

## Salutogenese – ein Weg zu anderer Qualität? Manfred Chaumet

### Teil 1 – Ambulante Rehabilitation – Zufriedenheit als Aufgabe des Qualitätsmanagements

#### Einleitung

Der Wandel in der Rehabilitationslandschaft innerhalb der letzten zehn Jahre hat auch zu Veränderungen in der ambulanten Rehabilitation geführt. Aus der ambulanten Rehabilitation in den 90er Jahren hat sich die jetzige Form der ambulanten Rehabilitation entwickelt. (Koch 2004). Gesundheitsstrukturgesetz, die Neufassung des Sozialgesetzbuch IX, Kostendruck und zunehmender Wettbewerb um Patienten beeinflussen Einrichtungen

der ambulanten Rehabilitation genauso wie alle anderen Unternehmen im Gesundheitswesen (Heine 2001). Gesetzliche Vorgaben schreiben Qualitätssicherungsmaßnahmen zwingend vor. Die Verträge mit den Kostenträgern verpflichten die Zentren zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen (Farin et al 2004). Das langfristige Konzept der Kostenträger zielt darauf ab, Leistungen transparent und vergleichbar zu machen. Offiziell stehen der Patient und dessen Gesundheit im Mittelpunkt der Qualitätsbemühungen. Aus der Praxis erwächst der Eindruck, dass Qualitätsmanagement als Instrumentarium der Kostenkontrolle dient. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit scheint einen höheren Wert zu besitzen als die

#### ZUSAMMENFASSUNG

Das salutogenetische Konzept bietet viele Ansatzpunkte, die einen positiven Nutzen für Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit haben können.

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements und der externen Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation stellen Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit wichtige Qualitätsmerkmale dar. Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der theoretischen Herleitung des Untersuchungsgegenstandes und diskutiert das Thema ambulante Rehabilitation – Zufriedenheit als Aufgabe des Qualitätsmanagements. Der zweite Teil der theoretischen Herleitung beschäftigt sich mit dem Gebiet »Salutogenese als Modell für die ambulante muskuloskeletale Rehabilitation«. Der letzte Teil der Arbeit erforscht über die Methode von strukturierten Interviews mit Patienten/innen und Physiotherapeuten/innen den theoretisch hergeleiteten Untersuchungsgegenstand empirisch. Aus den Ergebnissen der Untersuchung und den theoretischen Überlegungen leiten sich Konsequenzen für die Praxis ab. Salutogenese ist als Konzept geeignet, ein mitarbeiterorientiertes Qualitätsmanagement zu gestalten und kann als übergeordnetes Modell für physiotherapeutisches Handeln dienen. Die bisherige Position der Physiotherapie als Bestandteil der Schulmedizin muss überprüft und die Ausbildung neu gestaltet werden.

**Schlüsselwörter** Salutogenese, Physiotherapie, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit, ambulante Rehabilitation, Qualitätsmanagement

Gesundheit der Patienten. Wissenschaft und Dienstleistungsunternehmen haben Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung als »Betätigungsfeld« entdeckt. Qualitätsmanagement versucht, Qualität zuverlässig reproduzierbar und organisierbar zu machen. Die Menschen – Patienten und Mitarbeiter – und die Qualität der interaktiven Prozesse werden dabei vernachlässigt. Eine Besinnung auf elementare Bestandteile des »Qualitätsmanagements« führt zu den Schlüsselstellen der »Mitarbeiterorientierung« und »Kundenorientierung«. Der wichtigste Kunde in der ambulanten Rehabilitation sollte der Patient sein. Patientenzufriedenheit als Ziel muss aus den Bemühungen entstehen, eine individuell bestmögliche »Gesundheit« wiederherzustellen. Patientenzufriedenheit darf nicht zu einer reinen Messgröße von Instrumentarien der Qualitätssicherung degradiert werden. Gesundheit wird dann gefördert, wenn die Patienten in einem »gesunden« Umfeld rehabilitiert werden. Das Umfeld in der ambulanten Rehabilitation ist von der Mitarbeiterzufriedenheit abhängig. Untersuchungen zur Mitarbeiterzufriedenheit spielen in der ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen bisher eine untergeordnete Rolle (Follert et al 2002). Physiotherapeuten/innen stel-

len in Zentren für ambulante Rehabilitation den größten Anteil des Personals und haben den intensivsten Kontakt zu den Patienten. Vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Erkrankungen verlagern sich physiotherapeutische Interventionen von der rein funktionell, biomedizinisch orientierten Behandlung vermehrt auf die Berücksichtigung sozialer und psychologischer Kontextfaktoren. Die Arbeit versucht den Stellenwert der Mitarbeiterzufriedenheit am Beispiel der Zufriedenheit der Physiotherapeuten/innen und die Bedeutung der Patientenzufriedenheit darzustellen. Das Thema wird auf einer theoretischen Ebene und über eine empirische Untersuchung bearbeitet.

