H-G, Schulze-Krüdener J: *Handlungsfelder der sozialen Arbeit*. Band 3. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, 2003.
- Huber J, Kirig A, Rauch C, Ehret J: *Die PHILIPS Gesundheitsstudie - Wie Vertrauen zum Treiber einer neuen Gesundheitskultur wird*. zukunftsInstitut, Frankfurt am Main, 2015.
- Hunt A, Adamson B, Harris L (1998) Physiotherapists' perceptions of the gap between education and practice. *Physiother Theory Pract* 14:125-138.
- Jensen GM, Shepard KF, Gwyer J, Hack LM (1992) Attribute dimensions that distinguish master and novice physical therapy clinicians in orthopedic settings. *Phys Ther* 72:711-722.
- Jesus TS, Silva IL (2016) Toward an evidence-based patient-provider communication in rehabilitation: linking communication elements to better rehabilitation outcomes. *Clin Rehabil* 30:315-328.
- Jones M, McIntyre J, Naylor S (2010) Are physiotherapy students adequately prepared to successfully gain employment? *Physiotherapy* 96:169-175.
- Kalthoff H: Zur Dialektik von qualitativer Forschung und soziologischer Theoriebildung. In: Kalthoff H, Hirschauer S, Lindemann G (Hrsg): *Theoretische Empirie - Zur Relevanz qualitativer Forschung* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2008,8-15.
- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H (2014) The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 9:e94207.
- Kirsch B (2016) Notwendige pädagogische Qualifizierung von Praxisanleitern. *pt-Zeitschrift für Physiotherapie* 68:93-95.
- Klemme B, Geuter G: Berufliche Handlungskompetenz. In: Klemme B (Hrsg): *Lehren und Lernen in der Physiotherapie*. Thieme, Stuttgart, 2012, S.13-19.
- Klemperer D; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (Hrsg). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health 2003-302, Berlin, 2003.
- Konecki KT (2011) Visual Grounded Theory: A Methodological Outline and Examples from Empirical Work. *Revija Sociologija* 41:131-160.
- Konrad K: *Lautes Denken*. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, S. 479-490.
- Kruse J: *Reader Einführung in die qualitative Interviewforschung*. Freiburg, 2011.
- Lamnek S: *Qualitative Sozialforschung Lehrbuch*. Beltz, Weinheim; Basel, 2010.
- Lehmann Y, Beutner K, Karge K, Heinrich S, Behrens J, Landenberger M: *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich - Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung*. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn, 2014.
- Lindemann G: Theoriekonstruktion und empirische Forschung. In: Kalthoff H, Hirschauer S & Lindemann G (Hrsg): *Theoretische Empirie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2008, S.107-128.
- Lüders C: Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hrsg): *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. rowohlt, Hamburg, 2009, S. 384-401.
- Maitland GD: *Manipulation der peripheren Gelenke*. 3. Aufl. Springer, Heidelberg, 2004.

