

**Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

**Sichtweisen von berufsfachschulisch ausgebildeten Praxisleitungen aus der  
Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie auf ihre  
akademisierten Angestellten in der intradisziplinären Zusammenarbeit**

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 Andreas Harri Schönfeld, M.Sc.

geboren am 09. Oktober 1964 in Hamburg

Betreuer: PD Dr. rer. medic. Gero Langer

Gutachterin/Gutachter:

1. Prof. Dr. Wilfried Mau

2. Prof. Dr. Ursula Walkenhorst (Universität Osnabrück)

05.11.2019

08.07.2020

## Referat

**Zielsetzung:** Vor dem Hintergrund der Akademisierungsbestrebung in den Therapieberufen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Deutschland entstehen neue herausfordernde Teamkonstellationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit. Ein Mix aus unterschiedlichen Qualifikationsniveaus formt ein Spannungsfeld aufgrund meist identischer Arbeitsinhalte bei gleicher Entlohnung. Es wird hinterfragt, ob sich dieser Qualifikationsmix hemmend oder fördernd auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit auswirkt und welche Chancen oder Herausforderungen sich daraus für intraprofessionelle Teams ergeben. Untersucht wurden in dieser Forschungsarbeit die Sichtweisen und Erfahrungen berufsfachschulisch ausgebildeter Praxisleitungen aus diesen Therapieberufen aus dem Praxisalltag mit ihren akademisierten Angestellten, um daraus Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit in Praxisteams abzuleiten.

**Methodik:** In einem Mixed-Methods-Design mit externer Methodentriangulation wurden die quantitativen Daten aus einer Onlinebefragung deskriptiv und multivariat in SPSS analysiert. Die qualitativen Daten aus fokussierten Interviews wurden mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz in MAXQDA ausgewertet.

**Ergebnisse:** Es existiert ein gleichberechtigtes Arbeitsklima in der intraprofessionellen Zusammenarbeit von Praxisteams. Dabei begrüßen die Praxisleitungen die Akademisierung für die berufliche Stabilität, gesellschaftliche Anerkennung und das Vorantreiben der Forschungslage. Aufgedeckt wurden bei den akademisierten Angestellten Einschränkungen bei den berufspraktischen Fertigkeiten, eine geringe Nähe zu den Patienten mit fehlender Kreativität in Behandlungsprozess sowie eine niedrige Praxisbindung durch fehlende Entwicklungsperspektiven und Vergütungsmodelle. Die Erweiterung berufspraktischer Fertigkeiten der akademisierten Angestellten erfolgt meist durch die Mobilisierung zeitlicher und finanzieller Ressourcen der Praxisleitungen.

**Schlussfolgerung:** Es bedarf der Vertiefung berufspraktischer Fertigkeiten bereits während des Studiums mit anthropologischer Förderung eines Menschenbildes hin zu einer verantwortungsvollen Therapeutenpersönlichkeit. Für externe Praktika in therapeutischen Praxen braucht es eine höhere Wertschätzung durch Vergütung, klare Aufgabenbeschreibungen und Ausarbeitung von Kooperationsverträgen mit den Hochschulen. Strukturelle Anreize durch erweiterte Tätigkeitsfelder mit mehr Verantwortung sowie qualifikations- und leistungsgerechte Vergütungsmodelle sollen die Praxisbindung der akademisierten Angestellten absichern. Zukünftig sollen Fortbildungsangebote für die Praxisleitungen die strukturellen Praxisstandards und das Niveau der intraprofessionellen Zusammenarbeit in Teams erhöhen und die Patientenzufriedenheit und Anbindung absichern, um den interprofessionellen Austausch zwischen den Therapieberufen für eine flächendeckende therapeutische Versorgung im Sinne der *Evidence best Practice* zu fördern.

Schönfeld, Andreas Harri: Sichtweisen berufsfachschulisch ausgebildeter Praxisleitungen aus der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie auf ihre akademisierten Angestellten, Halle (Saale), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Dissertation, 80 Seiten, 2019.

## **Abstract**

**Aim:** Due to efforts to promote the academization of professions related to occupational therapy, speech therapy and physiotherapy in Germany, new challenging team constellations result from intraprofessional cooperation. A mix of different qualification levels generates tension due to nearly identical work contents with the same level of pay. It is questioned whether this qualification-mix inhibits or promotes intraprofessional cooperation, and which opportunities or challenges are presented for intraprofessional practice teams. This research work investigates the hiring and experiences of professional and qualified team-leaders in these therapeutic professions, in their everyday interaction with their academic employees, in order to determine the factors that promote successful intraprofessional cooperation in practice teams.

**Method:** A mixed-methods-design with external triangulation of quantitative and qualitative methods was applied. The quantitative data from an online survey were subjected to descriptive and multivariate analysis in SPSS. The qualitative data from focused interviews were evaluated by a content-structuring qualitative analysis and in accordance to Kuckartz in MAXQDA.

**Results:** There is equality within the working atmosphere of practice teams in the intraprofessional cooperation. In addition, practice leaders welcome academization for the purposes of professional stability by mutual supplementation, social recognition and the advancement of research. However, the research uncovered limitations of academic employees, with respect to in practical vocational skills, proximity to patients due to a lack of creativity in treatment process, as well as affiliation to the practice because of insufficient development prospects and pay-scale-models. The expansion of practical vocational skills of academic employees can only be achieved when practice leaders provide the time and financial resources to support these employees in their daily work.

**Conclusion:** During higher education, practical vocational skills must be deepened with the anthropological promotion and development of the human being towards a responsible therapist-personality. In additional, academic interns in therapeutic practices must be better appreciated through increased remuneration, clear description of tasks and elaboration of cooperation agreements with the universities. In order to retain academic employees in therapeutic practice, structural incentives are required based on more responsibility, extended fields of activity, and qualification- and performance-related remuneration-models. In the future, further training for practice leaders is required to increase the structural standards of practice and the level of intraprofessional cooperation in teams. The aim is to ensure patient satisfaction and connectivity and thus promote the interprofessional exchange between the therapeutic professions for comprehensive therapeutic care in the sense of *evidence best practice*.

Schönfeld, Andreas Harri: Perspectives of professional qualified practice leaders in occupational therapy, speech therapy and physiotherapy towards their academic employees, Halle (Saale), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Dissertation, 80 Seiten, 2019.

**I Inhaltsverzeichnis**

**II Abkürzungsverzeichnis**

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Theoretischer Rahmen</b> .....	<b>3</b>
2.1 Therapieberufe im dynamischen Wandel .....	3
2.2 Qualitative Absicherung durch hochschulische Ausbildung .....	4
2.2.1 Modellvorhaben als Übergangslösung .....	5
2.3 Zahlen, Daten, Fakten - Berufsrelevante Statistiken .....	6
2.4 Der ambulante Versorgungssektor als Tätigkeits- und Spannungsfeld .....	7
2.5 Aktueller Forschungsstand.....	8
<b>3 Fragestellung und Zielsetzung</b> .....	<b>12</b>
<b>4 Studiendesign und Methode</b> .....	<b>14</b>
4.1 Studiendesign.....	14
4.2 Forschungsethische Erwägungen .....	15
4.3 Ein- und Ausschlusskriterien .....	17
4.4 Quantitative Datenerhebung.....	17
4.4.1 Zugang zum Feld.....	17
4.4.2 Datenerhebungsmethode mittels quantitativem Onlinefragebogen .....	18
4.4.3 Der FE-akad-ELP als Erhebungsinstrument .....	19
4.4.4 Aufbereitung der quantitativen Daten .....	22
4.5 Qualitative Datenerhebung .....	26
4.5.1 Zugang zum Feld.....	27
4.5.2 Leitfadententwicklung für fokussierte Interviews .....	27
4.5.3 Datenerhebungsmethode mittels fokussierter Interviews .....	28
4.5.4 Aufbereitung der qualitativen Daten.....	29
<b>5 Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>37</b>
5.1 Ergebnisse aus der Onlinebefragung mit dem FE-akad-ELP .....	37
5.1.1 Ergebnisse aus der Reliabilitäts- und Validitätsanalyse .....	39
5.1.2 Ergebnisse aus der Exploratorischen Faktorenanalyse.....	41
5.1.3 Ergebnisse aus der multivariaten Varianzanalyse .....	41
5.2 Ergebnisse aus der computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse.....	46
5.2.1 Ergebnisse aus der induktiven Kategorienbildung .....	46
5.2.2 Ergebnisse aus der Intracoder- und Intercoder-Analyse.....	46
5.2.3 Ergebnisse aus der Textanalyse .....	47

5.3 Verknüpfung quantitativer und qualitativer Befragungsergebnisse.....	54
<b>6. Diskussion .....</b>	<b>58</b>
6.1 Ergebnisdiskussion .....	58
6.2 Methodendiskussion .....	63
6.2.1 Diskussion des Vorgehens im quantitativen Studienarm .....	63
6.2.2 Diskussion des Vorgehens im qualitativen Studienarm .....	66
6.3 Stärken und Limitationen der Studie.....	68
<b>7 Fazit und Ausblick .....</b>	<b>70</b>
<b>8 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>74</b>
<b>9 Thesen .....</b>	<b>80</b>
<b>III Anhänge</b>	
<b>IV Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</b>	
<b>V Publikationen zum Thema dieser Arbeit</b>	
<b>VI Selbstständigkeitserklärung</b>	
<b>VII Erklärung über frühere Promotionsversuche</b>	
<b>VIII Lebenslauf</b>	
<b>IX Danksagung und Widmung</b>	

## II Abkürzungsverzeichnis

AddIS	additiv-interdisziplinärer Studiengang
AKG	Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsforschung
AV	abhängige Variable
BDS	Bundesverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V.
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BW	Baden-Württemberg
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
dbS	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
DGS	Deutsche Gesellschaft für Soziologie
DuaS	duale Studiengänge
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ELP	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie
e.V.	eingetragener Verein
FE-akad-ELP	Fragebogen zur Einstellungsmessung berufsfachschulisch ausgebildeter Praxisleitungen aus der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie gegenüber ihren akademisierten Kollegen
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
HE	Hessen
HH	Hansestadt Hamburg
HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
hsg	Hochschule für Gesundheit Bochum
ISQI	inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse
MAXQDA	MAX-Qualitative Data Analysis (MAX steht hier als Hommage an Max Weber)
PQS	primärqualifizierende Studiengänge
SA	Sachsen-Anhalt
SPSS®	Statistical Package for the Social Sciences
SVR	Sachverständigenrat
UV	unabhängige Variable
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
Wido	Wissenschaftliches Institut der AOK
WMA	World Medical Association/Weltärztebund
WR	Wissenschaftsrat

## 1 Einleitung

Bereits seit Jahren befinden sich die Therapieberufe *Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (ELP)* in einem intensiven Reformierungsprozess, denn ausgelöst durch gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungstrends kommt es auf dem Gesundheitssektor vermehrt zu neuen Aufgabebereichen mit erweiterten Handlungs- und Verantwortungsräumen:

„Inzwischen verlangen fortgeschrittene gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die Auswirkungen des demographischen Wandels und das neue Krankheitsspektrum nach einer grundsätzlicheren Umgestaltung des Gesundheitswesens und seiner Berufsgruppen.“ (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 2)

Der dynamische Wandel von etablierten in sich neu konstituierende Gesundheitsdienstleistungen hat zur Folge, dass sich die Therapieberufe der *Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (ELP)* einem zunehmenden Wettbewerb zur Erweiterung ihrer Angebotspalette ausgesetzt sehen (ebd., S. 42). So fordert dieser Wandlungsprozess für die Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden deren institutionelle Verankerung mit intra- sowie interdisziplinärer Ausrichtung in multiprofessionellen Teams (WR, 2012, S. 78) mit einem Professionenmix als potenzielle Arbeitsstruktur (Walkenhorst, 2011, S. 3), um mit hoher Eigenverantwortung wettbewerbsfähig bleiben zu können. Die notwendige Anhebung der Attraktivität der Therapieberufe generiert sich dabei nicht nur aus einer Weiterstrukturierung durch neue Qualifikationswege, sondern aus einem eigenverantwortlichen Professionalisierungsbestreben für ihre unternehmerische Selbstständigkeit (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 19) sowie für transparente Bildungs- und Karrierewege.

Zwar liegt das zentrale Ziel der Akademisierung der Gesundheitsberufe in der Qualitätsanhebung beruflichen Handelns und somit in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (Friedrichs & Schaub, 2011a, S. 2 f.), doch wichtig ist auch die Förderung des eigenverantwortlichen wissenschaftlichen Nachwuchses und seine Integration in den Arbeitsmarkt zur Absicherung des Fachkräfteangebotes (Richter et al., 2017, S. 117 ff.). Dabei besteht die Sorge, dass es in einem Gesundheitssystem mit mehr Eigenverantwortung in der Praxis zu umfänglichen Übergangsproblemen beim bedarfsgerechten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und damit zu Unterschieden in der Behandlungsqualität kommen kann (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 39). Entgegen der aktuellen Diversität von Therapierenden aus der *ELP* aufgrund unterschiedlicher Berufsabschlüsse als Qualifikationsmix (Walkenhorst, 2011, S. 1) empfiehlt der Wissenschaftsrat (2012) die einheitliche Einführung eines *reflective practitioners* (WR, 2012, S. 78), und es wird eine Befähigung zur wissenschaftsbasierten und praxisorientierten Arbeit in Teams mit dem Ziel angestrebt, eine möglichst evidenzbasierte, individualisierte und patientenzentrierte Versorgung zu ermöglichen (HVG, 2017, S. 1). Dennoch fehlt es an einer bildungspolitischen Steuerung, z.B. durch Anpassung der Berufsgesetze der *ELP* an akademische Anforderungen im Gesundheitswesen (HVG, 2019b, S. 1), und es stellt sich die Frage nach einer *Zwei-Klassen-Therapie* durch unterschiedliche Berufsprofile (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 77).

Denn trotz struktureller Ähnlichkeiten auf schulischer und hochschulischer Ebene bleibt das Abschlussniveau verschieden, und die Verortung entstehender Berufsprofile im Beschäftigungssystem bleibt unklar (ebd., S. 76). Eine Hierarchisierung in den Arbeitsprozessen durch die unterschiedliche Vergabe von Tätigkeitsfeldern oder Entlohnungsmodellen lässt die Frage nach einer kompetenzorientierten Einordnung von Arbeitnehmenden in Gesundheitsrichtungen aufkommen (ebd., S. 76). Zudem bieten nur wenige Tätigkeitsbereiche in den Therapieberufen den akademisch ausgebildeten *ELP* eine berufliche Perspektive, z.B. in der Forschung oder Lehre (Schönfeld & Luderer, 2019, S. 108). Forschungsergebnisse zur Studienmotivation (Richter et al., 2017, S. 116) lassen jedoch vermuten, dass ein nicht unerheblicher Teil der Therapierenden mit akademischem Hintergrund den Patientenkontakt mit dem Beweggrund vermeidet, nicht mehr therapeutisch tätig sein zu wollen (ebd., S. 166). Auch ist bekannt, dass der Aufbau neuer Berufsstrukturen mit Verunsicherung derer einher geht, die bereits in ihrem Therapieberuf etabliert sind. So stellt sich insbesondere an die Arbeitgebenden die Frage nach einer adäquaten Arbeitsplatzgestaltung (Walkenhorst, 2011, S. 7), denn sie befinden sich in einer spannungsreichen Konstellation: bisher gleichartig qualifizierte Teams gestalten sich um zu Teams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus bei meist identischen Arbeitsinhalten und gleicher Vergütung (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 86). Aus gesundheitswirtschaftlicher Perspektive ergeben sich somit Fragen nach Bestandsschutz, Tätigkeitsprofilen und Entgelten, die ein erhebliches Spannungsfeld für die therapeutische Arbeit und die Teamgestaltung mit sich bringen (Walkenhorst, 2011, S. 7).

Als Praxisleitungen sind die Arbeitgebenden weitestgehend beruflich qualifiziert und haben über Weiterbildungen und Leitungserfahrung und mit viel Engagement eine eigene Praxis etabliert (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 77). Nun erhalten sie Bewerbungen von Therapierenden mit und ohne akademischen Hintergrund, laut Qualifikationsrahmen in unterschiedlichen Niveaus und mit dennoch gleichem beruflichen Einsatzbereich im Praxisalltag (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 86). Von Interesse für dieses Forschungsprojekt ist daher, welche Sichtweisen in Bezug auf die Anerkennung von Berufskompetenzen berufsfachausgebildete Praxisleitungen auf ihre akademisierten Angestellten in der intraprofessionellen Zusammenarbeit haben und welche Erfahrungen und Meinungsbilder diese Einstellung prägen. Ausgelotet werden daraus resultierende Chancen oder Herausforderungen für das Miteinander in Teams mit Professionenmix (Walkenhorst, 2011, S. 3), um daraus Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit abzuleiten. In einem Mixed-Methods Design mit externer Methodentriangulation wurden fokussierte Interviews mit berufsfachschulisch ausgebildeten Praxisleitungen aus der *ELP* sowie die Freitextnennungen zweier Onlinebefragungen mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) analysiert und durch die quantitativen Ergebnisse einer deskriptiv-statistischen und multivariaten Zielgruppenanalyse aus der zugehörigen Onlinebefragung mit dem Hauptfragebogen *FE-akad-ELP* (Schönfeld & Luderer, 2019, S. 105 f.) ergänzt.



## **2 Theoretischer Rahmen**

Die Beforschung der voranschreitenden Akademisierungsgestaltung in den paramedizinischen Therapieberufen der *ELP* sowie deren Verbleib auf dem ambulanten Arbeitssektor ist ein recht junges Phänomen. Hierzu skizziert werden folgend theoretische Überlegungen über die Verortung im Gesundheitswesen, die berufspolitischen Bildungs- und Professionalisierungsbestreben sowie berufsrelevante Zahlen, Daten und Fakten.

### **2.1 Therapieberufe im dynamischen Wandel**

Die zukünftige populationsorientierte Gesundheitsversorgung ist geprägt durch eine Verschiebung der Alterskohorten hin zu immer älter werdenden Menschen mit hoher Multimorbidität und soll sowohl unter generationsspezifischen als auch unter regionalen Aspekten Berücksichtigung finden (SVR, 2009, S. 14). Neben dem Bedarf an integralen, zielgruppen- und generationsspezifischen Versorgungskonzepten (Walkenhorst, 2011, S. 2) gelangt der Anstieg an Qualifikationsanfordernisse hin zu einer stärkeren Evidenzbasierung in der intra- sowie interprofessionellen Zusammenarbeit zunehmend in den Fokus (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 75). Dieser Fokus wird erweitert durch eine Patienten- bzw. Nutzenorientierung mit salutogener Sichtweise (Walkenhorst, 2008). Das Ziel der Akademisierungsbestrebungen in den Therapieberufen besteht darin, bei modernem Gesundheitsverständnis hochwertige Gesundheitsdienstleistungen an das sich verändernde Patientenklientel anzupassen und dabei eigenverantwortlich und evidenzbasiert durchzuführen, wengleich dieses Ziel in der Realität der Arbeitsprozesse aufgrund der traditionellen Hierarchisierung im Versorgungssektor noch ausgebremst wird (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 75). Zudem treffen die erweiterten Versorgungsdimensionen auf eine inhaltliche sowie strukturelle Herausforderung (SVR, 2009, S. 14), denn mit der bereits begonnenen Entwicklung neuer Beschäftigungssysteme scheint unklar, welche beruflichen Einsatzfelder mit einem Hochschulabschluss einhergehen (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 76). Zudem stellt sich die Frage, welchen Beitrag der Versorgungssektor als Arbeitgeber leisten muss und wie dieser im Praxisalltag umgesetzt werden kann, um eine hochwertige intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit zu gewährleisten. Fokussiert wird die Frage, welchen Einsatz die Befragten als Leitungspersonen ihrerseits für ein gutes Arbeitsklima im intraprofessionellen Praxisteam leisten müssen, um eine hochwertige Patientenversorgung perspektivisch abzusichern. Arbeitgebende und Arbeitnehmende bedienen die Verbindlichkeit, dass sich ihre Patientenklientel auf den Schutz ihrer körperlichen Gesundheit verlässt und die Partizipation durch gemeinsame Entscheidungsfindungen bei individuellen Gesundheitsfragen Berücksichtigung findet (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 8). Als Ensemble von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen und den sich daraus weiterentwickelnden Fachdisziplinen liegen die Tätigkeitsfelder der *ELP* in der Analyse von Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen, der Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen sowie in der systematischen Evaluation nach wissenschaftlichen Kriterien (Hurrelmann & Razum, 2016, S. 3).

Dies bedeutet für die Berufsausbildung sowie für die Berufsausübung ein hohes Anforderungsprofil mit wissenschaftlicher Fundierung und der von den Kostenträgern eingeforderten Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen. Letztere werden dabei in §135a SGB V in Form von evidenzbasierten Behandlungsmethoden klar gefordert (HVG, 2018, S. 5).

Geleistet werden soll eine hohe Effektivität bei gleichzeitiger gesundheitsökonomischer Effizienz und begrenzten Ressourcen (Richter et al., 2017, S. 115 f.). Auf Seiten der Therapierenden bestehen ebenfalls konkrete Forderungen: „[...] nach zunehmender Handlungsautonomie und Angleichung der Qualifikationsniveaus an traditionell akademische Gesundheitsberufe.“ (ebd., S. 116). Vor dem Hintergrund demografischer Einflüsse, einer damit einhergehenden, älter werdenden Gesellschaft und einem sich ausdehnenden Krankheitspanoramas resultieren demnach klare Versorgungsbedarfe in den Therapieberufen mit einer Forderung nach einer grundständigen Vollakademisierung der *ELP* zu Professionalisierungszwecken bei gleichzeitigem Abbau der traditionellen 3-jährigen Berufsfachschulausbildung (HVG, 2018, S. 8).

### **2.2 Qualitative Absicherung durch hochschulische Ausbildung**

Zuerst noch zögerlich, so erfahren die Bildungssysteme seit Beginn der europäischen Angleichungsprozesse durch die Bologna-Reform seit Ende der 1990er-Jahre eine rasant verlaufende Entwicklung mit einhergehender Veränderung des Bildungsverständnisses (Friedrichs & Schaub, 2011a, S. 2). Im Vergleich zeigt sich eine Schwerpunktgewichtung in den Ausbildungs(re-)formen hin zu einer verstärkten Output-Outcome-Orientierung mit wissenschaftlicher Fundierung durch primärqualifizierende Studiengänge (PQS) (Pahn, Rausch, & Siegmüller, S. 32). Letztere implizieren die Einführung eines gestuften Studiensystems aus Bachelor, Master und Promotion zum Ausbau der Qualitätssicherung in der Ausbildung von Therapierenden und auf Grundlage gemeinsamer Standards und Richtlinien (BMBF, 2018, S. 1). Es wird gleichzeitig eine Chance zur harmonisierenden Angleichung auf europäischer Ebene mit einer Mobilität zur Nutzung des gesamteuropäischen Hochschulraums gesehen (Winterholler, 2014, S. 7), und das traditionsreiche System der Berufsfachschulausbildung für die *ELP* erfährt in Deutschland eine Erweiterung um akademische Wege zur tätigkeitsbefähigenden Einmündung in die berufliche Praxis (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 77). Dabei haben sich die *PQS* an den aktuellen und zukünftigen Anforderungen an eine angemessene Patientenversorgung zu orientieren (Arbeitskreis (AK) Berufsgesetz, 2016, S. 1 f.). Die Forderung nach einer regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung neuer Diagnostik-, Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien bildet ein zentrales Ziel und bezieht sich auf die Verbesserung der Qualität der Berufsausbildung, des beruflichen Handelns, der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und die Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses (Friedrichs & Schaub, 2011a, S. 2 f.). Durch den vermehrten Einzug nicht-traditionell Studierender an die Hochschulen erfolgt zeitgleich eine Öffnung des tertiären Ausbildungsmarktes mit der Prämisse des *Lebenslangen Lernens*, um den erweiterten Lehr- und Lernbedürfnissen in den Therapieberufen in Deutschland besser begegnen zu können (Paulicke et al., 2017, S. 138).

### 2.2.1 Modellvorhaben als Übergangslösung

Als zugrundeliegendes Problem mit hoher gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Relevanz besetzt Deutschland im europäischen Vergleich über Jahrzehnte hinweg das Alleinstellungsmerkmal der Berufsfachschulausbildung der *ELP*, der Hebammenkunde sowie der Pflege. Die veralteten Berufsgesetze der Ergotherapie (1976), Logopädie (1980) und Physiotherapie (1994) dienen in erster Linie dem Schutz der jeweiligen Berufsbezeichnung und regeln die Voraussetzungen zur Führung der Berufsbezeichnungen über berufsspezifische Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie die Eingangsbedingungen in die Berufsfachschulausbildung (Macha-Krau, 2011, S. 41). Bis heute gibt es noch keine zwingende Verpflichtung für Deutschland, seine national gewachsenen Bildungs- und Gesundheitssysteme vor dem Hintergrund der eigenen Traditionsvielfalt am Europäischen Qualifikationsrahmen auszurichten (BMBF, 2014, S. 181). Durch europäische Angleichungsbestrebungen innerhalb der Bologna-Reform wird Deutschland dennoch vermehrt in die Verantwortung genommen, um die Therapieberufe verbindlich in eine primärqualifizierende Vollakademisierung zu überführen. Die Ausbildung der *ELP* gilt es über den tertiären Bildungsweg rein hochschulisch zu verorten, um die Bedarfe an die sich stark verändernden Versorgungslandschaft durch neue Bildungsstrukturen flexibel anzupassen. Deutschlands Sonderstellung der *ELP* durch historisch bedingte und hierarchische Abhängigkeiten von der Medizin und ihren heterogenen und statischen Ausbildungsstrukturen (BMBF, 2014, S. 29 f.) ist Auslöser einer jahrzehntelangen Debatte um eine hochwertige Berufsausbildung. In ersten Schritten aufgelöst wurde diese Debatte mit dem Einzug des *Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten* (Bundestag, 2009, S. 1). Im Zuge dessen erfolgte 2009 in Phase I eine einheitliche Öffnung und Erweiterung der jeweiligen Berufsgesetze, um die berufsfachschulische Ausbildung bis Dezember 2017 durch Modellstudiengänge hochschulisch zu verorten. Als Leitidee für die Modellvorhaben steht der *reflective practitioner* (WR, 2012, S. 78) mit seiner wissenschaftsbasierten und praxisorientierten Arbeit in verschiedenen Teamkonstellationen im Vordergrund, um eine individuelle und evidenzbasierte Versorgung im Sinne der *Evidence best Practice* auch zukünftig absichern zu können (HVG, 2017, S. 1). Dabei gelangen die Studiengänge bei der strukturellen Konzeption teils an Grenzen in der Umsetzung des derzeitigen Berufsrechts, das an vielen Stellen nicht mit hochschulischen Standards kompatibel ist (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2017, S. 1). Dennoch fielen die Evaluationsergebnisse von 2016 aus 25 Modellvorhaben in acht Bundesländern in ihrer Summe durchaus ermutigend aus und unterstützen die Empfehlung, die primärqualifizierende Vollakademisierung regelhaft berufsgesetzlich zu verankern (ebd., S. 1). Das BMG entschied sich für eine Verlängerung der Modellvorhaben um weitere 10 Jahre bis 2027. Interessensverbände aus Beruf und Bildung plädierten für eine sofortige Entfristung der Regelung zu den Modellvorhaben mit der Begründung: „[...] , dass die überfällige Weiterentwicklung der Therapieberufe, [...] , weiter unnötig hinausgezögert, wenn nicht gar verhindert wird.“ (HVG, 2016, S. 1).

Auf diesen Druck hin und mit Verabschiedung des dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSGIII, 2017) verkürzte die Bundesregierung die Modellvorhaben für Phase II auf eine Legislaturperiode bis Dezember 2021 (BMG, 2016, S. 5). Neben neuen Erkenntnissen über die Abläufe der Akademisierungsbestrebungen soll die Verlängerung des Erprobungszeitraums dazu genutzt werden, Aussagen über langfristige Auswirkungen der akademischer Ausbildung im Praxisalltag zu erhalten (BMG, 2017, S. 1). Evaluiert werden sollen demnach der berufliche Verbleib, die Gehälter und die Zufriedenheit der Studierenden und Arbeitgebenden im Arbeitsleben (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2017, S. 2) sowie die Behandlungseffekte an der Patientenklientel.

### 2.3 Zahlen, Daten, Fakten - Berufsrelevante Statistiken

Seit der *Einführung des Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel* (2009) finden zahlreiche Absolvierende der primärqualifizierenden Modellstudiengänge der *ELP* ihren Weg in den Beruf. Hinzu kommen noch jene, die beispielsweise über den dualen Ausbildungsweg oder berufsbegleitend über additive Studienangebote einen akademischen Grad im Gegenstandsbereich ihres Therapieberufes erworben haben. Aufgrund der starken Heterogenität der Ausbildungsmöglichkeiten mit ihren vielfältigen akademischen Abschlüssen ist eine differenzierte Darstellung mit Anspruch auf Vollständigkeit nur schwer möglich. Die hier vorgestellten Zahlen, Daten und Fakten bieten einen orientierenden Überblick ohne Anspruch auf Vollständigkeit und können variieren. Der Hochschulkompass der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) veröffentlicht regelmäßig angebotene Studienmöglichkeiten. So ließen sich Ende 2018 im Gegenstandsbereich der *ELP* 97 Bachelorstudiengänge (23 Ergotherapie, 26 Logopädie/Sprachtherapie, 48 Physiotherapie) eruieren (HRK, 2018). Dabei handelte es sich um folgende drei Studienarten:

1. **primärqualifizierende Studiengänge/PQS** (Bachelor und integrierte Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung)
2. **duale Studiengänge/DuaS** (ausbildungsbegleitend/-integrierend mit Führung der Berufsbezeichnung und anschließendem Bachelor)
3. **additive Studiengänge/AddIS** (Bachelor nach abgeschlossener Berufsausbildung)

Eine ähnliche Vielfalt ist ebenso bei den (nicht-)konsekutiven Masterstudiengängen (6 Ergotherapie, 11 Logopädie/Sprachtherapie, 10 Physiotherapie) anzutreffen (ebd.). Die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (GBE-Bund) bezifferte noch vor 12 Jahren für das Wintersemester 2005/2006 insgesamt 3.022 Immatrikulationen in die paramedizinischen Therapie- und Heilberufe. Im Wintersemester 2017/18 waren es bereits 11.164 Immatrikulationen (GBE-Bund, 2018a, S. 1). In der letzten Berichterstattung über die Verteilung von Gesundheitspersonal wurde berichtet, dass sich allein im Jahr 2017 insgesamt 287.000 Therapierende aus der *ELP* in einem ambulanten sowie (teil-)stationären Beschäftigungsverhältnis auf dem freien Arbeitsmarkt befanden (GBE-Bund, 2018, S. 1). Damit waren für diesen Zeitabschnitt laut *Klassifikation der Berufe – KldB 2010* circa 4.000 Expertinnen/Experten mit Anforderungsniveau 4 (Diplom, Master und höher) durch einen gesicherten (Fach-)Hochschulabschluss in einem Beschäftigungsverhältnis.

Genauere Zahlen für die Beschäftigungsverhältnisse von Spezialistinnen/Spezialisten aus den Therapieberufen mit Anforderungsniveau 3 mit Bachelorabschluss wurden nicht differenziert ausgegeben, da sich diese nach wie vor mit der Anzahl an berufsfachschulausgebildeten Therapierenden mischen. Folgende Tabelle bietet eine Orientierung über die Akademisierungsquoten und Beschäftigungsverhältnisse von akademisierten Therapierenden der *ELP* auf Grundlage der von der GBE-Bund genannten Bezifferung von 2017 (Tab. 1):

**Tab. 1:** Beschäftigungsverhältnisse mit (Fach-)Hochschulabschluss

	Beschäftigungsverhältnisse total*	Akademisierungsquote**	Beschäftigungsverhältnisse BA/MA/Dipl.
<b>Ergotherapie</b>	61.000	4%	2.440
<b>Logopädie</b>	29.000	30%	8.700
<b>Physiotherapie</b>	197.000	2,67%	5.200

\*GBE-Bund; \*\*Selbstauskunft von DVE e.V., Arbeitskreis Berufsgesetz und ZVK e.V.

Der Deutsche Verband für Ergotherapeuten e.V. (DVE e.V.) orientierte sich bei der Nennung seiner Akademisierungsquote an der letzten Hochschulbefragung von 2015 (DVE e.V., 2016, S. 3). Der Deutsche Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK e.V.) nannte nach seiner letzten Hochschulumfrage von 2018 insgesamt 829 akademischen Abschlüsse (124 PQS/DuaS, 633 AddIS, 72 Master) allein für das Jahr 2017 (ZVK e.V., 2018, S. 3). Für diese beiden Therapieberufe liegt die Akademisierungsquote deutlich unterhalb der *Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen* des Wissenschaftsrats, der in diesem Kontext seit 2012 eine anzustrebende Akademisierungsquote von 10-20% empfiehlt (WR, 2012, S. 85). Der Arbeitskreis Berufsgesetz, ein Verbund mehrerer Verbände für Logopädie, Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie und Berufsbildung, erklärte 2016 die im Vergleich zu den anderen beiden Therapieberufen überaus hohe Akademisierungsquote von etwas über 30% durch eine Sonderstellung: diese Quote basiert auf mehreren sprachtherapeutischen Berufen, von denen die Mehrzahl bereits akademisiert ist und den Bologna-Prozess durchlaufen hat (Huber, 2013, S. 30), sei es aufgrund einer akademischen Erstausbildung in einem ähnlichen Beruf, einen erworbenen Abschluss in einem der sieben Modellstudiengänge oder durch einen Abschluss in einem additiven Studiengang. Nun stellt sich die Frage, wie der ambulante Versorgungssektor als Tätigkeitsfeld akademisierter Therapeutinnen/Therapeuten der *ELP* auf die steigenden Akademisierungsquoten reagiert.

#### 2.4 Der ambulante Versorgungssektor als Tätigkeits- und Spannungsfeld

In diesem Forschungsprojekt liegt der Fokus auf dem ambulante Versorgungssektor. Durch die veränderten Zugangswege in die *ELP* öffnen sich nur wenige Arbeitsfelder mit einer Berufsperspektive für akademisierte Angestellte, z.B. in der Lehre oder Forschung, denn die größte Gruppe von ihnen bewirbt sich in Praxiseinrichtungen (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 77). Die Gesamtzahl lag 2018 bei etwa 78.500 Heilmittelanbietern im Bundesgebiet (vdek e.V., 2018, S. 2).

Diese Versorgungspraxen werden weitestgehend von Praxisleitungen besetzt, die berufsfachschulisches qualifiziert sind und ihre Praxis mit viel Engagement über Fort- und Weiterbildungen und Leitungserfahrung über Jahre hinweg etablieren (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 77). In ihnen bewerben sich vermehrt akademisch qualifizierte Therapierende, wobei die beruflichen Einsatzfelder, die mit einem (Fach-)Hochschulabschluss einhergehen, teilweise noch unklar sind. Klar ist, dass die Therapierenden ein deutlich geschärftes Kompetenzprofil mit handlungsbefähigtem Wissen, berufspraktischen Fertigkeiten und Empathie aufweisen sollen (ebd., S. 81).

Gleichzeitig werden die Praxisleitungen vor die komplexe Herausforderung gestellt, wie eine adäquate Arbeitsplatzgestaltung mit Entfaltungsmöglichkeiten bewerkstelligt werden kann. (Walkenhorst, 2011, S. 8). Neue Schnittstellen mit höheren Qualitätsansprüchen erfordern eine differenzierte Analyse von Tätigkeitsfeldern (ebd., S. 2), und es stellen sich die Fragen, welche Aufgabenzuschnitte wie verteilt werden: wer verfolgt welche patientenzentrierten Zielsetzungen oder gibt diese an andere ab? Wie lassen sich aus Unkenntnis über diese neuen Handlungs- und Verantwortungsräume unökonomische Parallelstrukturen in der Versorgung durch Verbesserung der Kommunikation vermeiden (ebd., S. 2)? So trägt es den Anschein, dass der ambulante Versorgungssektor als freier Arbeitsmarkt mit seinem derzeitigen Beschäftigungssystem nur bedingt auf diese neue Situation der Mehrstufigkeit im Ausbildungsniveau vorbereitet ist (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 76), und es entsteht eine Lücke zwischen dem Anspruch an die wissenschaftlich orientierte Berufsqualifikation und den realen Umsetzungsbedingungen in den Praxiseinrichtungen (ebd., S. 83). Eine besondere Herausforderung liegt in der zukünftigen Neustrukturierung bislang gleichartig qualifizierter Teams, die sich nun zu Teams mit verschiedenen Qualifikationsniveaus umgestalten und dabei die gleiche Arbeit an der Patientenklientel verrichten (Walkenhorst, 2011, S. 5). Eine Folge kann die Dequalifizierung von akademisch qualifizierten Therapierenden sein (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 76) und ein erhebliches Spannungsfeld auch in der Teamgestaltung ausbilden, was bereits in der Fachliteratur beschrieben wird.

### **2.5 Aktueller Forschungsstand**

Bisher existieren diverse systematische Erfassungen von Meinungen, Einschätzungen oder Erfahrungswerten von Angehörigen der *ELP* zur Akademisierung, die überwiegend unter Schülern bzw. Studierenden erhoben wurden (Hammer & Polchow, 2013, S. 10). In den letzten Jahren verlagert sich hingegen die gesundheitspolitische und wissenschaftliche Wahrnehmung vermehrt auf die berufliche Wirklichkeit im Arbeitsleben von Therapierenden der *ELP* als Zielgruppe. Zur Ortung dieser aktuellen Forschungslage wurde eingangs eine strukturierte Literaturrecherche nach thematisch vergleichbaren Studien in vier elektronischen Datenbanken durchgeführt (☞ Anh. 1). Zur grundlegenden Operationalisierung der Fragestellungen wurde das *BeHEMoTH-Schema* (Nordhausen & Hirt, 2018, S. 11 f.) hinzugezogen (☞ Tab. 2).

Dabei wurden thematische Bestandteile aus den Forschungsfragen als Suchkomponenten ausgewählt und die daraus abgeleiteten Suchbegriffe über die logischen Operatoren *AND*, *OR* und *NOT* über verschiedene Variationen zu Suchstrings zusammengefügt und in die Suchmasken dieser themenspezifischen Fachdatenbanken eingegeben. Zum Einschluss verschiedener Wortstämme wurden die Suffixe der Suchbegriffe durch eine Trunkierung mit einem Sternchen\* (engl. asterisk) als Joker ersetzt (Behrens & Langer, 2010, S. 145 f.). Die Suchstrings mussten in Abstracts oder in Volltexten vorkommen. Weitere Suchfilter kamen hier nicht zum Einsatz, um die Trefferzahl möglichst hoch zu halten.

**Tab. 2:** Vorgehensweise der strukturierten Literaturrecherche (zit. n. Nordhausen & Hirt, 2018)

Schema	Suchkomponenten	Schlüsselwörter/keywords
<b>BeHEMoth</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Be=Behaviour of Interest</li> <li>• H=Health Context</li> <li>• E=Exclusions</li> <li>• MoTh=Models or Theories</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intradisziplinarität, Zusammenarbeit intraprofessionality, collaboration</li> <li>➤ Akademisierung/Therapieberufe academisation/therapy professions</li> <li>➤ akademisierte Leitung academic leadership</li> <li>➤ soziale Interaktion social interaction</li> </ul>
<b>Beispiel für Suchstring (engl.)</b>		
intraprofe <sup>s</sup> * OR collaborat <sup>s</sup> * AND therap <sup>s</sup> * profess <sup>s</sup> * NOT academ <sup>s</sup> * leadership		
<b>Fachdatenbanken</b>		
<b>MEDLINE via PubMed</b> (Gesundheit und Gesundheitsfachberufe) <b>speechBITE</b> (logopädischer/sprachtherapeutischer Fokus) <b>OTseeker</b> (ergotherapeutischer Fokus) <b>PEDro</b> (physiotherapeutischer Fokus)		

Die Literaturrecherche ergab keine relevanten Treffer für den internationalen Raum. Dies begründet sich durch die Einzigartigkeit der heterogenen Qualifikationswege in Deutschland und wird darauf zurückgeführt, dass die Professionalisierungsforschung in den Gesundheitsberufen mit ihrer Ausrichtung am Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) sowohl noch jung als auch einzigartig ist (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 77). Die nationale Publikationsdichte ähnlicher Studien wurde aufgrund der geringen Publikationsdichte erweitert durchgeführt in Google Scholar sowie in internen Datenbanken der verschiedenen Berufs- und Gesundheitsverbände (z.B. dve e.V., dbl e.V., dbs e.V., zvk e.V., hvg e.V., etc.), sodass insgesamt sieben themenrelevante Studie inkludiert werden konnten (Anh. 2). Hier vorgestellt werden exemplarisch einige themenbezogene Studienergebnisse für den Zeitraum von 2013 bis 2019.