In diesem ersten theoretischen Teil werden die Entwicklung und der Stellenwert der ambulanten Rehabilitation beschrieben. Aus der allgemeinen Herleitung wird die Bedeutung von Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit im Rahmen des Qualitätsmanagements entwickelt. Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit wird aus der Sicht des Qualitätsmanagements dargestellt. Die Bedeutung der Arbeitszufriedenheit und die besondere Position der Physiotherapeuten/innen werden aus den theoretischen Vorüberlegungen begründet. >>>

## ABSTRACT

The salutogenesis model presents a lot of possibilities, which may have a positive effect on satisfaction of employees and satisfaction of patients. In connection with internal quality management and external quality assurance patient satisfaction and job satisfaction represents important quality characteristics. This first part of the research project addresses the theoretical framework and discussed the topic »ambulant rehabilitation – satisfaction as a task for quality management«. The second part of the theoretical framework concern about »salutogenesis – a model for ambulant musculoskeletal rehabilitation«. The third chapter will report about the empirical research. The results show important issues for practice. The salutogenesis model is applicable to construct a quality management that is based on satisfaction of employees. It could provide a superior model for physiotherapy practice. Physiotherapy as a part of traditional medicine needs further investigation and the reorganisation of physiotherapy education has to be considered.

**Keywords** salutogenesis, physiotherapy, satisfaction of employees, satisfaction of patients, ambulant rehabilitation, quality management

### Stellenwert der ambulanten Rehabilitation

Zur Beschreibung der aktuellen Situation müssen zwei Aussagen an den Anfang gestellt werden:

- Die ambulante Rehabilitation hat es geschafft, eine feste Position im Rehabilitationswesen einzunehmen.
- Die Anzahl von Zentren für ambulante Rehabilitation hat sich drastisch verringert.

Wo liegt hier der Zusammenhang, wo der Widerspruch?

Der Zusammenhang lässt sich auf mehreren Ebenen herstellen. Seit 1. Januar 2000 ist durch die Änderung des SGB V §40 im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes 2000 der GKV die gesetzliche Krankenversicherung für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen nur noch in geringem Maße zuständig. Verschärft wurde die Situation durch das Inkrafttreten der »Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation« (vom 20. Oktober 2000) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) am 1. April 2001. Die Rahmenempfehlungen stellten die ambulante Rehabilitation auf eine neue Grundlage und teilweise vor unlösbare Aufgaben. Neu war der umfassende Ansatz nach den Gedanken der ICDH-2 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) und die Erweiterung der Indikationen sowie die Betonung eines ganzheitlichen Rehabilitationsgedankens (Maier-Riehle 2002). Aus der alten Form der ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation mit akutmedizinischer Ausrichtung sollte eine Rehabilitationsform auch für chronische Erkrankungen entstehen. Mit der Umbenennung in »ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen« wird dieser Neuorientierung Ausdruck verliehen. Ebenfalls neu war die Übernahme der BAR-Rahmenempfehlungen in die »Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 31. Mai 2001«. Mit der Verabschiedung der Grundsätze wurde die ambulante Rehabilitation als Leistung der Rentenversicherer etabliert. An selber Stelle heißt es: »Im Rahmen des SGB IX wurde ein Vorrang von ambulanten Leistungen gegenüber stationären für alle Rehabilitations-

träger festgeschrieben. Entsprechend der Gesetzesbegründung liegt allerdings keine strikte formale Festlegung eines Grundsatzes »ambulant vor stationär« vor«. Auf Seite der Krankenversicherungen wurden die Rahmenempfehlungen im August 2001 als Vertragsgrundlage für die Zulassung von Zentren für ambulante Rehabilitation übernommen. Für viele Zentren war es unlösbar, die mit den Empfehlungen verbundenen Bedingungen zu erfüllen. Ein Großteil der Zentren für ambulante Rehabilitation verzichtete aus Kosten- und Rentabilitätsgründen auf eine Antragsstellung. Von etwa 300 Zentren ist die Zahl auf ungefähr 100 zurückgegangen (DEGEMED, 2004). Aus Sicht des Autors löst sich der eingangs herausgestellte Widerspruch in einen unmittelbaren Zusammenhang auf:

- Ambulante Rehabilitation ist seit Beginn des Jahres 2002 bei allen Kostenträgern vertraglich verankert.
- Die DRV Bund (deutsche Rentenversicherung Bund, ehemals BfA – Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) strebt das Ziel von 20 Prozent ambulanter RehaMaßnahmen – gemessen am gesamten Aufkommen – an. Schätzungen gehen davon aus, das Ziel in 5 bis 7 Jahren erreichen zu können (Koch 2004).
- Durch die hohe Messlatte der Rahmenempfehlungen und die Änderung des SGB V wurde eine Marktberreinigung erreicht.