- Mattsson M, Mattsson B (1994) Supervision as an aid to professional development. *Physiother Theor Pract* 10: 113-121.
- Mead GH: Geist, Identität und Gesellschaft: Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. 16. Aufl. Suhrkamp Verlag, 1973.
- Merl T. 2011. Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft. Eine handlungstheoretische Analyse der ärztlichen Praxis im Kontext allgemeiner Entwicklungen im Gesundheitswesen [Dissertation]. Augsburg: Universität
- Mey G, Dietrich M (2016) Vom Text zum Bild - Überlegungen zu einer visuellen Grounded-Theory-Methodologie. *FQS Sozialforschung* 17:1-24.
- Monnin D, Perneger TV (2002) Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* 82:682-691.
- Moritz C: Die Feldpartitur. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2011.
- Moritz C: Transkription von Video- und Filmdaten in der Qualitativen Sozialforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2014.
- Muckel P: Selbstreflexivität und Subjektivität im Forschungsprozess. In: Breuer F (Hrsg): *Qualitative Psychologie*. Springer, Heidelberg, 1996, S. 61-78.
- Müller H-R: Zur Theorie des pädagogischen Takts. In: Burghardt D, Krinninger D, Seichter S (Hrsg): *Pädagogischer Takt*. Ferdinand Schöningh, Paderborn, 2015, 13-24.
- Neckel S: Arlie Russell Hochschild: Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. In: Senge K, Schützeichel R (Hrsg): *Hauptwerke der Emotionssoziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2013, S. 168-175.
- Nerdinger FW: Gefühlsarbeit in Dienstleistungen. Konzept, Konsequenzen, Intervention. In: Benkenstein M (Hrsg): *Neue Herausforderungen an das Dienstleistungsmarketing*. Gabler, Wiesbaden, S. 3-18.
- Neugebauer E: Patienten - Einführung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg): *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Schattauer, Stuttgart, 2010, S. 42-43.
- Nilsson L: Using video methods in Grounded Theory Research. In: Martin VB, Gynnild A (ed): *Grounded Theory - The philosophy, method and work of Barney Glaser*. Brown Walker Press, Boca Raton, 2012, pp. 103-116.
- O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, O'Sullivan K (2015) What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther* 96:609-622.
- Oevermann U: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe A, Helsper W (Hrsg): *Pädagogische Professionalität*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1999, S. 70-182.
- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB (1995) Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 40:903-918.
- Opsommer E, Schoeb V (2014) 'Tell Me About Your Troubles': Description of Patient-Physiotherapist Interaction During Initial Encounters. *Physiother. Res. Int.* 19:205-221.
- Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, Ferreira PH (2012) Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother* 58:77-87.
- Potter M, Gordon S, Hamer P (2003) The difficult patient in private practice physiotherapy: a qualitative study. *The Australian Journal of Physiotherapy* 49: 3-61.
- Praestegaard J, Gard G (2011) The perceptions of danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: a phenomenological approach. *BMC Med Ethics* 12:1-11.

- Probst A. 2010. Die soziale Konstruktion von Geschlecht in den Gesundheitsfachberufen. Eine qualitative Studie über die Bedeutung von Geschlecht für das Arbeitshandeln von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen [Dissertation]. Hannover: Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Universität
- Probst A: Modell zur Systematisierung von Strukturen und Prozessen in Handlungsfeldern der Physiotherapie. Analysemodell für Handlungsfelder der Physiotherapie zur (Weiter-)Entwicklung physiotherapiebasierter Versorgungskonzepte. Unveröffentlichte Präsentation, HAWK Hildesheim/Holzminen/Göttingen, 2012.
- Pust A (2016) Berufsfachschulen als Lehr- und Forschungsambulanzen? - Ideen zu einer hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen unter Einbeziehung der berufsfachschulischen Ressourcen! Therapie lernen 5:22-25.
- Rafaeli A, Sutton RI (1987) Expression of emotion as part of the work role. Acad Manage Rev 12:23-37.
- Rauner F: Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. 14. ITB-Forschungsberichte, Universität Bremen, Bremen, 2004.
- Reichert J: Beziehungsaufbau ist der Schlüssel - nicht nur beim Feldeinstieg. In: Pofertl A, Reichert J (Hrsg): Wege ins Feld - Methodologische Aspekte des Feldzugangs. Oldib, Essen, 2015.
- Roberts L, Bucksey SJ (2007) Communicating with patients: what happens in practice? Phys Ther 87:586-594.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2003 - Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Nomos, Baden-Baden, 2003.
- Schäfers B, Kopp J: Grundbegriffe der Soziologie. 9. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.
- Scheel K: Sektor der Heilmittelversorgung. In: Borgetto B, Siegel A (Hrsg): Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie - Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns. Huber, Bern, 2009, S. 264-268.
- Schervier-Legewie B: "Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spass machen.". In: Mey G, Muck K (Hrsg): 2011. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2011, S. 69-78.
- Schwinger M (2017) Kollegiale Beratung - Expertiseentwicklung in der ambulanten Physiotherapiepraxis. pt-Zeitschrift für Physiotherapie 01:49-52.
- Seichter S: Pädagogischer Takt - aus geisteswissenschaftlicher Perspektive betrachtet. In: Burghardt D, Rinninger D, Seichter S (Hrsg): Pädagogischer Takt. Ferdinand Schöningh, Paderborn, 2015, S. 43-52.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. (2011). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannter Ausbildungsberufe. Unter http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf, letzter Zugriff 18.07.2017.
- Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann J, Birkner K, Couper-Kuhlen E, Kern F, Mertzluft C, Meyer C, Deppermann A, Gilles P, Fünthner S, Hartung M, Morek M, Oberzaucher F, Peters J, Quasthoff U, Schütte W, Stukenbrock A, Susanne U (2009) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). Gesprächsforschung - Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10:353-402.
- Stächele T: Workload und Interaktionsarbeit als Prädiktoren emotionaler Erschöpfung von Klinikärzten. Cuvillier, Göttingen, 2012.
- Steinke I: Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung - Ein Handbuch. Rowohlt, Hamburg, 2009, S. 319-331.
- Strauss A, Corbin J: Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz, Weinheim, 1996.

- Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C: Social Organization of Medical Work. The University of Chicago Press, Chicago, 1997.
- Strübing J: Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008.
- Thornquist E (1992) Examination and communication: a study of first encounters between patients and physiotherapists. *Fam. Pract.* 9:195-202.
- Tuma R, Schnettler B, Knoblauch H: Videographie - Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2013.
- Unger A: Professionelle Pflegedienstleistungen im Spannungsfeld von Emotion, Emotionsarbeit und Effizienz. In: Bornewasser M, Kriegesmann B, Zülch J (Hrsg): Dienstleistungen im Gesundheitssektor - Produktivität, Arbeit und Management. Springer, Wiesbaden, 2014.
- Virta L, Eriksson R (2008) Using video analysis to illuminate professional-patient interaction of clinical interventions. *Prac Devel Health C* 7:143-155.
- Wainwright SF, Shepard KF, Harman LB, Stephens J (2010) Novice and experienced physical therapist clinicians: a comparison of how reflection is used to inform the clinical decision-making process. *Phys Ther* 90:75-88.
- Weishaupt S: Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege - die Interaktion mit dem Körper. Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit: Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006, S. 85-106.
- Witzel A (2000) The Problem-centered Interview. *FQS Sozialforschung*. Unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2521>, letzter Zugriff 18.07.2017.
- World Confederation of Physical Therapy (2011). Description of Physical Therapy. Unter <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>, letzter Zugriff: 18.07.2017.
- Zapf D, Isic A, Fischbach A, Dormann C: Emotionsarbeit in Dienstleistungsberufen. Das Konzept und seine Implikationen für die Personal- und Organisationsentwicklung. In: Hamborg K, Holling, H. (Hrsg): Innovative Personal- und Organisationsentwicklung. Hogrefe, Göttingen, 2003, S. 266-288.
- Zirfas J: Pädagogischer Takt - Zehn Thesen. In: Gödde G, Zirfas J (Hrsg): Takt und Taktlosigkeit - Über Ordnungen und Unordnungen in Kunst, Kultur und Therapie. transcript, Bielefeld, 2015a, S 165-187.
- Zirfas J: Zur Ethnographie des pädagogischen Takts. In: Burghardt D, Krinninger D, Seichter S (Hrsg): Pädagogischer Takt. Ferdinand Schöningh, Paderborn, 2015b, S. 25-42.