So eruierte eine Studie von Hammer & Polchow (2013) die Wünsche und Befürchtungen von berufstätigen *ELP* anhand von qualitativen Interviews (n=43) vor dem Hintergrund der voranschreitenden Akademisierung. Als Ergebnis wurde ein kontrastierendes Stimmungsbild in der Wahrnehmung unterschiedlicher Berufsqualifikationen der Befragten abgebildet, in dem den Therapierenden mit einer wissenschaftlichen Qualifikation ein geringes praktisches Anwendungswissen und den Therapierenden mit berufsfachschulischer Qualifikation eine unzureichende Reflexionsfähigkeit unterstellt wurden (Hammer & Polchow, 2013, S. 12). Es wurde die Sorge vor einer *Zweiklassengesellschaft* von Therapierenden geäußert.

Ebenso wurden die Vorteile einer wissenschaftlichen Qualifikation für die praktische Arbeit hinterfragt. Dennoch standen alle Gruppen der Akademisierung positiv gegenüber, da sie perspektivisch eine erhöhte Berufsautonomie, Wertschätzung sowie Entlohnung erwarten (ebd., S. 12).

In einer von Ketels et al (2015) durchgeführten Befragung in den Berufen Ergotherapie und Physiotherapie äußerten sich die Befragten über deren berufliche Zukunftsaussichten mit einem konkreten Verbesserungswunsch bei den Dimensionen *Bezahlung, Mitsprache, Akademisierung, Erstzugang und Kooperation* (Ketels, Schön, van den Bussche, & Barzel, 2015, S. 1).

Ein ähnliches Ergebnis lieferte eine weitere Befragung von Mandl & Heim (2016) für den Beruf der Logopädie/Sprachtherapie. Von den Befragten (n=427) gaben 58,8% einen Nachbesserungsbedarf insbesondere bei der Vergütung hinsichtlich der Berufsqualifikation bzw. der jeweiligen Tätigkeit an. Als wichtige Indikatoren für die Arbeitszufriedenheit in Teams wurden die Dimensionen *Arbeitsklima, Kommunikation, Arbeitslast und Führungsstil* genannt (Mandl & Heim, 2016, S. 34).

In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekt *TherFor* wurden im Zeitraum von 2015-2016 insgesamt 29 Experteninterviews mit Therapierenden aus allen drei Berufen in (teil-)stationären sowie ambulanten Einrichtungen durchgeführt (Paulicke et al, 2017, S. 140f.). Im Fokus stand die Frage, welche Einstellungen, Deutungsmuster und Einschätzungen die Arbeitgebenden zu wissenschaftlichen Weiterbildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten in Deutschland haben, um daraus fördernde oder hemmende Faktoren bei der Implementierung von wissenschaftlich qualifizierten Therapierenden der *ELP* auf dem Arbeitsmarkt aufzuspüren (ebd., S. 145 f.). Die Ergebnisse dienen zur Arbeitsmarktorientierung durch Auslotung einer möglichst hohen Anschlussfähigkeit an reale Praxisbedingungen (Richter et al., 2017, S. 122) und zeigten, dass die Befragten die Akademisierung insgesamt befürworteten. Die Praxisleitungen stellten dabei den direkten Mehrwert für die Patientenklientel eher infrage (ebd., S. 144), zumal alle Angestellten gleichermaßen Tätigkeiten innerhalb von annähernd identischen Handlungs- und Arbeitsfeldern verrichten. Aufgrund mangelnder Strukturanreize zeigte sich somit ein ambivalentes Verhältnis zwischen formalen Qualifikationszuschreibungen, der praktischen Umsetzung und dem Patientennutzen (ebd., S. 148).

Die quantitativen Befragungsergebnisse zur Sicht von n=108 niedergelassenen Logopädinnen/Logopäden auf ihre studierten Kolleginnen/Kollegen von Schönfeld & Luderer (2018) bestätigte die bisher genannten Ergebnisse und eruierten ein starkes Bedürfnis nach Bestandsschutzwahrung und klaren Übergangsregelungen als *juristische Leitplanken*, die Sicherheit in der Neuformulierung der jeweiligen Berufsgesetze geben (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 77). Dabei wurde aufgezeigt, dass in der praktischen Tätigkeit sowie Entlohnung nur wenige Vorteile für und durch akademisierte Angestellte gesehen wurden (ebd., S. 77).



Stattdessen sollen akademisierte Therapierende bei gleichen Rechten und Pflichten gewachsene Hierarchien in den Praxiseinrichtungen akzeptieren und sich mit einem ehrlichen und wertschätzenden Umgang in bereits etablierte Teams einbringen (ebd., S. 81).

In einer vom Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG, 2019) durchgeführten Absolventenbefragung aus den primärqualifizierenden Studiengängen (PQS) über den Berufsverbleib und zur Berufszufriedenheit in den drei Therapieberufen ging hervor, dass die Mehrheit der Befragten noch in ihrem jeweiligen Therapieberuf tätig ist und diesen gern ausübt (HVG, 2019a, S. 1). Jedoch erlebten die Absolventinnen/Absolventen, dass wissenschaftlich erworbene Kompetenzen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit nur bedingt eingesetzt werden konnten. Gefordert wurden mehr Behandlungsautonomie sowie eine Neuausrichtung der Heilmittelrichtlinien für evidenzbasierte Behandlungsmethoden (ebd., S. 1).

Die vorgestellte Forschungslage und die daraus resultierenden Expertisen zeigen die Notwendigkeit einer Neuordnung zur Absicherung der Gesundheitsversorgung auf, die zu einer möglichst hohen Arbeitszufriedenheit sowie Konkurrenzfähigkeit führen soll (Robert Bosch Stiftung, 2013, S. 8). Dabei stellt sich die Frage nach der Einordnung neuer Berufsprofile ins Beschäftigungssystem von Praxiseinrichtungen, welche häufig noch bestehenden, traditionell gewachsenen Hierarchien sowie rechtlichen Vorgaben unterliegen und nur wenig steuernde Wirkung in der intraprofessionellen Zusammenarbeit in Teams entfalten können (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 75). Auch zeigt die aktuelle Forschungslage einen hohen Bedarf an bildungspolitischer Steuerung zur Anpassung unterschiedlicher Berufsprofile, z. B. durch Novellierung der jeweiligen Berufsgesetze. Ein Beispiel wäre die Einführung von Assistenzberufen in die *ELP*, wie sie bereits in Skandinavien oder den USA existieren (ebd., S. 77). Das heutige Portfolio professionellen Handelns in der *ELP* soll sich aus einem reflexiven, evidenzbasierten und fundierten Wissen und Können vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Fragestellungen speisen. Die Qualität in der Zusammenarbeit als *reflective practitioner* in intraprofessionellen Teams rückt dabei in den Fokus (WR, 2012, S. 78) und beeinflusst zudem die vermittelbare Arbeitsmarktfähigkeit (Employability) im Wettbewerb (Winterholler, 2014, S. 7).

Jedoch existieren noch zu wenig valide Daten über den Verbleib und die Zufriedenheit von akademisierten Therapierenden aus der *ELP* in der beruflichen Wirklichkeit (Richter et al., 2017, S. 116). Um diese Lücke als Forschungsdesiderat zu schließen, bedarf es klarer Fragestellungen und Zielsetzungen, die folgend vorgestellt werden.

### 3 Fragestellung und Zielsetzung

Das zuvor beschriebenen Spannungsfeld in der intraprofessionellen Zusammenarbeit erlaubt es, berufliche Interaktionsprozesse in Teams von Angestellten mit unterschiedlicher Berufsqualifikation durch ein regelgeleitetes und systematisches Vorgehen sichtbar werden zu lassen (Mayring, 2015, S. 20). Bisherige Zuschreibungen über Bedarfe an wissenschaftlichen Qualifikationen in Versorgungspraxen der *ELP* beruhen zumeist auf den Evaluationsergebnissen von Studiengängen (Richter et al., 2017, S. 122) und stützen sich auf hypothetisch abgeleitete Praxisbedarfe (ebd., S. 122). Die reale Darstellung tatsächlich existierender Einstellungskonstrukte mit Fragen nach Tätigkeitsprofilen, Chancen, Herausforderungen und Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit soll in diesem Projekt als Forschungslücke aufgegriffen und für die weitere Betrachtung verdichtet werden. Die forschungsleitenden quantitativen und qualitativen Hauptfragen und ihre spezifischen Nebenfragen stehen dabei für die Annahme, dass sich jene Sichtweisen, z. B. in Bezug auf die Anerkennung von Berufskompetenzen und ihre individuellen Ausprägungen, hemmend oder fördernd auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams auswirken können (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 77). Zur thematischen Eingrenzung beziehen sich die Fragen nach Einstellungskonstrukten, Deutungsmustern und Erfahrungswerten auf die Sicht der Praxisleitungen als Arbeitgebende. Die methodische Frageentwicklung leitet sich von einem freien Schema ab (Henz, 2013, S. 53), in dem durch gezielte w-Fragen eine strukturierte Auswahl eines Wirklichkeitsausschnitts aus dem Untersuchungsfeld möglich wird:

➤ **forschungsleitende empirisch-quantitative Hauptfrage:**

*„Welche Sichtweisen von berufsfachausgebildeten Praxisleitungen aus der ELP auf ihre akademisierten Angestellten lassen sich empirisch beschreiben?“*

➤ **spezifische Nebenfragen:**

1. Wird akademisierten Angestellten aufgrund ihrer höheren Berufsqualifikation ein umfangreicheres Kompetenzprofil zugeschrieben?
2. Gibt es Unterschiede bei den berufspraktischen Fertigkeiten zwischen berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Angestellten?

➤ **forschungsleitende empirisch-qualitative Hauptfrage:**

*„Wie erleben berufsfachschulisch ausgebildete Praxisleitungen aus der ELP die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten?“*

➤ **spezifische Nebenfragen:**

1. Welche konkreten Erfahrungswerte beschreiben die Praxisleitungen?

2. Welche Chancen oder Herausforderungen für die intraprofessionelle Zusammenarbeit oder die Akademisierungsgestaltung sehen die Praxisleitungen?
3. Welchen Beitrag können die Praxisleitungen für eine gelingende intraprofessionelle Zusammenarbeit leisten?

Die strukturierte Erfassung individueller Sichtweisen aus der beruflichen Wirklichkeit der *ELP* im Transitionsprozess kann zielorientierte Anhaltspunkte zum Verständnis der Akademisierungsgestaltung auf der *Makro-, Meso- und Mikroebene* (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 84 f.; Schönfeld & Luderer, 2019, S. 112) als erkenntnistheoretisches Modell anbieten.

So soll das empirische Wissen aus dieser Studie auf der *Makroebene* von Gesetzgebung und Hochschule einen Einblick in die aktuelle Diskussion der Professionalisierungsforschung der *ELP* in Deutschland anbieten (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 74). Durch das strukturierte Herausarbeiten von Chancen und Barrieren können Nachbesserungsbedarfe an den Gesetzgeber oder die hochschulischen Partner in der Selbstverwaltung aufgezeigt werden und eine Stellungnahme zu Besitzstandswahrungen oder Übergangsregelungen als juristische Leitplanken mit Beschreibung von Berufs- und Tätigkeitsprofilen für Praxen (ebd., S. 78) abgeben.

Auf der *Mesoebene*, im Übergang von Hochschule auf den ambulanten Arbeitsmarkt, bietet dieses Projekt einen Beitrag zum Bedarf an wissenschaftlicher Qualifikation in Praxiseinrichtungen. Abgebildet werden sollen die Anschlussfähigkeit an reale Praxisbedingungen sowie die daraus resultierende zukünftige Strukturqualität in der Praxisgestaltung. Hierzu zählen z. B. die gezielte Einstellung wissenschaftlich qualifizierter Angestellter, die Einrichtung adäquater Arbeitsplätze, eine angemessene Bezahlung oder die Qualifizierung der Praxisleitungen zur Förderung evidenzbasierten Handelns (Richter et al., 2017, S. 122).

Die *Mikroebene* der ambulanten Praxen soll Einblicke in intraprofessionelle Teams geben und die berufsbiografische Auseinandersetzung im Transitionsprozess (Walkenhorst, 2011, S. 8) transparent werden lassen. Herausgearbeitet werden sollen Handlungsansätze für eine gelingende Kommunikation aller Teammitglieder durch aktive Beiträge seitens der Arbeitgebenden zur Teamentwicklung und Stärkung (Eick, 2013, S. 40).

Der gesellschaftliche Nutzen dieses Forschungsprojektes liegt vor allem in der Beschreibung von Gelingensfaktoren für eine gute intradisziplinäre Zusammenarbeit durch ein bedarfsgerechtes und geschärftes Praxis- und Teamprofil im Kontext der voranschreitenden Akademisierung und Professionalisierung der *ELP*. Es soll verdeutlicht werden, unter welchen Voraussetzungen unterschiedliche Berufsqualifikationen und -biografien der Teammitglieder sich ergänzen können, um der Patientenklientel in der sich stark veränderten Versorgungslandschaft zielgruppenspezifische, generationsspezifische und evidenzbasierte Versorgungskonzepte mit alters- und krankheitsbezogenen Schnittstellen anbieten zu können (SVR, 2009, S. 74).

## 4 Studiendesign und Methode

Im Folgenden werden das Studiendesign und die Auswahl der Stichprobe mit ihren Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Zugang zum Feld beschrieben. Ethische Perspektiven werden skizziert und die Methoden zur Datenerhebung und -verarbeitung vorgestellt. Das Kapitel wird durch die Betrachtung einzelner Analyseschritte erweitert und unter der Berücksichtigung von Verzerrungspotenzial und Strategien, ihnen entgegen zu wirken, abgerundet.

### 4.1 Studiendesign

Bei dem vorliegenden Forschungsprojekt handelt es sich um eine deskriptive, nicht-experimentelle zweiarmlige Querschnittsstudie (Cross-sectional Study) (Behrens & Langer, 2010, S. 196), in der die Probanden in einem einmaligen Zeitraum gezielt nach Einstellungen, Meinungen und Erfahrungswerten in der intraprofessionellen Zusammenarbeit in ambulanten Teams von Therapeuten aus der *ELP* befragt wurden. Umgesetzt wurde die Zweiarmligkeit durch ein Mixed-Methods Design im Sinne der externen Methodentriangulation (between method) (Flick, 2004, S. 15). Mit einer ergebnisorientierten Verbindung quantitativer und qualitativer Ansätze (Kuckartz, 2014, S. 47) wird die quantitative Datenerhebung mit dem eigens konzipierten teilstandardisierten Onlinefragebogen *FE-akad-ELP* und ihre Datenanalyse in SPSS vorgestellt und durch die qualitative Datenerhebung durch fokussierte Einzelinterviews und ihrer Datenanalyse in MAXQDA per *inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (ISQI)* abgerundet (Abb. 1).

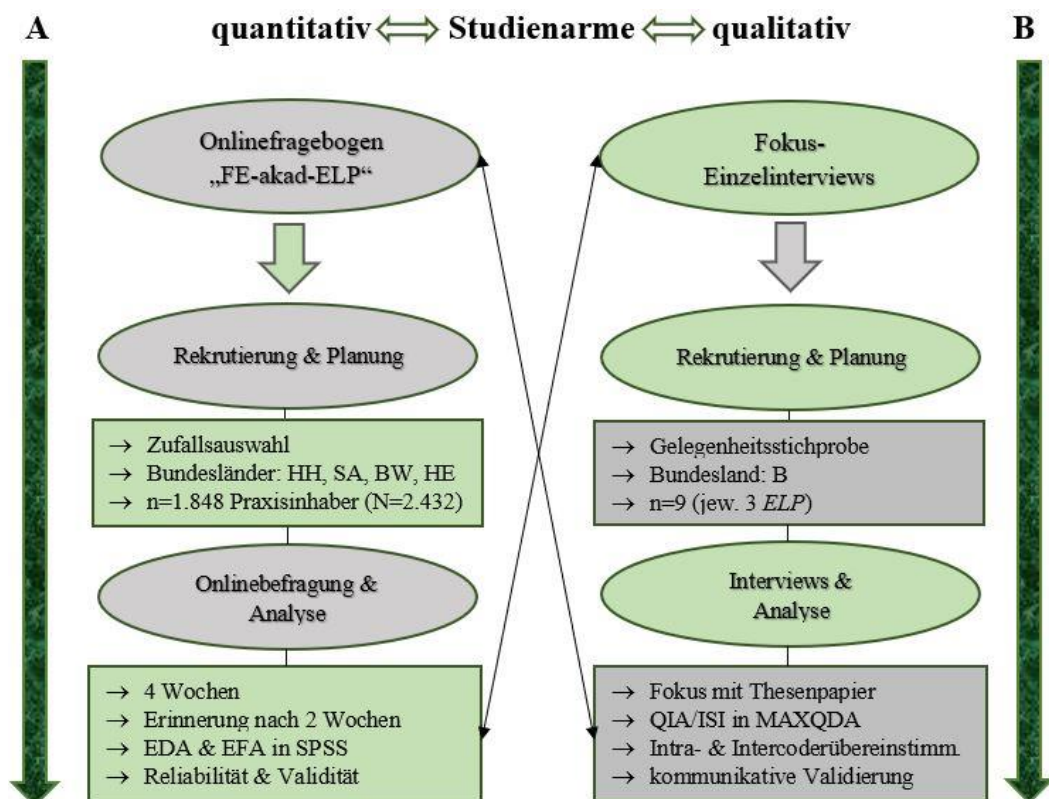


Abb. 1: externe Methodentriangulation

Die Verknüpfung beider Ansätze durch ihre externe Kombination von Methoden, ihrer Daten und Ergebnisse bieten die Möglichkeit einer Ergebnisvalidierung bei gleichzeitiger Erkenntnisvertiefung des Forschungsgegenstandes (Flick, 2004, S. 15). Dabei wurde beiden Zugängen in der Projektplanung, -durchführung und Ergebnisrelevanz gleiches Augenmerk geschenkt, da sie sich aufeinander beziehen und integrative Schnittstellen vorweisen (ebd., S. 85). Der Vorteil dieser Querschnittsstudie besteht in ihrer praxisorientierten Realisierungsmöglichkeit sowie in der guten Erreichbarkeit der Probanden im Feld bei vergleichsweise geringen Kosten (Behrens & Langer, 2010, S. 196). Der gezielte Einsatz unterschiedlicher Methoden soll zudem einem Methoden- und Ergebnis-Bias vorbeugen (Flick, Kardorff, & Steinke, 2017, S. 321), indem die Einnahme verschiedener Perspektiven und Methoden zur Erfassung des gleichen Phänomens (Denzin, 1978, S. 291) das Vertrauen in die Methodenwahl und Ergebnisvalidität erhöht (Kuckartz, 2014, S. 47). Inhaltlich zugrunde liegt diesem methodischen Vorgehen hier die trianguläre Verknüpfung der *Forscherperspektive* mit dem *Forschungsgegenstand* und seiner zugehörigen *Personenwelt*, in deren Schnittmenge sich das zu beobachtende Phänomen befindet.

## 4.2 Forschungsethische Erwägungen

Die systematische Berücksichtigung ethischer Aspekte spielt in der Wissenschaft und Forschung eine große Rolle (Gläser & Laudel, 2010, S. 48). Als *Ethik professionellen eingreifenden Handelns* (Behrens & Langer, 2010, S. 25) lässt sich dieser Begriff als eine *Lehre moralischen Forschungsverhaltens* beschreiben. Ihre individuelle Anwendung orientiert sich an Normen und Maßstäben von Ethik-Kodizes und fordert dazu auf, das eigene Handeln kritisch zu hinterfragen (DGS & BDS, 2014, S. 1). Die transparente Anwendung ethisch-moralischer Kriterien hat den verpflichtenden Anspruch, „(...), dass die angewandten ethischen Normen für alle verbindlich gelten und prinzipiell gegenüber allen begründbar sind.“ (Steger & Hillerbrand, 2012, S. 7 ff.). Folgende forschungsethische Grundsätze wurden berücksichtigt (☞ Abb. 2):

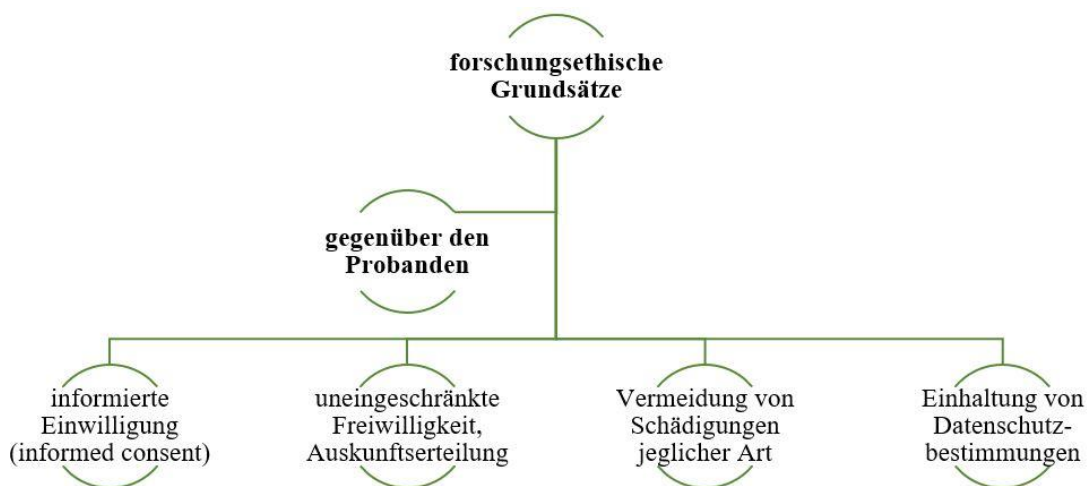


Abb. 2: forschungsethische Grundsätze

Reflektiert wurden relevante Standards aus den Ethik-Kodizes der Deklaration von Helsinki, und der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS). Zusätzliche Standards des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) sowie der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP e.V.) rundeten die ethische Reflektion ab.

Zur Einhaltung dieser forschungsethischen Grundsätze wurden alle Teilnehmenden schriftlich per Email sowohl über die institutionelle Verbindung, die Methoden, die Inhalte und Zielsetzung als auch über den persönlichen Nutzen und eventuelle Risiken und Belastungen informiert (WMA, 2013, S. 4). Zudem wurden sie über den zu erwartenden Umfang ihrer uneingeschränkten freiwilligen Teilnahme und Auskunftserteilung in Kenntnis gesetzt (DGS & BDS, 2014, S. 2). Die Fachpersonen aus der quantitativen Onlinebefragung bestätigten ihre Teilnahme nach der Begrüßung auf der ersten Seite des Onlinefragebogens durch das Anklicken des Icons 'weiter'. Die mündlich interviewten Erzählpersonen aus dem qualitativen Sample erhielten ein separates Informationsschreiben und bestätigten ihre informierte Einwilligung (informed consent) (WMA, 2013, S. 7) durch ihre Unterschrift auf einem Beiblatt zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten. Alle Teilnehmenden wurden darüber informiert, dass sie ihr Einverständnis jederzeit und ohne negative Folgen, auch über die Befragungszeiträume hinaus, widerrufen können (DGB e.V., 2016, S. 1 ff.). Zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmenden (Gläser & Laudel, 2010, S. 55) wurden unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert (DGS & BDS, 2014, S. 2 f.). Darüber hinaus wurde das eingesetzte Analyseteam zu Zwecken der Intercoder-Übereinstimmung der Interviews über den verantwortlichen Umgang mit vertraulichem Text- sowie Audiomaterial nach Datenschutzrichtlinien informiert (ebd., S. 3). Im weiteren Umgang mit der Datensicherung wurden relevante Aspekte aus dem Datenschutzkonzept der Bremer Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsforschung (AKG) als Orientierungshilfe berücksichtigt (Müller, Stamer, & Richter, 2009, S. 4). Zur Gewährleistung der Datensicherheit kamen verschiedene Maßnahmen zum Einsatz, z.B. Kontrollen zum Zutritt, Zugang und Zugriff auf die Daten sowie Kontrollen über deren Aufbewahrung, Weitergabe und Verfügbarkeit (ebd., S. 7). Die aufgezeichneten Audiodateien werden nach Projektende vernichtet.

Ein Ethikvotum wurde nicht angefragt, da nach ausführlicher Überprüfung eventuelle Risiken oder Belastungen für Körper, Geist und Seele der Teilnehmenden (WMA, 2013, S. 4) durch ihre Mitarbeit ausgeschlossen werden konnten und es sich nicht um ein biomedizinisches Forschungsprojekt am Menschen handelte sowie keine personenbezogenen Gesundheitsdaten erhoben wurden. Des Weiteren handelte es sich um einwilligungsfähige und eigenverantwortliche Fachpersonen, bei denen keine besondere Vulnerabilität ersichtlich bzw. zu erwarten war (ebd., S. 4 ff.). Ein Interessenskonflikt lag nicht vor.

Die verschiedenen methodischen Ansätze erforderten im Vorfeld die Auswahl zweier unabhängiger Stichproben (Samples) nach ausgewählten Kriterien.

### 4.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Auf Anfrage bezifferte die Pressestelle der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in einer Selbstauskunft von 2019 die bundesweite Grundgesamtheit freier Praxen aus der *ELP* mit  $N=60.842$  (Ergo:  $n=6.836$ , Logo:  $n=8.483$ , Physio:  $n=45.523$ ) (BGW, 2019). Die quantitative Stichprobe sowie das qualitative Sample wurden aus dieser Grundgesamtheit nach gleichen Ein- und Ausschlusskriterien ermittelt:

- **Einschlusskriterien:** eingeschlossen wurden berufsfachschulisch ausgebildete Praxisleitungen (Praxisinhaberinnen/Praxisinhaber sowie fachliche Leitungen) aus der *ELP*
- **Ausschlusskriterien:** ausgeschlossen wurden Personen mit einer bereits erworbenen akademischen Qualifikation im Gegenstandsbereich ihres Therapieberufes sowie Personen aus benachbarten Berufen (z. B. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, medizinische Bademeister, Masseure, u. a.)

In der Vorab-Festlegung der Sample-Struktur wurde Wert darauf gelegt, dass die Befragten aus ihrer individuellen Sicht heraus die Gruppe der Praxisleitungen vor dem Hintergrund des jeweiligen Therapieberufes repräsentieren (ebd., S. 155 f.). Trotz der homogenen Samples in Bezug auf die Ein- und Ausschlusskriterien zielte daher die Auswahl auf eine möglichst breite und kontrastreiche Erfassung des Feldes (ebd., S. 167). Dies ermöglichte in der Datenanalyse und -interpretation vielfältige Annahmen über Denk-, Entscheidungs- und Handlungsmuster der Befragten über die intraprofessionelle Zusammenarbeit in ihren Teams. Die Kontrastierung bezog sich dabei auf die Diversität der therapeutischen Einrichtungen, in denen die Befragten zu den Erhebungszeitpunkten arbeiteten (Paulicke, Richter, & Hartinger, 2017, S. 141). Zudem erfolgte die Stichprobenplanung nach dem Kriterium der besten Erreichbarkeit (Mummendey & Grau, 2014, S. 91).

### 4.4 Quantitative Datenerhebung

Die quantitative Datenerhebung als systematische Aktivität zur Informationsbeschaffung (Hamann & Erichson, 2000, S. 81) sowie Sammlung und Analyse von empirischen Primärdaten erfolgte im quantitativen Studienarm über eine Befragung mit dem eigens konzipierten Onlinefragebogen *FE-akad-ELP*. Die informelle Befragung als sozialwissenschaftliches Datenerhebungsverfahren hatte dabei zum Ziel, möglichst reliable (zuverlässige) und valide (gültige) Informationen zu generieren (Scholl, 2018, S. 22) und wurde durch die Aufforderung zur Selbstbeschreibung der Befragten unter der Prämisse der Freiwilligkeit der Teilnahme und Auskunftserteilung geleistet (ebd., S. 22). Dabei äußerten sich die Auskunftspersonen in Schriftform über den Forschungsgegenstand (Böhler, 2004, S. 85).

#### 4.4.1 Zugang zum Feld

Der Zugang zum Feld für die quantitative Onlinebefragung durchlief vier Schritte. Im ersten Schritt wurde das Feld topografisch definiert. Zu diesem Zweck wurden die 16 deutschen Bundesländer in vier regionale Zonen gebündelt:

1. **Norden:** Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein
2. **Osten:** Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
3. **Süden:** Baden-Württemberg, Bayern
4. **Westen:** Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland

Aus jeder Zone wurde im zweiten Schritt ein Bundesland computerbasiert per einfacher Zufallsauswahl (Simple Random Sample) generiert (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 21). Die Auswahl fiel dabei auf die Bundesländer *Hansestadt Hamburg (HH)*, *Sachsen-Anhalt (SA)*, *Baden-Württemberg (BW)* und *Hessen (HE)*. Für eine möglichst flächendeckende Erfassung wurden für Hamburg alle Bezirke und für die anderen Bundesländer alle Landkreise listenweise aufgestellt. Die Vorab-Auswahl der Emailadressen von Praxisleitungen aus der *ELP* per Bezirk/Landkreis erfolgte im dritten Schritt willkürlich (ebd., S. 22) anhand der Online-Recherche (Gelbe Seiten, Das Örtliche und Google) nach Versorgungspraxen mit Adressverzeichnis oder Internetpräsenz.

Das vordefinierte Ziel lag im Erreichen einer Bruttostichprobengröße von mindestens  $n=1.800$  Probanden, um bei einem geschätzten Rücklauf von wenigstens 10% (Bortz & Döring, 2006, S. 256) auf aussagefähige Datensätze von  $n \geq 180$  netto zurückgreifen zu können (Bühner, 2011, S. 344 f.). Über dieses mehrstufige Herangehen konnte schließlich ein Pool von  $n=2.432$  Emailadressen (Ergo:  $n=881$ , Logo:  $n=691$ , Physio:  $n=860$ ) als Bruttostichprobe (Engel & Schmidt, 2014, S 332) angelegt werden (☞ Anh. 3). Zur Chancengleichheit (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 21) wurde im vierten Schritt ein finales computerbasiertes Simple Random Sample von  $n=2.100$  Emailadressen zufällig gezogen. Dabei wurden  $n=300$  Kontakte für den Fall nicht funktionierender Emailadressen als Überschuss einkalkuliert. Die restlichen  $n=332$  Kontakte verblieben im Pool für die Durchführung eines Standard-Pretests mit dem *FE-akad-ELP*.

#### **4.4.2 Datenerhebungsmethode mittels quantitativem Onlinefragebogen**

Die Onlinebefragung zur Quantifizierung und Objektivierung von individuellen Sichtweisen, z.B. von Meinungen oder Vorannahmen, zählt in der empirischen Sozialforschung mittlerweile zu einer gängigen und am häufigsten eingesetzten Methode der Datenerhebung (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 48). Sie besticht neben der guten Erreichbarkeit der Zielpersonen (Mummendey & Grau, 2014, S. 91) durch ihren verhältnismäßig geringen organisatorischen, zeitlichen und finanziellen Aufwand (Scholl, 2018, S. 44 f.). Dabei stellt die Fragebogenentwicklung als solche eine Herausforderung dar, die nur zu einem befriedigenden Ergebnis führt: „[...] *wenn wissenschaftliche Erkenntnisse über die bei einer Befragung ablaufenden Prozesse Berücksichtigung finden.*“ (Porst, 2014, S. 14).

Folgendes Erhebungsinstrument kam in dieser Studie zum Einsatz:

*Fragebogen zur Einstellungsmessung berufsfachschulisch ausgebildeter Praxisleitungen aus der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie gegenüber ihren akademisierten Kollegen - FE-akad-ELP*



Der *FE-akad-ELP* ist in seiner Entwicklung und Anwendung noch relativ jung und wurde u.a. für den Einsatz in diesem Projekt konzipiert (Schönfeld, 2016, S. 60). Als weiterführendes Produkt eines internen Forschungsprojektes ohne öffentlichen Zugang soll seine Entwicklung in Bezug auf seine Güte kurz angerissen und sein methodischer Einsatz anschließend vorgestellt werden.

#### Hintergründe und Fragebogenentwicklung

In seiner Entstehungshistorie basiert der hier eingesetzte *FE-akad-ELP* auf seinem Vorläufer, dem *FE-akad-PT* (Physiotherapie), welcher das Arbeitsergebnis eines zweijährigen internen Forschungsprojektes zum Thema *Akademisierung und Bildungspolitik in den Gesundheitsberufen* am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ist (Hanf, Kretschmer, Melcher, & Schönfeld, 2015, S. 3). Den Hintergrund für die Fragebogenentwicklung bildete die Annahme, dass es durch die heterogene Entwicklung unterschiedlicher Qualifizierungswege in den klassischen Therapieberufen *ELP* zu einem Zweiklassengefälle kommen könne (ebd., S. 4). Aufgrund fehlender Erhebungsinstrumente (ebd., S. 5) entwickelte das damalige Forschungsteam den *FE-akad-PT* für die Physiotherapie in vier aufeinander aufbauenden Phasen und in engmaschiger Anlehnung an ein Good-Clinical-Practice-konformes Studienprotokoll (ICH, 1996, S. 1 ff.):

1. **Phase I:** externe Literaturrecherche & Handsuche
2. **Phase II:** vier leitfadenorientierte Experteninterviews mit berufsfachschulisch ausgebildeten und niedergelassenen Praxisleitungen aus der Physiotherapie und Logopädie
3. **Phase III:** Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring sowie Brainstorming der Forschenden zur Generierung von inhaltlichen Fragen
4. **Phase IV:** Fragebogenkonstruktion mit 2-Phasen Pretest nebst wissenschaftlicher Analyse

Als Ergebnis lag im Frühjahr 2016 der *FE-akad-PT* als quantitativer, teilstandardisierter und psychometrischer Onlinefragebogen vor, der im Rahmen zweier Master-Abschlussarbeiten durch Mitglieder des Forschungsteams im Sommer 2016 zu Validierungszwecken für die Physiotherapie und in adaptierter Form für die Logopädie als *FE-akad-LOG* pilotiert wurde, um die wissenschaftliche Güte, Machbarkeit und Relevanz bestimmen zu können. Die Analysen bestätigten beide Fragebogenvarianten insgesamt als solide Erhebungsinstrumente mit leichtem Nachbesserungsbedarf durch Revision einiger schwacher Items. Die Datenanalyse für die Subkategorien *Pro-* und *Contra Akademisierung* aus dem *FE-akad-LOG* ergab neben einer hohen Objektivität in Bezug auf die Durchführung, Auswertung und Dateninterpretation mittlere bis hohe Testkennwerte für die Reliabilität und Inhalts- bzw. Konstruktvalidität (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 78).

#### **4.4.3 Der FE-akad-ELP als Erhebungsinstrument**

Nach den Pilotierungsergebnissen erfolgte für die hier vorliegende Studie eine Adaption des *FE-akad-LOG* durch Inklusion der Ergotherapie und Physiotherapie mit bereits erwähnter Umbenennung in *FE-akad-ELP*.

Die nach Itemrevision ausgewählten monothematischen Inhaltsfragen (Scholl, 2018, 102 f.) wurden in einfacher und zufälliger Reihenfolge als Simple Random Sample (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 21) aus einem Itempool mit Passfähigkeit für alle drei Therapieberufe gezogen und eindimensional angeordnet, um eine Vorhersehbarkeit in der Anordnung und im Antwortverhalten (Response Bias) zu vermeiden (Schönfeld, 2016, S. 60). Der Fragebogen eröffnete nach der einleitenden Begrüßung mit einer Filterfrage, um sicherzustellen, dass die Befragten der Zielgruppe entsprachen (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 78). Es folgten 26 inhaltliche Fragen (Anh. 4), die das Konstrukt *Einstellung* möglichst erschöpfend erfassen sollten. Der Begriff *Einstellung* beschreibt hier weniger das offene Verhalten gegenüber akademisierten Kolleginnen/Kollegen, sondern vielmehr die Gedanken, Gefühle und Bewertungen und deren Ausprägungen auf Verhaltensweisen bzw. -absichten (Mummendey & Grau, 2014, S. 26). Die Item-Struktur bestand für alle inhaltlichen Fragen aus einer fünfstufigen unipolaren Ratingskala im Likert-Format (Raab-Steiner & Benesch, 2018, 58 f.) bei einheitlicher Kodierung von Minimal nach Maximal (ebd., S. 27) und durchgängig sichtbarer verbaler Etikettierung (Abb. 3)

5. Ich wäre als Arbeitgeberin prinzipiell dazu bereit, meine akademisierten Angestellten höher zu entlohnen.				
stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	weder/noch	stimme eher zu	stimme voll zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Abb. 3:** Frage 5/Item-Kennzeichnung IN04 aus dem *FE-akad-ELP* (SoSci Survey, 2017)

Es wurde eine ungerade Abstufungsanzahl gewählt, um den Befragungspersonen die Chance zu geben, sich bewusst für die neutrale Mitte zu entscheiden, wenn sie sich dort inhaltlich zugehörig fühlen (Porst, 2014, S. 81). Nach acht anschließenden Fragen zur Demografie sowie einer offenen Frage im Freitextformat für ergänzende Anmerkungen schloss das Instrument als revidierte Fragebogenfassung ab. Da bei den bereits genannten Pilotierungsstudien für die Physiotherapie und Logopädie vergleichbare Pretests erfolgreich durchgeführt wurden, konnte daran angeknüpft werden. So erfolgte aufgrund dieser neuen Fragebogensdramaturgie im September 2017 ein abschließender 2-Phasen-Pretest (Prüfer & Rexroth, 2000, S. 5). Dabei wurde der *FE-akad-ELP* von einer willkürlich ausgewählten Gelegenheitsstichprobe von Therapierenden aus der *ELP* (n=12) in einem Querschnitt nach Phase 1 als inhaltlich valide (Scholl, 2018, S. 83) beurteilt. Die Personenstichprobe bestätigte dabei eine zumutbare testökonomische Handhabbarkeit in der Ausfüllsituation (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 21 ff.) sowie ein deutliches Frageverständnis (Prüfer & Rexroth, 2000, S. 7):

➤ **Phase 1:**

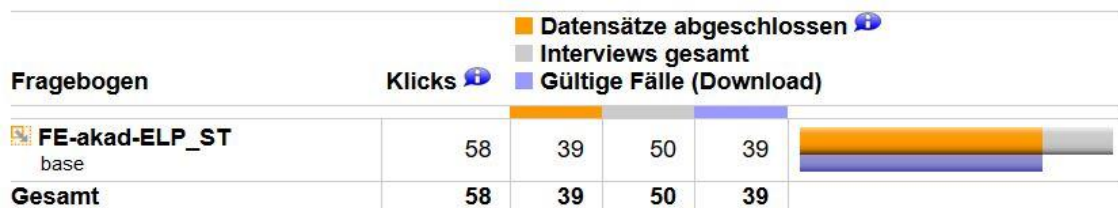
- Durchführung eines kognitiven Pretests mit mündlichem Evaluationsinterview (n=1) und Techniken des lauten Mitsprechens der Erzählperson beim Ausfüllen, Fragen nach Beweggründen der Beantwortung und Erkundigung nach dem Frageverständnis

- Durchführung von schriftlichen Evaluationsinterviews (n=11), wobei der *FE-akad-ELP* auf einer bereitgestellten Online-Plattform von allen 11 Personen aus den drei Therapieberufen ausgefüllt und positiv beurteilt wurde

Im Anschluss an die Phase 1 erfolgte die Nachbesserung einiger leichter Konstruktionsschwächen (z. B. Rechtschreibprüfung, Kürzung zu langer Fragepassagen, Layout-Vereinheitlichung) als Ergebnisauswertung aus den Evaluationsinterviews. Das Instrument wurde anschließend einer technischen Überprüfung unterzogen (SoSci Survey, 2017, S. 1 f.), um seine Funktionalität im Online-Portal zu sichern. In Phase 2 erfolgte ein Standard-Pretest unter Feldbedingungen (Prüfer & Rexroth, 2000, S. 15) für eventuell weitere Verbesserungen und zur Planung der Haupterhebung (Scholl, 2018, S. 185). Die Personenstichprobe sollte dabei größer als n=100 sein, um die Fragebogenqualität sinnvoll einschätzen zu können (Mummendey & Grau, 2014, S. 91). Zum Einsatz kam in einem Querschnitt das Simple Random Sample (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 21) von n=332 aus dem Pool der n=2.432 Emailadressen aus dem Feldzugang. Die Analyse von n=39 bestätigte die Konsistenz in der Fragekonstruktion sowie im Frageverständnis.