Dies bedeutet, dass weniger Zentren auf einer jetzt gesetzlich gesicherten Basis arbeiten können. Trotz allem wird es noch einige Jahre dauern, bis die ambulante Rehabilitation denselben Stellenwert wie die stationäre Rehabilitation erhält.

### Qualitätsmanagement (QM) in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation

Bei der Sichtung der fachrelevanten Veröffentlichungen der letzten Jahre hat sich als Reha-spezifischer QM-Ansatz ein Verfahren der externen Qualitätssicherung etabliert. Das Verfahren basiert auf der Entwicklung von Qualitätsprofilen und eines Methodenhandbuchs für den stationären Bereich (Jäckel 2001). Externe Qualitätssicherungsprogramme im Gesundheitswesen gehen in ihren Grundzügen auf

	Eingesetzte Instrumentarien	Inhalte
<b>Strukturqualität</b>	Strukturerhebungsbogen	personelle/räumliche Ausstattung medizinisch-technische Ausstattung Durchführung von therapeutischen Behandlungen, Patientenschulung, strukturnahe Prozessmerkmale
<b>Prozessqualität</b>	Peer Review-Verfahren	Anamnese, Diagnostik, Therapieziele/Therapie, klinische Epikrise, sozialmedizinische Epikrise, weiterführende Maßnahmen und Nachsorge
<b>Ergebnisqualität</b>	IRES-3 SMFA Reha-Ziele des Patienten, Komorbidität, Berufliche Rollenqualität	somatischer funktionaler psychosozialer Status
<b>Patientenzufriedenheit</b>	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	allgemeine Fragen, Patientenaufnahme, Rehabilitationsverlauf, Entlassung, Gesamt- beurteilung
<b>Mitarbeiterzufriedenheit</b>	Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit (noch nicht veröffentlicht)	Arbeitsbereich, Betriebsklima, Führungsstil des Vorgesetzten, interne Organisation und Kommu- nikation, persönliche Wichtigkeit, allgemeine Arbeitszufriedenheit, Schwachstellen, Patienten- zufriedenheit

Abb. 1 Überblick über Instrumentarien und Inhalte der Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation

die Qualitätsdimensionen nach Donabedian zurück. Es werden drei Qualitätsdimensionen (Zollondz 2002) genannt:

- Strukturqualität umfasst im Wesentlichen das Personal, Qualifikation des Personals, die technische Ausstattung, organisatorische Bedingungen und die Nutzungsmöglichkeiten durch die Nachfrager.
- Prozessqualität betrifft die Aktivitäten, die direkt mit der Erstellung des Produktes – in diesem Fall Dienstleistung – zusammenhängen.
- Ergebnisqualität bezeichnet die Gesamtheit aller Änderungen, die durch den Erstellungsprozess hervorgerufen werden.

Nach Zollondz (2002) »bezog Donabedian dieses Phasenmodell der Qualität erstmals auf medizinische Leistungen.« Es geht von einem impliziten Zusammenhang von Struktur- und Prozessqualität aus, der in einem linearen Verhältnis steht. Einflüsse von Qualitätsmanagementmodellen wie TQM (Total Quality Management) und EFQM (European Foundation for Quality Management, EFQM 1999) haben zu der Integration von »Patienten (Kunden) – und Mitarbeiterbezug« in die Qualitätssicherung geführt. Fester Bestandteil ist die Erfassung der Patientenzufriedenheit. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist erst in den letzten beiden Jahren vermehrt in das

Interesse der Qualitätsbemühungen gerückt. Für die ambulante Rehabilitation sind dem Autor bisher noch keine Veröffentlichungen bekannt. In Abbildung 1 sind die einzelnen Faktoren dargestellt, mit denen Qualitätssicherung in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation aktuell durchgeführt wird.

#### **Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität**

Die Faktoren Strukturqualität und Prozessqualität können im Rahmen einer Zusammenfassung nicht näher berücksichtigt werden. Der Bereich der Ergebnisqualität wird an dieser Stelle – auf die wesentlichen Merkmale reduziert – dargestellt. Als genereller Bezug von Ergebnisqualität wird auf den aktuellen Entwurf der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001) zurückgegriffen. Prinzipiell wird das Grundmodell als bio-psycho-soziales Modell (ICF 2002) formuliert. Ein zentraler Begriff ist die »funktionale Gesundheit«, die es jedem Menschen ermöglichen soll, sein Dasein in allen ihm wichtigen Lebensbereichen entfalten zu können. Ergebnismessungen aus Patientensicht erfolgen über direkte und indirekte Methoden. Die patientenseitig ermittelte Ergebnisqualität gilt als wichtigstes Instrumentarium zur Analyse der Wirksamkeit einer RehaMaßnahme. Zentrales Instrumentarium ist der IRES- >>>

(Indikatoren des Reha-Status) Fragebogen, der zur indirekten Ergebnismessung verwendet wird. Über den Fragebogen wird der somatische, funktionale und psychosoziale Status erfasst.