Thesen

1. Die Interaktion zwischen Patient/inn/en und Physiotherapeut/inn/en ist aufgrund des Einflusses auf z. B. das Behandlungsergebnis und die Patient/inn/enzufriedenheit als Intervention und somit als Arbeit zu bewerten (vgl. Böhle und Glaser, 2006; Hall et al., 2010; O'Keeffe et al., 2015). Praktische, interpersonale und kommunikative Fähigkeiten der Therapeut/inn/en sowie organisationale Faktoren beeinflussen die physiotherapeutische Interaktion (O'Keeffe et al., 2015).
2. Die Rahmenbedingungen der ambulanten Physiotherapiepraxis erschweren durch unflexible und knappe Zeitvorgaben die Interaktion. Zudem werden angehende Physiotherapeut/inn/en in der Ausbildung nicht ausreichend auf eine Tätigkeit in diesem Handlungsfeld vorbereitet.
3. Interaktion als komplexes soziales Phänomen kann durch einen interpretativen Forschungszugang erfasst werden. Eine geeignete Forschungsstrategie zur Entwicklung einer Theorie zum Gegenstand der Interaktion ist die Grounded Theory. Eine plurale Datensammlung gewährleistet die Erfassung verschiedener Perspektiven auf den Forschungsgegenstand.
4. Die Anforderung an Physiotherapeut/inn/en in ambulanten Praxen besteht darin, immer im Takt zu bleiben. Es gibt in der ambulanten Physiotherapiepraxis drei Dimensionen des Takts, den der Organisation, der Intervention und der Interaktion. Sie konstituieren in ihrer Wechselwirkung ein Spannungsfeld, in dem die Interaktionssituation stattfindet.
5. Immer im Takt zu bleiben gelingt durch eine Steuerung der Interaktionssituation. Die Strategien der Steuerung zeigen, dass die physiotherapeutische Interaktion stärker von organisationalen Faktoren (z. B. zeitlicher Flexibilität) als von situationsspezifischen (z. B. Bedürfnisse der Patient/Inn/en) und personenbezogenen (z. B. Erfahrung, Qualifikation) Faktoren abhängig ist. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Schlussfolgerungen von Jensen et al. (1992), die Unterschiede in der Interaktion insbesondere auf die Erfahrung der Therapeut/inn/en zurückführen.
6. Die steuernden Interaktionsstrategien führen zum Aufbau einer pragmatisch-funktionalen Beziehung, die wiederum eine Teilhabe- und Patient/inn/enorientierung erschwert.
7. Der physiotherapeutische Takt sollte zum Ziel von Ausbildung und Studium werden. Dabei ist er nicht als regelgeleitetes Vorgehen, sondern als Ergebnis von Reflexion, Erfahrung und theoretischer Auseinandersetzung zu verstehen. Er ist durch ein teilhabe- und patient/inn/enorientiertes Vorgehen charakterisiert. Dies zu ermöglichen, erfordert zudem eine Flexibilität der Arbeitsgestaltung.
8. Zukünftige Studien sollten neben den spezifischen Wirkfaktoren (z. B. therapeutische Behandlungstechniken) die unspezifischen Wirkfaktoren (z. B. Interaktion) analysieren und sie in ihrer Abhängigkeit von den Merkmalen des spezifischen Handlungsfelds untersuchen, um so der Komplexität der physiotherapeutischen Arbeit gerecht zu werden.

Anlagen

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Tool

(<http://www.casp-uk.net> / Zugriff am 18.07.2017)

1. Was there a clear statement of the aims of the research?
2. Is a qualitative methodology appropriate?
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?
7. Have ethical issues been taken into consideration?
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?
9. Is there a clear statement of findings?
10. How valuable was the research?

Bewertung der berücksichtigten Studien mithilfe des CASP-Tools

Study	CASP -Kriterium									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Thornquist 1992	N	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y
Jensen et al. (1992)	N	Y	Y	Y	Y	N	Can't tell	Can't tell	Y	Y
Gyllensten & Gard 1999	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y
Gard et al. 2000	Y	Y	N	Y	Y	N	N	N	Y	Y
Potter et al. (2003)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y
Roberts & Bucksey (2007)	Kriterien nicht zutreffend, da nicht ausschließlich qualitative Ausrichtung									
Virta & Erikson 2008	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	Y
Harmann et al.	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y
Praestegaard & Gard(2011)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
Chester et al. (2014)	Kriterien nicht zutreffend, da nicht ausschließlich qualitative Ausrichtung									
Oppsommer & Schoeb 2014	Y	Y	Y	N	Y	Y	Can't tell	y	y	Y

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Albersloh, den 06.09.2017

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule im In- oder Ausland einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Albersloh, den 06.09.2017

Erklärung zum Wahrheitsgehalt der Angaben

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Albersloh, den 06.09.2017

Lebenslauf

Name: Marion Grafe (geb. Pälme)
Adresse: Ludgerusstraße 7
48324 Albersloh
Geburtsdatum/Ort: 05.02.1982 in Münster/Westfalen
Telefon: +49 160 97927989
E-Mail: marion.grafe@gmx.de
Sprachen: deutsch, englisch
Familienstand: verheiratet, eine Tochter

WISSENSCHAFTLICHE AUSBILDUNG

seit 11/2012 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg/Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften: Promotion im Rahmen der Internationalen Graduiertenakademie (InGrA) „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“
2008–2011 Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim: Masterstudium Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie
Abschluss: Master of Science Physiotherapy
2006–2008 Hochschule Osnabrück: Bachelorstudium Physiotherapie/Logopädie
Abschluss: Bachelor of Science Physiotherapy

BERUFLICHE AUSBILDUNG

2002–2005 Timmermeister Schule Münster: Ausbildung zur staatlich anerkannten Physiotherapeutin