➤ **Phase 2:**

- Durchführung des Standard-Pretests (☞ Abb. 4) mit Fragebogenversand über das Online-Portal mit einmalige Testung unter realistischen Bedingungen nach Abschluss der Fragebogenkonstruktion; die Personenstichprobe wurde nicht in gesonderter Form vorab in das Forschungsprojekt eingewiesen (Prüfer & Rexroth, 2000, S. 14)

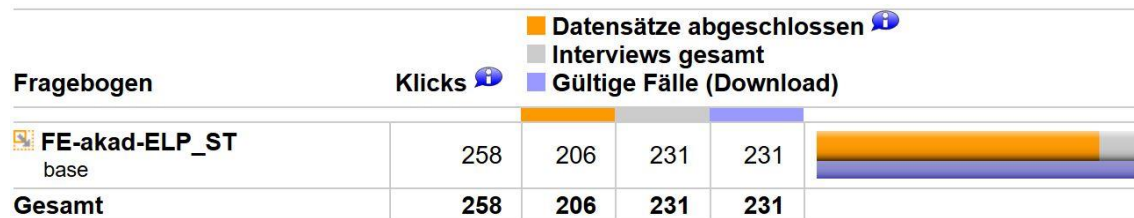


**Abb. 4:** Rücklauf-Statistik aus dem Standard-Pretest mit dem FE-akad-ELP (SoSci Survey, 2017)

Datenerhebung mit dem FE-akad-ELP

Die Datenerhebung mit dem *FE-akad-ELP* erfolgte im November 2017 über einen Zeitraum von vier Wochen. Zu diesem Zweck wurde im Online-Portal ein Adress-Panel mit den n=2.100 zufällig gezogenen Emailadressen aus dem Feldzugang angelegt. Nach Bereinigung doppelt angelegter Emailadressen lagen n=2.040 Emailadressen zum Versand bereit. Die Einladungsmail zur Teilnahme an der Onlinebefragung erhielt als Zugriffsbeschränkung per Serienmail-Einstellung (SoSci Survey, 2018, S. 3) einen individuellen und computergenerierten Teilnahmelink als einmaligen Zugangscod zum Fragebogen (ebd., S. 3), sodass ein Mehrfachausfüllen oder die Weiterleitung des Teilnahmelinks an Dritte ausgeschlossen werden konnte. Es wurden n=1.847 Einladungen erfolgreich verschickt; für n=193 Emailadressen gab es eine Fehlermeldung. Nach 14 Tagen erhielten die Befragten, die noch nicht geantwortet hatten, per Nachfassaktion (SoSci Survey, 2018, S. 6) ein Erinnerungsanschreiben als erneute Serienmail. Zum Einhalt des Datenschutzes wurden die anschließenden Befragungsdaten pseudonymisiert erhoben (ebd., S. 4).

Zu diesem Zweck wurde den Befragten vom Online-Portal eine individuelle und computergenerierte Personenkennung zugewiesen und dort treuhänderisch verwaltet, sodass ein direkter Bezug zwischen den Befragten und ihren Datensätzen seitens der Projektleitung nur auf begründete Anfrage möglich war (ebd., S. 4). Der Gesamtrücklauf lag bei  $n=231$  gültigen Fällen, von denen  $n=206$  Datensätze annähernd abgeschlossen wurden (Abb. 5):



**Abb. 5:** Rücklauf-Statistik aus der Haupterhebung mit dem FE-akad-ELP (SoSci Survey, 2017)

Die eingegebenen Daten wurden im Online-Portal über einen passwortgeschützten Zugriffsschutz gesichert (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 78) und nach Befragungsende zur Vorbereitung für die Datenanalyse in eine Datenmatrix überführt (ebd., S. 78), welche folgend vorgestellt wird.

#### 4.4.4 Aufbereitung der quantitativen Daten

An die Haupterhebung mit dem *FE-akad-ELP* schloss sich im Januar 2018 eine *Unit-Non-response-Analyse* (Engel & Schmidt, 2014, S. 332) an, um die Gründe für eine Teilnahmeverweigerung an der Befragung zu eruieren. Alle Personen, die ihre Teilnahme verweigerten, wurden über das Online-Portal per Serienmail mit individuellem Teilnahmelink (SoSci Survey, 2018, S. 3) erneut angeschrieben. Die Serienmail bestand aus einer Einzelfrage mit Mehrfachantwortmöglichkeit: technische oder zeitliche Probleme, fehlendes Interesse, Gefühl von Belästigung, fehlende Zielgruppenzugehörigkeit und Sonstiges, um so einer späteren Ergebnisverzerrung durch Unter- oder Überschätzung interessierender Effekte vorzubeugen (Engel & Schmidt, 2014, S. 332). Danach schloss sich die zweiphasige Weiterverarbeitung der Daten (Scholl, 2018, S. 186) durch ihre Aufbereitung und deskriptivstatistische Datenanalyse (Bortz & Döring, 2006, S. 371) an. Da es sich um eine computergestützte schriftliche Befragung per internetbasierter Befragungsoftware handelte (Scholl, 2018, S. 53 f.), erfolgte die Datenübertragung direkt auf den Webserver, der entsprechende Datensätze im Online-Portal passwortgeschützt sicherte und zur Weiterverarbeitung pseudonymisierte (SoSci Survey, 2018, S. 4). Da das Ausfüllen und die technische Dateneingabe bei Onlinefragebögen identisch sind (Scholl, 2018, S. 51), erfolgte bereits in diesem Schritt eine teilweise automatische Konsistenzüberprüfung auf dem Webserver, da Übertragungsfehler durch den Interviewer ausgeschlossen werden konnten (ebd., S. 51). Die vorbereiteten Datensätze wurden nach Befragungsende in einem rein technischen Schritt gebündelt und in das Programm der Statistiksoftware *SPSS*® eingepflegt. In der Kodierungsplanung (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 75) erhielten die einzelnen Items des *FE-akad-ELP* bei der Fragebogengestaltung entsprechende Bezeichnungen mit Wiedererkennungswert, z. B. *FF01* als Variablenlabel (Lück & Landrock, 2014, S. 401) für die Filterfrage, die den Fragebogen eröffnete.

Den soziodemografischen und psychologischen Items wurde jeweils ein Zahlencode zugeordnet (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 75). Die numerische Etikettierung der Ausprägungen erfolgte über die Vergabe von numerischen Wertelabels (Lück & Landrock, 2014, S. 401) von 1 (stimme nicht zu) bis 5 (stimme voll zu), wobei die größte Merkmalsausprägung die größte Zahl bekam (Bortz & Döring, 2006, S. 67). Die Datenmatrix wurde abschließend einer systematischen Bias-Prüfung (Kuckartz, Ebert, Rädiker, & Stefer, 2009, S. 61) unterzogen (Tab. 3), bevor mit der Datenanalyse in SPSS® begonnen wurde.

**Tab 3:** systematische Fehlerüberprüfung (Lück & Landrock, 2014, S. 407)

Fehlerart	Beispiel	Prüfung	ggf. Korrektur
fehlende Werte (missing values) (Cieleback & Rässler, 2014, S. 375)	Item-Nonresponse	Durchsicht der Datenmatrix nach Wertelabel -9 = nicht beantwortet	Löschung von Datensätzen mit Antwortverhalten <80%, Imputation per Mittelwert
außergewöhnlich hoher Anteil fehlender Werte bei einzelnen Variablen (Lück & Landrock, 2014, S. 405)	Frageitem als Variable wird kaum/selten beantwortet	Durchsicht der Variablen nach Wertelabel -9 = nicht beantwortet	Löschung entsprechender Variablen
falsche Itemkodierung (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 75)	fehlerhafte Bezifferung von Merkmalsausprägungen	Durchsicht der Variablen-Übersicht auf dem Webserver	einheitliche Vergabe von Wertelabels nach Merkmalsausprägung
Umkodierung (Bühner, 2011, S. 217 f.)	höchste Merkmalsausprägung trägt niedrigstes Wertelabel	Durchsicht negativ gepolter Variablen	Umkodierung in einheitliche Schlüsselrichtung

#### Datenanalyse mit SPSS®

Als psychometrisch ausgerichteter Fragebogen (Bortz & Döring, 2006, S. 194) orientiert sich der *FE-akad-ELP* in seiner revidierten Form zur Beschreibung seiner Fragebogenqualität (Bortz & Döring, 2006, S. 195) an den Kriterien der anwendungsbezogenen Testgütekriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* (Moosbrugger & Kelava, 2012, S 8) aus der klassischen Testtheorie. Dabei werden in Grundzügen Aussagen zur Stabilität und Zuverlässigkeit (ebd., S. 100) des Instrumentes gemacht, da die Fragebogendramaturgie im Vergleich zur Vorläuferversion *FE-akad-LOG* leicht modifiziert und an die Ergo- und Physiotherapie angepasst wurde. Die Datenanalyse erfolgt per *Itemanalyse* (Mathieu, 2014, S. 90). Zwar existiert in der Literatur derzeit keine verbindliche Festlegung der Bezeichnung, in den meisten Fällen wird jedoch die Rohwertverteilung (absolute/relative Häufigkeiten, Mittelwert und Standardabweichung) beschrieben (ebd., S. 91), gefolgt von den Angaben zur Reliabilität (Chronbach- $\alpha$ , Schwierigkeitsindex und Trennschärfe) und Validität (Dimensionalität, z. B. über Faktorenanalysen) (Bortz & Döring, 2006, S. 218). Die während der gesamten Testentwicklungsphase mehrfach bestätigte Objektivität rückt hier in den Hintergrund, denn: „Die beiden wichtigsten Gütekriterien für Fragebogen sind die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und die Validität (Gültigkeit).“ (Mummendey & Grau, 2014, S. 100). Die Reliabilitätsanalyse beschreibt die interne/innere Konsistenz (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 136) mit Beurteilung der Homogenität des Gesamtfragebogens (Mummendey & Grau, 2014, S. 101).

Folgende Parameter als Testkennwerte werden hinzugezogen:

- **Skalenreliabilität:** mit *Cronbach- $\alpha$*  zur Schätzung der inneren Konsistenz (Bühner, 2011, S. 166)
- **Itemreliabilität:** mit *Schwierigkeitsindizes* zur Identifikation von zu leichten/zu schwierigen Fragen (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 76 f.) und Berechnung von *korrigierten Trennschärfewerten* zur Bestimmung der Itemhomogenität (Mummendey & Grau, 2014, S 98 f.)

Die Bewertung der internen Validität bzw. Konstruktvalidität (Mummendey & Grau, 2014, S. 106) erfolgt durch den Einsatz der *Exploratorischen Faktorenanalyse (EFA)*. Diese bietet einen heuristischen Interpretationsspielraum (Bortz & Döring, 2006, p. 378) von zusammenhängenden Frageitems als Variablen an (Mummendey & Grau, 2014, S. 98) und dient der Datenreduktion (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 326). Identifizierte Items werden in Form von *Item-Batterien* (Fromm, 2012, S. 54) angelegt und bilden die spätere Basis für eine qualitativ-interpretative Modellbildung (Bühner, 2011, S. 296). Folgende statistische Subtests werden durchgeführt:

- **Skalenvalidität:** mit *Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium* als Maß der Stichprobeneignung für eine anschließende *EFA* (Bühner, 2011, S. 346) und *Bartlett-Test auf Sphärizität* zur Überprüfung der Nullhypothese, dass es keine korrelative Beziehung zwischen den Items gibt (Bühl, 2016, S. 632)
- **Itemvalidität:** mit *Measure of Sampling Adequacy* zur Eignung für die *EFA* (Bühner, 2011, S. 347)
- **Methodenwahl:** mit *Hauptkomponentenanalyse* zur Beschreibung, welche Items zu Komponenten/Faktoren zusammengefasst werden können (Bühner, 2011, S. 394)
- **Anzahl zu extrahierender Faktoren:** mit *Screeplot* zur grafischen Überprüfung bedeutsamer Faktoren (Bühl, 2016, S. 617), *Festlegung der Faktorenanzahl* auf Basis des Eigenwertverlaufs nach dem Kaiser-Kriterium (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 329 f.) und *Extraktion zu interpretierender Faktoren* nach rotierter Ladungsmatrix in *SPSS®* (Bühner, 2011, S. 349)
- **Rotationsverfahren:** mit *orthogonale Rotation per Varimax* zur unabhängigen Interpretierbarkeit der Faktoren bei Varianzmaximierung (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 332)

**Tab. 4:** Testkennwerte (Bühner, 2011, S. 81)

Testkennwerte zur Reliabilitätsanalyse		
Richtgrößen	Kürzel	Ziel
Stichprobengröße	n	>180
Cronbach- $\alpha$	$\alpha$	>,70
korr. Trennschärfe	$r_i$	>,30
Schwierigkeitsindex	$P_i$	80-20
Testkennwerte zur Validitätsanalyse		
Richtgrößen	Kürzel	Ziel
Kaiser-Meyer-Okin	KMO	>,50
Bartlett-Test	p	<,05
Stichprobenmaß	MSA	>,50
Kommunalität	$h^2$	>,50
Ladungen	$\lambda_i$	>,40

Die in Tabelle 4 angestrebte Testkennwerte zur Reliabilitäts- sowie Validitätsanalyse bilden lediglich eine ungefähre Richtlinie, denn: „*Betrachtet werden müssen auch der Beitrag, den ein Test zur Lösung einer gegebenen Fragestellung leisten kann, und die Situation, in der ein Test angewandt wird.*“ (Bühner, 2011, S. 81). Ihre Beurteilung bleibt abhängig vom Gesamtkontext der Datenanalyse (ebd., S. 81). Abschließend erfolgt eine *multivariate Varianzanalyse (MANOVA)* für einen pluralen Mittelwertvergleich zwischen den Inhaltsitems als abhängige Variablen (AV) und den Berufsgruppen bzw. Bundesländern als unabhängigen Variablen (UV) (Kuckartz, 2013, S. 185).

Die *MANOVA* soll als kausalanalytisches Verfahren (Fromm, 2012, S. 12) den Einfluss der UV *Berufsgruppe* und *Bundesland* auf ausgewählte metrisch skalierte Frageitems aus der *EFA* abbilden (ebd., S. 12). Überprüft wird, ob sich auftretende Mittelwertdifferenzen mit zufälligen Schwankungen durch die Zusammensetzung der Stichprobe erklären lassen (Kuckartz, 2013, S. 161) oder ob es überzufällige Unterschiede mit gegebenenfalls zu interpretierenden Zusammenhängen zwischen den Gruppen gibt (Bühl, 2016, S. 343). Daher werden folgende ungerichtete unspezifische Nullhypothesen aufgestellt (Kuckartz, 2013, S. 146):

- **Nullhypothese 1:** Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den befragten Berufsgruppen bezüglich der Einstellung gegenüber akademisierten Kolleginnen und Kollegen ( $H_0: \mu_E = \mu_L = \mu_P$ ).
- **Nullhypothese 2:** Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den erhobenen Bundesländern bezüglich der Einstellung gegenüber akademisierten Kolleginnen und Kollegen ( $H_0: \mu_{HH} = \mu_{SA} = \mu_{BW} = \mu_{HE}$ ).
- **Nullhypothese 3:** Es gibt keine signifikante Interaktion zwischen den UV ( $H_0: \mu_{Bg} = \mu_{Bl}$ )

Vorausgesetzt werden die Unabhängigkeit dieser Nettostichprobe (Kuckartz, 2013, S. 160) von  $n=199$  durch ihre zufällige Ziehung (Keller, 2018, S. 2) sowie eine Normalverteilung der Residuen (ebd., S. 2) für Stichproben  $<30$  auf Basis des zentralen Grenzwertsatzes (Minitab, 2018, S. 1). Im weiteren Verlauf der *MANOVA* soll in *SPSS*<sup>®</sup> die Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrix mittels Box-Test ermittelt werden (Keller, 2018, S. 2) sowie für das multivariate Testing der Nullhypothesen die Pillai-Spur mit der größten Power bei Unterschieden in mehreren AV (ebd., S. 3). Zur Bestimmung von Abweichungen, die nicht von den UV erklärt werden, wird die Wilks-Lambda-Spur gewählt (ebd., S. 3). Anhand des Levene-Tests zur Bestimmung der Varianzhomogenität (Kuckartz, 2013, S. 161) erfolgt eine Überprüfung der Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der AV über Gruppen hinweg gleich ist. Für einen univariaten Mehrfachvergleich zwischen den AV und den jeweiligen Berufsgruppen oder Bundesländern als unabhängige Faktorstufen (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2018, S. 165) ist aufgrund der ungleichen Gruppengrößen der Tukey-Kramer Post-Hoc-Test angezeigt (Hemmerich, 2019, S. 1). Abschließend werden zur Bestimmung der Effektstärke bei signifikanten Unterschieden das partielle Eta-Quadrat berechnet, um zu klären, wie viel Prozent der beobachteten Variationen in den Werten der AV auf den jeweiligen Faktor zurückgehen. (Kuckartz, 2013, S. 195).

Bevor im weiteren Verlauf dieses Oberkapitels die Methode des qualitativen Studienarms vorgestellt wird, soll das folgende Analyseschema wichtige Auswertungsschritte nochmals zusammenfassen (Abb. 6).

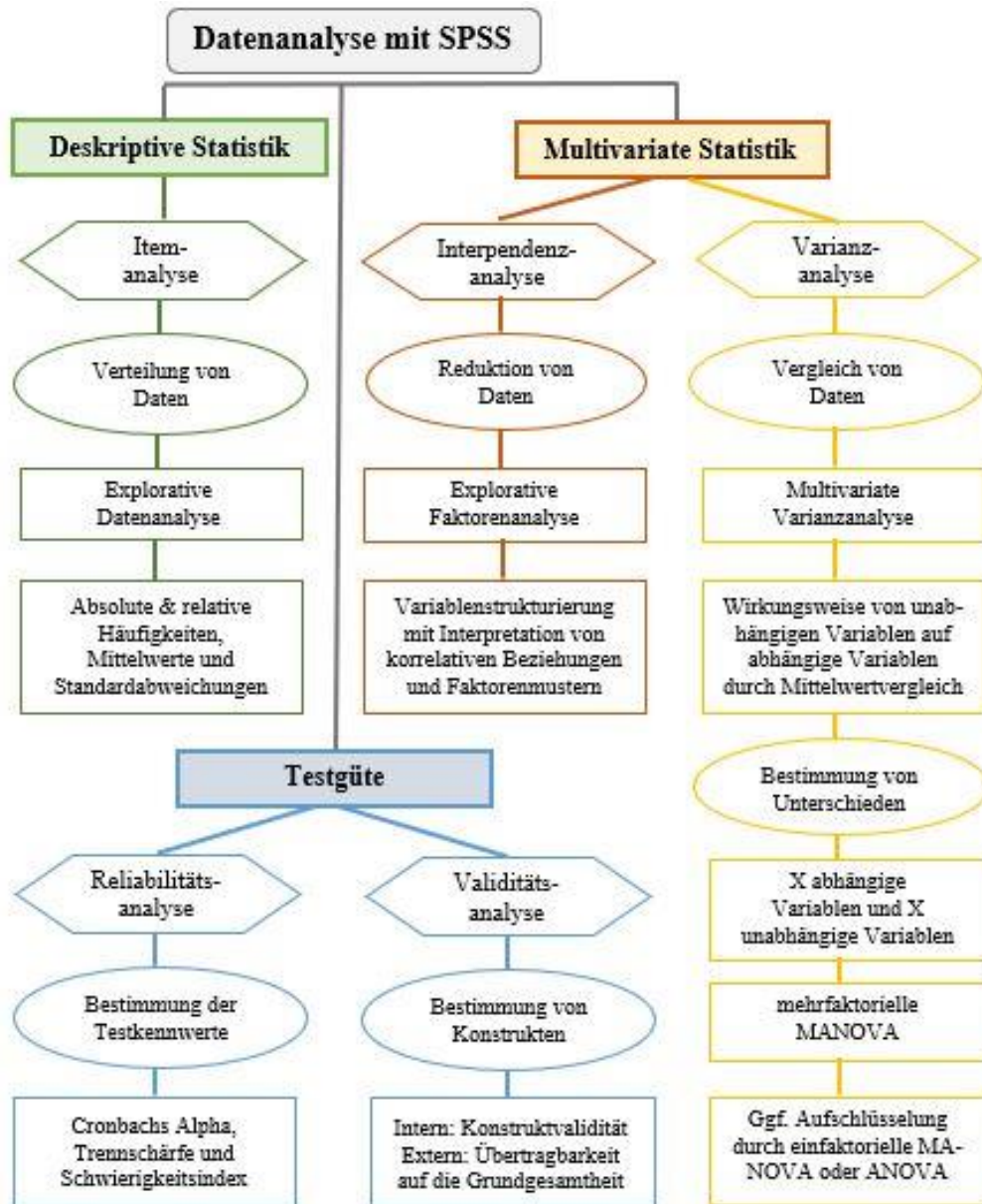


Abb. 6: zusammenfassendes Analyseschema in SPSS® (zit. n. UZH-Methodenberatung, 2018)

#### 4.5 Qualitative Datenerhebung

Der Gegenstand der qualitativen Datenerhebung dient innerhalb der hier vorgestellten zweiarmigen Querschnittsstudie zur mündlichen Erfassung von Ausschnitten im sozialen Miteinander von intraprofessionellen Teams in der *ELP*, die sich durch das menschliche Handeln begründen (Gläser & Laudel, 2010, S. 24).

Max Weber (1976) hebt insbesondere die soziologische Komponente hervor, „(...) welche soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will.“ (Weber, 1976, S. 1). Subjektive Sichtweisen als Deutungsmuster oder Wirklichkeitskonzepte sollen durch die Arbeit mit sprachlichen Äußerungen besser verstanden werden (Helfferich, 2011, S. 21), um interaktive Aspekte der sozialen Wirklichkeit im Feld interpretativ erklären zu können (ebd., S. 22).



### 4.5.1 Zugang zum Feld

Der Zugang zum Feld für die fokussierten Interviews wurde aus Gründen der besten Erreichbarkeit (Mummendey & Grau, 2014, S. 91) topografisch für den Berliner Raum definiert. Das Sampling erfolgte nach dem Convenience-Prinzip der einfachsten Zugänglichkeit (Flick, 2016, S. 166). Auf weitere Zielgerichtetheit wurde verzichtet, um eine möglichst breite Erfassung kontrastierender Fälle zu ermöglichen (ebd., S. 167). Die Annahme der Kontrastierung stützt sich auf die Diversität der verschiedenen Einrichtungen, in denen Therapierende in der Regel arbeiten (Paulicke et al., 2017, S. 141) sowie auf die vermutete Diversität in den Berufsbiografien. Die Rekrutierung erfolgte offen und per Snowball-Sampling und orientierte sich dabei an bereits bestehende Beziehungen im Feld (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 180 f.). Zu diesem Zweck wurde im Februar 2017 eine offizielle schriftliche Einladung über vorhandene Emailverteiler und bestehende berufliche Kontakte mit umfassender Information und Aufklärung der Interessierten versandt. Zudem wurde im Anschreiben darum gebeten, die Einladung nach dem Schneeballprinzip an relevante Kolleginnen/Kollegen weiterzuleiten (Raab-Steiner & Benesch, 2018, S. 22 f.). Über diese Herangehensweise konnte ein Sample von n=9 Praxisleitungen (drei Ergotherapeutinnen, drei Logopädinnen, zwei Physiotherapeutinnen sowie ein Physiotherapeut) generiert werden, die den Einschlusskriterien entsprachen.

### 4.5.2 Leitfadententwicklung für fokussierte Interviews

Robert K. Merton und Patricia L. Kendall (1979) entwickelten das fokussierte Interview für die Medienforschung (Flick, 2016, S. 195), welches in seiner ursprünglichen Form als Gruppeninterview sowie als Einzelinterview (Helfferich, 2014, S. 679) realisiert werden kann. Da die (Alltags-)Kommunikation nur selten identisch mit informellen Befragungsformen ist, bedurfte es im Vorfeld einer Überführung in eine regelgeleitete Kommunikation (Scholl, 2018, S. 21): nach der Vorgabe eines einheitlichen Erzählstimulus zu Interviewbeginn wurde dessen Wirkung auf die Erzählpersonen im weiteren Verlauf über einen halbstrukturierten Leitfaden (Anh. 5) beleuchtet (Flick, 2016, S. 195). Dieser Erzählstimulus bestand aus vier provozierenden Aussagen aus einer vorherigen Onlinebefragung unter berufsfachschulisch ausgebildeten Praxisleitungen der Logopädie (Schönfeld & Luderer, 2018), die als Thesenpapier vorgelegt wurde:

**Beispielaussage aus Freitextnennung 46:** *„In meinen Augen fehlt es studierten Therapeuten mit Master- & Bachelorabschluss an Praxiserfahrung und Empathie. Es fehlt ihnen zu viel Eigenerfahrung und praktisches Wissen. Am gravierendsten sehe ich es an, dass sie es zu wenig gewohnt sind, Körper anzufassen, Halt und Sicherheit zu geben. Dies soll ausgeglichen werden, indem wir berufserfahrenen Therapeuten in langen Praktika die Studenten unentgeltlich ausbilden und betreuen sollen.“* (FT 46-46)

Die Fokussierung als strukturierendes Moment leuchtete aus, wie die Erzählpersonen diese provozierenden Aussagen subjektiv empfanden und welche Aspekte wahrgenommen wurden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 147).

Die dramaturgische Ausgestaltung des halbstrukturierten Leitfadens erfolgte dabei nach dem Prinzip „*So offen wie möglich, so strukturierend wie notwendig*“ (Helfferrich, 2014, S. 676). Dabei wurden drei Anforderungen berücksichtigt: *Offenheit als Priorität, Übersichtlichkeit* und *Anschmiegen an den Erzählfluss* (ebd., S. 677). Der Leitfaden bestand aus den fünf Themenkomplexen *Stimulus, Erleben, Chancen, Herausforderungen* und *Gelingensfaktoren*. Die Fragen wurden aus der *SPSS-Formel* (ebd., S. 677 f.) abgeleitet:

- **S:** Sammeln von Fragen mit möglichst vielen Teilaspekten zu den Fragestellungen
- **P:** Prüfen der Fragen auf ihre Fähigkeit hin, relevante Aussagen zu generieren
- **S:** Sortieren von Fragen nach zeitlicher Abfolge, Zusammengehörigkeit und Fragerichtung
- **S:** Subsumieren von Fragen durch Sprachimpulse, wenn Aspekte nicht ausreichend erscheinen

Jeder Themenkomplex begann mit einer offenen Frage als Starter, damit sich die Erzählpersonen möglichst offen und frei äußerten (ebd., 2014, S. 676) und endete mit einigen halbstrukturierten Nebenfragen zur thematischen Eingrenzung. Den letzten Themenkomplex *Gelingensfaktoren* bildeten strukturierte und vorgegebene Fragen mit der Kopfstandtechnik (Köhn-Ladenburger, 2013, S. 146) ab. Mit ihr wurden Faktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit durch Umkehrung der Frage ausgelotet, um daraus kreative Lösungen zu generieren (ebd., S. 146).

**Beispiel für eine Kopfstandfrage:** „*Was müssen Sie als Praxisleitung tun, damit die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit ihren akademisierten Angestellten gehörig misslingt?*“

Die Leitfadendramaturgie klang mit mündlichen Fragen zur Verabschiedung aus.

### 4.5.3 Datenerhebungsmethode mittels fokussierter Interviews

Die fokussierten Interviews fanden im Zeitraum von März bis Mai 2017 in den jeweiligen Praxisräumen der Erzählpersonen in Berlin statt. Am Tag des jeweiligen Interviews bestätigten diese zu Beginn des Interviews ihre informierte Einwilligung (informed consent) (WMA, 2013, S. 7) durch ihre Unterschrift auf einem Beiblatt zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten. Die Erzählpersonen wurden darüber informiert, dass sie ihr Einverständnis jederzeit und ohne negative Folgen, auch über die Befragungszeiträume hinaus, widerrufen können (DGB e.V., 2016, S. 1 ff.). Zur Wahrung der Anonymität (Gläser & Laudel, 2010, S. 55) wurden unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) alle personenbezogenen Daten sowie die Audiodateien vor Ort pseudonymisiert und über Zugriffschutz in elektronischer Form gesichert (DGS & BDS, 2014, S. 2 f.). Folgende Erhebungselemente (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 80 ff.) wurden während der Interviews berücksichtigt:

1. **Joining:** Small-Talk vor dem Eingangsstimulus, um in der Situation anzukommen
2. **Eingangsfrage:** Setzen des einheitlichen Erzählstimulus aus dem ersten Themenkomplex
3. **Herstellung von Selbstläufigkeit:** Nachfragen erst nach deutlichem Abschluss der Darstellung
4. **immanentes Nachfragen:** Nachfragen mit konkretem Bezug zum vorher Gesagten
5. **exmanentes Nachfragen:** Fragen nach Ausschöpfung aller immanenten Fragen, die sich nicht oder nur entfernt auf das Gesagte beziehen

6. **Abrunden und Bedanken:** positives Feedback an die Erzählpersonen, Dank für das Aufwenden von Zeit und Konzentration
7. **Nachphase:** systematische Beobachtung nach Abschalten des Aufnahmegerätes mit schriftlicher Fixierung noch folgender Informationen und Anfertigung des Postskriptums

Da es sich um fokussierte Interviews handelte, wurden zusätzlich noch weitere Kriterien berücksichtigt (Flick, 2016, S. 195 ff.): die *Nichtbeeinflussung* durch verschiedene Frageformen, die *Spezifität* zur Herauskonturierung konkreter Erlebnisbestandteile, die *Erfassung eines breiten Spektrums (Range)* mit möglichst vielen themenrelevanten Aspekten und die Tiefgründigkeit durch Fokussierung oder Wiederholung impliziter oder geäußerter Gefühle (ebd., S. 195 ff.).

#### Hinzunahme von Freitextnennungen

Erweitert wurde die qualitative Datenerhebung durch die Hinzunahme von relevanten Freitextnennungen aus einer vorgeschalteten Onlinebefragung mit dem *FE-akad-LOG* aus einer deskriptiven Pilotstudie mit n=108 teilnehmenden Berliner Praxen der Logopädie (Schönfeld & Luderer, 2018, S. 78) sowie durch Freitextnennungen aus der Onlinebefragung mit dem *FE-akad-ELP* aus dem quantitativen Studienarm dieses Forschungsprojektes. Die deskriptive Pilotstudie mit dem *FE-akad-LOG* erfolgte über eine Ad-hoc-Stichprobe mit Platzierung eines Links auf der Homepage des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl) sowie über eine selbst erstellte Mailingliste (n=164) logopädischer Praxen in Berlin (ebd.). In beiden Onlinebefragungen hatten die befragten Praxisleitungen die Möglichkeit, nach dem Ausfüllen des jeweiligen Onlinefragebogens ihre eigenen Erfahrungen und Meinungen zur Akademisierung und intraprofessionellen Zusammenarbeit in den Therapieberufen in einem Freitextfeld in wenigen Sätzen niederzuschreiben. Insgesamt machten n=85 Praxisleitungen aus der *ELP* davon Gebrauch.

#### **4.5.4 Aufbereitung der qualitativen Daten**

Die Freitextnennungen wurden in einem schriftlichen Dokument elektronisch gebündelt, per Code pseudonymisiert und in einem gesicherten Ordner zentral abgespeichert (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 450). Nach Beendigung der Interviewphase wurden diese erhobenen Daten für die Datensicherung und -analyse vorbereitet. Dabei wurde zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärdaten unterschieden (Fuß & Karbach, 2014, S. 25). Als Primärdaten nennen Fuß und Karbach (2014) die originalen Gesprächs- bzw. Ausfüllsituationen (ebd., S. 25). Ihre Originalität konnte nicht übertragen werden, da rein visuelle außersprachliche oder sprachbegleitende Handlungen bei der Audioaufnahme bzw. dem Ausfüllen der Onlinefragebögen verloren gingen (Kruse, 2014, S. 359 ff.). Die erstellten Audiodateien aus den fokussierten Interviews wurden durch ihre Aufnahmen als Sekundärdaten angelegt (Fuß & Karbach, 2014, S. 25) und durch ihre Verschriftlichung in Tertiärdaten konvertiert (Fuß & Karbach, 2014, S. 25), ebenso wie alle analysierbaren Schrift Dokumente, z.B. die Freitextnennungen oder die soziodemografische Daten.

### Transkription der fokussierten Interviews

Da die erhobenen Daten im weiteren Verlauf des Datenmanagements einer computergestützten *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse - ISQI* (Kuckartz, 2016, S. 97 ff.) unterzogen wurden, kam die Qualitative Data Analysis-Software *MAXQDA* zum Einsatz, da sich mit ihr sowohl Text- als auch Audiodateien analysieren lassen (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 7). Im ersten Schritt wurde in der QDA-Software das Projekt *akad-ELP* als Container für die zu analysierenden Daten angelegt (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 450) und die Text- und Audiodaten eingespeist. Für die fokussierten Interviews wurden Transkriptionsregeln hinzugezogen, die festlegen, wie gesprochene Sprache zu verschriftlichen war, denn:

*„Jede Transkription stellt (...) selbst eine Konstruktion dar - und ist keine objektive Abbildung der verbalen Primärdaten. Das „wie“ in der gesprochenen Sprache hören die Transkribierenden in ihrer menschlichen Wahrnehmung subjektiv unterschiedlich - und damit niemals objektiv.“* (Kruse, 2014, S. 354 f.)

Wissenschaftliche Transkripte haben daher den Anspruch einer Wort-für-Wort-Transkription, um möglichst viele Inhalte eines Interviews abzubilden und den dramaturgischen Aufbau einer Gesprächssituation erkennbar werden zu lassen. (Fuß & Karbach, 2014, S. 17 f.). Dabei hängt es vom Ziel und Zweck der geplanten Analyse ab, wie umfassend verbale Merkmale (z.B. Betonung, Lautstärke, Pausensetzung), paraverbale Merkmale (z.B. Lachen, Hüsteln, Stöhnen) oder nonverbale Merkmale (z.B. Mimik, Gestik, Blickkontakt, Körperhaltung) erfasst werden sollen und welche Verluste vertretbar sind (Kuckartz, 2016, S. 166). Der hierzu benötigte Genauigkeitsgrad in der Transkription für die Beantwortung der Forschungsfragen aus Kapitel 3 wurde in Anlehnung an die Transkriptionsregeln zur computerunterstützte Auswertung (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 47) von Leitfadeninterviews gewählt. Hierfür erschien die Anfertigung eines wissenschaftlichen Grundtranskriptes (Fuß & Karbach, 2014, S. 61) mit relativ einfachem Transkriptionssystem als ausreichend (Kuckartz, 2016, S. 167). Zudem lag der Fokus der geplanten *ISQI* in erster Linie auf der Inhaltsebene, sodass mit der Anwendung eines detaillierteren Transkriptes nicht zwangsläufig mit einem größeren Erkenntnisgewinn zu rechnen war (Fuß & Karbach, 2014, S. 29). So wurde wörtlich in Hochdeutsch transkribiert, wobei sich Sprache und Interpunktion leicht geglättet an das Schriftdeutsch annäherten (Kuckartz, 2016, S. 167). Fehler in der Syntax wurden beibehalten, und Pausen wurden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte markiert (ebd., S. 167). Jeder Sprechbeitrag wurde als eigener Absatz mit pseudonymisierter Kennzeichnung transkribiert, ebenso wie alle weiteren Angaben, die einen Rückschluss auf eine bestimmte Person, einen Ort oder eine Einrichtung hinwiesen (ebd., S. 167). Parallel zum Transkribieren wurden erste elektronische Memos zur Gedankensammlung verfasst und die Arbeitsschritten in einem Logbuch festgehalten (Kruse, 2014, S. 364 ff.). Jedes Transkript wurde abschließend durch einen Abgleich zwischen Transkription und Audiodatei Korrektur gelesen (Kuckartz, 2016, S. 170). Die schriftlichen Freitextnennungen aus den beiden Onlinebefragungen wurden im Original in *MAXQDA* als Dokument angelegt.

### Computergestützte inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

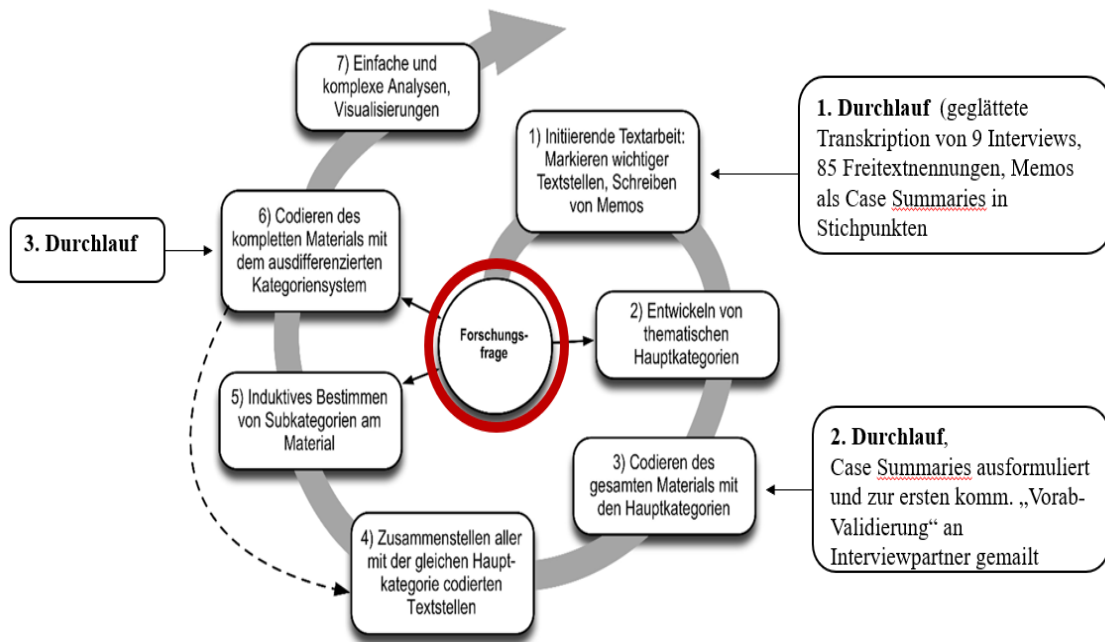
Das interpretative Paradigma qualitativer Sozialforschung bietet mit der *qualitativen Inhaltsanalyse (QIA)* die Möglichkeit, subjektive Perspektiven der Erzählpersonen zu erfassen und verknüpft theoretische Überlegungen mit den empirischen Ergebnissen zur systematischen und intersubjektiven Überprüfbarkeit (Steigleder, 2008, S. 198). Als eine interpretative Form der Auswertung, die an eine menschliche Verstehens- und Deutungsleistung geknüpft ist (Kuckartz, 2016, S. 27), entsteht ein Kategoriensystem als zentrales Instrument (Mayring, 2015, S. 51). Bei gleichzeitiger Textreduktion (Fuß & Karbach, 2014, S. 27) werden induktiv Kategorien gebildet (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 452 f.), die einer Entwicklung einer von den Ursprungstexten ausgehenden Informationsbasis zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen (Gläser & Laudel, 2010, S. 200 f.). Als flexible und offene Technik lebt die *QIA* von vielen kleinschrittigen Festlegungen und Entscheidungen (Mayring, 2015, S. 53), denn abhängig vom Sprachmaterial können die Dimensionen existierender Kategorien stets verändert oder neue Kategorien entwickelt werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 201), um relevante Vorannahmen oder Hypothesen zu testen:

*“What counts alone in qualitative analysis [...] is the selection and rational organization of such categories as condense the substantive meanings of the given text, with a view to testing pertinent assumptions and hypotheses.”* (Kracauer, 1952, S. 637 f.).

Der Aspekt der *inhaltlichen Strukturierung* ermöglicht es, relevante Themen, Inhalte und Aspekte in Hinblick auf die forschungsleitenden Fragestellungen zu identifizieren und ihren theoriegeleiteten Kategorien zuzuführen (Mayring, 2015, S. 103), um die Textmengen hinsichtlich theoretisch interessierter Merkmale klassifizierend zu beschreiben (Früh, 2015, S. 44). Das nach festgelegten Ordnungskriterien extrahierte Material bietet einen Querschnitt durch das Material zur besseren Einschätzung an (Mayring, 2015, S. 67). Zum Einsatz kam daher die *inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (ISQI)* nach Kuckartz (2016) mit einer Strukturierung des Datenmaterials durch zwei Dimensionen (Kuckartz, 2016, S. 97 ff.). Dazu gehören die Fälle (hier: das mündlich interviewte Sample) und die Kategorien (hier: das Codesystem) (ebd., S. 49). Die Ziele der *ISQI* wurden in diesem Forschungsprojekt wie folgt reflektiert (ebd., S. 55):

1. **Wie lautet die Hauptfragestellung?** Wie erleben berufsfachschulisch ausgebildete Praxisleitungen aus der *ELP* die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten?
2. **Welche Inhalte stehen im Mittelpunkt?** Das Aufzeigen von Erfahrungen und Meinungen sowie von Chancen und Herausforderungen zur Ableitung von Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit.
3. **Welches Konzept spielt dabei eine Rolle?** das Konzept der ambulanten intraprofessionellen Zusammenarbeit von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Therapierenden der *ELP*.
4. **Welche Vorannahmen existieren?** Dass die intraprofessionelle Zusammenarbeit von Therapierenden mit unterschiedlicher Qualifikation sowohl durch gegenseitige Befruchtung eine Chance für die Handlungs- und Kompetenzerweiterung sein kann als auch ein Risiko durch Spaltung in eine Zweiklassengesellschaft von Therapierenden aufgrund bisher gleicher Tätigkeit und Vergütung.