### **Patientenzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation**

Der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation wird – nach Meinung des Autors – zukünftig eine besondere Rolle zukommen. Durch vorgeschriebene Therapiezeiten – von vier bis sechs Stunden täglich – verbringen die Patienten mit den erforderlichen Pausen zusammen mehr als einen halben Tag in der Einrichtung. Auch wenn Zufriedenheit »möglicherweise eine notwendige, sicherlich aber keine hinreichende Bedingung für eine wirksame Rehabilitation« ist (Jäckel 2001), kann Zufriedenheit die Basis einer erfolgreichen Rehamaßnahme sein. Im Sinne eines EFQM- oder TQM- Gedankens (Zollondz 2002, Kamiske 1999) ist der Patient der wichtigste Kunde. In einer Bestandsaufnahme von Jacob (2000) zum Konstrukt Patientenzufriedenheit wird der Widerspruch herausgearbeitet. Zwei Zitate sollen das Spannungsfeld verdeutlichen:

»Das Konstrukt Patientenzufriedenheit weist theoretisch und empirisch große Lücken auf.«

»Dennoch ist Patientenzufriedenheit für die Versorgung hochrelevant: Da die Perspektive der Patienten im Rahmen der zunehmenden Kundenorientierung immer wichtiger wird, führen viele Einrichtungen Zufriedenheitsbefragungen durch und verwenden deren Ergebnisse auch zum Beispiel zur Legitimation gegenüber den Kostenträgern.«

Generell ist festzuhalten, dass reine Zufriedenheitsbefragungen von Patienten eher zu positiv ausfallen. Obwohl Patienten in der Lage sind, Schwachpunkte zu benennen, fließt die Bewertung nur in abgeschwächter Form in Patientenzufriedenheitsurteile mit ein (Jacob 2002). Eine von vielen plausiblen Erklärungsmöglichkeiten scheint die Theorie der kognitiven Dissonanz (Aust 1994) zu sein. Der Erklärungsansatz geht davon aus, dass Individuen eine nachträgliche Korrektur vornehmen, um einen

Einklang von Erwartungen und vorgefundener Situation herzustellen. Trotz allem scheint die Erfüllung von Erwartungen den meisten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit zu nehmen. In der ambulanten Rehabilitation kann davon ausgegangen werden, dass Mitarbeit und Motivation in einem stärkeren Maß gefordert sind als in der stationären Rehabilitation. Die Bewertung der Patientenzufriedenheit dient dann nicht nur als Parameter externer Qualitätssicherung, sondern kann als einrichtungsinternes Instrumentarium zur Verbesserung der Patientenbehandlung eingesetzt werden (Jacob 2002).

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass Patientenzufriedenheit ein heterogenes, von vielen Variablen abhängiges und individuelles Konstrukt ist. Die Bewertbarkeit reiner Zufriedenheitsfragebögen ist umstritten. Ein differenzierterer Ansatz findet sich bei Jakob (2002).

### **Mitarbeiterzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation**

Die Rolle der Mitarbeiter ist ein Gebiet, das in der Rehabilitationsforschung bisher ein Schattendasein geführt hat. Veröffentlichungen zu diesem Thema sind rar und führen auf eine Autorengruppe um Farin und Follert (2002) zurück. In allen TQM Konzepten nehmen die Mitarbeiter eine entscheidende Schlüsselstelle ein. Mitarbeiter (EFQM 1999, Zollondz 2002) haben nicht nur eine Funktion im Erstellungsprozess der Dienstleistung, die Mitarbeiterzufriedenheit genießt auch umgekehrt als Unternehmensziel besondere Aufmerksamkeit.

In Standardwerken des Personalmanagements sind Mitarbeiterbedürfnisse, Führungstheorien, Motivationstheorien und Arbeitszufriedenheit zwar getrennt abgehandelt, aber inhaltlich kaum trennbar. Lutz von Rosenstiel (1999) versucht aus den verschiedensten theoretischen Ansätzen eine Essenz der wichtigsten Faktoren von Arbeitsqualität zu finden. Das Ergebnis stellen die folgenden sechs Dimensionen der Qualität der Arbeit dar:

- Autonomie (Selbst- und Mitbestimmung, Entscheidungsfreiheit)
- Komplexität und Lernchancen (Qualifizierungsangebote)