SCHULBILDUNG

1992–2001 Städtisches Gymnasium Münster-Wolbeck
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

BERUFLICHE ERFAHRUNGEN IN WISSENSCHAFT UND LEHRE

seit 03/2012 Lehrkraft für besondere Aufgaben im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Fachhochschule Münster
03/2011–02/2012 Lehrkraft für besondere Aufgaben im Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Lehrinheit Pflege und Gesundheit an der Fachhochschule Bielefeld
05/2008-01/2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Osnabrück

BERUFLICHE ERFAHRUNGEN ALS PHYSIOTHERAPEUTIN

09/2010–10/2013 Physiotherapeutin in der Praxis Physio am Schloßgarten, Ulrike Hammelbeck in Münster
09/2006–02/2008 Physiotherapeutin in der Praxis für Physiotherapie, Marianne Bunselmeyer in Osnabrück
04/2005–08/2006 Physiotherapeutin im AHG-Gesundheitszentrum (ambulantes Rehabilitationszentrum) in Düsseldorf

AUSZEICHNUNGEN / STIPENDIEN

- Promotionsstipendiatin und Stipendiatin in der Grundförderung der Studienstiftung des deutschen Volkes
- 2011 – Master-Posterpreis beim Tag der Wissenschaft des IFK für die Masterarbeit „Anforderungen an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Handlungsfeld ambulante Physiotherapiepraxis“
- 2008 – Auszeichnung mit dem 2. Platz des Wissenschaftspreises des IFK für die Bachelorarbeit „Interrater Reliabilität der Bewegungsanalyse passiver Bewegungen durch Physiotherapieschüler“ (dotiert mit 1.000 Euro)

Albersloh, den 15.08.2017

Danksagung

Mein großer Dank gilt Herrn Prof. Dr. phil. Johann Behrens für die Annahme und Betreuung meiner Arbeit. In jeder Phase meiner Arbeit habe ich bei ihm ein offenes Ohr gefunden. Die inhaltlichen Diskussionen und auch die kritischen Fragen und Anmerkungen haben meinen Arbeitsprozess stets sehr bereichert.

Weiterhin möchte ich Frau Prof. Dr. Annette Probst für die Begleitung meiner Arbeit danken. Jederzeit habe ich von ihr sachkundige und motivierende Unterstützung erhalten. Die an verschiedenen Orten geführten Diskussionen waren immer inspirierend und wegweisend.

Britta Tetzlaff danke ich für den Austausch über nahezu den gesamten Zeitraum der Promotion – egal ob via Skype, am Telefon oder persönlich – es war immer gut zu wissen eine Wegbegleiterin zu haben. Ebenso danke ich meiner Online-Interpretationsgruppe für den intensiven Austausch.

Der Studienstiftung des deutschen Volkes danke ich für die Gewährung des Promotionsstipendiums, welches mir eine Konzentration auf diese Arbeit ermöglichte, die ohne diese Unterstützung nicht denkbar gewesen wäre.

Danken möchte ich auch allen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, sowie Patientinnen und Patienten die sich bereit erklärt haben an meiner Studie teilzunehmen.

Abschließend danke ich meiner Familie: meinem Mann Christian Grafe danke ich für seine Geduld, seine motivierende Art und seine Fürsorge. Niemand hat die emotionalen Höhen und Tiefen so miterlebt und liebevoll begleitet wie er. Meiner Tochter Anni Clara danke ich dafür, dass sie während der Promotionszeit in mein Leben gekommen ist. Ihre Flexibilität, hat es mir leicht gemacht hat, mir auch längere Auszeiten für die Promotion zu nehmen. Dies ging nur dank der engagierten Unterstützung meiner Eltern Rosalie und Manfred Pälme und meiner Schwiegereltern Astrid und Gustav Grafe. Diesen gilt mein besonderer Dank. Meinen Eltern danke ich zudem dafür, dass sie mir in meinem Leben von Anfang an die Freiheit gelassen haben meinen eigenen Weg zu gehen! Zudem danke ich Gustav Grafe für das Korrekturlesen der Arbeit. Meinem Bruder Christian Pälme möchte ich dafür danken, dass er immer Zeit gefunden hat meine Gedanken, Ideen und Texte mit mir zu diskutieren.