Basierend auf diesen Vorüberlegungen wird folgend das siebenschrittige Ablaufschema der *ISQI* nach Kuckartz (2016) vorgestellt (zB Abb. 7).



**Abb. 7:** Überblick über das Ablaufschema der *ISQI* (zit. n. Kuckartz, 2016, S. 100)

### Phase 1: Initiierende Textarbeit

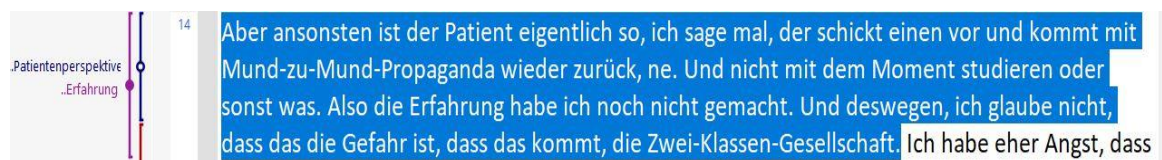
Den Analyseprozess einleitend wurden alle Texte in Anlehnung an die vier w-Fragen hermeneutisch-interpretativ und bei offenem Codieren sorgfältig gelesen (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 70). Bei diesem induktiven Zugang zum Textmaterial wurden identifizierte Phänomene und Sachverhalte mit neuen, dicht am Material liegenden inhaltlichen Kategorien (hier: Codes) im jeweiligen Dokument in *MAXQDA* farblich codiert (ebd., S. 70). Diese Grobcodierung (Kuckartz & Rädiker, 2010, S. 741) diente als erster Hinweis auf das Vorhandensein verschiedener Themen im Text (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 75). Als Codiereinheiten wurden sogenannte Sinneinheiten (Kuckartz, 2016, S. 43) als Codings gesetzt. Als Codierregel (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 74) und Kriterium für die Bestimmung der Länge einer Sinneinheit galt, dass ein Coding möglichst satzwertig und außerhalb des Textes verständlich war (Kuckartz, 2016, S. 43). Die Fragen des Interviewers wurden nur bei Verständnisfragen mitcodiert. Das Schreiben von Code-Memos (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 71) beschrieb den jeweiligen Code (ebd., S. 71). Solch ein Memo bekam eine Definition des Codes, Ein- und Ausschlusskriterien für die Codierung, eine Anzahl von Schlüsselwörtern (hier: Keywords) sowie Ankerbeispiele mit prototypischer Funktion zugewiesen (Steigleder, 2008, S. 30) und diente als wichtiger Bestandteil zur Ausarbeitung des Codierleitfadens (Kuckartz, 2016, S. 40). Zum Abschluss der Phase 1 wurden stichpunktartige Case-Summaries als erste Fallzusammenfassungen (Kuckartz, 2016, S. 59) angefertigt, die sich eng am Gesagten der Erzählpersonen orientierten (ebd., S. 59) und einen Überblick für erste Fallvergleiche anboten (ebd., S. 62).

### Phase 2: Entwickeln von thematischen Codes

Im der weiteren zweidimensionalen inhaltlichen Strukturierung von Fällen und Codes wurden bisher definierte Codes mit enger Anbindung an die w-Fragen weiter ausdifferenziert und in *MAXQDA* farbcodiert (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 74): *Prägung*, *Chance*, *Herausforderung*, *Gelingensfaktor*. Neben diesen vier Codes wurden noch zwei weitere Codes (*Verlangen* und *Weiterbildung*) mit untergeordneter Funktion angelegt. Da die Codes direkt am Textmaterial entwickelt wurden, konnte auf eine Überprüfung auf ihre konkrete Anwendbarkeit (Kuckartz, 2016, S. 102) hin verzichtet und mit Phase 3 begonnen werden.

### Phase 3: Codieren des gesamten Materials mit den bisherigen Codes

Diese Phase wird als erster eigentlicher Codierprozess beschrieben (Kuckartz, 2016, S. 102). Alle Dokumente aus den neun Interviews und den Freitextfeldern wurden in einem zweiten Durchlauf systematisch auf relevante Textabschnitte hin untersucht und die Fundstellen ihren jeweiligen Codes zugeordnet. In der klassischen Inhaltsanalyse wird davon ausgegangen, dass Codes disjunkt und präzise definiert sein müssen, damit Textstellen nur einem einzigen Code zugeordnet werden können (ebd., S. 103). Bei einer thematischen Codierung in diesem Forschungsprojekt war es ebenso möglich, dass eine Textstelle verschiedene Themen ansprach und eine Mehrfachcodierung oder Überlappung (ebd., S. 103) erlaubte (Abb. 8):



**Abb. 8:** Beispiel einer Mehrfachcodierung mit Überlappung in *MAXQDA*

Nach dem zweiten Durchlauf durch das gesamte Material wurden die stichpunktartigen Case Summaries in Fließtexte ausformuliert und den Erzählpersonen zur ersten kommunikativen Validierung (Bergold & Flick, 1987, S. 253) zugemailt. Die Ausfüllpersonen der Freitextnennungen konnten aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht einbezogen werden. Diese Form der qualitativen Absicherung diente der ersten Ergebniskommunikation und damit der Transparenzerhöhung in der wissenschaftlichen Dateninterpretation (Meyer, Miggelbrink, & Beurskens, 2018, S. 167). Im Sinne des Datenfeedbacks (ebd., S. 165) wurden die Erzählpersonen durch ihre Rückmeldungen zu den eigenen Case Summaries in den weiteren Forschungsprozess integriert (Flick, 2016, S. 495). Diese Zwischenstufe wurde als ein früher Schritt der externen Validitätserhöhung (Meyer et al., 2018, S. 167) eingesetzt, um die Gültigkeit bisheriger Interpretationen prognostisch abzusichern (Bergold & Flick, 1987, S. 254) und eine Synchronisation über die Interpretationen zwischen den Erzählpersonen und dem Interviewer zu ermöglichen (ebd., S. 253).

### Phase 4: Zusammenstellen aller mit dem gleichen Code codierten Textstellen

In dieser Phase wurden alle bis dahin identifizierten Textstellen der jeweiligen Hauptkategorie in einem separaten Dokument als Text-Retrieval gesammelt (Kuckartz, 2016, S. 180).

Zur späteren Verwendung als Ankerbeispiele wurde jeder relevanten Textstelle ein Gewichtungswert als Relevanzscore (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 79) in *MAXQDA* zugewiesen. Über diese Funktion konnte festgelegt werden, „[...] zu welchem Grad ein codiertes Segment das von der Kategorie *Gemeinte zum Ausdruck bringt*.“ (ebd., S. 79). Es flossen Textpassagen mit Gewichtungswerten von 1 (leicht) über 2 (mittel) bis 3 (stark) in die weitere Analyse ein:

- **Ankerbeispiel für den Gewichtungswert 1 (leicht) im Code „Herausforderung“:**  
*„[...] es verdeutlicht die Krux, dass die akademisierten Therapeuten sich den Mehrwert wünschen, aber in der aktuellen Gesundheitswirtschaft sich nicht widerspiegeln lässt.“*  
Code: ● Herausforderung; Gewicht: 1; Quelle: ELP 17\_Freitext 10\_Physio; Position: 44
- **Ankerbeispiel für den Gewichtungswert 2 (mittel) im Code „Chancen“:**  
*„Und bei den Studenten habe ich halt das Gefühl, die sind teilweise noch engagierter, würde ich jetzt mal sagen. Und stehen halt mehr noch dahinter was sie machen.“*  
Code: ● Chancen; Gewicht: 2; Quelle: ELP 17\_Interview 9\_Ergo; Position: 45
- **Ankerbeispiel für den Gewichtungswert 3 (stark) im Code „Gelingensfaktor“:**  
*„Und ich versuche eigentlich die Stärken so in die Praxen einzubringen, dass die Patienten dementsprechend passen, oder jemand, der eine akademisierte Ausbildung gemacht hat, zum Beispiel auch mal ein bisschen was bei uns im Bereich des Qualitätsmanagements macht. Also ich finde, man muss eher sehen, wie man die Stärken einsetzt.“*  
Code: ● Gelingensfaktoren; Gewicht: 3; Quelle: ELP 17\_Interview 4\_Physio; Position: 10

Die Gewichtungen dienten vor allem dem orientierenden Aufbau einer logischen Argumentationskette im weiteren Analyseverlauf. Von daher war es nicht intendiert, exakte Werte zuzuweisen (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 79), sondern eine gewisse Unschärfe war erlaubt (ebd., S. 79).

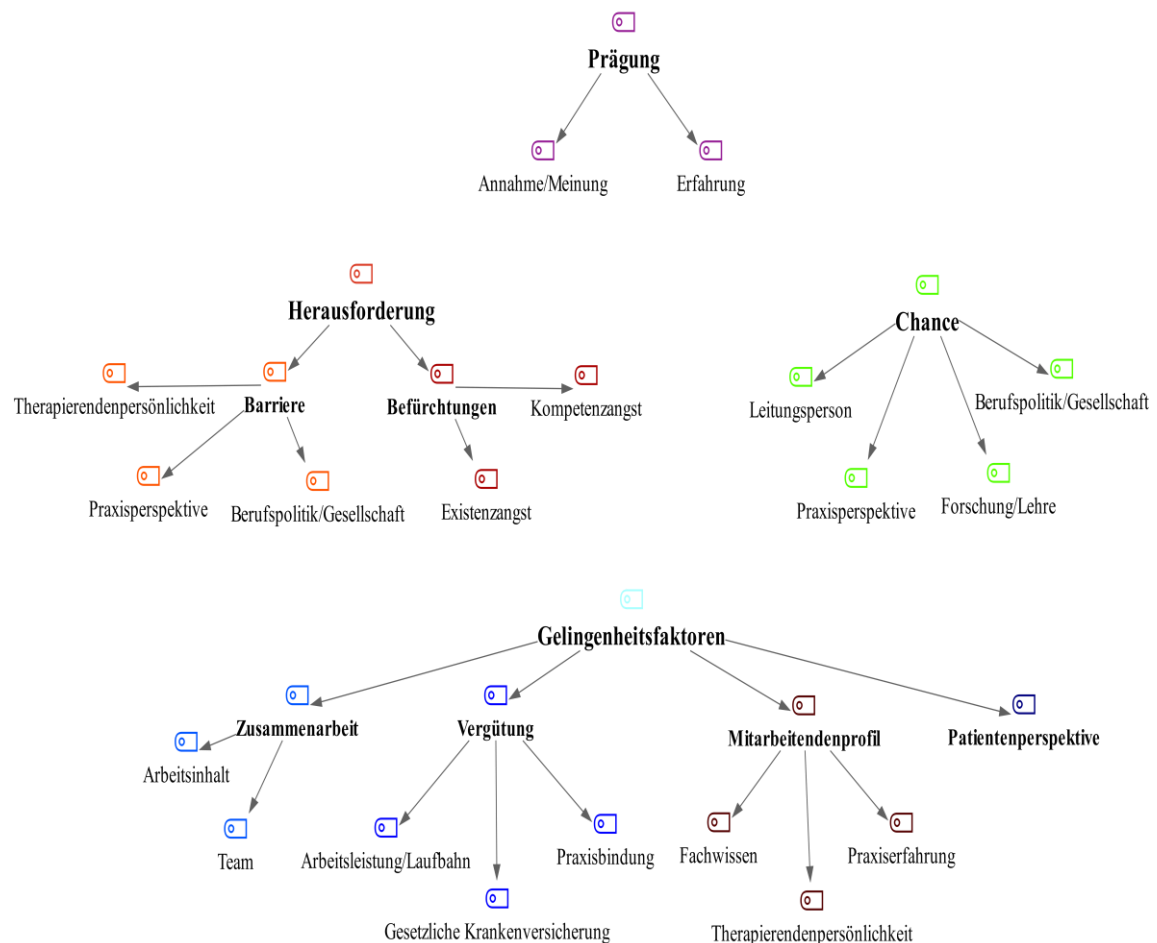
#### Phase 5: Induktives Bestimmen von Subcodes am Material

Nach dem ersten Codierprozess erfolgte in der Phase 5 die Ausdifferenzierung jener vier Codes aus Phase 2, die für dieses Projekt vorrangig von Bedeutung waren. Zu diesem Zweck wurden die Textstellen aus der Phase 4 auf mögliche Subthemen hin analysiert (Kuckartz, 2016, S. 106), welche als Subcodes über maximal zwei Ebenen angeordnet wurden.

#### Phase 6: Codieren des kompletten Materials mit den ausdifferenzierten Kategorien

In diesem systematischen Schritt der Analyse erfolgte im weiteren Codierprozess ein dritter Durchlauf durch das bisher codierte Material (ebd., S. 110). Dabei wurde die Strukturierungsdimension der Codes durch ihre Aufspaltung in einzelne Ausprägungen über insgesamt drei Ebenen (Code, Subcode Ebene 1, Subcode Ebene 2) ausdifferenziert und zu einem Codesystem (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 97) in der Liste der Codes zusammengeschnürt (☞ Abb. 9):





**Abb. 9:** Creative Coding der vier ausdifferenzierten Codes in MAXQDA

Parallel dazu wurde ein Kategorienhandbuch (hier: Codebuch) (Kuckartz, 2016, S. 40) entwickelt, das alle Codes und ihre Beschreibungen (Definition, Ein- und Ausschlusskriterien, Keywords und Ankerbeispiele) enthält und aufzeigt, wie sorgfältig gearbeitet wurde (ebd., S. 40). Auch wurden Codierregeln als Anweisungen für die Analysegruppe festgelegt (ebd., S. 40), um die eindeutige Zuordnung von Textpassagen abzusichern und Abgrenzungsprobleme zwischen den (Sub-)Codes zu vermeiden (Mayring, 2015, S. 97). Das Codebuch und die Codierregeln bildeten in ihrer Summe den Codierleitfaden (Anh. 6) für die spätere Zuordnung des Datenmaterials durch alle Codierenden ab (Steigleder, 2008, S. 30).

In diesem zweiten Codierprozess erfolgte am Ende der Einzelanalyse durch selbigen Codierenden ein dritter Durchlauf mit dem jetzt ausdifferenzierten Codesystem (Kuckartz, 2016, S. 110) durch das komplette Textmaterial. Hierbei wurde auch die Intracoder-Übereinstimmung (Mayring, 2015, S. 124) mit Überprüfung der Stabilität des eigenen Codierverhaltens ermittelt (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 290).

### Phase 7: Qualitative und quantitative Zusammenhangsanalyse

Kuckartz (2016) weist in dieser Phase darauf hin, dass es zwei Analysewege zur Absicherung der internen Studiengüte gibt: „[...]einen qualitativen Weg über das gemeinsame Überprüfen von Codierungen (konsensuelles Codieren) und einen quantitativen Weg über die Berechnung prozentualer Übereinstimmungen [...].“ (Kuckartz, 2016, S. 211).

So wurde eine externe Analysegruppe von drei Bachelor-Studentinnen im fünften Fachsemester Ergotherapie der Alice Salomon Hochschule Berlin akquiriert und das Textmaterial zufällig auf die Gruppe verteilt (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 290). Unter Hinzunahme des Codierleitfadens als Orientierungshilfe (Steigleder, 2008, S. 30) konnte das Textmaterial von jeweils zwei Personen zeitgleich und unabhängig voneinander (Kuckartz, 2016, S. 105) in eigens angelegten *MAXQDA*-Projekten mit Zugriffsschutz auf privaten Laptops codiert werden. Nach Beendigung wurden die externen Projekte in das Hauptprojekt in *MAXQDA* integriert und eine systematische Übereinstimmungsanalyse (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 289) wie folgt durchgeführt (ebd., S. 292 f.):

1. **Vorhandensein des (Sub-)Codes im Dokument:** Übereinstimmung bei gleicher (Sub-)Codevergabe im Dokument, unabhängig von der Häufigkeit
2. **Häufigkeit des (Sub-)Codes im Dokument:** Übereinstimmung, wenn ein (Sub-)Code im Dokument gleich viel vergeben wurde
3. **Codeüberlappung an Segmenten von mindestens 65%:** Übereinstimmung, wenn ein Segment demselben Code zugewiesen wurde und sich die Codings um mindestens 65% überlappten

Im Mai 2018 trafen sich die Codierenden zur finalen Konsensfindung mit dem Ziel, Nicht-Übereinstimmungen zu diskutieren (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 294). Mit Rücksichtnahme auf bestehende zeitliche Ressourcen (ebd., S. 290) wurde aus jedem Therapieberuf jeweils ein zufällig gewähltes Interview dieser Konsensfindung unterzogen. Zu diesem Zweck diskutierten jeweils zwei Codierende in einem Rotationsverfahren die Nicht-Übereinstimmungen aus der Gegencodierung anhand des Inter-coder-Übereinstimmung-Plots in *MAXQDA* (Anl. 19, S. 94), um konsensuelle Lösungen zu finden. Die dritte Person fungierte während der Diskussion als Protokollant und die vierte übernahm die Supervision mit Entscheidung der Codierung nach Anhören der Argumente (Kuckartz, 2016, S. 212).

Die wichtigsten Ergebnisbausteine aus der *ISQI* wurden abschließend durch ein halbstrukturiertes und leitfadenorientiertes Experteninterview mit einer Erzählperson aus dem Sample für einen externen Konsens zwischen Forschenden und Erzählpersonen kommunikativ validiert (Meyer et al., 2018, S. 165), verschriftlicht und den restlichen Erzählpersonen zur Ergebniskommunikation über bisher erfolgte wissenschaftliche Interpretationen (ebd., S. 167) sowie zur Zustimmung zugesandt.

## 5 Ergebnisdarstellung

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit wird die komplexe Datenmenge aus dieser Studie nach dem Sparsamkeitsprinzip (Dupré, 2007, S. 141) auf die aussagekräftigsten Ergebnisse aus der externen Methodentriangulation dieses Forschungsprojektes gelenkt. Vorge stellt werden zuerst die Kernergebnisse aus der quantitativen Onlinebefragung mit dem *Fragebogen zur Einstellungsmessung berufsfachschulisch ausgebildeter Praxisleitungen aus der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie gegenüber ihren akademisierten Kollegen (FE-akad-ELP)*. In einer kurzen Ergebnisdarstellung wird die Durchführung der *exploratorischen Faktorenanalyse (EFA)* zur thematischen Datenreduzierung in Bezug auf die Fragestellungen aus Kapitel 3 skizziert, um den quantitativen Studienarm mit einer Ergebnisdarstellung aus der *multivariaten Varianzanalyse (MANOVA)* abzuschließen. Nach Darstellung der quantitativen Ergebnisse werden die qualitativen Resultate aus der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (ISQI)* vorgestellt und abschließend beides miteinander verknüpft.

### 5.1 Ergebnisse aus der Onlinebefragung mit dem FE-akad-ELP

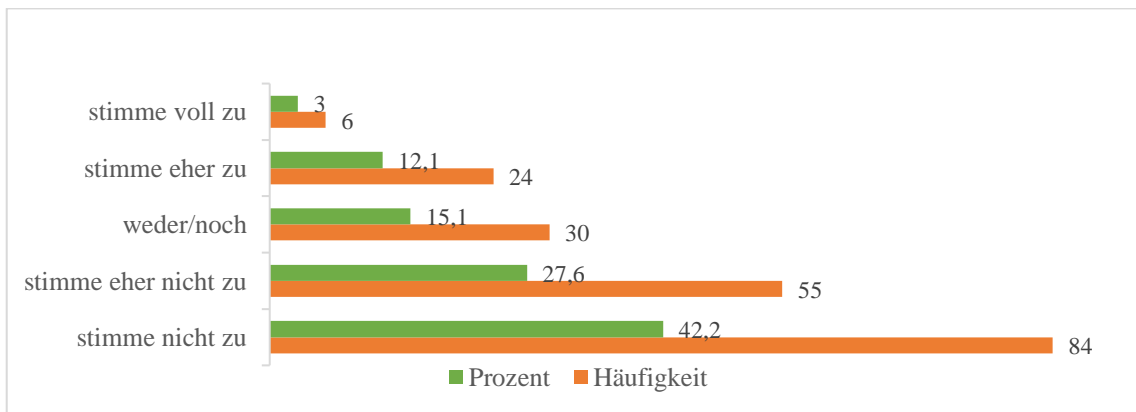
Die quantitativen Ergebnisse entsprechen den in SPSS® ermittelten gültigen Fällen pro Item (Demografie und Inhalt). Die Teststatistik zur Beurteilung von mittlerer Lage und Dispersion für Verteilungen (Bühl, 2016, S. 274) für die Inhaltsitems wird zur übersichtlicheren Lesbarkeit geclustert dargestellt. Sie besteht aus kumulierten (kum.) absoluten und relativen Häufigkeiten ihrer jeweiligen Antwortkategorien, den Mittelwerten ( $\bar{x}$ ) als Lagemaß sowie den Standardabweichungen (SD) als Streuungsmaß (ebd., S. 247) (Tab. 5):

**Tab. 5:** Clusterbildung von Antwortkategorien

Antwortkategorien (kumuliert) mit Verneinung bzw. kleinster Merkmalsausprägung nach Umkodierung		weder /noch	Antwortkategorien (kumuliert) mit Bejahung bzw. größter Merkmalsausprägung nach Umkodierung	
stimme nicht zu: 1	stimme eher nicht zu: 2	neutral 3	stimme eher zu: 4	stimme voll zu: 5
Deskriptivstatistik: kum. absolute & relative Häufigkeiten, Mittelwert ( $\bar{x}$ ) & Standardabweichung (SD)				

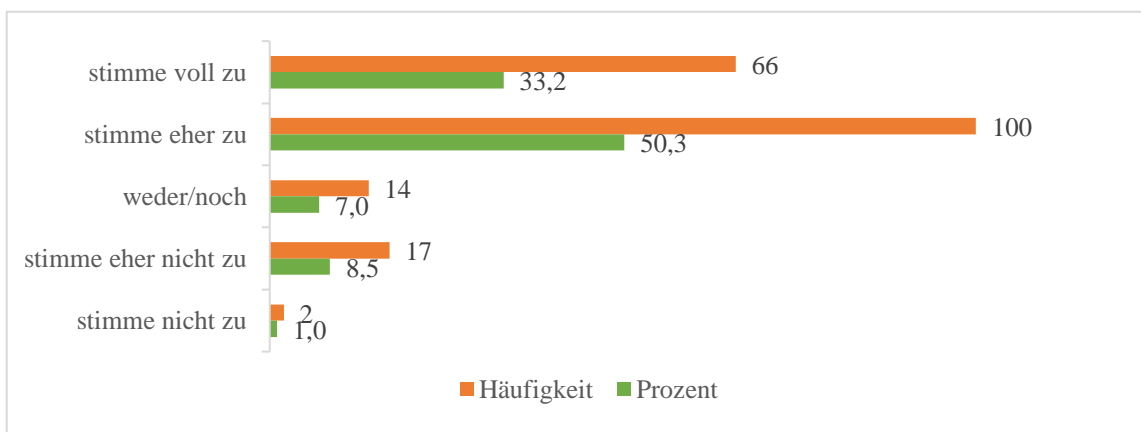
An der Onlinebefragung mit dem *FE-akad-ELP* nahmen im November 2017 mit einem Gesamtrücklauf von 12,5% insgesamt n=231 Praxisleitungen aus den o.g. Therapieberufen teil. Nach systematischer Fehlerprüfung mit Bereinigung der Datenmatrix (Lück & Landrock, 2014, S. 405) konnten n=199 annähernd vollständige Datensätze zu Analysezwecken extrahiert werden. Die mittlere Ausfülldauer lag bei 7,18 Minuten (SD±1,88 Minuten). Die größte Gruppe bildeten die Frauen (n=152; 77,2%) in der Altersklasse von 35 bis 59 Jahren. Die Verteilungsspitze für die *ELP* lag für n=195 gültige Fälle bei der Logopädie (n=84; 43,1%), gefolgt von der Ergotherapie (n=68; 34,9%) und der Physiotherapie (n=43; 22,1%). Als Schulabschluss wurde meist das Abitur genannt (n=113; 57,1%).

Die meisten Befragten (n=153; 77,3%) verfügten über einen alleinigen Berufsfachschulabschluss in ihrem jeweiligen Therapieberuf und arbeiteten in Teams von durchschnittlich ein bis vier Mitarbeitenden (n=96; 46,6%). Die Frage nach einer bevorzugten Einstellung akademisierter Angestellter wurde größtenteils (n=108; 52,45%) verneint. Als Anstellungskriterien standen die Berufserfahrung (n=151; 76,3%;  $\bar{x}=3,88$ ;  $SD\pm 1,091$ ) sowie Zusatzqualifikationen (n=153; 76,8%;  $\bar{x}=3,93$ ;  $SD\pm 0,995$ ) im Vordergrund. Der akademische Abschluss als Anstellungskriterium stellte eine eher untergeordnete Rolle dar (n=118; 59,9%;  $\bar{x}=2,21$ ;  $SD\pm 1,114$ ). Zudem verneinte die größte Gruppe (n=139; 69,8%;  $\bar{x}=2,06$ ;  $SD\pm 1,153$ ) die Frage, akademisierte Angestellte aufgrund des akademischen Abschlusses höher zu entlohnen (☞ Abb. 10).



**Abb. 10:** Itemanalyse IN04-Entlohnung

Bei Zuschreibung einer höheren wissenschaftlichen Reflexivität positionierten sich die Befragten (n=198) in annähernd gleicher Verteilung zwischen Verneinung, Neutralität und Bejahung. Eine große Gruppe der Befragten (n=166; 83,5%;  $\bar{x}=1,94$ ;  $SD\pm 0,914$ ) befürchtete zum Befragungszeitpunkt hingegen einen eher niedrigen Erwerb klinisch-praktischer Handlungskompetenzen während eines primärqualifizierenden Hochschulstudiums (PQS) (☞ Abb. 11):



**Abb. 11:** Itemanalyse IN13\_r - Erwerb praktischer Handlungskompetenzen

Zugleich ging annähernd die Hälfte (n=93; 47,7%;  $\bar{x}=2,59$ ;  $SD\pm 1,163$ ) davon aus, dass akademisierte Angestellte kein höheres Reflexionsvermögen bei der Ausübung praktischer Tätigkeiten innehaben.

Die Frage nach einer Gefährdung der intraprofessionellen Zusammenarbeit durch die voranschreitende Akademisierung wurde von den meisten ( $n=92$ ; 46,2%;  $\bar{x}=3,38$ ;  $SD\pm 1,157$ ) verneint. Eine finanzielle Bezuschussung berufsfachausgebildeter Angestellter für ein berufsbegleitendes Studium lehnte über die Hälfte der Praxisleitungen ( $n=104$ ; 52,3%;  $\bar{x}=2,51$ ;  $SD\pm 1,176$ ) eher ab. Ein zukünftiges berufliches Tätigkeitsfeld für akademisierte Angestellte sah die größere Gruppe der Befragten ( $n=82$ ; 41,2%;  $\bar{x}=2,68$ ;  $SD\pm 1,047$ ) weniger in der Verrichtung praxisinterner Organisations- und Verwaltungsaufgaben. Dafür sprach sich eine deutliche Mehrheit ( $n=162$ ; 81,4%;  $\bar{x}=4,03$ ;  $SD\pm 0,714$ ) für eine Befruchtung in der intraprofessionellen Zusammenarbeit zwischen akademisierten und berufsfachausgebildeten Angestellten aus, wobei den berufsfachschulisch ausgebildeten Angestellten ein leichter Patientenzugang zugesprochen wurde ( $n=103$ ; 51,8%;  $\bar{x}=2,51$ ;  $SD\pm 1,024$ ).

Fast allen Praxisleitungen ( $n=190$ ; 94,1%;  $\bar{x}=4,55$ ;  $SD\pm 0,633$ ) war es für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams sehr wichtig, dass ihre Angestellten losgelöst von der jeweiligen Berufsqualifizierung gleiche Rechte und Pflichten bei der Ausübung all ihrer Praxistätigkeiten haben, um voneinander zu profitieren ( $n=187$ ; 94%;  $\bar{x}=4,45$ ;  $SD\pm 0,679$ ). Eine Existenzbedrohung durch akademisierte Angestellte wurde daher weniger gesehen ( $n=142$ ; 71,3%;  $\bar{x}=4,03$ ;  $SD\pm 1,143$ ), ebenso wenig die Frage danach, ob akademisierte Angestellte aufgrund ihres Hochschulabschlusses abgelehnt werden ( $n=85$ ; 42,7%;  $\bar{x}=3,38$ ;  $SD\pm 1,007$ ). So sprach sich annähernd die Hälfte der Befragten ( $n=98$ ; 49,5%;  $\bar{x}=3,32$ ;  $SD\pm 1,354$ ) tendenziell für eine grundsätzliche Akademisierung aus, zumal sich viele Praxisleitungen ( $n=89$ ; 45,4%;  $\bar{x}=3,34$ ;  $SD\pm 1,058$ ) als berufsfachschulisch ausgebildete Therapierende einen Eigenprofit vom Fachwissen ihrer akademisierten Angestellten erhoffen. Auch wurde der Akademisierung der Therapieberufe von vielen Befragten ( $n=138$ ; 70,2%;  $\bar{x}=3,81$ ;  $SD\pm 1,073$ ) eine Förderung der berufspolitischen Stabilität zugesprochen. Dabei erwarten die Praxisleitungen ( $n=150$ ; 75,3%;  $\bar{x}=3,95$ ;  $SD\pm 0,886$ ), dass sich akademisierte Angestellte regelmäßig über neue Forschungsergebnisse informieren und diese mit dem gesamten Praxisteam teilen.

Zwar wurde mehrheitlich ( $n=116$ ; 58,3%;  $\bar{x}=3,55$ ;  $SD\pm 1,104$ ) ein Zugewinn in der praktischen Arbeit in Teams durch akademisierte Angestellte gesehen, die Frage danach, ob akademisierte Angestellte aufgrund ihrer Hochschulausbildung bessere Behandlungsergebnisse erzielen, wurde von der größeren Gruppe der Teilnehmenden ( $n=80$ ; 40,2%;  $\bar{x}=2,80$ ;  $SD\pm 1,184$ ) hingegen hinterfragt. Der Onlinefragebogen endete mit der Frage danach, ob die berufsfachschulisch ausgebildeten Praxisleitungen zum Befragungszeitpunkt über einen beruflichen Tätigkeitswechsel nachdenken. Dies wurde von den meisten ( $n=117$ ; 58,8%;  $\bar{x}=3,61$ ;  $SD\pm 1,359$ ) eher verneint.

### **5.1.1 Ergebnisse aus der Reliabilitäts- und Validitätsanalyse**

Die in Kapitel 4.4.3.1 skizzierte Reliabilitätsanalyse zur Bestimmung der inneren Konsistenz (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 130) und Fragebogenhomogenität (Mummendey & Grau,

2014, S. 101) des *FE-akad-ELP* als überarbeitete Variante des *FE-akad-PT* bzw. *FE-akad-LOG* ergab in *SPSS*<sup>®</sup> folgende Testkennwerte (Tab. 6):

**Tab. 6:** Reliabilitätsanalyse *FE-akad-ELP*

Testkennwerte zur Reliabilitätsanalyse gültiger Fälle			
Richtgrößen	Kürzel	Ziel	Ergebnisse
Stichprobengröße	n	>150	193
Cronbach- $\alpha$	$\alpha$	>.70	.867
korr. Trennschärfe	$r_i$	>.30	.047-.702
Schwierigkeitsindex	$P_i$	.80-.20	.89-.23

Bei guter Nettostichprobengröße von  $n=193$  gültigen Fällen konnte eine innere Konsistenz des *FE-akad-ELP* mit einem mittleren Cronbach- $\alpha=.867$  für die standardisierten 28 Inhaltsitems ermittelt werden. Dieser Wert bestätigte

auf Skalenebene, dass die Inhaltsitems hoch positiv korrelierten (Bühner, 2011, S. 167) und eine innere Konsistenz des Onlinefragebogens gegeben ist. Auf Itemebene ergab die Itemanalyse der korrigierten Eigentrennschärfe, dass 20 Items homogen (Mummendey & Grau, 2014, S 98 f.) in mittleren bis hohen Bereichen (Bühner, 2011, S. 81) korrelierten. Acht Items zeigten Werte mit Eigentrennschärfen von kleiner .30. Die Analyse zur Bestimmung, wie leicht oder schwer ein Item beantwortet wurde, lag für 26 Items im vorgegebenen Bereich von  $P_i=.73$  bis  $P_i=.23$ . Zwei Items zeigten niedrigere Schwierigkeitsindices mit Werten von  $P_i=.89$  und  $P_i=.86$  und wiesen darauf hin, dass diese zu leicht zu beantworten waren (ebd.). In seiner Summe der erreichten Testkennwerte kann der *FE-akad-ELP* als wissenschaftliches Erhebungsinstrument somit als reliabel eingestuft werden. Zur Bestimmung der Konstruktvalidität (Mummendey & Grau, 2014, S. 106) wurden folgende Parameter in *SPSS*<sup>®</sup> bestimmt (Tab. 7):

**Tab. 7:** Validitätsanalyse *FE-akad-ELP*

Testkennwerte zur Validitätsanalyse			
Richtgrößen	Kürzel	Ziel	erreichte Werte
Kaiser-Meyer-Olkin	KMO	>.50	.858
Bartlett-Test	p	<.05	<.001
Stichprobenmaß	MSA	>.50	.518-.951
Kommunalitäten	$h^2$	>.50	.476-.849
Ladungen	$\lambda_i$	>.40	.437-.764

Das Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium (KMO) zum Ausschluss zu hoher spezifischer Fehlervarianzen ergab mit einem KMO=.858 einen guten Skalenkoeffizienten (Klopp, 2010, S. 4), der die Durchführung der *EFA* erlaubte. Gestützt wurde dieses

Ergebnis durch den höchst signifikanten Bartlett-Test (Bühl, 2016, S. 632) mit  $p<.001$  bei Ablehnung der Nullhypothese, dass alle Korrelationen kleiner null sind (Bühner, 2011, S. 347). Das Stichprobenmaß (Measure of Sampling Adequacy/MSA) auf Ebene der Items bestätigte mit überwiegend guten bis sehr guten Werten von MSA=.518 bis .951 (ebd., S. 347) zusätzlich die Stichprobeneignung für den Einsatz der *EFA* (ebd., S. 356).

Die Korrelationsmatrix der Kommunalitäten mit Werten von  $h^2=.476$  bis .849 konnte in Abhängigkeit zur Stichprobengröße ( $n=199$ ) mehrheitlich als 'fair' (Klopp, 2010, S. 4) bewertet werden. In der Summe der erzielten Teststatistik aus der Reliabilitäts- und Validitätsanalyse konnten die Voraussetzungen für die Durchführung der *EFA* bestätigt werden (Bühner, S. 348 ff.).

### 5.1.2 Ergebnisse aus der Exploratorischen Faktorenanalyse

Durch den Einsatz der *EFA* in ihrer Funktion als datenreduzierende Dimensionsanalyse (Fromm, 2012, S. 54) konnten zwei homogene latente Faktoren extrahiert werden. Der Screeplot diente dabei als grafische Entscheidungshilfe und als Abbruchkriterium (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 327), um unter den ermittelten latenten Faktoren mit Eigenwerten größer 1 die stabilsten auszuwählen, die zudem mehr Gesamtvarianzen (kum. 36%) aufklären konnten als ein standardisiertes Einzelitem (Bühner, 2011, S. 321). Dabei luden 13 Inhaltsitems mit mehr als vier stabilen Ladungen über .60 (Klopp, 2010, S. 8) auf den ersten größeren Faktor mit einem Eigenwert von 7,674, und vier Items mit ebenfalls stabilen Ladungen luden auf den zweiten kleineren Faktor mit einem Eigenwert von 2,349. Dies ermöglichte eine Zweidimensionalität in der Interpretation der Faktorenstrukturen in Unabhängigkeit von der Stichprobengröße (Klopp, 2010, S., S. 8) und nach heuristischen Kriterien der mutmaßenden Schlussfolgerung (Bortz & Döring, 2006, S. 378):

- **Faktor 1 Zugewinn für die intraprofessionelle Zusammenarbeit:** beschreibt ein geschärftes Profil in der kollegialen Zusammenarbeit, der Praxisorganisation und der Arbeit mit der Patientenklientel und vermittelt eine intraprofessionelle Teamstabilität, die auch werbewirksam sein kann.
- **Faktor 2 Sorge vor zu geringen berufsfachlichen Fertigkeiten:** beschreibt die Sorge, dass akademisierte Angestellte über zu wenig praktische Handlungskompetenzen in der Arbeit mit der Patientenklientel verfügen, was eine gute Intraprofessionalität stören und zu Ablehnung führen kann.

Mit Bezug auf die Fragestellungen des quantitativen Studienarms erfolgte eine ergänzende Itemauswahl der restlichen Items aus dem Item-Pool nach linguistischer Indikation, um zusätzliche psychometrisch geeignete Inhaltsitems zu lokalisieren (Moosbrugger & Kelava, 2012, S. 94) und bei ähnlicher Ausprägung (Scholl, 2018, S. 186) für die Durchführung der anstehenden *multivariaten Varianzanalyse* in Form von *Item-Batterien* (Fromm, 2012, S. 54) zu bündeln.

### 5.1.3 Ergebnisse aus der multivariaten Varianzanalyse

Im letzten Schritt der quantitativen Datenanalyse war von Interesse, ob sich herausragende Gruppenunterschiede (Wentura & Pospeschill, 2015, S. 18) aus der Einstellungsmessung mit dem *FE-akad-ELP* aufzeigten. Die gebündelten und quasi-metrisch skalierten Inhaltsitems des *FE-akad-ELP* wurden daher einer *multivariaten Varianzanalyse (MANOVA)* (Fromm, 2012, S. 12) unterzogen. Als Faktoren (Backhaus et al., 2018, S. 185) wurden die nominal skalierten demografischen Items *DO06 (Berufsgruppe)* und *DO03 (Bundesland)* als unabhängige Variablen (UV) angelegt (ebd., S. 165). Unter Einhaltung des Alpha-Fehler-Niveaus von 5% (0,05) (Rudolf & Müller, 2012, S. 120) sollten eventuell auftretende varianzanalytische Effekte mit einem signifikanten Einfluss (ebd., S. 120) auf die ausgewählten Inhaltsitems als abhängige Zielvariablen (AV) (Backhaus et al., 2018, S. 165) herauskonturiert werden. Die Faktorstufen (ebd., S. 165) für die UV *Berufsgruppe* bildeten die drei Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie und für die UV *Bundesland* die Bundesländer Hamburg (HH), Sachsen-Anhalt (SA), Baden-Württemberg (BW) und Hessen (HE).

Die auf Basis der *EFA* und Fragestellungen dieses Projekts ausgewählten Inhaltsitems wurden als zwei abhängige Variablenmengen auf die im Vorkapitel benannten *EFA*-Faktoren 1 und 2 dimensional aufgeteilt (Nicketta, 2003, S. 9) und als *Item-Batterie 1* und 2 (Fromm, 2012, S. 54) angelegt (Tab. 8 & 9):

**Tab. 8:** *Item-Batterie 1* aus dem *EFA*-Faktor 1

<b>Item-Batterie 1: <i>EFA</i>-Faktor „Zugewinn für die intraprofessionelle Zusammenarbeit“</b>	
<b>IN02_05</b>	Folgende Kriterien sind für mich wichtig, wenn ich jemanden anstelle: akademischer Abschluss.
<b>IN03</b>	Akademisierte Angestellte können neue Forschungsergebnisse leichter in die praktische Arbeit integrieren als berufsfachschulisch ausgebildete Kolleginnen.
<b>IN04</b>	Ich wäre als Arbeitgeberin prinzipiell bereit, meine akademisierten Angestellten höher zu entlohnen.
<b>IN05</b>	Für mich tätige akademisierte Angestellte können für meine Niederlassung nach außen hin werbewirksam sein.
<b>IN06</b>	Akademisierte Angestellte können sich mit wissenschaftlichen Themen leichter auseinandersetzen als ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen.
<b>IN08</b>	Akademisierte Angestellte sollen sich besonders in praxisinterne Organisationsaufgaben einarbeiten.
<b>IN14</b>	Akademisierte Angestellte können praxisinterne Leitungsfunktionen leichter ausführen, als ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen.
<b>IN21</b>	Ich glaube, dass sich berufsfachausgebildete und akademisierte Kolleginnen in der praxisinternen Zusammenarbeit ergänzen.
<b>IN28</b>	Berufsfachschulisch ausgebildete und akademisierte Angestellte sollen sich in meiner Praxis gegenseitig fachlich bereichern.
<b>IN31</b>	Als Niedergelassene bzw. Praxisleitung profitiere ich von dem Fachwissen meiner akademisierten Angestellten.
<b>IN33</b>	Akademisierte Angestellte sollen sich regelmäßig über neue Forschungsergebnisse informieren und diese mit dem gesamten Team teilen.
<b>IN34</b>	Ich sehe durch die Akademisierung einen inhaltlichen Zugewinn für die praktische Arbeit im Team.
<b>IN37</b>	Ein abgeschlossenes Hochschulstudium führt zu einem höheren Reflexionsvermögen bei der Ausübung praktischer Tätigkeiten.