- Variabilität und Aktivität
- Kooperationserfordernisse und soziale Unterstützung
- Kommunikationsmöglichkeiten (informelle Beziehungen)
- »Ganzheitlichkeit« und »Sinnhaftigkeit« (Transparenz)

Kritisch geht Sprenger (2000) mit den bekannten Motivationstheorien um. Selbständigkeit, Vertrauen, flache Hierarchie, Vermeiden von Demotivation, Fordern nicht Unterfordern sind seine zentralen Themen, die auch in anderen Veröffentlichungen auftauchen. Sprenger (2001, 2002) betont an vielen Stellen eine besondere Eigenschaft der Führung – das Vertrauen. Seine Philosophie führt weg von den klassischen Managementinstrumenten und hin zu einem »individualisierenden Unternehmen« (2001), in dem der Mensch als Individuum im Mittelpunkt steht. Ein wichtiger – bisher nicht genannter Aspekt – ist die gesellschaftliche Anerkennung der Berufstätigkeit, die gemeinsam mit dem Organisationsklima die Arbeitsbedingungen prägen (Humburg 2001). Mitarbeiterbefragungen und ihre Durchführung nehmen in der Managementliteratur einen breiten Raum ein. Untersuchungen zur Mitarbeiterzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation liegen bisher – nach Kenntnis des Autors – nicht in veröffentlichter Form vor. Aus der stationären Rehabilitation sind wenige Untersuchungen bekannt. Der dort eingesetzte Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit (Farin et al 2002) gilt als valides Instrument. In der stationären Rehabilitation kann die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit als Bestandteil externer Qualitätssicherung optional eingesetzt werden (Follert et al 2002). Ein Nutzen für interne Qualitätsmaßnahmen und für die Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit wird beschrieben (Asche-Matthey et al 2001).

#### **Die Rolle der Physiotherapie in der Verbindung von Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit**

Physiotherapeuten/innen stellen noch immer die größte Gruppe des gesamten Personals in der ambulanten Rehabilitation dar. Obwohl sich das Thera-

pieangebot erweitert hat, nimmt der Bereich Physiotherapie eine zentrale Rolle ein. Die Gründe ergeben sich aus vertraglichen, therapeutischen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Aus der stationären Rehabilitation liegen Aussagen über schwache Korrelationen zwischen der Patientenzufriedenheit mit der medizinisch – therapeutischen Betreuung und der Mitarbeiterzufriedenheit dieser Berufsgruppen vor (Farin et al 2002). Eine Auswertung von Zahlenmaterial aus 28 Kliniken (stationär) deuten in eine ähnliche Richtung (Follert et al 2004). Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit ist in den Bereichen ärztliche Betreuung, pflegerische und psychologische Betreuung schwach ausgeprägt. Ein Beleg für einen Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit findet sich in der bereits genannten Untersuchung von Humburg (2001). Sie beschreibt das Ausmaß der erlebten Spannungen unter den Mitarbeitern als einen Bestandteil der Patientenzufriedenheit. Die besonderen Bedingungen der ambulanten Rehabilitation sprechen für einen ähnlichen Zusammenhang, der sich allerdings auch in einer positiven Wahrnehmung äußern kann. Eine differenzierte Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit ist aus der Fachliteratur momentan nicht möglich. Aus diesem Grund müssen Erkenntnisse aus dem Bereich der Wirtschaftswissenschaften herangezogen werden. Eine Arbeit von Vom Holtz (1997) untersucht in Teilschritten zunächst den Einfluss von Mitarbeiterzufriedenheit auf die Arbeitsleistung sowie die Fluktuation und Fehlzeiten. Die Auswertung zeigt einen deutlichen Einfluss auf beide Kriterien. Als wichtige Mitarbeiterleistungen werden Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Reaktionsfähigkeit, Leistungskompetenz und Einfühlungsvermögen genannt. Da diese Eigenschaften mit den Vorstellungen der Kunden von Dienstleistungsqualität übereinstimmen, kann von einem Zusammenhang von Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit ausgegangen werden. Eine bisher nicht diskutierte Sicht verdient besondere Beachtung, da auch hier ein Transfer auf das Verhältnis zwischen Patienten und Therapeuten sinnvoll erscheint. Wird das Verhältnis aus >>>