**Tab. 9:** *Item-Batterie 2* aus dem *EFA*-Faktor 2

<b>Item-Batterie 2: <i>EFA</i>-Faktor „Sorge vor zu geringen berufspraktischen Fertigkeiten“</b>	
<b>IN07_r</b>	Die voranschreitende Akademisierung gefährdet die Zusammenarbeit innerhalb meiner Berufsgruppe.
<b>IN13_r</b>	Ich befürchte, dass der Erwerb praktischer Handlungskompetenzen während eines Hochschulstudiums zu gering ausfällt.
<b>IN16_r</b>	Berufsfachschulisch ausgebildeten Angestellten fällt die praktische Arbeit am Patienten leichter als ihren akademisierten Kolleginnen.
<b>IN29_r</b>	Ich fühle mich durch die voranschreitende Akademisierung in meiner beruflichen Existenz als Niedergelassene bzw. Praxisleitung bedroht.
<b>IN30_r</b>	Akademisierte Angestellte werden aufgrund ihres Hochschulabschlusses von berufsfachausgebildeten Kolleginnen eher abgelehnt.
<b>IN15_r</b>	Akademisierte Angestellte können aufgrund ihrer wissenschaftlichen Qualifikation eine Konkurrenz für ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen darstellen.

Bei der Durchführung der einfaktoriellen *MANOVA* mit der *Item-Batterie 1* und dem Faktor *Berufsgruppe* für die Nettostichprobe der *ELP* (n=193) fiel der Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen homogen aus ( $p=.387$ ), ebenso wie der Levene-Test ( $p\geq.110$ ) als Übergang in die später folgende univariate Feinanalyse (Kuckartz, 2013, S. 161).



Die Überprüfung auf multivariate Effekte mit den robusten Subtests 'Pillai-Spur' und 'Wilks-Lambda' (Niketka, 2003, S. 6) wurde durch die Hinzunahme des multivariaten T<sup>2</sup>-Test nach Hotelling (Rudolf & Müller, 2012, S. 119) ergänzt, sodass zusätzlich die Kovarianzen der AV in die Berechnung der Teststatistik einfließen und eine Alpha-Fehler-Kumulierung oder zu konservatives Testen vermieden wurde (ebd., S. 120). Diese drei Subtests ergaben sehr signifikante (Bühl, 2016, S. 177) Werte ( $p \leq .011$ ) als deutlichen Hinweis auf eine relevante Wechselwirkung zwischen der *Item-Batterie 1* und dem Faktor *Berufsgruppe*. Das partielle  $\eta^2$  ( $\eta^2 \geq .115$ ) zur Erklärung, wie viel Prozent der beobachteten Varianzen auf den Faktor zurückgehen (Kuckartz, 2013, S. 195), lag bei  $\geq 11,5\%$  und ergab einen mittleren Effekt (Keller, 2015, S. 2). Die Wahrscheinlichkeit, diesen Effekt in der Nettostichprobe zu finden, falls er wirklich existiert, lag bei 99,1% und damit hoch (Niketka, 2003, S. 6) (Tab. 10):

**Tab. 10:** multivariate Tests von *Item-Batterie 1\*Berufsgruppe* in SPSS®

Prüfgrößen	Testwerte für <i>Item-Batterie 1*Berufsgruppe</i>
Pillai-Spur	=,231; F(26, 358)=1,797; p=,011; $\eta^2$ =,115; beobachtete Schärfe=,991
Wilks-Lambda	=,781; F(26, 356)=1,802; p=,010; $\eta^2$ =,116; beobachtete Schärfe=,991
Hotelling-Spur	=,266; F(26, 354)=1,807; p=,010; $\eta^2$ =,117; beobachtete Schärfe=,991

Diese Ergebnisse erforderten eine univariate Feinanalyse für die AV, ob sich akademisierte Angestellte besonders in praxisinterne Organisationsaufgaben einarbeiten sollen (IN08) und ergab einen nachweisbaren Unterschied zwischen den Berufen als Faktorstufen:

- **IN08 (Organisationsaufgaben):** F(2,190)=3,615; p=,029;  $\eta^2$ =,037; beobachtete Schärfe=,663

Mit diesem eher niedrige Effekt (Keller, 2015, S. 2) konnten 3,7% der Gesamtvarianzen erklärt werden, wobei die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Effekt bei den befragten Personen auch wirklich auftritt, mit 66,3% ebenfalls eher niedrig lag (Niketka, 2003, S. 6). Die nachfolgende Post-Hoc-Analyse mit dem sehr robusten Tukey-HSD-Test zum paarweisen Mittelwertvergleich (Backhaus et al., 2018, S. 192) ergab dabei eine signifikante mittlere Differenz von  $M_{\text{Diff}}=,50$  ( $r=,202$ ;  $p=,040$ ; 95%-KI=,02-,97) zwischen der Ergotherapie und der Physiotherapie.

Als Fazit sahen die befragten Personen aus der Physiotherapie ( $n=42$ ;  $\bar{x}=2,90$ ;  $SD=,932$ ) im Mittel einen größeren Zugewinn für die intraprofessionelle Zusammenarbeit, ihre akademisierten Angestellten bevorzugt mit praxisinternen Organisationsaufgaben zu betrauen, als die Kolleginnen und Kollegen aus der Ergotherapie ( $n=66$ ;  $\bar{x}=2,41$ ;  $SD=1,052$ ). Die Nullhypothese 1 aus Kapitel 4.4.4 wird abgelehnt, da es eine statistisch signifikante Wechselwirkung der *Berufe* auf die *Item-Batterie 1* gibt.

Da weitere relevante Effekte für dieses Modell ausblieben, werden die Analyseergebnisse aus der einfaktoriellen MANOVA mit der *Item-Batterie 1* und dem Faktor *Bundesland* vorgestellt. Diese Nettostichprobe der ELP ( $n=190$ ) erzielte im Box-Test ( $p=,282$ ) und im Levene-Test ( $p>,05$ ) ebenfalls Homogenitäten in den Ko- und Fehlervarianzen.

Die multivariaten Tests zeigten jedoch keine Signifikanzen ( $p=,185$ ) und die Analyse für dieses Modell wurde beendet (Niketta, 2003, S. 6). Als Fazit ergaben sich keine nennenswerten regionalen Unterschiede in der Einstellung bezüglich des Zugewinns durch akademisierte Angestellte für die intraprofessionelle Zusammenarbeit. Die Nullhypothese 2 aus Kapitel 4.4.4 wird angenommen, da es keine statistisch signifikante Wechselwirkung der *Bundesländer* auf die *Item-Batterie 1* gibt.

Im Anschluss erfolgte die einfaktorielle *MANOVA* mit der *Item-Batterie 2* und dem Faktor *Berufsgruppe*. Auch hier konnten der Box-Test ( $p=,190$ ) und der Levene-Test ( $p>,073$ ) für diese Nettostichprobe der *ELP* ( $n=198$ ) entsprechende Homogenitäten in den Ko- und Fehlervarianzen der *Item-Batterie 2* bestätigen und nächste Analyseschritte ermöglichen. Ermittelte Werte ( $p\geq,071$ ) in den drei multivariaten Subtests ergaben auch hier das Fehlen signifikanter Effekte. Als Fazit kann gesagt werden, dass es keine relevanten Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Berufen bezüglich der Sorge vor zu geringen berufspraktischen Fertigkeiten ihrer akademisierten Angestellten gab. Die Nullhypothese 1 aus Kapitel 4.4.4 wird angenommen, da es keine statistisch signifikante Wechselwirkung der *Berufe* auf die *Item-Batterie 2* gibt.

Im nächsten Schritt wurde die einfaktorielle *MANOVA* für die *Item-Batterie 2* und den Faktor *Bundesland* durchgeführt. Die Berechnungen für diese Nettostichprobe der *ELP* ( $n=195$ ) ergaben sowohl für den Box-Test ( $p=,667$ ) als auch für den Levene-Test ( $p\geq,056$ ) die notwendigen Homogenitäten für die Ko- und Fehlervarianzen und ermöglichten die weitere Analyse. Die multivariaten Testergebnisse zeigten eine signifikante Wechselwirkung ( $p\leq,046$ ) für dieses Modell, das mit einem eher niedrigen Effekt ( $\eta^2\geq,050$ ) (Keller, 2015, S. 2) insgesamt 5% der Gesamtvarianzen erklärte. Die Wahrscheinlichkeit, diesen Effekt bei den  $n=195$  befragten Personen zu finden, falls er wirklich existiert, lag mit  $\geq 92,7\%$  dennoch hoch (Niketta, 2003, S. 6) (Tab. 11):

**Tab. 11:** multivariate Tests von *Item-Batterie 2\*Bundesland* in SPSS®

Prüfgrößen	Testwerte für <i>Item-Batterie 2*Bundesland</i>
Pillai-Spur	$=,149$ ; $F(18, 564)=1,642$ ; $p=,046$ ; $\eta^2=,050$ ; beobachtete Schärfe $=,943$
Wilks-Lambda	$=,856$ ; $F(18, 527)=1,654$ ; $p=,044$ ; $\eta^2=,051$ ; beobachtete Schärfe $=,927$
Hotelling-Spur	$=,162$ ; $F(26, 554)=1,663$ ; $p=,042$ ; $\eta^2=,051$ ; beobachtete Schärfe $=,946$

Den o.g. Effekt bestätigte die univariate Testung für die AV, dass die Befragten den Erwerb praktischer Kompetenzen während eines Hochschulstudiums eher gering einschätzen (IN13\_r) und ergab einen nachweisbaren Unterschied zwischen den Bundesländern:

**IN13\_r (praktische Handlungskompetenzen):**  $F(3,191)=3,003$ ;  $p=,032$ ;  $\eta^2=,045$ ; beobachtete Schärfe $=,702$

Mit einem niedrige Effekt (Keller, 2015, S. 2) konnten 4,5% der Gesamtvarianzen erklärt werden, wobei die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Effekt bei den befragten Personen auch wirklich auftritt, mit 70,2% eher niedrig lag (Niketta, 2003, S. 6).

Die nachfolgende Post-Hoc-Analyse mit dem Tukey-HSD-Test (Backhaus et al., 2018, S. 192) ergab dabei eine signifikante mittlere Differenz von  $M_{\text{Diff.}}=,65$  ( $r=,231$ ;  $p=,026$ ; 95%-KI= $0,06-1,25$ ) zwischen den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Hamburg.

Als Fazit äußerten sich die befragten Personen aus der *ELP* aus Sachsen-Anhalt im Mittel ( $n=28$ ;  $\bar{x}=2,32$ ;  $SD=1,056$ ) weniger kritisch darüber, dass der Erwerb berufspraktischer Fertigkeiten während eines Hochschulstudiums zu gering ausfallen könnte, als die Kolleginnen und Kollegen aus Hamburg ( $n=33$ ;  $\bar{x}=1,67$ ;  $SD=,736$ ). Die Nullhypothese 2 aus Kapitel 4.4.4 wird abgelehnt, da es eine statistisch signifikante Wechselwirkung der *Bundesländer* auf die *Item-Batterie 2* gibt.

Die multivariate Varianzanalyse wurde durch ein faktorielles Design (Backhaus et al., 2018, S. 175) per *zweifaktorieller MANOVA* mit diesen Modellen abgeschlossen:

1. **Modell 1:** *Bundesland\*Berufsgruppe* mit *Item-Batterie 1* ( $n=190$ )
2. **Modell 2:** *Bundesland\*Berufsgruppe* mit *Item-Batterie 2* ( $n=195$ )

Die Erweiterung der Varianzanalyse mit diesen Modellen hatte zum Ziel, eventuelle Wechselwirkungen (Interaktionseffekte) zwischen den beiden Faktoren aufzudecken (ebd., S. 175) und gleichzeitig varianzgenerierende, nicht kontrollierte Effekten zu verringern, die sich nicht auf die Faktoren beziehen (Bortz & Schuster, 2010, S. 237). Zwar erfüllten die Werte des Modells 1 im Box-Test ( $p=,083$ ) und im Levene-Test ( $p\geq,088$ ) weitere Analysevoraussetzungen durch bestätigte Homogenitäten der Ko- und Fehlervarianzen, jedoch ergaben die Ergebnisse aus den multivariaten Anschlusstests ( $p\geq,317$ ) keine konkreten Hinweise auf entsprechende Wechselwirkungen. Daher kann gesagt werden, dass die Nullhypothese 3 aus Kapitel 4.4.4 angenommen wird und es keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen den *Bundesländern* und den *Berufen* auf die *Item-Batterie 1* gibt.

Die Überprüfung des Modells 2 ergab ähnliche Ergebnisse bei homogenem Box-Test ( $p=,233$ ) sowie Levene-Test ( $p\geq,070$ ). Auch hier brachten die Ergebnisse aus den multivariaten Anschlusstests keinerlei Hinweise auf entsprechende Wechselwirkungen. So kann auch hier gesagt werden, dass die Nullhypothese 3 aus Kapitel 4.4.4 angenommen wird und es keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen den *Bundesländern* und den *Berufen* auf die *Item-Batterie 2* gibt. Zudem zeigten die Tests der Zwischensubjekteffekte für die Interaktionsbestimmungen beider Modelle keinerlei Signifikanz (Modell 1:  $p\geq,182$ , Modell 2:  $p\geq,061$ ) und bestätigten das Fehlen von aussagekräftigen Faktoren-Interaktionen.

Die zweifaktorielle Varianzanalyse zusammenfassend kann gesagt werden, dass es keine auffälligen Interaktionseffekte zwischen den Berufen der *ELP* und den ausgewählten Bundesländern gibt.

## 5.2 Ergebnisse aus der computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse

Zum Zeitpunkt der Interviews lag das mittlere Alter der Erzählpersonen bei 41,2 Jahren ( $SD \pm 12,9$ ) und die Leitungserfahrung im Mittel bei 9,4 Jahren ( $SD \pm 5,2$ ). Die Praxisgröße variierte von Kleinstunternehmen in Zweierteams bis hin zu Kleinunternehmen mit über zehn Angestellten. Die Zahl akademisierter Angestellter reichte von einem bis hinaus über fünf Teammitglieder. Die Interviewdauer lag bei 43,3 ( $SD \pm 9,01$ ) Minuten. Im weiteren Verlauf der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (ISQI)* flossen neben den neun Interviews  $n=85$  Freitextnennungen aus den Onlinebefragungen mit dem *FE-akad-ELP* und der vorgeschalteten Pilotstudie mit dem *FE-akad-LOG* (Schönfeld & Luderer, 2018) ein.

### 5.2.1 Ergebnisse aus der induktiven Kategorienbildung

Die induktive computergestützte Herangehensweise als aktiver Konstruktionsprozess mit Codebildung (Kuckartz, 2016, S. 73) führte zu einem intern und extern validierten Codesystem. Auf der Grundlage der forschungsleitenden Hauptfrage aus dem qualitativen Studienarm in Kapitel 3, wie berufsfachschulisch ausgebildete Praxisleitungen aus der *ELP* die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten erleben, konnten die über ein Guideline-orientiertes Vorgehen (Kuckartz, 2016., S. 83 ff.) generierten Codes *Prägung*, *Chance*, *Herausforderung* und *Gelingensfaktor* mit zugehörigen Subcodes verknüpft werden. In ihrer Funktion von Zeigern (ebd., S. 34) wiesen diese auf identifizierte Datensegmente (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 76) mit zugehörigem Inhalt hin. Dabei wurde bei der Titelvergabe der (Sub-)Codes Wert auf ein niedriges Abstraktionsniveau und damit auf Textnähe zu den Formulierungen der Erzählpersonen gelegt (Kuckartz, 2016, S. 83). Im Codierprozess fiel der Code *Gelingensfaktor* mit 430 Codings am größten aus, gefolgt vom Code *Prägung* mit 240 Codings, dem Code *Herausforderung* mit 157 Codings und dem Code *Chancen* mit 128 Codings.

### 5.2.2 Ergebnisse aus der Intracoder- und Intercoder-Analyse

Die zirkulär codierten Durchläufe durch das gesamte Material (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 290) ergaben als Ergebnis eine Stabilität des eigenen Codierverhaltens auf Segmentebene in Form einer Intracoder-Übereinstimmung von über 50% (ebd., S. 290). Dabei ließ die Textanalyse nach dem Codieren eine Datensättigung durch vermehrte Doppelungen im Material erkennen, die das bestehende Codesystem bestätigte und darüber hinaus keine zusätzlichen Erkenntnisse oder Informationen lieferte. Der Codierleitfaden, die Anzahl bisheriger Durchläufe durch das gesamte Material sowie der Folgeprozess der Intracoder-Übereinstimmung lieferten als Ergebnis wichtige Aspekte zur Absicherung der internen Studiengüte (Kuckartz, 2016, S. 205) und bestätigten die inhaltsanalytische Reliabilität (Mayring, 2015, S. 124).

Die Intercoder-Analyse (ebd., S. 206 ff.) zeigte als zusätzliches internes Qualitätsmerkmal die Übereinstimmungsergebnisse der Analysegruppe während des abschließenden Codierprozesses (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 288).

So ergab die hier exemplarisch vorgestellte systematische Übereinstimmungsanalyse des Codes *Prägung* relative Übereinstimmungen (Kuckartz, 2016, S. 208) total von 83,33 % (Kappa=0,81) für das Vorhandensein der Codes im Dokument sowie Codeüberlappungen an Segmenten total von 40% (Tab. 12).

**Tab. 12:** Intercoeder-Übereinstimmung am Beispielcode *Prägung*

<b>Intercoeder-Übereinstimmung: Vorhandensein der Codes im Dokument</b>				
Dokumentenname	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Prozentual	Kappa
Freitexte	3	0	100,00 ↑	1,00 ↑
Interview 6_Ergo	2	1	66,67 ↑	0,62 →
Interview 4_Physio	2	1	66,67 ↑	0,62 →
Interview 3_Logo	3	0	100,00 ↑	1,00 ↑
<Total>	10	2	83,33 ↑	0,81 ↑
<b>Intercoeder-Übereinstimmung: Codeüberlappung an Segmenten 65%</b>				
Codes	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Prägung	2	15	17	11,76 ↓
Annahme/Meinung	12	24	36	33,33 →
Erfahrung	24	18	42	57,14 →
<Total>	38	57	95	40,00 →
<b>Legende: ↓ niedrige Übereinstimmung, → mittlere Übereinstimmung, ↑ hohe Übereinstimmung</b>				

Da in diesem Forschungsprojekt mit explorativem und deskriptivem Charakter (Kuckartz, 2016, S. 88) stärker qualitativ-interpretativ analysiert wurde, spielte die Häufigkeitsanalyse durch die Intercoeder-Überprüfung dennoch eine eher untergeordnete Rolle (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 288). So lag die Ergebnsgewichtung neben der Ermittlung von prozentualen Übereinstimmungen und der Koeffizientenberechnung mit Kappa (Kuckartz, 2016, S. 187) auf dem qualitativen Weg der Konsensfindung im Umgang mit codespezifischen Nicht-Übereinstimmungen (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 294). Ohne dabei eine 100%-ige Übereinstimmung anzustreben (ebd., S. 214) wurde das Codesystem als Ergebnis als ausreichend disjunkt, plausibel und kommunizierbar bestätigt und identifizierte Nicht-Übereinstimmungen aus den Intercoeder-Plots konsensfähig gemacht.

### 5.2.3 Ergebnisse aus der Textanalyse

Die Auswertung der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (ISQI)* nach Kuckartz (2016) ergab ein recht kontrastreiches Spektrum, das aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit durch relevante Textpassagen abgebildet wird, welche zur Beantwortung der forschungsfragen in Kapitel 3 beitragen.

#### Ergebnisse zur qualitativen forschungsleitenden Hauptfrage

Von Interesse für diese Frage war, wie berufsfachschulisch ausgebildete Praxisleitungen aus der *ELP* die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten zum Befragungszeitpunkt erlebten.

Es wurden für den Code *Prägung* und den zugehörigen Subcode *Annahme/Meinung* persönliche Erfahrungsmomente, Meinungsbilder sowie Vorannahmen über die intraprofessionelle Zusammenarbeit und Akademisierungsgestaltung in der *ELP* anhand von 133 Textsegmenten von der Analysegruppe codiert. Dabei zeigten sich die Erzählpersonen eher skeptisch in Bezug auf die praktische Hochschulausbildung, den Patientennutzen oder die berufspraktischen Fertigkeiten:

*„Akademisierung als Kampf um Anerkennung verschlimmert den Irrweg noch und trägt im Vergleich zu praxisbezogenen Fortbildungen so gut wie nichts zum beruflichen Können bei.“* (FT 74, Ergo, Abs. 67)

Mit Bezug auf den Bestandsschutz und die Berufsexistenz wurde die Sorge geäußert, dass ein akademischer Titel gegenüber einer langjährigen Berufserfahrung höher ins Gewicht fallen und die eigene berufliche Existenz gefährden könnte. Dabei stand neben dem Patientennutzen die Berufskarriere durch eine akademische Laufbahn auf dem Prüfstand:

*„Welchen Nutzen gewinne ich aus einem Doktor der Physiotherapie, [...]? Was ist der reale Qualitätsgewinn für die Arbeit am Patienten? Und die mir bisher bekannt gewordenen Inhalte akademischer Höherqualifizierung waren [...] von keinerlei Bedeutung für die praktische Arbeit am Patienten.“* (FT 120, Physio, Abs. 38)

Skeptisch geäußert wurde sich ebenso über Veränderungen im Selbstbildnis bezüglich der persönlichen Einstellung und dem beruflichen Selbstverständnis akademisierter Angestellter mit ihren Auswirkungen auf die Therapeutenpersönlichkeit:

*„Ich habe aber die Erfahrung gemacht, dass Praktikantinnen der FH aus unserer Nähe oft keine Praxiserfahrung hatten und sich aber verhielten, als hätten Sie die Weisheit mit Löffeln gefressen [...], und das auch gegenüber Kolleginnen mit mehr als 15 Jahren Berufserfahrung. Da arbeite ich lieber mit Logopädinnen und Praktikantinnen der staatl. Lehreinrichtungen zusammen, die praxisnah ausgebildet worden sind und sich nicht wie etwas ganz Besonderes fühlen.“* (FT 287, Logo, Abs. 29)

Neben den skeptischen Äußerungen gab es ebenso befürwortende Stimmen, die in der intraprofessionellen Zusammenarbeit von einer Bereicherung berichteten. Zwar wurde ein Mangel an berufspraktischen Fertigkeiten akademisierter Angestellter bestätigt, das Engagement zur Fort- und Weiterbildung hingegen ebenso wertgeschätzt, wie Angebote zur gegenseitigen Unterstützung:

*„In unserem Team herrscht ein gutes Klima, da nicht-akademisierte Kolleginnen über sehr viel Berufserfahrung verfügen [...]. Die jüngeren Kolleginnen, die nun einen akademisierten Abschluss haben, sind in vielen Therapiebereichen noch unsicher und sind froh von den erfahrenen Kolleginnen Unterstützung zu bekommen. [...]. Jeder kann seine Stärken einbringen.“* (FT 218, Logo, Abs. 87)

Darüber hinaus blieb die Befürchtung einer möglichen Entwicklung einer Zweiklassengesellschaft aus akademisierten und berufsfachschulisch ausgebildeten Therapierenden in der *ELP* eher unbestätigt:

*„Aber ich sehe nicht diese zwei-Klassen-Gesellschaft zwischen wir sind jetzt studierte Physiotherapeuten und wir sind die alten Hasen, die noch durch die Lehrberufe durchgegangen sind. Also die Erfahrung habe ich nicht gemacht.“* (I 5 Physio, Abs. 11)

Ein berufspolitisches Standing bei gesellschaftlicher Berufsankennung und höherer Behandlungsqualität wurde wiederum begrüßt:

*„Ich finde das berufspolitisch ganz wichtig. Einfach um ein besseres Standing zu haben, dass es auch gesellschaftlich natürlich eine höhere Anerkennung zu haben als akademisierter Therapeut. Und letztendlich glaube ich auch ganz sicher, dass durch Akademisierung die Qualität am Patienten dann doch schon steigt.“ (I 4, Physio, Abs. 36)*

Zudem soll sich diese Höherwertung früher oder später positiv auf die Infrastruktur von ambulanten Praxen in Bezug auf eine bessere Ausstattung und Praxisorganisation auswirken und die intraprofessionelle Zusammenarbeit verbessern: *„Ich denke später wird man sehen, dass die Praxen besser ausgestattet sind, besser organisiert sind, mit dem Personal anders umgegangen wird.“ (I 4a, Physio, Abs. 36).*

#### Ergebnisse zur ersten qualitativen Nebenfrage

Diese Frage fokussierte konkrete Erfahrungsberichte der Praxisleitungen aus der intraprofessionellen Zusammenarbeit mit Angestellten auf unterschiedlichem Qualifikationsniveau. Die Analysegruppe ordnete hierzu insgesamt 135 Codings dem Subcode *Erfahrung* aus dem übergeordneten Code *Prägung* zu.

Als Erfahrungswert bezüglich der berufspraktischen Fertigkeiten und den Patientennutzen wurde angegeben, dass das konkrete Praxiswissen im Umgang mit der Patientenklientel bisher zu niedrig war. Als Folge zeigten sich vermehrt Unsicherheiten in der praktischen Umsetzung sowie in der körperbezogenen Arbeit mit der Patientenklientel und eine daraus resultierende Vermeidungstendenz:

*„Die haben manchmal ganz viel Angst vor der Praxis. Also die (...), die fürchten sich wirklich vor genau dieser Herausforderung, das dann praktisch umzusetzen. Und ich glaube, manche suchen dann sogar weiter den Weg im akademischen Bereich, weil sie sich davor fürchten.“ (I 3, Logo, Abs. 40)*

Die therapeutische Herangehensweise wies insbesondere auf Einschränkungen in der kreativen Umsetzung berufspraktischer Fertigkeiten hin:

*„Also zu dieser ersten Aussage, ne, dass es an Praxiserfahrung fehlt. [...]. Also das habe ich auch gemerkt. Es gab ganz viel Unsicherheit, auch wirklich Körper anzufassen, mit dem Körper zu arbeiten. Also es ist eher sehr kopflastig, die Therapie und die Herangehensweise.“ (I 7, Logo, Abs. 4)*

Gleichzeitig wurde von einer hohen Bereitschaft der akademisierten Angestellten berichtet, bei guter Selbstreflexion der eigenen Therapeutenrolle entsprechende Defizite in den berufspraktischen Fertigkeiten durch Fort- und Weiterbildungsangebote zügig aufzuholen Als Erfahrungswert wurde ebenso mehrfach geäußert, dass die implizit gefühlte Sorge vor fehlender Anerkennung oder Kompetenzminderung im Praxisalltag auch umgekehrt erlebt wurde:

*„Es ist immer noch so, dass man akademischen Absolventinnen beibringt, alle anderen wären blöd und unwissend. Das führt dazu, dass sie in der Praxistätigkeit meist sehr schmerzhaft auf den Boden der Realität fallen.“ (FT 60, Logo, Abs. 66)*

Viele Praxisleitungen unterschieden zum Befragungszeitpunkt in der Praxis nicht oder nur wenig zwischen den verschiedenen Berufsqualifikationen und gaben an, im praktischen Alltag wenig messbaren Mehrwert durch akademisierte Angestellte zu erleben:

*„Also ich kann jetzt nicht sagen, dass die Akademisierte andere Fragen stellt, sondern so im Praxisalltag, wenn es jetzt um Klientenfragen geht oder um Organisationsfragen. Das ist doch eher das Gleiche von den Grundfragen her [...].“ (I 8, Ergo, Abs. 26)*

Die Aspekte Bestandsschutz und Berufsexistenz wiesen im Praxisalltag auf ein Ausbleiben einer Zweiklassengesellschaft von Therapierenden hin, da die Praxisleitungen in der Aufgabenverteilung die Stärken ihrer Angestellten fokussierten, jedoch nicht deren Berufsqualifikation. So berichteten die Erzählpersonen von einer beruflichen Stabilität aufgrund ihrer Berufserfahrung und der erworbenen Fachexpertise durch absolvierte Fort- und Weiterbildungen. Eine Sorge vor einer gesetzlich verpflichtenden Nachqualifikation bestand nicht, und es wurde eher von einer leistungs- denn qualifikationsorientierten Wertschätzung der Therapierenden vonseiten der Patientenklientel und der Ärzteschaft berichtet:

*„Also die Zweiklassengesellschaft wird nicht von der Patientenklientel geholt. Und ich habe auch nicht die Erfahrung mit den Ärzten. Also bei mir sind die Ärzte, ich habe eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Ärzten, und die gucken schon, welche Leistungen ich gebracht habe. Wie sind meine Berichte geschrieben.“ (I 5, Physio, Abs. 11)*

Im Gegensatz zum geäußerten Meinungsbild, dass akademisierte Angestellte aufgrund ihrer höhergestellten Berufsqualifikation ein übersteigertes Selbstbildnis zeigen, äußerten sich die Praxisleitungen überwiegend wohlwollend über ihre akademisierten Angestellten. In der täglichen Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten waren keine qualifikationsspezifischen Persönlichkeitszüge sichtbar, die negativ ins Gewicht fielen:

*„Ich kann auch sagen, ich habe diese ganz, also hier wird irgendwo von arroganten, die dann irgendwie meinen, sie wüssten alles besser, die habe ich so noch nicht kennengelernt.[...]. Ich treffe ja auch auf meinen Fortbildungen viele junge akademische Logopädinnen, und da ist mir noch niemand arrogant entgegen getreten.“ (I 3, Logo, Abs. 38)*

In der Summe bestätigten die Praxisleitungen einen respektvollen, wohlwollenden und befruchtenden intraprofessionellen Praxisalltag, der als frischen Wind in Teams erlebt wurde:

*„Also das war eine Therapeutin, die mein Team bereichert hat, weil die so viel fundiertes Fachwissen hatte und in der Lage war, das Team davon profitieren zu lassen. Die Zusammenarbeit war so toll, dass sie auch in den Schulungen mit den Kollegen zusammen gesprochen hat.“ (I 5, Physio, Abs. 28)*

Die weitere Textanalyse ergab deutliche Hinweise auf den Verbleib akademisierter Angestellter. So wurde mehrfach erlebt, dass Letztere in den Praxen begannen, dort praktische Erfahrungen sammelten und sich schon nach kurzer Zeit umorientieren: *„Und dass die doch das eher nur als Sprungbrett nutzen, um mal Praxis zu haben, um sich dann doch weiter zu entwickeln.“ (I 7a, Logo, Abs. 30).*



Der kurzweilige Verbleib diente dabei als Karrieresprungbrett für drei Optionen: den Weg in die Selbstständigkeit, die Aufnahme eines Anschlussstudiums oder die Weiterverfolgung einer akademischen Laufbahn in Forschung und Lehre:

*„Ja, ich sage mal, meine Erfahrung ist die, dass sie niemals lange bleiben. [...]. Es sind oft die, die nach dem Studium kommen und sich noch mal orientieren, [...], dann vielleicht weniger Stunden bei mir arbeiten und nebenher noch studieren. [...]. Aber oft sind sie dann noch am Anfang in einer Orientierungsphase und gucken, ob sie wirklich am Patienten bleiben[...]. Ich habe schon viele Akademisierte kennengelernt, die vom Patienten weggegangen sind, ja.“ (I 4, Physio, Abs. 22)*

#### Ergebnisse zur zweiten qualitativen Nebenfrage

In dieser Frage war von Interesse, welche Herausforderungen oder Chancen für die intraprofessionelle Zusammenarbeit oder die Akademisierungsgestaltung zum Befragungszeitpunkt gesehen wurden. Der Code *Herausforderung* und seine Subcodes speisten sich aus insgesamt 161 Codings. Vor dem Hintergrund einer möglichst hochwertigen Patientenversorgung als Kernkompetenz von Versorgungspraxen (Schönfeld & Luderer, 2019, S. 109) hinterfragten die Erzählpersonen den Erwerb berufspraktischer Fertigkeiten während des Hochschulstudiums. Sowohl in der Einstellung gegenüber der Akademisierung als auch in der erlebten beruflichen Wirklichkeit schien ein Kompetenzmangel jener Fertigkeiten im späteren Berufsleben präsent:

*„Akademisierte Logopäden sind meiner Erfahrung nach leider deutlich schlechter ausgebildet. Sie haben deutlich weniger praktische Erfahrungen und können die theoretischen Grundlagen im Praxisalltag nicht anwenden. Ich würde einen Logopäden mit Berufsschulbildung, mit und ohne Berufserfahrung, immer vorziehen.“ (FT 229, Logo, Abs. 24)*

So benötigten akademisierte Angestellte aus Sicht der Erzählpersonen deutlich mehr Hilfestellung im Praxisalltag, der nur über einen höheren Betreuungsaufwand abgegolten werden konnte. Die Befragten sahen dabei die Hochschulen deutlich in der Pflicht für eine verbindliche Handhabe, den Erwerb eines praxistauglichen therapeutischen Handwerkszeugs abzusichern. Kritisch gewürdigt wurde vor allem das noch gängige Procedere der Hochschulen, die praktische Ausbildung überwiegend über unbezahlte Praktika in ambulanten Praxen abzugelten:

*„Aber ich finde auch nicht, dass wir das in den Praxen unentgeltlich leisten können. Ich habe am Anfang noch ein schlechtes Gewissen gehabt. Aber ich denke, ich lebe mit so einer schlechten Bezahlung. Ich kann nicht auch noch unentgeltlich praktische Ausbildung anbieten. Will ich nicht, und werde ich nicht!“ (I 3, Logo, Abs. 4)*

Deutlich formulierten die Praxisleitungen auch ihre Unzufriedenheit gegenüber der Vergütungssituation. Mit insgesamt 88 Codings bekräftigte der Subcode *Vergütung* die Notwendigkeit einer angemessenen Entlohnung aller Beteiligten, denn die Befragten lehnten eine Höhervergütung alleinig aufgrund einer akademischen Berufsqualifikation ihrer Angestellten mit der Begründung ab, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) ebenfalls keine Unterscheidung treffen würde: *„Eine gehaltliche Besserstellung akademisierter Mitarbeiter ist kaum möglich, da die Vergütung durch die Kassen für alle Leistungen gleich ist.“ (FT 32, Physio, Abs. 53).*

Aufgrund der zum Befragungszeitpunkt noch zu niedrig angesiedelten Vergütungssätze kämpften Praxen, die als Kleinst- oder Kleinunternehmen angesiedelt waren, mit der Abdeckung ihrer Grundversorgung, sodass kein Spielraum für Akademikergehälter existierte. Zudem zeigte sich eine eher pessimistische Einstellung gegenüber dem GKV, dass die Vergütungssätze aufgrund der Akademisierungsgestaltung attraktiver werden:

*„Das System in Deutschland vergünstigt weder die erforderliche Zeit und Finanzen, den "eventuellen" wissenschaftlichen Mehrwert zu bezahlen. Und solange die Krankenkassen oder Patienten den Mehrwert zwischen allgemeinem Therapeuten oder akademischem Therapeuten nicht unterscheiden können, geschweige bezahlen werden, ist eine Differenzierung im Markt nicht gegeben.“* (FT 10, Ergo, Abs. 45)

Angemessene Entlohnungsmodelle würden aus Gründen der laufenden Kostendeckung von Praxis, Angestellten und Privathaushalt so lange nicht gezahlt, bis sich die aktuellen Vergütungssätze deutlich erhöhen. So lehnten die Befragten die gewünschten Gehaltsforderungen seitens der Gruppe der Akademisierten prinzipiell ab und forderten stattdessen ein Umdenken bei den akademisierten Angestellten, zumal ein klarer Mehrwert alleinig durch die berufliche Höherqualifikation zum Befragungszeitpunkt nicht gegeben war:

*„Wobei es verdeutlicht die Krux, dass die akademisierten Therapeuten sich den Mehrwert wünschen, aber in der aktuellen Gesundheitswirtschaft sich nicht widerspiegeln lässt. Und dass akademisierte Therapeuten immer noch die haltlose Entlohnungswahrnehmung besitzen, dass Titel gleich mehr Gehalt bedeutet - ist bedauerlich und faktisch falsch. Zudem ist es allgemein bekannt, dass, je erhabener der akademischer Grad ist, desto entfernter ist der Therapeut vom Praxisalltag und Praxisrealität.“* (FT 10, Physio, Abs. 45)

Mehrfach konnten auch klare Hinweise auf Existenzängste im Kontext einer befürchteten Übervorteilung von Akademisierten aufgrund ungenügender Übergangsregelungen als Herausforderung ausgemacht werden:

*„Und weil für mich vielleicht keine vernünftige Übergangsregelung greift, und ich dann weiterhin die schlechteste Entlohnungsgruppe bin und vieles vielleicht gar nicht mehr darf. [...]. Und das würde ich persönlich schon als sehr ungerecht empfinden. [...]. Aber ich weiß auch, dass es Leute gibt, die werden hinten runterfallen. Dass ich dazugehöre, schätze ich mal nicht gering ein.“* (I 3, Logo, Abs. 20)

Für den Code *Chance* und seine zugehörigen Subcodes wurden insgesamt 128 thematische Codings gesetzt. Darunter sahen die Praxisleitungen als Chance für die intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams den Austausch evidenzbasierter Praktiken. Wissenschaftlich orientierte Methodenkompetenzen können zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit führen und die Praxis nach außen hin aufwerten. Ein sich gegenseitig befruchtender Austausch fördert das Miteinander in Teams und verhilft den Therapieberufen zu einem stabileren beruflichen Selbstbildnis:

*„Ich denke, dass wir einfach aus diesem 'ach, das ist da so dieser Hausfrauenverein, und was die da irgendwo machen, die spielen da so rum', aus dieser Ecke einfach kommen würden. [...], dieses Selbstbild würde sich vielleicht einfach für den eigenen Therapeuten verbessern. [...], man würde einfach mehr auf Augenhöhe mit Ärzten kommunizieren können.“* (I 7, Logo, Abs. 18)

Durch die erlebten Strukturierungs- und Analysefähigkeiten von akademisierten Angestellten mit einer hochwertigen Evaluations- und Dokumentationskompetenz sahen die Erzählpersonen eine Chance für eine höhere Wirtschaftlichkeit. So kann ein ansteigendes internes Praxisniveau positive Auswirkungen auf die Therapieverläufe haben und die Patientenzufriedenheit sowie deren Bindung absichern:

*„Und da denke ich schon, dass das für die Praxis besser wird für die Argumentation, weil dann muss man sagen, die Akademiker können besser schreiben. [...]. Wenn also für mich ersichtlich ist, dass die Leistung derjenigen mehr Kundenbindung macht, mehr Qualität reinholt, und wenn sie auch immer da sind, da mache ich keinen Unterschied zu, ne.“ (I 5, Physio, Abs. 21 & 29)*

#### Ergebnisse zur dritten qualitativen Nebenfrage

Die dritte und letzte Nebenfrage beschäftigte sich im Code *Gelingensfaktoren* und den zugehörigen Subcodes mit insgesamt 430 gesetzten Codings für eine Herleitung einer guten intraprofessionellen Zusammenarbeit. Von Interesse war, welchen Einsatz die befragten Praxisleitungen ihrerseits leisten müssen, um ein gutes Arbeitsklima in intraprofessionellen Praxisteams herzustellen und so eine möglichst hochwertige Patientenversorgung perspektivisch abzusichern.

Als eine Voraussetzung wurde die strukturelle Bereitstellung von gleichen Arbeitsplatzbedingungen für alle Teammitglieder sowie ein faires Einstiegsgehalt benannt. Modelle für eine höhere Anschlussentlohnung nach Einarbeitung sollen sich unabhängig vom Berufsabschluss an der Betriebszugehörigkeit, Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit und Patientenbindung orientieren, sodass alle Angestellten ihren therapeutischen Aufgaben gern nachgehen:

*„Ich bin äußerst bemüht, dass der sich wohlfühlt und ausreichend verdient. [...]. Ich möchte den Anreiz schaffen, dass die Arbeit sehr gut passiert. [...]. Ich möchte natürlich den, mit dem ich hier arbeite und auch gewisse Energie in diese Person mitstecke, so lange wie möglich behalten. Und das kann ich natürlich darüber, dass ich sage: ok, du kriegst ausreichend Kohle.“ (I 1, Physio, Abs. 24)*

Vorgeschlagen wurden finanzielle Sonderzuwendungen als einmalige Gratifikationen für Beiträge von Angestellten, von denen alle Teammitglieder profitieren können. Betont wurde zudem das eigene Praxisengagement, das Interesse an der eigenen Arbeit, die Therapiequalität und die Teamfähigkeit der Praxisleitungen. Neben einer stabilen Führungspersönlichkeit und kollegialen und eloquenten Haltung gegenüber allen Teammitgliedern legten die Befragten viel Wert auf einen lösungsorientierten und kritikoffenen Umgang in einer Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens innerhalb des Teams:

*„Ehrlichkeit, Kritikfähigkeit, aber auch Kritisierbarkeit. Dass man wirklich auch gegenseitig Kritik üben darf und dass auch das Gefühl da ist, dass man das darf. Ich bin nicht der Chef, der sich gerne fünf Stufen höherstellt und sagt: du musst, du musst, du musst.“ (I 8b, Ergo, Abs. 24)*

Als vermittelnde Instanz sollen die Befragten in ihrer Leitungsfunktion auf einen regelmäßigen kollegialen Teamaustausch achten und jedes Teammitglied gleichermaßen respektieren und in seiner Arbeit bestätigen.

Für eine Ausgewogenheit im Teams wünschen sich die Erzählpersonen eine zahlenmäßige Gleichgewichtung von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Angestellten. Zudem gilt es, praxisrelevante Arbeitsfelder nach individuellen Stärken zur Qualitätssicherung im Behandlungsprozess optimal zu besetzen:

*„Die Leitung kann dadurch die Ressourcen des akademischen Personals besser ein- und wertschätzen, sie fordern und fördern. Umgekehrt kann sie die Stärken der Berufsfachschul-ET stärken, welche häufig für die Organisation des Praxisalltags sehr relevant sind. Sie bieten akademisierten Kollegen Hilfen schneller Lösungen für div. Probleme mit dem Klienten, dem Behandlungsprozess, der Ablaufplanung uvm. zu finden. Wird das Wissen in einer Praxis geteilt, ergeben sich ausgeglichene Behandlungsergebnisse hinsichtlich der Qualität sowohl bei akademisierten als auch bei nicht akademisierten ET.“ (FT 263, Ergo, Abs. 96)*

Zusammenfassend ist für die Praxisleitungen ein definiertes, gleichgestelltes und konsequent vorgelebtes Praxisleitbild mit klarem Rollenverständnis und Wertschätzung individueller Kompetenzen wichtig:

*„Also ich glaube, dass ich das auch, wenn ich das nicht mehr vorlebe, die Zusammenarbeit, oder die Anerkennung aller Bereiche, wenn ich anfangs, Unterschiede zu machen, dann misslingt das. Ich glaube, der Fisch stinkt immer vom Kopf.“ (I 4b, Physio, Abs. 52)*

### **5.3 Verknüpfung quantitativer und qualitativer Befragungsergebnisse**

Bei bestätigter Reliabilität und Validität des Onlinefragebogens *FE-akad-ELP* konnten durch die *EFA* zwei semantisch-logische Faktoren extrahiert, als Item-Batterien gebündelt und einer multivariaten Varianzanalyse unterzogen werden. Die Untersuchung nach dem Einfluss der unabhängigen Faktoren *Berufsgruppe* und *Bundesland* auf die abhängigen Variablenmengen (Kuckartz, 2013, S. 185) der Item-Batterien 1 und 2 ergab keine nennenswerten Interaktionen zwischen den Faktoren, die eine Vermutung über Wirkungsrichtungen erlaubten (Schuchard-Fischer & et al, 1982, S. 11). Die angeschlossene Feinanalyse wies bei niedrigen Effekten lediglich darauf hin, dass die Praxisleitungen aus der Physiotherapie gegenüber der Ergotherapie eine positivere Einstellung dazu hatten, ihre akademisierten Angestellten speziell mit praxisinternen Organisationsaufgaben zu betreuen. Zudem befürchteten die befragten Praxisleitungen aus Hamburg einen unzureichenden Erwerb berufspraktischer Fertigkeiten während eines Hochschulstudiums etwas mehr, als in Sachsen-Anhalt. Weitere Unterschiede waren nicht zu erkennen, sodass für die restlichen Variablen eine Gleichheit in der Einstellung für alle drei Therapieberufe gemessen werden konnte.

In der Summe der quantitativen explorativen Deskriptivstatistik Textanalyse lassen sich die Forschungsfragen im Kern wie folgt tabellarisch bündeln (Tab. 13):

**Tab. 13:** Kernaussagen aus dem quantitativen Studienarm

Quantitativer Studienarm	Kernaussagen/Thesen
<b>Hauptfrage:</b> <i>„Welche Einstellungsmerkmale von berufsfachausgebildeten Praxisleitungen aus der ELP gegenüber akademisierten Angestellten lassen sich empirisch beschreiben?“</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Akademisierte Angestellte der ELP werden in Praxen insgesamt begrüßt und verhelfen zu einer beruflichen Stabilität, gesellschaftlichen Anerkennung und dem Vorantreiben der Forschungslage.</li> <li>✓ Das Arbeitsklima in intraprofessionellen Praxisteams wird als gleichberechtigt, sich gegenseitig befruchtend und ohne Ausprägung einer Zweiklassengesellschaft beschrieben.</li> <li>✓ Das Praxisniveau, die Patientenversorgung und die Wirtschaftlichkeit können durch den Professionenmix angehoben werden.</li> <li>- Der akademische Berufsabschluss spielt für die Anstellung eine untergeordnete Rolle vor Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen durch Fort- und Weiterbildungen.</li> <li>- Bessere Behandlungsergebnisse durch akademisierte Angestellte sind nicht erkennbar und standardisiert nicht messbar.</li> <li>- Für akademisierte Angestellte besteht eine niedrige Praxisbindung durch fehlende Entwicklungsperspektiven und Vergütungsmodelle.</li> </ul>
<b>1. Nebenfrage:</b> <i>„Wird akademisierten Angestellten aufgrund ihrer höheren Berufsqualifikation ein umfangreicheres Kompetenzprofil zugeschrieben?“</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nein!</li> </ul> <p>Die Vergabe von Aufgaben und die Einteilung von Tätigkeitsfeldern erfolgen losgelöst von der Berufsqualifikation und in Abhängigkeit zum individuellen Kompetenzprofil bei ansonsten gleichen Rechten und Pflichten für alle Teammitglieder.</p>
<b>2. Nebenfrage:</b> <i>„Gibt es Unterschiede bei den berufspraktischen Fertigkeiten zwischen berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Angestellten?“</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja!</li> </ul> <p>Die Praxisleitungen gehen von einem theorielastigen Erwerb berufspraktischer Fertigkeiten bereits während der Hochschulausbildung aus. Dies zeigt sich im Praxisalltag durch zu wenig Nähe zu den Patienten, eine zu geringe Kreativität im Behandlungsprozess und eine Scheu vor körperbezogener Arbeit.</p>

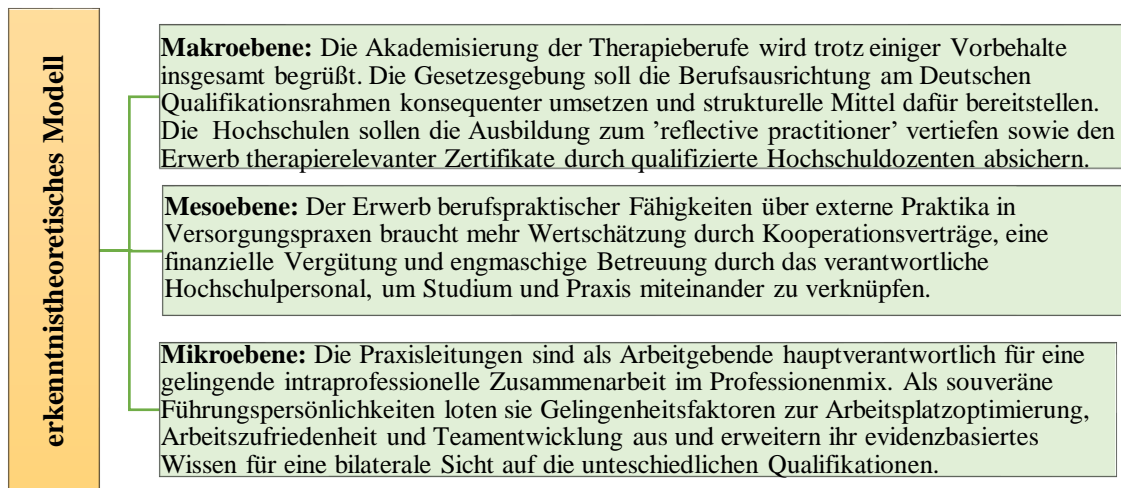
Die Kernaussagen aus dem quantitativen Studienarm konnten in der qualitativen Textanalyse allesamt aufgegriffen und bestätigt werden, sodass infolge ergänzende Kernaussagen aus dem qualitativen Studienarm vorgestellt werden (Tab. 14).

**Tab. 14:** ergänzende Kernaussagen aus dem qualitativen Studienarm (eigene Darstellung)

Qualitativer Studienarm	Kernaussagen/Thesen
<b>Hauptfrage:</b> <i>„Wie erleben berufsfachschulisch ausgebildete Praxisleitungen aus der ELP die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten?“</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aufgrund identischer Tätigkeitsfelder im Arbeitsalltag sprechen sich die Praxisleitungen für eine Gleichstellung im Berufsalltag aus und damit gegen die Bildung einer Zweiklassengesellschaft.</li> <li>- Die Praxisleitungen hinterfragen den sichtbaren Mehrwert akademisierter Angestellter für die Patientenklintel.</li> </ul>
<b>1. Nebenfrage:</b> <i>„Welche konkreten Erfahrungswerte beschreiben die Praxisleitungen?“</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Akademisierte Angestellte zeigen eine hohe Bereitschaft, die eigene Therapeutenrolle zu reflektieren und Lücken im Praxiswissen durch Fort- und Weiterbildungsangebote zügig auszubauen.</li> <li>✓ Akademisierte Angestellte leisten durch eine anspruchsvolle Befundungs-, Behandlungs- und Evaluationsdokumentation einen wichtigen Beitrag für die Versorgungsforschung und die Ausarbeitung von Leitlinien.</li> <li>- Akademisierte Angestellte nutzen ihre Praxistätigkeit oft als Karriere-sprungbrett für den Weg in die Selbstständigkeit, ein Anschlussstudium oder eine akademische Laufbahn in Forschung und Lehre.</li> </ul>
<b>2. Nebenfrage:</b> <i>„Welche Herausforderungen oder Chancen für die intraprofessionelle Zusammenarbeit oder die</i>	<p><u>Herausforderungen:</u></p> <p>→ Die Hochschulen sollen den Umfang der praktischen Ausbildung und der anthropologischen Förderung verbindlicher und umfangreicher gestalten.</p>

<p><i>Akademisierungsgestaltung werden gesehen?“</i></p>	<p>→ Der Mehrwert für eine Anstellung akademisierter Angestellter muss für die Arbeitgebenden vonseiten der Hochschulen transparenter und attraktiver gemacht werden.</p> <p>→ Die praktische Ausbildung darf nicht auf Praxen unentgeltlich abgewälzt werden, sondern es braucht Kooperationsverträge mit den Hochschulen sowie verbindliche Vergütungsvereinbarungen.</p> <p>→ Der GKV sowohl individuelle leistungs- als auch qualifikationsorientierte Vergütungsmodelle durch faire Preisabschlüsse ermöglichen.</p> <p><u>Chancen:</u></p> <p>→ Der Austausch evidenzbasierter Praktiken ermöglicht eine gegenseitige Befruchtung im intraprofessionellen Praxisalltag.</p> <p>→ Die Kompetenzerweiterung durch wissenschaftlich orientierte Methoden führt zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit.</p> <p>→ Das Einbringen von wissenschaftlichen Strukturierungs- und Analysefähigkeiten im gesamten Behandlungsprozess wirkt sich positiv auf die Therapieverläufe aus.</p> <p>→ Hochwertige Evaluationen und Dokumentationen von Therapieverläufen kommen der Forschungs- und Leitlinienarbeit zugute.</p> <p>→ Ein Professionenmix hebt das interne Praxisniveau an, fördert die Patientenzufriedenheit und deren Praxisbindung und erhöht den Wirtschaftlichkeitsfaktor.</p>
<p><b>3. Nebenfrage:</b> <i>„Welchen Beitrag können die Praxisleitungen für eine gelingende intraprofessionelle Zusammenarbeit leisten?“</i></p>	<p>→ Die Praxisleitungen definieren ein Praxisleitbild mit klarem Rollenverständnis und leben es als stabile und kollegiale Führungspersönlichkeit konsequent vor.</p> <p>→ Die Praxisleitungen schaffen eine Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens und der kritikoffenen Fehlerkultur.</p> <p>→ Die Praxisleitungen organisieren regelmäßige Teamsitzungen für einen kollegialen Austausch mit flachen Hierarchien.</p> <p>→ Die Praxisleitungen wertschätzen die individuellen Kompetenzen aller Teammitglieder in gleichem Maße.</p> <p>→ Die Praxisleitungen schaffen optimale Arbeitsplatzbedingungen für eine hochwertige Patientenversorgung.</p> <p>→ Die Praxisleitungen besetzen praxisrelevante Arbeitsfelder zur Qualitätssicherung im Behandlungsprozess gezielt nach den individuellen Stärken ihrer Angestellten.</p> <p>→ Die Praxisleitungen zahlen motivierende Einstiegsgehälter sowie Folgeentlohnungen nach Einarbeitung in Orientierung an die Betriebszugehörigkeit, Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit und Patientenbindung.</p>

Die hier vorgestellten Kernaussagen zeigen auf, in welchem facettenreichen Spannungsfeld sich die in der Übergangphase von der berufsfachschulischen in die angestrebte akademische Vollausbildung (HVG, 2019b, S. 1) befindlichen Therapieberufe der *ELP* befinden. Dabei lassen sich die in diesem Projekt formulierten Forschungsfragen über ein umfassendes Meinungs- und Erfahrungsbild beantworten. Die Antworten begründen das in Kapitel 3 erwähnte erkenntnistheoretische Modell (Abb. 12) für übergreifende Bedarfe von Therapierenden der *ELP* im Professionenmix auf der *Makroebene (Ebene der Gesetzgebung und der Hochschule)*, der *Mesoebene (Übergang von Hochschule in die Praxis)* und der *Mikroebene (intraprofessionelle Zusammenarbeit in ambulanten Praxisteams)*.



**Abb. 12:** Bündelung von Kernaussagen als erkenntnistheoretisches Modell

Die empirisch abgeleiteten Erfahrungswerte der befragten Praxisleitungen aus ihrem Arbeitsalltag mit ihren akademisierten Angestellten konnten durch ihre regelgeleitete und systematische Erfassung (Mayring, 2015, S. 20) konkretisiert werden. Bisherige Forschungsergebnisse anderer Autorinnen/Autoren konnten Bestätigung finden und die hier aufgegriffene Forschungslücke durch die erweiternde Hinzunahme von Sichtweisen der befragten berufsfachschulisch ausgebildeter Praxisleitungen auf ihre akademisierten Angestellten schließen.

## 6. Diskussion

In diesem Kapitel werden eingangs ausgewählte Ergebnisse dieses Projektes reflektiert, und es wird hinterfragt, welchen Stellenwert die Erkenntnisse aus den vorgestellten Fragestellungen in der aktuellen Diskussion der Professionalisierungsforschung und Akademisierungsgestaltung einnehmen. Zur Schließung der Forschungslücke wird dabei an den aktuellen Forschungsstand angeknüpft. Des Weiteren werden ausgewählte Aspekte im methodischen Vorgehen in ihrer Angemessenheit, Umsetzung und Anwendbarkeit diskutiert. Abschließend erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Limitationen und ihrem lösungsorientierten Umgang.

### 6.1 Ergebnisdiskussion

Die hier vorgestellte Zielgruppenanalyse bezieht sich auf die Sichtweisen von berufsfachschulisch ausgebildeten Praxisleitungen aus der *ELP* auf ihre akademisierten Angestellten in der intraprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis. Bisherige Zuschreibungen von Meinungen oder Einschätzungen aus aktuellen Forschungen beruhten zumeist auf den Evaluationen von Studiengängen (Richter et al., 2017, S. 122). Darüber hinaus bieten die in Kap. 5.2 vorgestellten Forschungsergebnisse ein kontrastreiches Stimmungsbild auf akademisierte Angestellte in der beruflichen Interaktion.

So konturiert sich in der *quantitativen forschungsleitenden Hauptfrage* eine positive Einstellung gegenüber der Akademisierungsgestaltung heraus, jedoch mit formalem und pragmatischem Charakter (Richter et al., 2017, S. 132), weil sich die befragten Praxisleitungen hiervon eine höhere Berufsautonomie, gesellschaftliche Anerkennung und Vergütung versprechen (Hammer & Polchow, 2013, S. 12). Anders als von Hammer & Polchow (2013) beschrieben, wird eine Ausprägung einer Zweiklassengesellschaft durch diesen Professionenmix zwar als Sorge geäußert, jedoch von den Praxisleitungen in diesem Projekt nicht erlebt. Diese These bleibt somit unbestätigt.

In der *ersten quantitativen Nebenfrage* wird von einer *Gleichberechtigung* durch *Gleichstellung* aller Teammitglieder bei unterschiedlichen Qualifikationsniveaus berichtet, die sich durch identische Tätigkeitsfelder im Praxisalltag begründet. Dies bestätigt u.a. die Ergebnisse aus der Absolventenbefragung des *HVG* (2019), dass es einer höheren Behandlungsautonomie zur Umsetzung einer konsequent evidenzbasierten Therapie bedarf (HVG, 2019a, S. 22). Hiesige Ergebnisse unterstreichen, dass Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen eine höhere Attraktivität bei Anstellungen einnehmen, als ein wissenschaftlicher Berufsabschluss. Eine profilorientierte Einordnung der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in das derzeitige Beschäftigungssystem von Versorgungspraxen (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 76) wird dringend gefordert.

Für eine Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Patientenversorgung benötigt es vonseiten der Praxisleitungen eines Umdenkens bisheriger Einstellungen zur Auflösung der formalen und finanziellen Gleichstellung (Richter et al., 2017, S. 132 f.) bei gleichzeitiger Bereitstellung entsprechender Mittel vonseiten der Legislative.



Nur eine konsequente Vergabe von klar definierten Tätigkeitsfeldern, welche hierarchisiert in die Arbeitsprozesse einfließen, kann einer Deprofessionalisierung durch Dequalifizierung akademisierter Angestellter entgegenwirken (Walkenhorst, 2008, S. 124 f.). Zwar sieht der *Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR)* (BMBF, 2019, S. 1) eine ordnungspolitische Eingruppierung der Berufsprofile in das Beschäftigungssystem bereits vor (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 76), jedoch stehen klare politische Zuschreibungen erweiterter Kompetenzen und höherer Abrechnungspositionen für akademisierte Angestellte noch aus (Richter et al., 2017, S. 132 f.). Somit braucht es aus gesundheitswirtschaftlicher Sicht einer Neustrukturierung des Arbeitsmarktes zur Schaffung adäquater Arbeitsplätze, angemessener Vergütungsmodelle, klarer Tätigkeitsbeschreibungen und der Klärung von Haftungsfragen (Walkenhorst, 2011, S. 7), um akademisierten Therapierenden eine qualifikationsadäquate Berufseinmündung zu ermöglichen (Dieterich, 2019, S. 1).

In der *zweiten quantitativen Nebenfrage* wird der Vorbehalt, dass akademisierte Angestellte über ein geringes Praxiswissen verfügen (Hammer & Polchow, S. 12) und eine Hochschulausbildung zu wenig zur Therapie qualifizieren kann (HVG, 2019b, S. 1), durch konkrete Erfahrungswerte aus dem Praxisalltag durch die Praxisleitungen bestätigt. Im Ursachendenken wird von einer Theoretisierung berufspraktischer Fertigkeiten bereits während der Hochschulausbildung ausgegangen. Im Gegensatz zur berufsfachschulischen Ausbildung, die eine umfangreiche praktische Ausbildung mit hohen Präsenzphasen vorsieht (Friedrichs & Schaub, 2011a, S. 2), besteht eine Hochschulausbildung noch bis zu zwei Drittel aus Selbstlernphasen (ebd., S. 2). Benötigt wird hier die von Ketels et al. (2015) beschriebene Notwendigkeit einer Qualifikationsvertiefung der hochschulischen Lehrkräfte (Ketels et al., 2015, S. 5), z.B. durch hochschuldidaktische Fort- und Weiterbildungsmodelle. Die befragten Praxisleitungen wünschen sich daher für die Hochschulausbildung den verbindlichen und curricular verankerten Erwerb von therapielevanten Zertifikaten nach bildungspolitischen und berufsgesetzlichen Anpassungen (Ketels et al., 2015, S. 5). Dies würde zur Attraktivitätssteigerung bei der Anstellung von akademisierten Therapierenden beitragen, da der häufig langwierige Erwerb evidenzbasierter Therapieverfahren mit finanzieller Unterstützung vonseiten der Arbeitgebenden durch wirtschaftliche Praxiszwänge oft eingeschränkt ist (Richter et al., 2017, S. 132 f.).

Additiv zu den Ergebnissen von Richter et al. (2017) zeigen hiesige Ergebnisse aus der *forschungsleitenden qualitativen Hauptfrage* auf, dass die befragten Praxisleitungen lediglich geringe Praxiseffekte in der Arbeit ihrer akademisierten Angestellten vermuten und ein sichtbarer Mehrwert akademisierter Angestellter für die praktische Arbeit bzw. für die Patientenklientel daher nicht gegeben ist (Hammer & Polchow, 2013, S. 12). Konkrete Erfahrungswerte hierzu aus diesem oder anderen Projekten konnten bis dato nicht erbracht werden, sodass diese These als Vorbehalt im Raum stehen bleibt. Output und Outcome als Lernergebnisse und deren Wirkungen in der Arbeitswelt werden in der Regel als große Vorteile in der Vergleichbarkeit der Ergebnisse einer Berufsausbildung gesehen (Fischer, 2014, S. 297).

Dennoch fehlt es zur systematischen Erfassung und vergleichenden Validierung von Behandlungsergebnissen noch an standardisierten Messinstrumenten (Richter et al., 2017, S. 132), um Behandlungsergebnisse von Therapierenden im Professionenmix vergleichbar machen zu können, zumal sich die therapeutische Arbeit fast ausnahmslos in einem individuellen Patient-Therapeut-Kontakt vollzieht (ebd., S. 132).

Diskutiert wird auch die hier befürchtete Bevorzugung bei der Vergütung von Therapierenden mit akademischer Ausbildung durch die Kostenträger. Diese ist vor dem Hintergrund aktueller Vergütungsvereinbarungen weder kurz- noch mittelfristig zu erwarten, da es mit Inkrafttreten des *Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)* im Mai 2019 (BMG, 2019, S. 1) und mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2019 zu einer bundesweit einheitlichen Preisangleichung auf höchstem Niveau gekommen ist (ebd., S. 4). Die von Mandl und Heim (2016) rekonstruierte und in diesem Projekt durch die befragten Praxisleitungen bestätigte Forderung nach einer höheren Vergütung (Mandl & Heim, 2016, S. 34) wird im Rahmen des *TSVG* gewissermaßen aufgegriffen, da durch die Abkopplung von der Grundlohnsummenbindung eine längst überfällige Ost-West-Angleichung erfolgt ist und weitere Honorarsteigerungen bevorstehen. Diese sollen zukünftig über bundesweit einheitliche Verträge für alle Therapierende gleichermaßen geregelt werden (BMG, 2019, S. 4). Ungeklärt bleibt, wie sich die neuen Vergütungssätze auf die Angestelltegehälter in den Versorgungspraxen auswirken, da rechtlich bindende Lohntarife hierzu noch ausstehen.

Im Rahmen der *ersten qualitativen Nebenfrage* wird das vorliegende Ergebnis diskutiert, dass akademisierte Angestellte ihre Praxistätigkeit nach Berufseinmündung oft als Karrieresprungbrett in die Selbstständigkeit, in ein Anschlussstudium oder in eine akademische Laufbahn in Forschung und Lehre nutzen. Durch die fehlende Attraktivität des Arbeitsmarktes für Therapierende (Richter et al., 2017, S. 122; Schwarzmann et al., 2018, S. 22) erscheint dieser nur unzureichend vorbereitet auf die Implementierung wissenschaftlich qualifizierter Therapierender aus der *ELP* in die Versorgungspraxis. Dieses Phänomen des Berufswechsels begründet sich in dem noch zu geringen Verdienst und einer gewissen Perspektivlosigkeit durch Mangel an Entwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen sowie durch einen ansteigenden bürokratischen Arbeitsaufwand (Schwarzmann et al., 2018, S. 25; HVG, 2019, S. 22). Kommt es auch nicht gleich zu einer Berufsflucht mit Vollausstieg, so ändern die Betroffenen ihre Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche in für sie chancenreichere Berufsfelder der Forschung und Lehre oder Selbstständigkeit (Schönfeld & Luderer, 2019, S. 108). In Teilen bestätigt wird diese Vorannahme durch die Aussagen einiger Praxisleitungen aus diesem Projekt, die dabei auf konkrete Erfahrungswerte durch bereits erlebte Berufswechsel ihrer akademisierten Angestellten zurückgreifen konnten. Neben der notwendigen Attraktivitätssteigerung der therapeutischen Arbeit vonseiten der Legislative braucht es zusätzlich einer Einstellungsänderung durch die Praxisleitungen und ihre Angestellten (Schwarzmann et al., 2018, S. 26), um sich dem Prozess in die angestrebte Vollakademisierung während der Übergangszeit zu öffnen, denn:

*„Die Versorgungswirklichkeit lässt unter den gegebenen Rahmenbedingungen derzeit keine konsequent evidenzbasierte Behandlung zu. Der Heilmittelkatalog, die darauf bezogenen ärztlichen Verordnungen sowie das Vergütungssystem für Praxen sind (noch) nicht auf eine evidenzbasierte, leitliniengerechte Behandlung ausgerichtet. Um hier Anpassungen zu erwirken, sind der Gesetzgeber, der Gemeinsame Bundesausschuss und die Partner der Selbstverwaltung gefragt.“ (HVG, 2019a, S. 22)*

Mit Bezug auf die *zweite qualitative Nebenfrage* werden einige Chancen und Herausforderungen aus den Ergebnissen dieses Projektes diskutiert. So sehen die befragten Praxisleitungen einen Zugewinn durch den Austausch evidenzbasierter Therapieverfahren mit ihren akademisierten Angestellten. Daraus kann eine facettenreichen Chance für die Zusammenarbeit in intraprofessionellen Teams durch eine sich gegenseitig befruchtende Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenz entstehen (Paulicke et al., 2017, S. 147), wenn die bereits genannten Rahmenbedingungen zügig nachgebessert werden. Akademisierte Angestellte können dann ihr wissenschaftliches Potenzial entfalten und evidenzbasierte Arbeitsergebnisse der Forschung und der Ausarbeitung von Leitlinien zur Verfügung stellen. In einem Umkehrschluss können entwickelte Forschungsergebnisse oder Leitlinien abschließend in die Versorgungspraxis implementiert werden. Diese Wechselseitigkeit braucht es, denn das zentrale Ziel in der therapeutischen Versorgungslandschaft liegt in der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung (Friedrichs & Schaub, 2011a, S. 2 f.). Ein Professionenmix bietet für die Zusammenarbeit in intraprofessionellen Teams demnach die Chance, die Qualität des beruflichen Handelns durch *Evidence best Practice* zu verbessern, das interne Praxisniveau anzuheben, die Patientenbindung durch bessere Behandlungsergebnisse zu fördern und die Arbeitszufriedenheit sowie Praxiswirtschaftlichkeit zu erhöhen (Schönfeld & Luderer, 2019, S. 113). Zudem fordern die Praxisleitungen eine 'Enttheoretisierung' der internen praktischen Hochschulausbildung, denn die Kernkompetenz von Versorgungspraxen der *ELP* liegt nach wie vor in der hochwertigen Patientenversorgung (ebd., S. 109).

Auch sehen sich die Praxisleitungen nicht in der Pflicht, die (hochschul-)praktische Ausbildung unentgeltlich durch unbezahlte Praktika extern abzudecken, wie es zurzeit noch üblich ist (ebd., S. 109). Die Ausarbeitung von Kooperationsverträgen mit den Hochschulen, eine verbindlich geregelte finanzielle Bezuschussung sowie eine verpflichtende Betreuungsvereinbarung mit den hochschulischen Kooperationspartnern werden als Konsequenz gesehen (ebd., S. 112). Gefordert wird von den Praxisleitungen zudem eine umfangreiche psychologische Ausrichtung durch die Ausbildung einer Therapeutenpersönlichkeit mit anthropologischem Menschenbild (Wulf, 2015, S. 8). Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Schönfeld & Luderer (2018), denn die 'Therapieenden der Zukunft' sollen ein deutlich geschärftes Profil in einer Kombination aus Empathie, berufspraktischer Expertise und wissenschaftlicher Reflexivität als Skill-Mix vorweisen:

*„Eine Persönlichkeit, die gewachsene Hierarchien in der Niederlassung akzeptieren kann, sich in das Team mit ihren Kompetenzen einbringt und einen ehrlichen und wertschätzenden Umgang mit Kollegen, Patienten und Angehörigen pflegt.“ (ebd., S. 81)*

Friedrichs und Schaub (2011) greifen zusätzlich den von Schön (1983) benannten Reflexionstypus von 'reflection in action' auf (Schön, 1983, S. 49; Friedrich & Schaub, 2011, S. 4). Dieser beschreibt eine gewachsene Therapeutenpersönlichkeit als 'reflective practitioner' im Handlungsvollzug (Friedrichs & Schaub, 2011b, S. 4) mit der Herausforderung, generiertes Praxiswissen weiterzuentwickeln, ohne es zu Theoriewissen erstarren zu lassen (ebd., S. 4).

Anhand der *dritten und letzten qualitativen Nebenfrage* werden wichtige Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit diskutiert. Vorliegende Ergebnisse unterstützen dabei die aktuelle Forschungslage, dass es in Teams mit einem Professionenmix eine koordiniert multiperspektivisch und qualitativ hochwertig handelnde Kooperation aller Teammitglieder braucht (Friedrichs & Schaub, 2011b, S. 6), um die Patientenklientel im Sinne der *Evidence best Practice* verantwortungsvoll zu begleiten. Dieses Projekt zeigt dabei auf, dass die Praxisleitungen hoch in der Verantwortung stehen, Gelingensfaktoren zu sichten und zu implementieren. Hierzu bedarf es zur Bedarfsanalyse von Praxiszielen eines Instrumentariums zum Auf- und Ausbau von Arbeitszufriedenheit (Mandl & Heim, 2016, S. 32), bestehend aus *Training, Coaching, Supervision* und *Teamentwicklung* (Eick, 2013, S. 40). Für *Trainings* eignen sich z.B. Inhouse-Maßnahmen durch einen systematischen Arbeitsplatzwechsel (Job-Rotation) (ebd., S. 41). Vorstellbar ist ein Rotationsprinzip bei organisatorischen Aufgaben, z.B. bei der Pflege eines Praxis-Qualitätsmanagements. Neue Perspektiven können dabei eingenommen werden und neues Wissen generieren. *Coachings* können hilfreich sein zum Erfahrungsaustausch und bei Problem- oder Konfliktbewältigung (ebd. S. 42) in der intraprofessionellen Zusammenarbeit. Für Praxisleitungen eignet sich insbesondere die *Supervision* zur Reflexion des eigenen Führungsstils und zur Optimierung des Kommunikationsverhaltens (ebd., S. 43), denn für ein gutes Arbeitsklima in der intraprofessionellen Zusammenarbeit braucht es vor allem eine vertrauensvolle, kritikoffene und symmetrische Kommunikation.

Vorliegende Ergebnisse zeigen zudem auf, dass ein souveräner Führungsstil als Gelingensfaktor einen Skill-Mix aus flachen Hierarchien, einem definierten Praxisleitbild mit klarem Rollenverständnis und einer gesunden Fehlerkultur voraussetzt. Auch ist es die Aufgabe der Praxisleitungen in der *Teamentwicklung* individuelle Stärken ihrer Angestellten sichtbar zu machen, sodass praxisrelevante Arbeitsfelder zur Qualitätssicherung im Behandlungsprozess gezielt und kompetenzorientiert besetzt werden können. Zudem sollen es die höheren Preisabschlüsse (BMG, 2019, S. 4) den Praxisleitungen erleichtern, für motivierende Einstiegsgehälter sowie Lohnsteigerungsmodelle in Orientierung an die individuellen Kompetenzen der (akademisierten) Angestellten zu sorgen.

Die Berücksichtigung jener Gelingensfaktoren seitens der Praxisleitungen als Führungspersönlichkeiten kann die intraprofessionelle Zusammenarbeit erleichtern und die schwierige Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Richter et al., 2017, S. 132 f.) von akademisierten Angestellten in die intraprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen.

## 6.2 Methodendiskussion

Anhand der umfassenden Exploration eines noch jungen Forschungsfeldes (Paulicke et al., 2017, S. 141) konnten Wissensgebiete aus bisherigen Forschungen bestätigt und neue Erkenntnisse durch die kombinierte Anwendung deskriptiver und inhaltsanalytischer Ansätze generiert werden (Mayring, 2017, S. 415). Der grundlegende explorative Erhebungscharakter des Mixed-Methods-Designs trug dazu bei, ein erstes Materialgefühl für das betreffende Forschungsfeld zu gewinnen (Mieg & Näf, 2005, S. 22). In der Literatur werden die Mixed-Methods und der hier eingesetzte externe Triangulationsansatz teils als eigenständige, voneinander unabhängige Forschungsmethoden distinktiv diskutiert (Flick, 2004, S. 66), da quantitativen und qualitativen Ansätzen unterschiedliche theoretische, epistemologische und forschungspraktische Eigenschaften zugesprochen werden (ebd., S. 66). Diesem Projekt liegt jedoch das pragmatische Verständnis von Kuckartz (2014) zugrunde, der den externen Triangulationsansatz als einen Bestandteil von Mixed-Methods und als die am häufigsten praktizierte Form versteht (Kuckartz, 2014, S. 46).

Der Triangulationsansatz zielt in diesem Forschungsprojekt auf die Übereinstimmung der Forschungsergebnisse beider Forschungsstränge als klassische Perspektive der Validierung ab (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 183). Zudem ermöglicht die ergänzende Ergebnisabdeckung ein umfassenderes Verständnis zur Beantwortung der Forschungsfragen (ebd., S. 183). Die gleichberechtigte Verknüpfung quantitativer sowie qualitativer Methoden im selbigen Projekt (Kuckartz, 2014, S. 33) als “[...] *the combination of methodologies in the study of the same phenomenon.*” (Denzin, 1978, S. 291) erfolgt anhand der Integration der beiden Methodenstränge mit ihren Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen in der Endphase dieses Projektes (Kuckartz, 2014, S. 33).

Diese Wechselseitigkeit muss jedoch auch hinterfragt werden, da in der Regel die implizite Annahme besteht, dass beide Methodenstränge für das beforschte Phänomen die gleiche Erklärungskraft besitzen (Kuckartz, 2014, S. 48). Jedoch können z.B. besonders heikle Themen in einer anonymen Onlinebefragung zu ehrlicheren und anderen Ergebnissen führen, als in fokussierten Interviews, da Letztere durch den persönlichen Kontakt mit einer höheren Hemmschwelle einhergehen (ebd., S. 48). Im vorliegenden Projekt handelt es sich eher um ein neutral besetztes Sachthema. Im Vergleich der beiden Methodenstränge zeigten sich daher keine relevanten Ergebnisunterschiede, die auf eine methodische Verzerrung (Flick et al., 2017, S. 321) hinweisen. Durch die Perspektivenbereicherung und die Vertiefung des Forschungsgegenstandes konnte im Rahmen der klassischen Testgütekriterien (Moosbrugger & Kelava, 2012, S 8 ff.) das Vertrauen in die Ergebnisvalidität (Kuckartz, 2014, S. 47) und Reliabilitätssteigerung (Flick, 2004, S. 17) erhöht werden und die Fundierung des erkenntnistheoretischen Modells (ebd., S. 17) bekräftigen.

### 6.2.1 Diskussion des Vorgehens im quantitativen Studienarm

Der Einsatz des teilstandardisierten *FE-akad-ELP* erfolgte aus testökonomischen Gründen, da diese Befragungsform kostengünstig ist, überregionale sowie große Stichproben erlaubt und das Kriterium der besten Erreichbarkeit erfüllt (Mummendey & Grau, 2014, S. 93).

Der Befragungsmodus war zeitlich und räumlich unabhängig (Wagner & Hering, 2014, S. 662), da keine Interviewenden eingesetzt wurden. Die Ausfüllsituation blieb zwar unkontrolliert, Intervieweffekte als mögliche Verzerrer (ebd., S. 662) konnten durch diverse Kontrollmechanismen (z.B. festgelegter Antwortmodus, standardisierte Ausfüllinstruktionen) jedoch eingegrenzt werden (Mummendey & Grau, 2014, S. 175 ff.). Da es sich um eine computergestützte Onlinebefragung handelte (Scholl, 2018, S. 53 f.), erfolgte die Datenübertragung direkt auf den Webserver. Dabei waren das Ausfüllen und die technische Dateneingabe identisch (Scholl, 2018, S. 51), so dass eine automatische Konsistenzüberprüfung erfolgte und Übertragungsfehler durch Interviewende ausgeschlossen werden konnten (ebd., S. 51). Regelmäßige Checks auf Item-Nonresponse erhöhten die Datenqualität (Wagner & Hering, 2014, S. 663), indem Datensätze mit einem Antwortverhalten von weniger als 80% gelöscht bzw. fehlende Daten (missing values) durch einfache Imputation zur Absicherung der statistischen Analyse ersetzt wurden (ebd., S. 375).

Einer zu geringen Rücklaufquote (Mummendey & Grau, 2014, S. 93) wurde in der Untersuchungsplanung durch eine entsprechend hohe Bruttostichprobe begegnet (Engel & Schmidt, 2014, S. 332), um die gesetzte Nettostichprobengröße ( $n \geq 180$ ) für eine sinnvolle Analyse zu erreichen. Zudem wurden die Kontaktversuche durch wiederholtes Anschreiben erhöht (Schnell, 2019, S. 172). Die anschließende Nonresponse-Analyse per Onlinebefragung ergab, dass die größte Gruppe ( $n=112$ ) ihre Teilnahme aus Gründen von Zeitmangel, Desinteresse oder zu hoher Belastung aufgrund der Häufigkeit von Befragungen (respondent burden) verweigerte (ebd., S. 146). Eine telefonische Nachfrage war durch den anonymen Befragungscharakter nicht möglich. Incentives als Teilnahmeanreiz wurde wegen geringer finanzieller Mittel bei hoher Bruttostichprobe nicht gesetzt, zumal der Anteil konvertierter Verweigerer stetig abnimmt (ebd., S. 147).

Aufgrund der schwer zu definierenden Grundgesamtheit aller Praxisleitungen aus der *ELP* im gesamten Bundesgebiet war die Ziehung einer echten Zufallsstichprobe nicht gegeben (Scholl, 2018, S. 58). Eine mögliche Überrepräsentierung derer, die den elektronischen Medien gegenüber aufgeschlossen sind (Bortz & Döring, 2006, S. 261) oder ihre Praxen in räumlichen Ballungsgebieten hatten, konnte nicht ausgeschlossen werden. Dennoch hatten alle Teilnehmenden durch die zufällige Stichprobenziehung die gleiche Wahrscheinlichkeit, in die Bruttostichprobe zu gelangen (Schnell, 2019, S. 163). Von einer Gültigkeit der Fragebogenergebnisse kann für die vorliegende Nettostichprobe ausgegangen werden, da bisherige Forschungsergebnisse durch dieses Projekt bestätigt wurden und sich ihre Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit damit erhöht. Die in Kap. 5.1 formulierten Befragungsergebnisse aus der *Deskriptivstatistik* des *FE-akad-ELP* beruhen auf dem Modell, die im Onlinefragebogen verwendete ordinale Likert-Skala als 'quasimetrisch' zu betrachten und als Intervallskala einzusetzen (Völkl & Korb, 2018, S. 20). Das Risiko falscher Messergebnisse blieb dabei gering (Baur & Fromm, 2004, S. 198 f.), da die Skala mit fünf verbalen Ausprägungen als Mindestvoraussetzung konstruiert wurde, deren Abstände zwischen den Antworten semantisch interpretierbar waren.