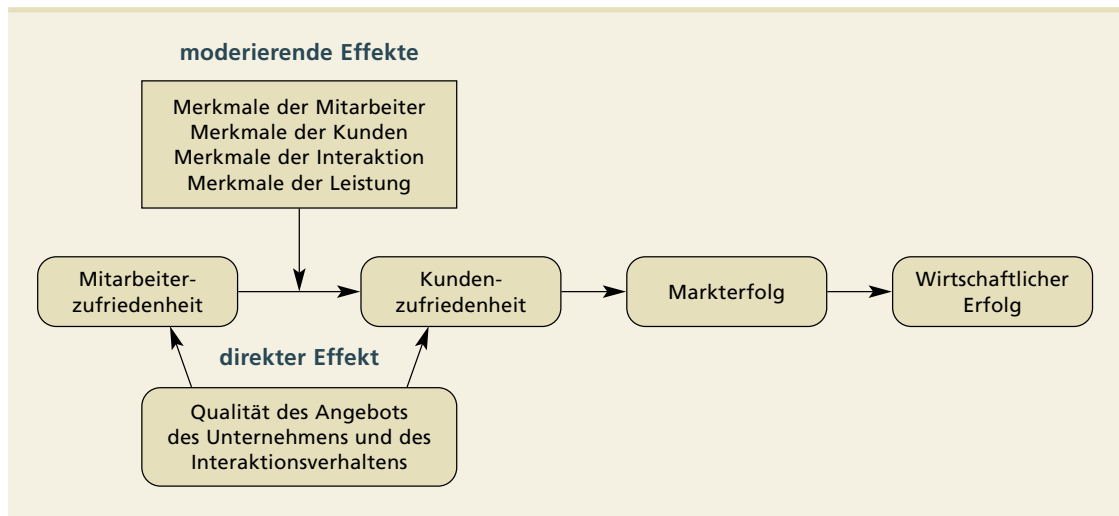


Abb. 2\_Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit in der Wirkungskette (nach Stock 2001)

umgekehrter Sicht betrachtet, so ist festzustellen, dass auch ein problematisches Kundenverhalten indirekt zur Unzufriedenheit des Kundenkontaktpersonals führen kann. Als Resultat seiner Arbeit empfiehlt vom Holtz ein ganzheitliches Zufriedenheitsmanagement, in dem Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit und Zufriedenheit des Managements als gleichrangige Ziele zu gelten haben. Einen umfassenden Überblick über den Zusammenhang von Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit gibt eine Arbeit von Stock (2001). In einer empirischen Studie untersucht sie die Zufriedenheit von Mitarbeitern, die im direkten Kundenkontakt stehen. Der direkte Kundenkontakt ist in weiten Teilen auf den Kontakt von Physiotherapeuten/innen zu Patienten in der Rehabilitation übertragbar. Die Kundenzufriedenheit unterliegt danach den Einflussgrößen:

- Produktqualität
- Dienstleistungsqualität
- Prozessqualität
- Interaktionsqualität

Da der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterverhalten und Kundenzufriedenheit als gesichert angenommen wird, rückt die Interaktionsqualität in den Mittelpunkt. Mit dem Begriff Interaktionsqualität soll der persönliche Kontakt zwischen Kunden und Mitarbeitern gefasst werden. Für das Verständnis

des Zusammenhanges von Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit benennt Stock drei Arten von Effekten:

- Indirekter Effekt: Ein hohe Mitarbeiterzufriedenheit wirkt sich auf Verhalten und Leistung der Mitarbeiter positiv aus. Die Verhaltensweise und Leistung der Mitarbeiter verbessert die Kundenzufriedenheit.
- Direkter Effekt: Eine Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit führt unmittelbar zu einer Steigerung der Kundenzufriedenheit.
- Moderierende Effekte: Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit kann in der Stärke schwanken, dafür sind so genannte moderierende Variablen verantwortlich.

Kernstück der Untersuchung ist die Entwicklung und empirische Bestätigung eines Modells, das den Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit strukturiert. Zusammenhänge von Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit können auf der Basis des Modells ebenfalls erklärt werden.

Aus den einzelnen Ergebnissen zum Einfluss der Moderatorvariablen (Abb. 2) ergeben sich Transfermöglichkeiten für die Interaktion von Physiotherapeuten/innen mit den Patienten/innen. Die Untersuchung führt zu folgenden Erkenntnissen (Stock 2001):

- Die Zufriedenheit von Mitarbeitern, die sich durch hohe Empathie, Leistungskompetenz beziehungsweise Zuverlässigkeit auszeichnen, wirkt sich besonders stark auf die Kundenzufriedenheit aus.
- Für Kunden, die sich durch hohes Vertrauen auszeichnen oder für welche die Leistung eine hohe Bedeutung hat, hat die Mitarbeiterzufriedenheit einen starken Einfluss auf die eigene Zufriedenheit.
- Die Häufigkeit der Interaktion hat einen großen Einfluss. Die Mitarbeiterzufriedenheit von Mitarbeitern mit häufigem Kundenkontakt hat einen hohen Einfluss auf die Kundenzufriedenheit.
- Einen sehr hohen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit besitzt die Integrationsintensität. Das bedeutet, je stärker der Kunde an der Leistungserstellung beteiligt ist, desto stärker wirkt sich die Mitarbeiterzufriedenheit auf seine Zufriedenheit aus.