Numerische Wertelabels mit gleich großen Abständen ergänzten die Skala (Urban & Mayerl, 2011, S. 275). Simulationsstudien haben zudem nachgewiesen, dass die Fehlergefahr bei Intervallskalierung von Likert-Skalen sehr gering ist (Baur & Fromm, 2004, S. 194).

Zur Ergebnisbeschreibung wurde u.a. der Mittelwert als Lagemaß gewählt und aufgrund seiner Anfälligkeit für hohe oder niedrige Ausreißerwerte (Kuckartz, 2013, S. 65) durch die Standardabweichung ergänzt, um die durchschnittliche Abweichung einzelner Messwerte beschreiben zu können (Schäfer & Schöttker-Königer, 2015, S. 49). Die in Kap. 5.1.1 beschriebenen Ergebnisse zur *Testgüte* des *FE-akad-ELP* zeigten als Standardmethode zur Messung der inneren Konsistenz auf Dimensionsebene (Bühner, 2011, S. 166) ein mittleres Chronbach- $\alpha$  als Hinweis auf eine ausgewogene und reliable Skalenhomogenität. Dieser Kombinations-Index wird aus der Höhe der Itemkorrelationen und der Itemzahl abgebildet (ebd., S. 168) und steigt mit wachsender Itemzahl an (Bortz & Döring, 2006, S. 199). Zudem ist Cronbach- $\alpha$  anfällig gegen Ausreißer (Bühner, 2011, S. 169), sodass einer Ergebnisverzerrung durch die Hinzunahme der korrigierten Trennschärfe zur zusätzlichen Reliabilitätsbestimmung auf Itemebene begegnet wurde (Mummendey & Grau, 2014, S. 98 f.).

Der ebenfalls in Kap. 5.1.1 beschriebene gute KMO-Skalenkoeffizient (Klopp, 2010, S. 4) zur Messung der Konstruktvalidität ließ sich durch die Hinzunahme der MSA-Werte als Maß der Stichprobeneignung auf Itemebene (Bühner, 2011, S. 348) gegen eine Ergebnisverzerrung stabilisieren. Der in *SPSS*<sup>®</sup> berechnete höchst signifikante p-Wert von kleiner .001 (Bühl, 2016, S. 177) aus dem Bartlett-Test für Sphärizität wurde als Minimalbedingung für die bevorstehende *EFA* ergänzend berücksichtigt (ebd., S. 348), jedoch hängt dieser Test stark von der jeweiligen Stichprobengröße ab, sodass die Ablehnung seiner Nullhypothese, dass alle Itemkorrelationen gleich null sind, zu erwarten war (ebd., S. 347 f.). Die Kombination der hier verwendeten Subtests diente somit nicht nur der statistischen Feinanalyse, sondern zur Absicherung vor möglichen Ergebnisverzerrungen, sodass der *FE-akad-ELP* die *Gütekriterien* der *Reliabilität* und *Validität* erfüllte.

Da in Kap. 5.1.2 zur *Interpendenzanalyse* alle Voraussetzungen für die Durchführung einer *EFA* als datenreduzierende Dimensionsanalyse (Fromm, 2012, S. 54) gegeben waren, konnten zwei homogene latente Faktoren extrahiert werden. Die heuristische Faktoreninterpretation nach linguistischer Indikation wurde durch den Eigenwert größer 1, die Faktorenanzahl größer 4 pro Faktor und deren Faktorenladungen größer .60 sowie durch die Stichprobengröße ( $n=199$ ) statistisch abgesichert (Klopp, 2010, S. 8). Neben der statistischen Absicherung geeigneter Inhaltsitems erfolgte keine Selektion zu schwacher Items bei gleichzeitig semantisch-logischer Passfähigkeit, da es sich beim *FE-akad-ELP* um einen psychometrischen Persönlichkeitstest zur Erhebung von Einstellungsmerkmalen handelt und einem Informationsverlust von Erfahrungswerten der Befragten vorgebeugt werden sollte: „*Dennoch ist es ungünstig, Items alleine aufgrund statistischer Kennwerte aus dem Test zu entfernen.*“ (Bühner, 2011, S. 356).

Die den quantitativen Studienarm abschließende Durchführung der *einfaktoriellen und zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalysen* und *univariaten Feinanalyse* erfolgte aus testökonomischen Effizienzgründen (Backhaus et al., 2018, S. 175) und um varianzgenerierende Effekte durch Kumulation des Fehlers 1. Art (Alpha-Fehler) zu eliminieren (Bortz & Schuster, 2010, S. 237). Dabei wurde das Signifikanzniveau von .05 eingehalten (Rudolf & Müller, 2012, S. 119). Bei der Auswahl der Teststatistik wurden zudem jene Subtests gewählt, die robust auf Abweichungen der Normalverteilung und der Varianz-Kovarianz-Homogenität reagieren (Keller, 2018, S. 3). Zusätzlich durchgeführte Simulationsanalysen mit vergleichenden Kombinationen der univariaten Varianzanalyse bestätigten die Ergebnisse in ihrer Robustheit (Backhaus et al., 2018, S. 192).

Die Verringerung nicht erklärter Varianzen (ebd., S. 175) und die einfaktorielle Berechnung eventueller Wirkungsweisen des jeweiligen Faktors auf die abhängigen Variablen der Item-Batterien konnten direkt erfasst werden, ebenso wie Interaktionseffekte zwischen den beiden Faktoren in der zweifaktoriellen Berechnung (Bortz & Schuster, 2010, S. 237). Aufgrund des explorativen Charakters der eingesetzten Teststatistik (Backhaus et al., 2018, S. 186) und des vorliegenden Projektes insgesamt erlauben die erzielten Testwerte, z.B. p-Werte oder  $\eta^2$ , lediglich eine erste Interpretation von möglichen Zusammenhängen, da dieses erst wenig erforschte Thema noch am Beginn der theoretischen Auseinandersetzung steht (Bortz & Döring, 2006, S. 381).

### **6.2.2 Diskussion des Vorgehens im qualitativen Studienarm**

Wegen der kritisierten Übertragbarkeit klassischer Gütekriterien auf die qualitative Forschung (Mayring, 2015, S. 125) orientiert sich das vorliegende Projekt für seine intersubjektive Überprüfbarkeit durch Dritte (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 353 f.) zur Validierung an den aktuell gängigen Gütekriterien qualitativer Sozialforschung: *Verfahrensdokumentation*, *argumentative Interpretationsabsicherung*, *Nähe zum Gegenstand*, *kommunikative Validierung*, *Triangulation und Regelgeleitetheit* (Mayring, 2015, S. 125). Dabei bezieht sich die interne Güte auf die Datenerfassung, Transkription und Durchführung der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016, S. 204 f.) und die externe Güte auf die Übertragbarkeit und Verallgemeinerung von Ergebnissen (ebd., S. 217 f.). Insgesamt wurde sich engmaschig an der 32-Item-Checkliste aus den 'Kriterien für die Berichterstattung qualitativer Studien (COREQ)' (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007, S. 352) orientiert.

Die *Verfahrensdokumentation* wurde über eine interviewbegleitende Verschriftlichung zur Nachvollziehbarkeit mit Postskripten, inhaltlichen Memos und durch Logbuch-Einträge gewährleistet (Kuckartz, 2016, S. 204). Zur Wahrung der Offenheit bei gleichzeitig notwendiger Strukturierung als Grundprinzip von Interviews (Helfferich, 2011, S. 182) erfolgte eine Leitfadenerstellung nach dem SPSS-Schema (ebd., S. 182). Die Interviewqualität wurde durch das Einhalten eines 5-Schritte-Plans (Joining, Stimulus, immanentes Nachfragen, exmanentes Nachfragen und Abrundung) während der Erhebungssituation sichergestellt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 87).



Dennoch können z.B. konformitätserzeugende Antworttendenzen als soziale Effekte nicht ausgeschlossen werden (Scholl, 2018, S. 218 ff.), so z.B. die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit durch 'sich selbst gut Darstellens', den Gebrauch von formalen Antwortstilen mit 'Ja/Nein-Tendenz', oder die 'Ich weiß nicht-Option' zur Vermeidung weiterer Nachfragen (ebd., S. 225). Zur Minimierung solcher Effekte wurde während der mündlichen Interviews Wert auf eine möglichst offene und neutrale Befragungssituation gelegt, was bei den Onlinebefragungen aufgrund des anonymen Antwortcharakters bei den Freitextnennungen nicht möglich war. Jedoch beruhen alle Interviews und Freitextnennungen auf der Freiwilligkeit der Teilnahme und der Auskunftserteilung. Teile des Textmaterials konnten zur *argumentativen Interpretationsabsicherung* durch mehrere Codierende unabhängig voneinander bearbeitet und fehlende Übereinstimmungen bis zur Konsensfindung diskutiert werden (ebd., S. 211). Dies war ein sehr aufwändiger und zeitintensiver Prozess (Kuckartz, 2016, S. 212), der die Bereitschaft und Ressourcenmobilisierung aller am Analyseprozess Beteiligten voraussetzte. Aufgrund der hohen Datenmenge bei gleichzeitig niedrigen zeitlichen Ressourcen der Analysegruppe wurde daher beschlossen, aus jedem Therapieberuf ein zufällig gezogenes mündliches Interview in die Konsensfindung zu integrieren, sodass ca. ein Drittel des Textmaterials in die argumentative Interpretationsabsicherung einfluss.

Alle Forschenden sowie die Befragten hatten durch ihre therapeutische Tätigkeit in Praxen eine enge *Nähe zum Forschungsgegenstand*. Die externe Analysegruppe aus drei Studierenden im Bachelorstudiengang Ergotherapie der Alice Salomon Hochschule Berlin befand sich zum Analysezeitpunkt im fünften Fachsemester und verfügte bis dahin über theoretische Kenntnisse aus den Modulen 'Wissenschaftliches Arbeiten' und 'Qualitative und quantitative Forschungsmethoden'. Da ausgewiesene Praxiserfahrungen im aktiven Forschungsprozess gering waren, fand neben einer ausführlichen Einführungsveranstaltung eine regelmäßige und engmaschige Rückkopplung mit dem Forschungsleiter dieses Projektes über den gesamten Analysezeitraum hinweg statt. Der Forschungsleiter selbst ist durch seine langjährig gewachsene Berufsbiografie sehr eng mit dem Forschungsgegenstand verbunden. Die gesammelten Berufserfahrungen waren durch ihre ausgeprägte Nähe zum Forschungsgegenstand einerseits sehr hilfreich, andererseits bestand die Gefahr von 'Betriebsblindheit'. Dieser wurde durch regelmäßige 'peer debriefings' mit anderen Forschenden aus Fremdprojekten begegnet (Kuckartz & Rädiker, 2010, S. 400 f.).

Die intersubjektive Übertragbarkeit der Ergebnisse wurde durch eine mehrschrittige *kommunikative Validierung* zur zusätzlichen Interpretationsabsicherung erhöht. Diese erfolgte durch Rückkopplung mit den interviewten Erzählpersonen nach Ausarbeitung der Case Summaries (Bergold & Flick, 1987, S. 254) sowie nach der dritten Codierschleife, sodass die Erzählpersonen durch ihre inhaltlichen Rückmeldungen in den weiteren Forschungsprozess integriert werden konnten (Flick, 2016, S. 495). Die wichtigsten Ergebnisbausteine wurden zur abschließenden Qualitätssicherung mit einer Erzählperson in einem mündlichen Experteninterview kommunikativ validiert und bestätigt.

Weitere Validierungsschritte mit den Ausfüllpersonen der verwendeten Freitextfelder aus dem *FE-akad-ELP* waren aufgrund des anonymen Befragungscharakters nicht möglich.

Das für die mündlichen Interviews angewendete Snowball-Sampling (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 180 f.) war mit neun Erzählpersonen eher klein angelegt, was für die qualitative Forschung nicht unüblich ist, da die Frage der theoretischen Sättigung durch möglichst kontrastierende Fälle wesentlicher ist, als eine vorab definierte Fallzahl (ebd., S. 182). Zudem existieren keine formalen Regeln für die Fallauswahl, denn das Hauptkriterium hierfür liegt in der möglichst präzisen Beantwortung der Forschungsfragen (Gläser & Laudel, 2010, S. 97). Die Auswahl von leicht zugänglichen Fällen nach dem Convenience-Prinzip (Flick, 2016, S. 166) bot in diesem Projekt eine ausreichend variierende Fallkontrastierung (Gläser & Laudel, 2010, S. 98) durch die Diversität der verschiedenen Praxen und Tätigkeitsfelder (Paulicke et al., 2017, S. 141) und durch die Vielfalt an unterschiedlichen Berufsbiografien (Schönfeld & Luderer, 2019, S. 112 f.). Dabei stehen die einzelnen Fälle nicht für sich, sondern sie repräsentieren durch ihre Nähe zum Forschungsgegenstand das Milieu von Versorgungspraxen auf dem ambulanten Arbeitsmarkt und zeigen deren Strukturproblematik auf (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 174).

Die gegebene variierende Fallkontrastierung erhöht zudem die Erklärungskraft dieses Projektes (Gläser & Laudel, 2010, S. 98), ebenso wie die Einnahme vielfältiger Perspektiven (Flick, 2004, S. 100), z.B. auf die Fragestellungen, die Übertragbarkeit und die Verallgemeinerbarkeit von Ergebnissen durch den methodenexternen *Triangulationsansatz* (Kuckartz & Rädiker, 2010, S. 400 f.). Die Gesamtgüte des vorliegenden Projektes wird so durch eine systematisch erweiterte Vervollständigung in der Ergebnisreflexion abgerundet, um die Breite, Tiefe und Konsequenz im methodischen Vorgehen zu erhöhen (Flick, 2016, S. 520) und gleichzeitig mehr Interpretations-sicherheit zu bieten. Zudem bietet dieser Ansatz eine methodische *Regelgeleitetheit* mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation einzubeziehen (Mayring, 2015, S. 13), die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen.

### **6.3 Stärken und Limitationen der Studie**

Die Stärken dieses Forschungsprojektes bestehen darin, dass bisher beschriebene implizite Meinungsbilder oder Vorannahmen aus der aktuellen Forschungslage durch empirisch erhobene Erfahrungswerte der teilnehmenden Erzähl- und Ausfüllpersonen erfasst und diskutierfähig werden. In der Summe wird eine Ist-Analyse über das Milieu des ambulanten Arbeitsmarktes von Versorgungspraxen aus Arbeitgebersicht auf den sich ausweitenden Professionenmix in intraprofessionellen Praxisteams aufgestellt.

Das in diesem Projekt generierte Potenzial an Gelingensfaktoren zeigt dabei neue Wege auf, den ambulanten Arbeitsmarkt für die akademisierte Nachfolgeneration von Therapierenden aus der *ELP* für eine abgesicherte Patientenversorgung neu und gleichzeitig attraktiver zu gestalten und ist daher von hohem gesellschaftlichen Nutzen.

Die methodisch umfangreiche Regelgeleitetheit der eingesetzten externen Methodentriangulation ermöglicht dabei eine Perspektivenerweiterung und Vertiefung des Forschungsgegenstandes und erhöht so die repräsentative Ergebnisqualität und Übertragbarkeit durch Beantwortung der verschiedenen Forschungsfragen. Der gezielte Einsatz des externen Triangulationsansatzes beugt einem Methoden- und Ergebnis-Bias vor (Flick et al., 2017, S. 321), indem die Einnahme verschiedener Perspektiven auf denselben Forschungsgegenstand das Vertrauen in die Ergebnisvalidität erhöht (Kuckartz, 2014, S. 47). So liegt diesem Forschungsprojekt die trianguläre Verknüpfung der *Forscherperspektive* mit dem *Forschungsgegenstand* und seiner zugehörigen *Personenwelt* zugrunde, in deren Schnittmenge sich das zu beobachtende Phänomen (Denzin, 1978, S. 291) von Sichtweisen und Erfahrungswerten der befragten Praxisleitungen auf ihre akademisierten Angestellten in der intradisziplinären Zusammenarbeit befindet. Ein weiterer Vorteil dieser Querschnittsstudie besteht in ihrer praxisorientierten Realisierungsmöglichkeit sowie in der guten Erreichbarkeit der Probanden im Feld bei vergleichsweise geringen Kosten (Behrens & Langer, 2010, S. 196).

Die Limitationen dieses Projektes liegen im grundsätzlichen Charakter des methodisch sehr umfangreichen Projektes, das in der Planung, Durchführung, Auswertung und Verschriftlichung mit geringen finanziellen, zeitlichen und personellen Mitteln bewältigt wurde. Eine besondere Herausforderung stellte die logisch nachvollziehbare Ergebnisdarstellung der hohen Datenmenge mit ihrem vielschichtigen Antwortverhalten der Befragten dar. Dieser Vielschichtigkeit wurde bei der Verschriftlichung der Ergebnisse und ihrer Diskussion mit dem 'Prinzip der Sparsamkeit (Ockhams Rasiermesser)' (Dupré, 2007, S. 141) durch Datenselektion mit thematischer Schwerpunktgewichtung begegnet. Zur Vermeidung von blinden Flecken des Forschenden im Projektprozess, insbesondere durch die starke Nähe zum Forschungsgegenstand, erfolgte ein regelmäßiges peer debriefing mit anderen Forschenden aus Fremdprojekten (Kuckartz & Rädiker, 2010, S. 400 f.).

Die angezielte Rücklaufquote im quantitativen Studienarm wurde zwar erreicht und entsprechende Ergebnisse durch die methodische Hinzunahme des qualitativen Studienarms in ihrer Gültigkeit bzw. Repräsentativität durchaus erhöht, eine valide Verallgemeinerung auf die (bisher unbekannte) bundesweite Grundgesamtheit von berufsfachschulisch ausgebildeten Praxisleitungen aus der *ELP* in der Niederlassung sollte jedoch nur mit Vorsicht erfolgen. Zudem erlaubt der explorative Charakter des Projektes in der Ergebnisbewertung der Teststatistik lediglich eine erste Beschreibung von Zusammenhängen. Für eine empirische Bestätigung von Wirkungsrichtungen als tatsächliche Effekte und deren Bedeutung für die Grundgesamtheit braucht es jedoch noch entsprechender Anschlussstudien zur konfirmatorischen Ergebnisabsicherung.

## 7 Fazit und Ausblick

Das hier vorgestellte Projekt setzt sich mit den Akademisierungsbestrebungen der klassischen Therapieberufe aus der *ELP* und ihren Auswirkungen auf die sektorale ambulante Versorgungslandschaft auseinander. Durch gezielte Fragestellungen wird dabei jene Forschungslücke geschlossen, in der sich individuelle Sichtweisen der befragten berufsfachschulisch ausgebildeten Praxisleitungen auf das Miteinander in der intradisziplinären Zusammenarbeit von Teams mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in der beruflichen Wirklichkeit widerspiegeln. Dabei wird als erkenntnistheoretisches Modell eine Kausalkette aufgezeigt, deren zentrales Endziel die qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Patientenversorgung durch ein möglichst erstklassig geschultes und akademisiertes Gesundheitspersonal vorsieht (Friedrichs & Schaub, 2011a, S. 2 f.). So steht die Gesundheitsversorgung mit allen Beteiligten in der Pflicht, der Gesamtbevölkerung im Feld des demografischen Wandels bei gleichzeitig ansteigendem Krankheitspanorama Genüge leisten zu können (SVR, 2009, S. 14).

Die hohe Ergebniskomplexität in diesem Projekt erlaubt dabei das Aufzeigen eines Ursachen-Wirkungs-Verständnisses, das für eine tiefgreifende Ergebnisinterpretation über die alleinige Darstellung von Sichtweisen befragter Praxisleitungen hinausgeht. Dabei entsteht als Fazit eine Bestätigung und gleichzeitig eine Weiterführung bisheriger Forschungsergebnisse durch Hinzunahme einer dreidimensionalen Arbeitbersicht auf der *Makro-*, *Meso-* und *Mikroebene* (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 84 f.).

Auf der *Makroebene* beinhaltet die Ausbildung zum *reflective practitioner* (WR, 2012, S. 78) aus Sicht der befragten Praxisleitungen sowohl gesundheitspolitische Aufgabestellungen an den Gesetzgeber als auch bildungspolitische Aufträge an die hochschulischen Partner in der Selbstverwaltung (HVG, 2019a, S. 22). Die in diesem Forschungsprojekt bestätigte und nahezu gleiche Aufgabenverteilung begründet sich in meist identischen Tätigkeitsfeldern und geht mit gleichen Rechten, Pflichten und Vergütungen einher. Dies widerspricht jedoch den längst ausgearbeiteten Zielen aus dem Deutschen Qualitätsrahmen (DQR) in der definierten Unterschiedlichkeit von Berufsabschlüssen (BMBF, 2019, S. 1) und bremst eine zunehmende Akademisierung aufgrund der gelebten formalen und finanziellen Gleichstellung aus (Richter et al., 2017, S. 132 f.).

Für eine Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis (ebd., S. 133) ist daher eine zeitnahe und verbindliche Implementierung des DQR auf den Arbeitsmarkt für eine klare und qualifikationsabhängige Tätigkeitszuordnung durch hierarchisierte Arbeitsprozesse angezeigt (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 76), um einer fortschreitenden Deprofessionalisierung in den Therapieberufen entgegenwirken zu können (Walkenhorst, 2008, S. 124 f.). Dies beinhaltet gleichzeitig eine Reform der jeweiligen Berufsgesetze (HVG, 2019b, S. 1) sowie des aktuellen Heilmittelkatalogs, um ein konsequent evidenzbasiertes und leitliniengerechtes Arbeiten zu ermöglichen (HVG, 2019a, S. 22).

Trotz der sich positiv verändernden Preisgestaltung (BMG, 2019, S. 4) stehen ebenso die Kostenträger in der Pflicht, entsprechende Preisabschlüsse für Praxen zuzulassen, die eine Lohnstaffelung nach DQR-Kriterien erlauben. Nur so können die Praxisleitungen als Arbeitgebende passende und wertschätzende Entlohnungsmodelle realisieren und wirtschaftlich bleiben.

Dem von den Befragten gewünschten Ausbau berufspraktischer Fertigkeiten und sozialer Kompetenzen des akademisierten Nachwuchses im Patientenumgang kann begegnet werden, indem die hochschulischen Partner neben der Etablierung ihrer wissenschaftlichen Disziplinen (Friedrichs & Schaub, 2011a, S. 2 f.) die interne praktische Ausbildung um curricular verankerte Praxismodule mit direktem Patientenkontakt erweitern, die gleichzeitig mit einem therapierelevanten Zertifikatserwerb einhergehen. So können Berührungsängste bei den Studierenden abgebaut und souveräne Therapeutenpersönlichkeiten aufgebaut werden. Die Umsetzungen erfordern ein entsprechend fachdidaktisch geschultes Hochschulpersonal oder Lehrkooperationen mit dem Kollegium der Berufsfachschulen bzw. praktisch tätigen Therapierenden aus der *ELP*. Denen wird jedoch aufgrund meist fehlender akademischer Abschlüsse und bürokratischer Hürden keine oder nur eine eingeschränkte Lehrerlaubnis für die Hochschullehre erteilt (LAGeSo, 2016, S. 14). Zudem liegen die in den jeweiligen Landeshochschulgesetzen geregelten Honorarsätze für Lehraufträge (Deutscher Hochschulverband, 2008, S. 1 ff.) weit unterhalb des aktuellen Listenpreises für eine zeitlich vergleichbare Therapieeinheit (vdek, 2019, S. 1 ff.), sodass eine Anhebung der aktuellen Honorarsätze zur Qualitätsabsicherung und Attraktivitätssteigerung in der Hochschullehre unabdingbar ist. Dieser Kostenfaktor kann von den Hochschulen allein nicht bewältigt werden, sondern setzt eine Bezuschussung durch den Gesetzesgeber voraus. Dem akademischen Nachwuchs eröffnet sich jedoch die Chance, ein deutlich geschärftes Profil mit einer Kombination aus berufspraktischer Expertise und Empathie bei gleichzeitig wissenschaftlicher Reflexivität zu erwerben und macht ihn für zukünftige Arbeitgebende und für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung deutlich attraktiver.

Die *Mesoebene* bezieht sich in ihrem Fazit auf den Übergang des akademisierten Nachwuchses in die Praxis. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen noch Verbesserungsbedarfe bei der Umsetzung von externen Praktika. Hilfreich wäre ein curricular verbindliches Format, das externe Praktika bereits auf Studiengangsebene integriert (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 80) und dabei gleichzeitig Formen der Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Praxen verbindlich definiert. Neben einer engmaschigen Praktikumsbetreuung der Studierenden durch ein fachdidaktisch fundiertes Hochschulpersonal (ebd., S. 80) können verbindliche Kooperationsverträge mit finanzieller Vergütung für die Bereitstellung von Therapiewissen sowie Arbeits- und Betreuungszeit die von den Praxisleitungen gewünschte Wertschätzung leisten. Für die Umsetzung kann ein intensiver Austausch zwischen den Beteiligten bereits auf Planungsebene hilfreich sein, um Ziele der Kooperation gemeinsam auszuloten, zu rahmen und den Mehrwert von akademisiertem Nachwuchs für die Praxis bereits während der externen Ausbildung hervorzuheben.

Die Anwendung evidenzbasierter Denk-, Entscheidungs- und Handlungsmuster (Paulicke et al., 2017, S. 137 f.) kann bereits während der Praktikumsphasen von den Studierenden erprobt und von den Praxisleitungen als potenzielle Arbeitgebende als praxisrelevant akzeptiert werden. Dies würde dem noch bestehenden Widerspruch zwischen erkannter Zielführung der Akademisierung und realen Praxisbedingungen (Richter et al., 2017, S. 132 f.) entgegenwirken und eine Attraktivitätssteigerung für externe Praktika mit akademisiertem Nachwuchs für die Praxisleitungen ermöglichen. Aus Sicht Letzterer sind die bisher genannten strukturellen Nachbesserungen zur Optimierung der Rahmenbedingungen von Versorgungspraxen auf der *Makro-* und *Mesoebene* vonnöten, um dem akademisierten Nachwuchs die Berufseinmündung zu erleichtern. Nur so kann die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Richter et al., 2017, S. 133) in die zielgruppen- und generationenspezifische Patientenversorgung (Walkenhorst, 2011, S. 2) gefördert werden.

Die *Mikroebene* setzt sich in ihrem Fazit hingegen mit den Gelingensfaktoren für eine gute intraprofessionelle Zusammenarbeit von Teams mit Professionenmix auseinander und gewichtet dabei Faktoren, die zur Arbeitszufriedenheit sowie zur Praxis- und Patientenbindung beitragen. Als Arbeitgebende stehen die Praxisleitungen in der Hauptverantwortung, als souveräne Führungspersonlichkeit aufzutreten und jene Gelingensfaktoren regelmäßig auszuloten und in die Teamprozesse zu implementieren, die zur Arbeitsplatzoptimierung und Arbeitszufriedenheit beitragen. Neben dem Ausbau der eigenen Führungsqualitäten, z.B. durch erweiterte personelle und betriebswirtschaftliche Fachkenntnisse zur Absicherung von organisatorischen Praxisabläufen, können jene Praxisleitungen mit berufsfachschulischem Hintergrund ihr eigenes Berufsprofil durch eine Vertiefung ihrer gesundheitswissenschaftlichen Expertise schärfen. Ein grundlegendes Verständnis für wissenschaftliches Arbeiten, z.B. in der Anwendung von Forschungsmethoden oder in der Interpretation und Beurteilung von Forschungsergebnissen, kann die Implementierung evidenzbasierter Versorgungsstrukturen und deren systematische Evaluation (Hurrelmann & Razum, 2016, S. 3) in Praxen erleichtern. Diese Form der Nachqualifizierung kann durch die Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungen oder Studienangeboten als 'add on' zur berufsfachschulischen Ausbildung erfolgen (Paulicke et al., 2017, S. 144) und gleichzeitig die Führungsverantwortung durch eine bilaterale Sicht auf den Professionenmix von berufsfachschulischen und akademisierten Angestellten schärfen. Die qualitativ hochwertige Patientenversorgung als Kernkompetenz von Praxen würde durch eine kohärente Verknüpfung von Praxis und Evidenzbasierung ermöglicht (Paulicke et al., 2017, S. 144).

Da entsprechende Bildungsangebote sowohl zeitliche als auch finanzielle Ressourcen beanspruchen, braucht es staatliche Fördergelder, z.B. in Form von Bildungsgutscheinen, auch für Praxisleitungen in der Selbstständigkeit, um über einen grundlegenden gesundheitswissenschaftlichen Kompetenzzuwachs eine flächendeckende, versorgungsorientierte und qualitativ hochwertige Arbeitsplatzgestaltung zu etablieren.

Die Einsicht von Praxisleitungen in die Schaffung neuer Arbeitsbedingungen durch eine zielgerichtete und wertschätzenden Aufgabenverteilung nach individuellen Kompetenzen und Berufsabschlüssen kann zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit in intraprofessionellen Teams beitragen und die Praxisbindung aller Angestellten absichern. Flexible Entlohnungsmodelle nach Kriterien der Berufsqualifikation, Betriebszugehörigkeit und Patientenbindung sind nötig, um der wachsenden Abwanderung durch einen Berufswechsel oder gar Berufsflucht (Schwarzmann et al., 2018, S. 25) zu begegnen.

Zur optimalen Integration der neuen Ausbildungsstrukturen in das Beschäftigungssystem von Praxen (Gerholz & Walkenhorst, 2016, S. 76) braucht es auch weiterhin einer Forschungsvertiefung, um über gezielte Fragestellungen valide Daten über den Verbleib (Richter et al., 2017, S. 116), die aktuelle Vergütungssituation und die Zufriedenheit von akademisiertem Nachwuchs und den Praxisleitungen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit zu erhalten. Als Zuarbeit werden neue Ergebnisse aus der Verbleibstudie von Absolvierenden der Modellstudiengänge für Pflegeberufe, Hebammenkunde, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie 'VAMOS' erwartet (Dieterich, 2019, S. 1). Diese greift u.a. zentrale Dimensionen zur Arbeitnehmer- und Arbeitgeberzufriedenheit auf und zeigt, welche Rahmenbedingungen und Organisationsmerkmale eine intradisziplinäre Zusammenarbeit noch erleichtern können.

Die Qualität in der Synergie von *reflective practitioners* in intradisziplinären Teams rückt dabei in den Fokus (WR, 2012, S. 78) und zeigt, dass es auch auf Praxisebene einer Weiterentwicklung von Standards bedarf, die neben der Teamstärkung zu einem einheitlich höheren Niveau von Praxen führen soll. Ein möglichst einheitliches Qualitätsniveau in der ambulanten Versorgungslandschaft aller drei Therapieberufe kann ebenso durch zusätzliche interprofessionelle Bildungsangebote aufgebaut werden und den Ausbau eines gemeinsamen mentalen Modells in der Gesundheitsversorgung fördern (Körner, Göritz, & Bengel, 2014, S. 5). Dies erleichtert sowohl die intraprofessionelle Teamarbeit als auch den interprofessionellen Austausch zwischen den Therapieberufen, verbessert die Arbeitszufriedenheit für alle Beteiligten und bietet einen stabilisierenden Beitrag für eine flächendeckende therapeutische Versorgung im Sinne der *Evidence best Practice* an.

Das heutige Portfolio professionellen Handelns in der *ELP* soll sich demnach aus einem reflexiven, evidenzbasierten und fundierten Wissen und Können vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Fragestellungen speisen. Die Qualität in der Synergie von *reflective practitioners* in intraprofessionellen Teams rückt dabei in den Fokus (WR, 2012, S. 78) und fordert so die vermittelbare Arbeitsmarktfähigkeit (Employability) im multidimensionalen Wettbewerb:

*„Employability richtet das Augenmerk auf den Arbeitsmarkt und dessen tatsächliche Bedarfe und Bedürfnisse. Die Kompetenzbandbreite [...] soll so ausgestaltet sein, dass der Arbeitsmarkt sofort profitieren kann und seine Beschäftigten auch dem Bildungskreislauf bei neuerlichen Bedarfen zuführen kann – im Kontext des „Lebenslangen Lernens“.* (Winterholler, 2014, S. 7)

## 8 Literaturverzeichnis

- Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W. & Weiber, R. (2018). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Baur, N. & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Baur, N. & Fromm, S. (2004). *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene: Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bergold, J. & Flick, U. (1987). *Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung*. Tübingen: dgvt.
- BMBF (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. [https://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung\\_band\\_15.pdf](https://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf) [Stand: 16.10.2019].
- BMBF (2018). *Der Bologna-Prozess - die Europäische Studienreform*. <https://www.bmbf.de/de/der-bologna-prozess-die-europaeische-studienreform-1038.html> [Stand: 16.10.2019].
- BMBF (2019). *Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. <https://www.dqr.de> [Stand: 16.10.2019].
- BMG (2016). *Bessere Versorgung und Beratung von Pflegebedürftigen vor Ort. Bundestag verabschiedet das Dritte Pflegestärkungsgesetz*. Bonn: BMG
- BMG (2017). *Verlängerung der Modellklausel in den Berufsgesetzen der Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten*. Bonn: BMG.
- BMG (2019). *Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte: Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html> [Stand: 16.10.2019].
- Böhler, H. (2004). *Marktforschung*. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer-Medizin.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bühl, A. (2016). *SPSS 23: Einführung in die moderne Datenanalyse*. 15., aktualisierte Auflage. Hallbergmoos: Pearson Studium.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München u. a.: Pearson Studium.
- Bundesagentur für Arbeit (2011). *Klassifikation der Berufe 2010 - Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen*. [https://www.arbeitsagentur.de/datei/klassifikation-der-berufe\\_ba017989.pdf](https://www.arbeitsagentur.de/datei/klassifikation-der-berufe_ba017989.pdf) [Stand: 16.10.2019].
- Bundestag (2009). *Gesetz zur Einführung in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten*. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/beschluss-des-bundesrates-am-14-10-2016-zur-modellklausel/> [Stand: 16.10.2019].
- Cielebak, J. & Rässler, S. (2014). Data Fusion, Record Linkage und Date Mining. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung 2014* (S. 367-382). Wiesbaden: Springer.



- Darmann-Finck, I. & Reuschenbach, B. (2017). *Ergebnisse der Evaluation der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Berufen*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Denzin, N. K. (1978). *The Research Act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Routledge.
- Deutscher Hochschulverband (2008). *Landesrechtliche Vorgaben für die Vergütung von Lehrbeauftragten in €/ Std.*. [http://www.hochschulverband.de/cms1/fileadmin/redaktion/download/pdf/info\\_blaetter/info0109.pdf](http://www.hochschulverband.de/cms1/fileadmin/redaktion/download/pdf/info_blaetter/info0109.pdf) [Stand: 16.10.2019].
- DGB e.V. (2016). *Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft*. <https://dg-pflegewissenschaft.de/ethikkommission/ethikkodex/> [Stand: 16.10.2019].
- DGS & BDS (2014). *Ethik Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)*. <https://soziologie.de/> [Stand: 16.10.2019].
- Dieterich, S. (2019). *VAMOS NRW*. <http://www.vamos.nrw/cms/index.php/projektmodule> [Stand: 16.10.2019].
- Dupré, B. (2007). *50 Schlüsselideen Philosophie*. 5., Auflage. Heidelberg: Spektrum.
- DVE e.V. (2016). *Stellungnahme des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. (DVE) zur Anhörung am 17. Oktober 2016 zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung*. <https://docplayer.org/37571307-Stellungnahme-des-deutschen-verbandes-der-ergotherapeuten-e-v-dve-zur-anhoerung-am-17-oktober-2016.html> [Stand: 16.10.2019].
- Engel, U. & Schmidt, B. O. (2014). Unit- und Item-Nonresponse. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden empirischer Sozialforschung 2014* (S. 331-348). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Eick, J. (2013). *Teamentwicklung - Bestandteil des Employer Branding Prozesses: Was erwarten Großunternehmen von Teambuilding-Maßnahmen, aktuell und zukünftig?* (Bachelorarbeit). Hochschule Mittweida - University of Applied Sciences, Mittweida.
- Fischer, M. (2014). *Qualität in der Berufsausbildung: Anspruch und Wirklichkeit*. Bielefeld: wbv.
- Flick, U. (2004). *Triangulation: Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 7., Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.
- Flick, U.; Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2017). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. 12., Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.
- Friedrichs, A. & Schaub, H.-A. (2011a). Academisation of the health professions - achievements and future prospects. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28(4), 1-13.
- Friedrichs, A. & Schaub, H.-A. (2011b). Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 28(4), 1–13.
- Fromm, S. (2012). *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene 2: Multivariate Verfahren für Querschnittsdaten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Früh, W. (2015). *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis*. 8., überarbeitete Auflage. Konstanz und München: UVK.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung*. Opladen, Stuttgart: Budrich; UTB.
- GBE-Bund (2018a). *Abgelegte und bestandene Prüfungen an Hochschulen in ausgewählten Studiengängen des Gesundheitswesens*. <http://www.gbe-bund.de/> [Stand: 16.10.2019].
- GBE-Bund (2018b). *Gesundheitspersonal 2017*. <http://www.gbe-bund.de/> [Stand: 16.10.2019].

- Gerholz, K.-H. & Walkenhorst, U. (2016). Gestaltungsfragen zur Akademisierung der beruflichen Bildung am Beispiel der Gesundheitsfachberufe. In: Seifried, J.; Seeber, S. & Ziegler, B. (Hrsg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2016* (S. 74-89). Oppladen; Berlin; Toronto: Budrich.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und Qualitative Inhaltsanalyse*. 4., Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hammann, P. & Erichson, B. (2000). *Marktforschung*. 4., Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hammer, S. & Polchow, S. (2013). Therapieberufe – quo vadis? Perspektiven von Angehörigen der Therapieberufe zu aktuellen und künftigen Entwicklungen im Kontext der Akademisierung – eine qualitative Untersuchung. *Forum Logopädie*, 1(27), 10-13.
- Hanf, M.; Kretschmer, B.; Melcher, M. & Schönfeld, A. (2015). *Studienprotokoll. Studentisches Forschungsprojekt: Fragebogen zur Einstellungserhebung berufsfachschulisch ausgebildeter niedergelassener Physiotherapeuten gegenüber ihren akademisierten Kollegen*: Unveröffentlichtes Manuskript. Halle (Saale).
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden empirischer Sozialforschung 2014* (S. 669–686). Wiesbaden: Springer.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4., Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Springer.
- Hemmerich, W. (2019). *Einfaktorielle ANOVA: Den Tukey post-hoc Test interpretieren*. <https://statistikguru.de/spss/einfaktorielle-anova/tukey-post-hoc-test.html> [Stand: 16.10.2019].
- HRK (2018). *Der Hochschulkompass - ein Überblick*. <https://www.hochschulkompass.de/ueberuns.html> [Stand: 16.10.2019].
- Huber, W. (2013). Akademisierung der Logopädie in Konkurrenz und Kooperation mit akademischer Sprachtherapie. *Forum Logopädie*, 1(27), 30-33.
- Hurrelmann, K. & Razum, O. (2016). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 6., durchgesehene Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- HVG (2018). *Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) - Strategiepapier*. [http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018\\_11\\_08.pdf](http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf) [Stand: 16.10.2019].
- HVG (2019a). *Berufstätigkeit und Berufszufriedenheit von Therapeuten mit hochschulischer Ausbildung - Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung zur Evaluation von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)*. <http://logopaedie-lauer.de/publikationen/>. [Stand: 16.10.2019].
- HVG (2019b). *Die praktische hochschulische Ausbildung in den Therapieberufen*. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/hvg-fachtagung-die-praktische-hochschulische-ausbildung-in-den-therapieberufen-ziele-gestaltung-und-uebergang-von-berufsfachschule-zur-hochschule/> [Stand: 16.10.2019].
- ICH (1996). *ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline For Good Clinical Practice E6(R1)*. <https://www.ich.org/products/guidelines/efficacy/article/efficacy-guidelines.html> [Stand: 16.10.2019].
- Keller, D. (2015). *Effektstärke - Statistik und Beratung*. <https://statistik-und-beratung.de/> [Stand: 16.10.2019].
- Ketels, G.; Schön, G.; van den Bussche, H. & Barzel, A. (2015). Quo vadis Therapieberufe-wie sehen Physio- und Ergotherapeuten die Zukunft ihrer Berufe? Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)*, 77(11), 1-7.

- Klopp, E. (2010). *Explorative Faktorenanalyse*. <http://hdl.handle.net/20.500.11780/3369> [Stand: 16.10.2019].
- Köhn-Ladenburger, C. (2013). *Marketing für LOHAS*. Wiesbaden: Springer.
- Körner, M.; Göritz, A. S. & Bengel, J. (2014). Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. *International Journal of Health Professions*, 1(1), 5–12.
- Kracauer, S. (1952). The Challenge of Qualitative Content Analysis. *The Public Opinion Quarterly*, 1(16), 631-642.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2013). *Statistik: Eine verständliche Einführung*. Wiesbaden: Springer.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U.; Ebert, T.; Rädiker, S. & Stefer, C. (2009). *Evaluation online: Internetgestützte Befragung in der Praxis*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2010). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2019). Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung 2019* (S. 441–456). Wiesbaden: Springer.
- Lück, D. & Landrock, U. (2014). Datenaufbereitung und Datenreinigung in der quantitativen Sozialforschung. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden empirischer Sozialforschung 2014* (S. 397-409). Wiesbaden: Springer.
- Macha-Krau, H. (2011). *Logopädisches Selbstverständnis im Wandel. Studienbrief 1: Die Geschichte der Logopädie*. Ergolding: Bosch.
- Mandl, I. & Heim, S. (2016). Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen.: Fragebogenerhebung unter den Mitgliedern des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. 2. *Forum Logopädie*, 1(31), 32-35.
- Mathieu, M. (2014). *Aufgabenbezogene Leistung in ERP-gestützten Arbeitsprozessen*. Wiesbaden: Springer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2017). Evidenztriangulation in der Gesundheitsforschung. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(S2), 415–434.
- Meyer, F.; Miggelbrink, J. & Beurskens, K. (2018). *Ins Feld und zurück - Praktische Probleme qualitativer Forschung in der Sozialgeographie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mieg, H. A. & Näf, M. (2005). *Experteninterviews*. 2., Auflage. Zürich: Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES), ETH Zürich.
- Minitab (2018). *Der zentrale Grenzwertsatz: Die Mittelwerte von großen Zufallsstichproben sind ungefähr normalverteilt*. <https://support.minitab.com/> [Stand: 16.10.2019].
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Müller, V.; Stamer, M. & Richter, P. (2009). *Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung*. <http://www.akg.uni-bremen.de/> [Stand: 16.10.2019].

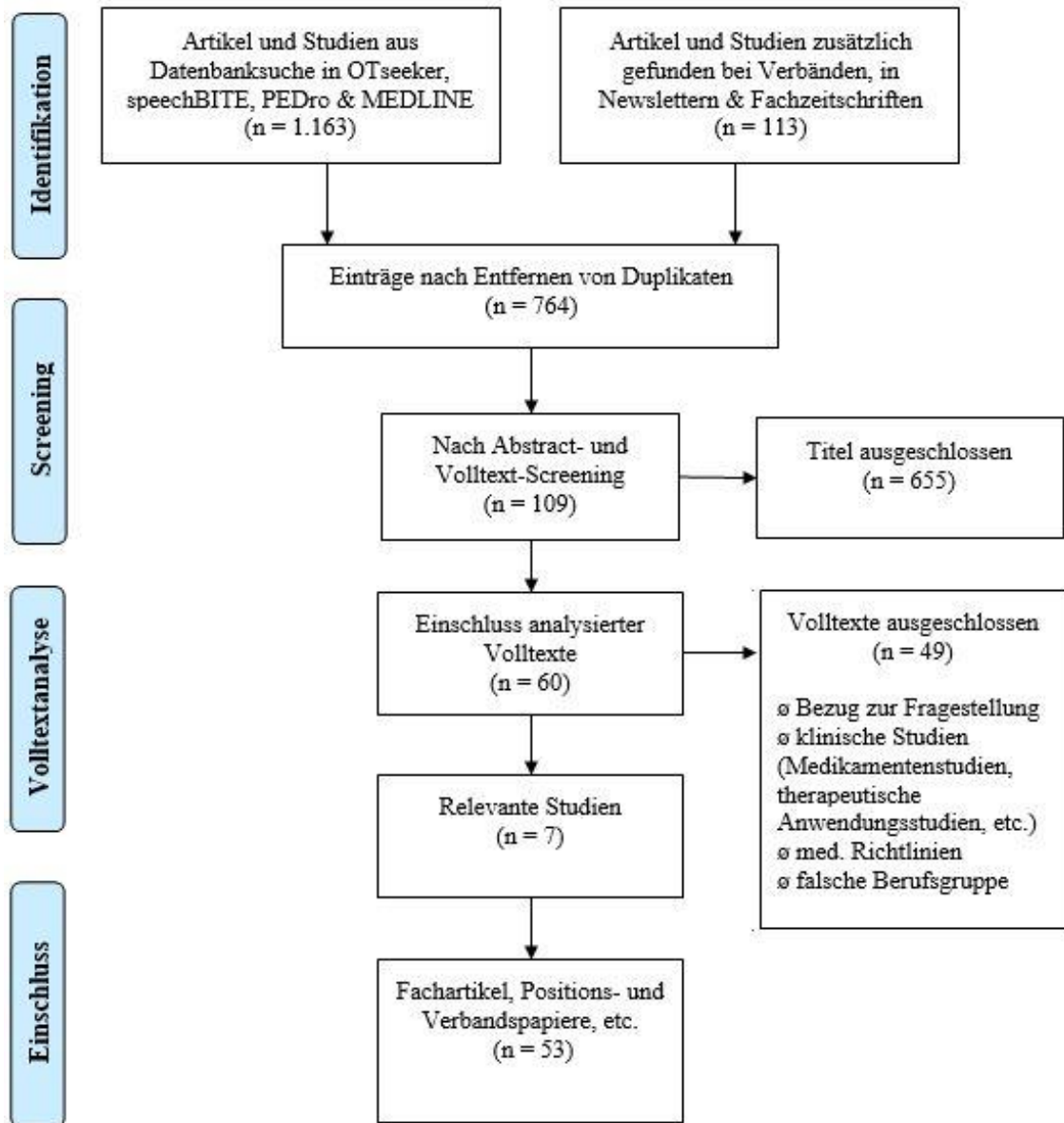
- Mummendey, H. D. & Grau, I. (2014). *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs und Selbstkonzeptforschung*. 6., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Nicketta, R. (2003). *Beispiel für eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA)*. [http://www.home.uni-osnabrueck.de/rnicketta/method/SPSS\\_BeispielfürMANOVA\\_V02.pdf](http://www.home.uni-osnabrueck.de/rnicketta/method/SPSS_BeispielfürMANOVA_V02.pdf) [Stand: 20.05.2019].
- Nordhausen, T., & Hirt, J. (2018). *RefHunter: Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Version 2.0*. <https://refhunter.eu/manual/> [Stand: 16.10.2019].
- Pahn, C.; Rausch, M. & Siegmüller, J. Vom Input zum Output: Berufliche Arbeitsaufgaben als Grundlage für die Kompetenzableitung in der Logopädie. *Forum Logopädie*, 5(24), 32–37.
- Paulicke, D.; Richter, R. & Hartinger, M. (2017). Wissenschaftliche Qualifizierung der Therapeutenberufe in Deutschland aus Sicht der Arbeitgeber\_innen. In: Ute Seper (Hrsg.), *Bildung in den Gesundheitsberufen Weiter denken 2017* (S. 137-152). Graz: Leykam.
- Porst, R. (2014). *Fragebogen*. Wiesbaden: Springer.
- Prüfer, P. & Rexroth, M. (2000). *Zwei-Phasen-Pretesting: ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08*. <http://www.gesis.org/> [Stand: 16.10.2019].
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. 3., korrigierte. Auflage. München: Oldenbourg.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2018). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. 5., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: facultas.
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Wiesbaden: Springer.
- Richter, R.; Dietel, S.; End, R.; Paulicke, D.; Unger, A. & Hartinger, M. (2017). Arbeitgeberperspektiven zur wissenschaftlichen Arbeitgeberperspektiven zur wissenschaftlichen Qualifizierung von Therapeutinnen und Therapeuten. In: Weyland, U. & Reiber, K. (Hrsg.), *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen 2017* (S. 115-137). Bonn: BIBB.
- Robert Bosch Stiftung (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln*. <https://www.bosch-stiftung.de/> [Stand: 16.10.2019].
- Rudolf, M. & Müller, J. (2012). *Multivariate Verfahren*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Schäfer, A. & Schöttker-Königer, T. (2015). *Statistik und quantitative Methoden für Gesundheitsfachberufe*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schnell, R. (2019). *Survey-Interviews*. Wiesbaden: Springer.
- Scholl, A. (2018). *Die Befragung*. 4., bearbeitete Auflage. Konstanz und München: UVK.
- Schönfeld, A. (2016). *Pilotstudie zur Beurteilung der Testgüte des Fragebogens zur Einstellungserhebung berufsfachschulisch ausgebildeter und niedergelassener Logopäden gegenüber ihren akademisierten Kollegen*: Unveröffentlichtes Manuskript. Halle (Saale).
- Schönfeld, A. & Luderer, C. (2018). Der Logopaedus Academicus in der Niederlassung: Sichtweisen von Freiberuflern auf studierte Kollegen. *Praxis Sprache*, 2(2), 77–82.
- Schönfeld, A. & Luderer, C. (2019). Sichtweisen von Praxisinhabern/-Innen auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Therapeuten/-Innen. *International Journal of Health Professions*, 6(1), 103-115.
- Schuchard-Fischer, C.; Backhaus, Humme, U.; Lohrberg, W. & Plinke, W. (1982). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Schwarzmann, A.-L.; Gerlach, S.; Rohde-Schweizer, R.; Straßer, B.; Paul, S. & Hammer, S. (2018). Ich bin dann mal weg.: Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen. *Forum Logopädie*, 32(3), 22–27.
- SoSci Survey (2017). *Technischer Funktionstest*. <https://www.soscisurvey.de/> [Stand: 16.10.2019].
- SoSci Survey (2018). *Serienmail*. <https://www.soscisurvey.de/> [Stand: 11.02.2019].
- Steger, F. & Hillerbrand, R. C. (2012). *Praxisfelder angewandter Ethik: Medizin, Technik und Umwelt*. 1. Auflage. Münster: Mentis.
- Steigleder, S. (2008). *Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest*. Marburg: Tectum.
- SVR (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> [Stand: 16.10.2019].
- Tong, A.; Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- VDEK (2018). *Daten zum Gesundheitswesen*. <https://www.vdek.com/> [Stand: 16.10.2019].
- Völkl, K. & Korb, C. (2018). *Deskriptive Statistik: Eine Einführung für Politikwissenschaftlerinnen und Politikwissenschaftler*. Wiesbaden: Springer.
- Wagner, P. & Hering, L. (2014). Online-Befragung. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung 2014* (S. 661-673). Wiesbaden: Springer.
- Walkenhorst, U. (2008). *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung: Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Walkenhorst, U. (2011). Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe - Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang. In: v. Bonse-Rohmann, M. & Weyland, U. (Hrsg.), *bpw@ Spezial 5 - Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 10* (S. 1-12). [http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst\\_ft10-ht2011.pdf](http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf) [Stand: 16.10.2019].
- Weber, M. (1976). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: Mohr.
- Wentura, D. & Pospeschill, M. (2015). *Multivariate Datenanalyse*. Wiesbaden: Springer.
- Winterholler, C. (2014). Lebenslanges Lernen – Modebegriff? Alter Wein in neuen Schläuchen?. *Forum Logopädie*, 5(28), 6–9.
- WMA (2008). *Declaration of Helsinki*. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Oct2008.pdf> [Stand: 16.10.2019].
- WR (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Stand: 16.10.2019].
- Wulf, C. (2015). Pädagogische Anthropologie. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 18(1), 5–25.
- ZVK e.V. (2018). *Zahlen Daten Fakten aus berufsrelevanten Statistiken*. <https://www.physio-deutschland.de/> [Stand: 16.10.2019].

## 9 Thesen

1. Das Beschäftigungssystem auf dem ambulanten Versorgungssektor von Praxen ist nur unzureichend auf die einmündenden Akademisierungsbestrebungen in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie vorbereitet.
2. Es braucht eine qualifikationsabhängige Tätigkeitszuordnung mit mehr Berufsautonomie, um einer fortschreitenden Deprofessionalisierung in den Therapieberufen entgegenwirken zu können.
3. Gesetzesgeber, Kostenträger und Hochschulpartner müssen den Mehrwert von akademisiertem Nachwuchs intensiver herausarbeiten und standardisiert messbar machen.
4. Der akademisierte Nachwuchs zeigt noch zu viele Einschränkungen bei der Ausübungen berufspraktischer Fertigkeiten.
5. Die interne praktische Hochschulausbildung soll um curricular verankerte Praxismodule mit Zertifikatserwerb erweitert und entsprechendes Hochschulpersonal fachdidaktisch geschult werden.
6. Die externe praktische Ausbildung soll über Kooperationsverträge zwischen Praxen und Hochschulen geregelt und die Bereitstellung von Fachwissen, Arbeits- und Betreuungszeit verbindlich vergütet werden.
7. Die Praxisleitungen unterscheiden bei der Aufgabenverteilung oder Entlohnung noch zu wenig zwischen den unterschiedlichen Berufsqualifikationen.
8. Aufgrund fehlender Entwicklungsmöglichkeiten und Vergütungsmodelle nutzt der akademisierte Nachwuchs den Berufseinstieg in die Praxis als Karrieresprungbrett für ein Anschlussstudium, die Selbstständigkeit oder Tätigkeiten in Forschung und Lehre.
9. Die Praxisleitungen beschreiben dennoch eine überwiegend wohlwollende Atmosphäre mit einer sich gegenseitig befruchtenden intradisziplinären Zusammenarbeit im Professionenmix.
10. Die Akademisierungsbestrebungen in den Therapieberufen bieten die Möglichkeit für ein höheres Qualitätsniveau in der Infrastruktur von Versorgungspraxen und erleichtern zugleich den interdisziplinären Austausch zwischen den Therapieberufen.

III Anhänge



Anhang 1: Flow-Chart für die externe Literaturrecherche (Prisma, 2009)

**Anhang 2:** inkludierte Studien aus der externen Literaturrecherche

<b>Autorinnen/Autoren</b>	<b>Titel</b>	<b>Studiendesign</b>	<b>Theoretische Verortung</b>
Hammer & Polchow (2013)	<i>Therapieberufe – quo vadis? Perspektiven von Angehörigen der Therapieberufe zu aktuellen und künftigen Entwicklungen im Kontext der Akademisierung – eine qualitative Untersuchung</i>	qualitative Querschnittsstudie mit Experteninterviews	Akademisierung und die Perspektivenabbildung von Lernenden, Lehrenden und Praktizierenden aus der ELP im Beruf
Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (hvg e.V.) (2019)	<i>Berufstätigkeit und Berufszufriedenheit von Therapeuten mit Hochschulischer Ausbildung - Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung zur Evaluation von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)</i>	quantitative Querschnittsstudie als Onlinebefragung	Akademisierung und der Berufsverbleib/ die Berufszufriedenheit von Hochschulabsolventinnen/-absolventen aus den PQS der ELP
Ketels et al. (2015)	<i>Quo vadis Therapieberufe – wie sehen Physio- und Ergotherapeuten die Zukunft ihrer Berufe? Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung</i>	quantitativ-qualitative Querschnittsstudie als Onlinebefragung	Akademisierung und Zukunftsperspektiven in den Berufen der Physio- und Ergotherapie
Mandl & Heim (2017)	<i>Zur beruflichen Situation angestellter LogopädInnen Fragebogenerhebung unter den Mitgliedern des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V.</i>	quantitative Querschnittsstudie als Onlinebefragung	Akademisierung und Dimensionsbeschreibung von Qualifikation, Tätigkeit, Vergütung und Zufriedenheit in der Logopädie
Paulicke et al (2017)	<i>Wissenschaftliche Qualifizierung der Therapieberufe in Deutschland aus Sicht der Arbeitgeber_innen</i>	qualitative Querschnittsstudie mit Experteninterviews	Akademisierung und Implementierung von wissenschaftlich qualifizierten Therapierenden der ELP in den Arbeitsmarkt
Schönfeld & Luderer (2018)	<i>Der Logopaedus Academicus in der Niederlassung - Sichtweisen von Freiberuflern auf studierte Kollegen</i>	quantitative Querschnittsstudie als Onlinebefragung	Akademisierung und Beschreibung von Chancen/Herausforderungen für niedergelassene Praxen
Schwarzmann et al (2018)	<i>Ich bin dann mal weg - Eine Studie zur Berufsflucht von LogopädInnen</i>	quantitativ-qualitative Querschnittsstudie mit Onlinebefragung und Experteninterviews	Akademisierung und Erfassung von Gründen zur Berufsflucht von Logopädinnen/Logopäden



**Anhang 3:** Stichprobengrößen ELP (Stand: 09.09.2017)

<b>Nr.</b>	<b>Listenkennung</b>	<b>Anzahl</b>
<b>1</b>	Rekrutierung ergotherapeutischer Praxen für BW	451
<b>2</b>	Rekrutierung ergotherapeutischer Praxen für HH	72
<b>3</b>	Rekrutierung ergotherapeutischer Praxen für HS	222
<b>4</b>	Rekrutierung ergotherapeutischer Praxen für SA	136
<b>Teilstichprobengröße für Ergotherapie</b>		<b>n=881</b>
<b>5</b>	Rekrutierung logopädischer Praxen für BW	255
<b>6</b>	Rekrutierung logopädischer Praxen für HH	86
<b>7</b>	Rekrutierung logopädischer Praxen für HS	246
<b>8</b>	Rekrutierung logopädischer Praxen für SA	104
<b>Teilstichprobengröße für Logopädie</b>		<b>n=691</b>
<b>9</b>	Rekrutierung physiotherapeutischer Praxen für BW	202
<b>10</b>	Rekrutierung physiotherapeutischer Praxen für HH	243
<b>11</b>	Rekrutierung physiotherapeutischer Praxen für HS	205
<b>12</b>	Rekrutierung physiotherapeutischer Praxen für SA	210
<b>Teilstichprobengröße für Physiotherapie</b>		<b>n=860</b>
	<i>Befragung gesamt</i>	<i>2.100</i>
	<i>Standard-Pretest gesamt</i>	<i>332</i>
<b>Gesamtstichprobengröße für ELP</b>		<b>n=2.432</b>

**Abkürzung:** BW: Baden-Württemberg, HH: Hamburg, HS: Hessen, SA: Sachsen-Anhalt

**Anhang 4:** Auszug aus dem Onlinefragebogen *FE-akad-ELP* für Inhalts-Items

<b>Item</b>	<b>Frage</b>	<b>Fragetext</b>
IN01	<b>2</b>	Akademisierte Kolleginnen haben auf dem Arbeitsmarkt bessere Chancen als ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen.
IN02 03/04/05	<b>3</b>	Folgende Kriterien sind für mich wichtig, wenn ich jemanden anstelle: Berufserfahrung/Zusatzqualifikationen/akademischer Abschluss.
IN03	<b>4</b>	Akademisierte Angestellte können neue Forschungsergebnisse leichter in ihre praktische Arbeit integrieren als ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen.
IN04	<b>5</b>	Ich wäre als Arbeitgeberin prinzipiell bereit, meine akademisierten Angestellten höher zu entlohnen.
IN05	<b>6</b>	Für mich tätige akademisierte Angestellte können für meine Niederlassung nach außen hin werbewirksam sein.
IN06	<b>7</b>	Akademisierte Angestellte können sich mit wissenschaftlichen Themen leichter auseinandersetzen als ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen.
IN07_r	<b>8</b>	Die voranschreitende Akademisierung gefährdet die Zusammenarbeit innerhalb meiner Berufsgruppe.
IN08	<b>9</b>	Akademisierte Angestellte sollen sich besonders in praxisinterne Organisationsaufgaben einarbeiten.
IN12	<b>10</b>	Als Arbeitgeberin wäre ich bereit, meine berufsfachschulisch ausgebildeten Angestellten bei einem berufsbegleitenden Studium finanziell zu unterstützen.
IN13_r	<b>11</b>	Ich befürchte, dass der Erwerb praktischer Handlungskompetenzen während eines Hochschulstudiums zu gering ausfällt.
IN14	<b>12</b>	Akademisierte Angestellte können praxisinterne Leitungsfunktionen leichter ausführen, als ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen.
IN15_r	<b>13</b>	Akademisierte Angestellte können aufgrund ihrer wissenschaftlichen Qualifikation eine Konkurrenz für ihre berufsfachschulisch ausgebildeten Kolleginnen darstellen.
IN16_r	<b>14</b>	Berufsfachschulisch ausgebildeten Angestellten fällt die praktische Arbeit am Patienten leichter als ihren akademisierten Kolleginnen.
IN21	<b>15</b>	Ich glaube, dass sich berufsfachausgebildete und akademisierte Kolleginnen in der praxisinternen Zusammenarbeit ergänzen.
IN22	<b>16</b>	Berufsfachschulisch ausgebildete und akademisierte Angestellte sollten in meiner Praxis gleichgestellt bei gleichen Rechten und Pflichten zusammenarbeiten.
IN37	<b>17</b>	Ein abgeschlossenes Hochschulstudium führt zu einem höheren Reflexionsvermögen bei der Ausübung praktischer Tätigkeiten.
IN26	<b>18</b>	Eine grundsätzliche Akademisierung in meinem Beruf halte ich für notwendig.
IN28	<b>19</b>	Berufsfachschulisch ausgebildete und akademisierte Angestellte sollen sich in meiner Praxis gegenseitig fachlich bereichern.
IN29_r	<b>20</b>	Ich fühle mich durch die voranschreitende Akademisierung in meiner beruflichen Existenz als Niedergelassene bzw. Praxisleitung bedroht.
IN30_r	<b>21</b>	Akademisierte Angestellte werden aufgrund ihres Hochschulabschlusses von berufsfachausgebildeten Kolleginnen eher abgelehnt.
IN31	<b>22</b>	Als Niedergelassene bzw. Praxisleitung profitiere ich von dem Fachwissen meiner akademisierten Angestellten.
IN32	<b>23</b>	Durch die Akademisierung bekommt meine Berufsgruppe mehr berufspolitische Stabilität.
IN33	<b>24</b>	Akademisierte Angestellte sollen sich regelmäßig über neue Forschungsergebnisse informieren und diese mit dem gesamten Team teilen.
IN34	<b>25</b>	Ich sehe durch die Akademisierung einen inhaltlichen Zugewinn für die praktische Arbeit im Team.
IN35	<b>26</b>	Ich gehe davon aus, dass eine Hochschulausbildung in meinem Beruf zu besseren Arbeitsergebnissen am Patienten führt.
IN36_r	<b>27</b>	Die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen lassen mich über einen beruflichen Tätigkeitswechsel nachdenken.

**Abkürzung:** IN: Inhaltsitem; r: recodiertes Item

## Anhang 5: Interview-Leitfaden

### Themenkomplex I: Stimulus

1. **Starter:** Was denken Sie, nachdem Sie diese Aussagen gelesen haben?
2. Welche Gründe könnten diese Personen haben, solche Aussagen zu machen?
3. Welche Aussagen wirken bei Ihnen besonders nach und warum?

### Themenkomplex II: Erleben

1. **Starter:** Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit akademisierten Angestellten?
2. Wie erleben Sie die verschiedenen Qualifikationsniveaus Ihrer Angestellten?
3. Wie erleben Sie die Zufriedenheit von akademisierten Angestellten ein?
4. Wie zufrieden sind Sie als Leitungsperson mit akademisierten Angestellten?
5. Welches Kompetenzprofil wünschen Sie sich bei Bewerbungen für Ihre Praxis?

### Themenkomplex III: Chancen

1. **Starter:** Welche Chancen sehen Sie in der Zusammenarbeit für ihr Team mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau?
2. Welche Chancen sehen Sie durch akademisierte Angestellte für die Praxisorganisation?
3. Welche Chancen sehen Sie durch akademisierte Angestellte in der Patientenversorgung?

### Themenkomplex IV: Herausforderungen

1. **Starter:** Welche Herausforderungen sehen Sie in der Zusammenarbeit für Ihr Team mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau?
2. Welche Risiken birgt ein Team mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau für die Patientenversorgung?
3. Wie begegnen Sie unterschiedlichen Vorstellungen von Leistungsvergütung und Tätigkeitsprofilen in Ihrem Team?

### Themenkomplex V: Gelingenheitsfaktoren

1. **Starter:** Welche Möglichkeiten nutzen Sie, um sich über die Teamatmosphäre zu informieren?
2. Was müssen Sie als Leitungsperson tun, damit die Zusammenarbeit im Team gehörig misslingt?
3. Was müssen Sie als Leitungsperson tun, damit es zu einer „Zwei-Klassen-Bildung“ in Ihrem Team kommt?

**Abschluss:** Klärung offener Fragen, Kontaktangebot, Dankesworte, Verabschiedung

## Anhang 6: Auszug aus dem Codierleitfaden

### I. Begriffserklärungen:

Für ein einheitliches Wording werden die Begriffe und ihre Definitionen in diesem Projekt so verwendet, wie es Kuckartz (2016) in seinem Buch „*Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*“ vorschlägt. Die wichtigsten Begriffe (☞ Kap. 2) werden folgend kurz erläutert.

- **(Haupt- und Sub-)Codes:** thematische „Schlagwörter“, denen inhaltlich passende Textstellen zugeordnet werden. Hauptcodes haben eine übergeordnete Funktion greifen ein Thema auf, ohne es zu vertiefen. Ankerbeispiel zum Code „Vergütung“: „*Alle sollen mehr Geld kriegen.*“. Subcodes haben eine spezifische Funktion und vertiefen ein Thema aus einem Hauptcode. Ankerbeispiel zum Subcode „Gesetzliche Krankenkassen“: „*Die GKV muss ihre Vergütungssätze anheben, damit Therapeuten fair entlohnt werden.*“
- **Codesystem:** Gesamtheit aller Haupt- und Subcodes
- **Codedefinition:** inhaltliche Beschreibung eines einzelnen Haupt- oder Subcodes. Erweitert mit Ein- und Ausschlusskriterien, Keywords als Orientierungshilfe und nachvollziehbaren Ankerbeispielen (☞ Tab. 1)
- **Codebuch:** Summe aller Kategorien und ihrer Beschreibungen (☞ Punkt VI.)
- **Codierleitfaden:** Codebuch und Codierregeln
- **Coding/Codiereinheit/codiertes Segment:** codierte Textstelle, die sich einem bestimmten Code zuordnen lässt
- **Segmentgrenzen:** Codiereinheiten als Sinneinheiten, deren Grenzen dadurch bestimmt werden, dass sie bei Satzwertigkeit auch außerhalb ihres Textes verständlich sein sollen

### II. Aufgabe:

Als Analysegrundlage dient dieser Codierleitfaden, an den sich alle Codierenden engmaschig halten. Die Hauptaufgabe besteht darin, über das vorgegebene Codesystem inhaltlich passende Textstellen aufzuspüren und diese als Codiereinheiten zu codieren. Codedefinitionen, Ein- und Ausschlusskriterien, Keywords und Ankerbeispiele aus dem Codebuch dienen als Orientierungshilfe.

### III. Zu den Transkripten/Audiodateien:

Die Sprechweise von einigen Erzählpersonen ist durch häufige Satzabbrüche, Satzverschränkungen, Themenwechsel und Neuanfänge gekennzeichnet. Für ein besseres Verständnis kann im Dokumenten-Browser die jeweilige Zeitmarke neben der Textstelle angeklickt werden, dann sollte dieser Abschnitt zu hören sein. Die Freitextnennungen liegen nur im unkorrigierten Original und in Schriftform vor.

### IV. Umgang mit den Codings und ihren Segmentgrenzen:

Je nach Erzählperson kann ein Redebeitrag sowohl grammatikalisch als auch lexikalisch klar strukturiert sein. Die Segmentgrenzen mit Satzwertigkeit sind meist klar auf, und das Coding kann dem entsprechenden Code zugeordnet werden. Themen können sich jedoch auch vermischen, und ihre Segmentgrenzen verschwimmen. Es gibt daher die Möglichkeit, dass sich Codings überlappen. Auch können Codings thematisch doppelt vergeben und zwei unterschiedlichen Codes zugeordnet werden.

**V. Allgemeine Durchführungshinweise:**

- jede Sitzung mit MAXQDA wird im Logbuch (Hauptmenü „Start“>Schaltfläche „Logbuch“) wie folgt protokolliert: Arbeitsdatum, Arbeitsschritte, Dauer der Sitzung
- Gedanken, Erklärungen, etc., die während des Codierens einer bestimmten Codiereinheit auftreten, werden in einem Memo an entsprechender Textstelle im Dokumenten-Browser stichwortartig, aber nachvollziehbar für alle dokumentiert
- Codiereinheiten, die inhaltlich ins Auge springen, sich jedoch spontan nicht zuordnen lassen, werden unter dem Code „Sonstiges“ für spätere Zuordnung abgelegt
- Nach jeder Sitzung wird die Projektdatei zusätzlich auf einem USB-Stick gespeichert
- Schriftlich vereinbarte Datenschutzbestimmungen sind verbindlich einzuhalten, insbesondere keine Speicherung in zusätzlichen Clouds (bspw. Dropbox, etc.)
- Telefonkonferenz für den Zwischenstand am 15.04.18, Abgabe am 30.04.18

**VI. Codebuch:**

Codebuch (Auszug)			
(Sub-)Codes	Definitionen	Keywords	Ankerbeispiele
<b>Code Prägung</b> <b>Einschluss:</b> Erfahrungen, Annahmen oder Meinungen die sich zu eigen gemacht werden <b>Ausschluss:</b> reines Rezipieren fremder Gedanken	Umfasst komplexe Beschreibungen von Erfahrungen oder Meinungen über die intraprofessionelle Zusammenarbeit, welche die Sichtweise auf akademisierte Angestellte prägen; persönliches Meinungsbild	Erfahrung, Meinung, Ansicht, Vermutung, Vorstellung, Gefühl haben, etwas erachten, etwas glauben, etwas finden, im Allgemeinen, usw.	FT 10: „Zudem ist es allgemein bekannt, dass je erhabener der akademischer Grad ist - desto entfernter ist der Therapeut vom Praxisalltag und Praxisrealität.“ (Freitextnennungen: 44 - 44)
<b>Subcode Meinung</b> <b>Einschluss:</b> Meinungsbilder, die intrinsisch motiviert sind <b>Ausschluss:</b> Meinungsbilder, die von außen vorgegeben werden	Umfasst konkrete Beschreibungen, die auf Annahmen, Meinungen und Vorurteilen über die intraprofessionelle Zusammenarbeit beruhen und das eigene Urteil dazu bestimmen;	etwas denken, etwas glauben, etwas vermuten, etwas annehmen, etwas finden, etwas erachten, etwas meinen, etwas fühlen, etwas einordnen, ein Gefühl haben, usw.	I 7: <i>Ich wäre ja daran interessiert, jemanden für langfristig zu finden. Und dass die doch das eher nur als Sprungbrett nutzen, um mal Praxis zu haben, um sich dann doch weiter zu entwickeln.</i> (I 7: 30 - 30)
<b>Subcode Erfahrung</b> <b>Einschluss:</b> eigens gemachte Erfahrungen aus dem Berufsalltag <b>Ausschluss:</b> gemachte Erfahrungen aus dem Berufsleben anderer	Umfasst konkrete Beschreibungen, die auf realen Erlebnissen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit mit akademisierten Therapierenden beruhen; bei praktischer Arbeit gewonnene Kenntnis	Erleben, Zusammenarbeit, Wissen, kennenlernen, persönliche Erfahrung, bei uns im Team, usw.	FT 199: „Die Zusammenarbeit mit akademisierten TherapeutInnen erlebe ich als sehr befruchtend“. (Freitextnennungen: 85 - 85)

## IV Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1	Beschäftigungsverhältnisse mit (Fach-)Hochschulabschluss (Kap. 2.3)
Tabelle 2	Vorgehensweise der strukturierten Literaturrecherche (Kap. 2.5)
Tabelle 3	systematische Fehlerüberprüfung (Kap. 4.4.4)
Tabelle 4	Testkennwerte (Kap. 4.4.4)
Tabelle 5	Clusterbildung von Antwortkategorien (Kap. 5.1)
Tabelle 6	Reliabilitätsanalyse <i>FE-akad-ELP</i> (Kap. 5.1.1)
Tabelle 7	Validitätsanalyse <i>FE-akad-ELP</i> (Kap. 5.1.1)
Tabelle 8	Item-Batterie aus dem <i>EFA</i> -Faktor 1 (Kap. 5.1.3)
Tabelle 9	Item-Batterie aus dem <i>EFA</i> -Faktor 2 (Kap. 5.1.3)
Tabelle 10	multivariate Tests von <i>Item-Batterie 1*Berufsgruppe</i> (Kap. 5.1.3)
Tabelle 11	multivariate Tests von <i>Item-Batterie 2*Berufsgruppe</i> (Kap. 5.1.3)
Tabelle 12	Intercoder-Übereinstimmung am Beispielcode <i>Prägung</i> (Kap. 5.5.2)
Tabelle 13	Kernaussagen aus dem quantitativen Studienarm (Kap. 5.3)
Tabelle 14	ergänzende Kernaussagen aus dem qualitativen Studienarm (Kap. 5.3)
Abbildung 1	externe Methodentriangulation (Kap. 4.1)
Abbildung 2	forschungsethische Grundsätze (Kap. 4.2)
Abbildung 3	Frage 5/Item-Kennzeichnung IN04 aus dem <i>FE-akad-ELP</i> (Kap. 4.4.3)
Abbildung 4	Rücklauf-Statistik aus dem Standard-Pretest mit <i>FE-akad-ELP</i> (Kap. 4.4.3)
Abbildung 5	Rücklauf-Statistik aus der Haupterhebung mit <i>FE-akad-ELP</i> (Kap. 4.4.3)
Abbildung 6	zusammenfassendes Analyseschema in <i>SPSS</i> <sup>®</sup> (Kap. 4.4.4)
Abbildung 7	Überblick über das Ablaufschema der <i>ISQI</i> (Kap. 4.5.4.)
Abbildung 8	Beispiel einer Mehrfachcodierung mit Überlappung (Kap. 4.5.4.)
Abbildung 9	Creative Coding der vier ausdifferenzierten Hauptcodes (Kap. 4.5.4.)
Abbildung 10	Itemanalyse IN04-Entlohnung (Kap. 5.1)
Abbildung 11	Itemanalyse IN13_r-Erwerb praktischer Handlungskompetenzen (Kap. 5.1)
Abbildung 12	Bündelung von Kernaussagen als erkenntnistheoretisches Modell (Kap. 5.3)

## **V Publikationen zum Thema dieser Arbeit**

### Redaktionell:

Schönfeld, A., & Luderer, C. (2018). Der Logopaedus Academicus in der Niederlassung: Sichtweisen von Freiberuflern auf studierte Kollegen. *Praxis Sprache*, 2(2), 77–82. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2018-56020180201>.

### Peer reviewed:

Schönfeld, A. & Luderer, C. (2019). Sichtweisen von Praxisinhabern/-Innen auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Therapeuten/-Innen. *International Journal of Health Professions*, 6(1), 102-115. [https:// DOI: 10.2478/ijhp-2019-0012](https://doi.org/10.2478/ijhp-2019-0012).

### **VI Selbstständigkeitserklärung**

Ich erkläre an Eides statt, diese Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst zu haben. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden dabei eingehalten, und es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Wörtliche oder inhaltlich entnommene Stellen aus benutzten Werken wurden als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere zudem, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit keine entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten in Anspruch genommen habe.

Berlin, 11. November 2019

---

Andreas Schönfeld

### **VII Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Ich erkläre an Eides statt, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe. Alle Angaben wurden wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form von mir einer anderen Prüfungsbehörde bzw. wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt.

Berlin, 11. November 2019

---

Andreas Schönfeld



## **VIII Lebenslauf**

### **Beruflicher Werdegang und Erwerb berufsrelevanter Zusatzqualifikationen**

10/2005 - heute	freiberuflicher Logopäde in eigener Praxis, Berlin
09/2008 - 08/2014	Zusatzqualifikation zum zertifizierten Therapeuten der Padovan-Methode®-Neurofunktionelle Reorganisation, Köln/Luzern/São Paulo
08/2008 - 05/2014	Zusatzqualifikation zum Lehrlogopäden (dbl), Berlin/Köln
06/2011 - 12/2011	Zusatzqualifikation für Qualitätsmanagement in der logopädischen Praxis, Berlin/Köln
07/2004 - 02/2005	Zusatzqualifikation zum Diplomierten Legasthienetrainer®, Kärnten
08/2002 - 09/2005	angestellter Logopäde in freier Praxis, Berlin
03/1997 - 03/1999	freiberuflicher Heilpraktiker in internistischer Arztpraxis, Berlin
09/1989 - 01/1997	angestellter Tänzer & Tanzpädagoge an verschiedenen deutschen Theatern: Nationaltheater Mannheim, Stadttheater Gießen, Theaterhaus Stuttgart, Städtische Bühnen Osnabrück, Nationaltheater Weimar

### **Lehraufträge**

10/2019-heute	Lehrdozent für Funktionale Orofaziale Störungen, Akademie der Gesundheit, Berlin/Brandenburg
01/2017-heute	Lehrdozent für Stimme, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)
10/2015 - 01/2019	Lehrdozent für Stimme, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität, Berlin
09/2012 - 09/2015	Lehrlogopäde für Kindersprache, Medicum/Best-Sabel, Berlin
10/2005 - 06/2012	Lehrlogopäde für Kindersprache und Lese-Rechtschreibschwäche, Die Schule/Ifbe med., Berlin

### **Studium**

05/2017-heute	Promotionsstudiengang 'Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie' im Promotionskolleg Medizin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)
---------------	---

- 10/2014 - 09/2016 Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft mit Abschluss Master of Science am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)
- 09/2010 - 09/2013 Studium in Health Care Studies (Fachausrichtung Logopädie) mit Abschluss Bachelor of Science, Hamburger Fern-Hochschule, Hamburg
- 08/1986 - 08/1990 Studium für Bühnentanz und Tanzpädagogik mit Abschlüssen Dipl. Bühnentänzer & Dipl. Tanzpädagoge, Staatliche Musikhochschule Heidelberg-Mannheim, Abt. Akademie des Tanzes, Mannheim

### **Berufsfachausbildungen**

- 04/1999 - 06/2002 Ausbildung mit Abschluss zum staatl. anerkannten Logopäden, Die Schule-IFBE med., Berlin
- 06/1995 - 12/1996 Ausbildung mit Abschluss zum Heilpraktiker, Thalamus-Heilpraktikerschule, Köln
- 08/1985 - 06/1986 Ausbildung mit Abschluss zum Fremdsprachensekretär, Staatliche Fremdsprachenschule, Hamburg

### **Nominierung /Auszeichnung**

- 2018 Nominierung für den Preis für gute Lehre 2018, Humboldt-Universität zu Berlin, bologna.lab unter Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Themenschwerpunkt: Berlin als Lernort
- 2014 Wissenschaftspreis der Gesellschaft der Padovan-Methode® - deutschsprachiger Raum e.V., Themenschwerpunkt: Mitentwicklung, Pilotierung und Evaluation eines Diagnostik-Screenings im Rahmen der Bachelor-Arbeit

Berlin, 11. November 2019

---

Andreas Schönfeld

## **IX Danksagung und Widmung**

An erster Stelle bedanke ich mich bei der gesamten Leitung und bei den zugehörigen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, die mir die Aufnahme in das Promotionskolleg der Internationalen Graduiertenakademie (InGrA) ermöglicht haben. Vornehmlich bedanke ich mich bei Herrn PD Dr. Gero Langer, durch dessen Betreuung ich meine Dissertation an besagter Einrichtung schreiben durfte, und der mir mit seiner fachkundigen Beratung in Promotionsfragen stets zur Seite stand.

Einen ganz besonders herzlichen Dank möchte ich Frau Dr. Christiane Luderer vom oben genannten Institut für den wissenschaftlichen Austausch, die Geduld, den Zuspruch und die umfassende Begleitung zu allen Themen meiner Dissertation aussprechen. Ihre Offenheit und Menschlichkeit sowie ihr Glauben an mich hat mich die letzten Jahre über das Master- sowie Promotionsstudium hinweg begleitet und mir die Kraft gegeben, meine Dissertation zu beenden.

Ein liebevoller Dank richtet sich an meinen gesamten Familien- und Freundeskreis für die rege Anteilnahme und Unterstützung, für die wertvollen Hinweise und tröstenden Worte in besonders schwierigen Zeiten sowie für das unglaubliche Verständnis auf Verzicht an gemeinsamer Zeit, die nun hoffentlich nachgeholt werden kann.

Ich bedanke mich zudem sehr bei allen Praxisleitungen aus der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, die an der Onlinebefragung oder an den fokussierten Interviews teilgenommen haben. Dieser herzliche Dank gilt ebenso den drei Studentinnen der Analysegruppe aus der Alice Salomon Hochschule Berlin, die mir mit ihrer bereichernden Zusammenarbeit im Analyseprozess so hilfreich waren.

Unser aller gemeinsamer Beitrag hat diese Arbeit erst möglich gemacht und die Inhalte hoffentlich auf den richtigen Weg gebracht.

Danke

**Für Tadeus**  
(2003-2019)