In der Summe treten Eigenschaften zu Tage, die mit der Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten nahezu identisch sind. Als Zwischenergebnis dieses ersten Teils kann festgehalten werden, dass es eine Summe von Faktoren gibt, die in der Zufriedenheit von Physiotherapeuten/innen einen großen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit wahrscheinlich machen.

## Teil 2 – Salutogenese als Modell für die ambulante muskuloskeletale Rehabilitation

Im ersten theoretischen Teil wurden bereits die Entwicklung und der Stellenwert der ambulanten Rehabilitation beschrieben. Antonovskys Konzept der Salutogenese bildet nun das zweite theoretische Grundgerüst der Arbeit. Die Möglichkeiten zur Anwendung des salutogenetischen Konzeptes werden auf mehreren Ebenen überprüft. Im Mittelpunkt dieses zweiten Teils steht die Beantwortung der Frage, ob und wie das Modell zur Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit beitragen kann.

Der Fortschritt in der Medizin hat in den letzten Jahren zu immer höheren Erwartungen an die »Techniker« des Versorgungssystems geführt. »Gesundmachen« als Anspruch ist für viele Berufsgruppen eine Herausforderung in der täglichen Arbeit. Dies führt zu der Beobachtung, dass auch Patienten sehr unterschiedlich mit den Begriffen »gesund« und »krank« umgehen. Antonovsky (Franke 1997) hat mit seinem Konzept der Salutogenese dazu beigetragen, die Trennung der Begriffe in Frage zu stellen. »Salutogenese« (salus, lat.: Heil, Glück, Unversehrtheit; genese, griech.: Entstehung) als Wortschöpfung stellt den Gegenpol zur »Pathogenese« in der biomedizinischen Sichtweise dar. Antonovsky versuchte der Frage auf den Grund zu gehen, warum es einigen Individuen gelingt, trotz lebensbedrohlicher Umstände gesund zu bleiben und nicht zu erkranken. Mit dieser Sichtweise wurde die salutogenetische Frage bewusst auf den Weg gebracht. Nach seiner Ansicht war der Gedanke revolutionär, weil er nicht nur die andere Seite einer pathogenetischen Orientierung darstellte.

Folgende Punkte stehen im Mittelpunkt des Konzeptes:

- Dichotomie oder Kontinuum als Vorstellung von Gesundheit
- Das Kohärenzgefühl – SOC (sense of coherence)
- Auswirkung von Stressoren auf die Gesundheit
- Generalisierte Widerstandsquellen als positive Ressourcen

### Dichotomie als pathogenetischer Ansatz, Kontinuum als salutogenetischer Ansatz

In der Schulmedizin existiert zum Großteil noch immer eine strikte Trennung zwischen gesund und krank. Antonovsky bezeichnet diese Teilung als »fundamentale Dichotomie« (Franke 1997), die zu einer »wenig potenten Annahme« für das Gesundheitsverständnis dient. Salutogenese gründet auf der Vorstellung, dass jedes Individuum sich zeit seines Lebens auf einem Kontinuum zwischen gesund und krank bewegt. Antonovsky legt großen Wert darauf, dass die salutogenetische Sichtweise die dichotome Sichtweise von »gesund oder krank« ablösen muss. Zu Recht kann hier von >>>

einem Paradigmenwechsel in der Medizin gesprochen werden. In seiner Vorstellung hat die pathogenetisch orientierte Forschung ihren Stellenwert, wenn sie unterstützend und komplementär betrachtet wird. Zentral ist die Frage: Wie schafft es ein Individuum, dass es seine Position auf dem Kontinuum hält oder sich auf den gesunden Punkt hinbewegen kann?

### **Das Kohärenzgefühl – SOC (sense of coherence)**

Mit dem Kohärenzgefühl wird eine deutliche Hinwendung zur »Laienmedizin« beziehungsweise zu einem fundamentalen Gesundheitsverständnis vollzogen. Nach Siegrist (1998) wird der Mensch vom Objekt, an dem sich biologische Prozesse manifestieren, zum handelnden Subjekt. Das Kohärenzgefühl wird – vergleichbar einer Weltanschauung (Bengel 2002) – als eine allgemeine Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt verstanden. Diese Sinn gebende Grundeinstellung besteht aus drei Komponenten:

- Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)  
Bengel bezeichnet diese Komponente als kognitives Verarbeitungsmuster, mit dem die einzelne Person in der Lage ist, Ereignisse des Lebens strukturiert und konsistent zu verarbeiten. Dies gilt auch für unbekannte Faktoren, die zuerst nicht erklärbar scheinen.
- Gefühl von Bewältigbarkeit/Handhabbarkeit (sense of manageability)  
Hiermit wird eine Überzeugung beschrieben, mit der eine Person auf Ressourcen zurückgreifen kann, um mit schwierigen Lebensereignissen umgehen zu können. Diese Überzeugung wird nach Antonovsky (Franke 1997) mit einem tiefen Vertrauen auf Freunde, Verwandte, Gott oder andere, auf die man zählen kann, gestärkt.
- Gefühl von Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)  
Diese Komponente wird von Antonovsky als die entscheidende angesehen. Er beschreibt damit die Wahrnehmung der Bedeutsamkeit des Lebens und verbindet damit eine direkte Warnung vor einer zu starken kognitiven Orientierung des Kohärenzgefühls.

Von vielen Autoren und Antonovsky wird der SOC als Kern des Salutogenesemodells angesehen. Wichtigste Zusammenhänge zum SOC existieren zur psychischen Gesundheit, Stressbewältigung und sozialen Kontextfaktoren. Im Zuge der Zunahme der Chronifizierung von Erkrankungen nimmt die Bedeutung dieser Zusammenhänge in gleichem Maß zu. Bei Flick (2002) und Fuchs (2003) finden sich einige Untersuchungen die im Bereich Gesundheit (Sport) und Public Health, auf die Zusammenhänge zwischen sozialen Kontextfaktoren und Gesundheit hinweisen. Eine Studie von Gunzelmann et al (2000) bestätigt den hohen Zusammenhang von SOC und sozio-ökonomischen Ressourcen. Entgegen der Annahme Antonovskys, der von einem stabilen SOC ausgeht, führt die Studie zu einer signifikanten Abnahme des SOC bei älteren Menschen. Gleichzeitig wird in der Untersuchung ein signifikanter Zusammenhang zu subjektiven Körperbeschwerden beschrieben. Auch in der Rehabilitation hat die Untersuchung der Komorbidität bei muskuloskeletalen Erkrankungen mittlerweile einen großen Stellenwert (Härter et al 2002, Farin et al 2002, Raspe et al 2003). Ob die Lösung allerdings in der verstärkten Suche nach psychischen Belastungen und ihrer Behandlung liegt, kann bezweifelt werden. Eine Verlagerung der biomedizinischen auf eine psychologische Sichtweise hat mit der salutogenetischen Vorstellung Antonovskys wenig gemeinsam.

### **Auswirkung von Stressoren auf die Gesundheit**

Im Verständnis von Antonovsky sind Stressoren alle jene Faktoren, die auf eine Person einwirken und zunächst einen physiologischen Spannungszustand hervorrufen. Er unterscheidet zwischen physikalischen, biochemischen und psychosozialen Stressoren. Physikalische und biochemische Stressoren können sich direkt auf den Gesundheitszustand auswirken. Eine angemessene Behandlung erfolgt nach pathogenetischen Grundsätzen. Heutige Belastungen sind oft psychosozialer Genese. Ob und wie die einzelne Person mit den Reizen umgehen kann, ist vom Kohärenzgefühl abhängig. Stress entsteht nach Antonovsky erst dann, wenn sich der Spannungszustand körperlich und seelisch nicht löst. Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl sind eher in der

Lage, die Bedrohlichkeit und Relevanz von Stressoren zu differenzieren und die Anspannung zu bewältigen. Stressoren nehmen den negativen Pol im Vergleich zu den Widerstandsressourcen ein. Deshalb benennt Antonovsky (Franke 1997) die Stressoren als generalisierte Widerstandsdefizite. Es scheint so zu sein, dass ein Urvertrauen vorhanden sein muss, um der einzelnen Person einen angemessenen Umgang mit der bedrohlichen Situation aufzuzeigen. Der Umgang mit Stressoren wird – bei positiver Bewältigung – ein gesundheitsfördernder Faktor.

### Generalisierte Widerstandsquellen als positive Ressourcen

Durch epidemiologische Studien konnte Antonovsky Faktoren nachweisen, die in einem hohen Maß mit dem Gesundheitszustand korrelieren. Diese Variablen bezeichnete er als generalisierte Widerstandsquellen. Nach Huber (2000) können folgende Kategorien unterschieden werden:

- Körperliche Widerstandsquellen (z. B. Konstitution, Immunkompetenz)
- Physikalische Widerstandsquellen (z. B. Kleidung, Wohnung, Nahrung)
- Kognitive und einstellungsbezogene Widerstandsquellen
- Soziale Widerstandsquellen, soziale Unterstützung, finanzielle Ressourcen, Familie etc.

Bei Bengel (2001) werden zwei Funktionen der Widerstandsressourcen genannt: »Sie prägen kontinuierlich die Lebenserfahrungen und ermöglichen uns, bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen, die wiederum das Kohärenzgefühl formen.« Sie wirken als Potential, das zur Bewältigung eines Spannungszustandes aktiviert werden kann. Aus einer Studie heraus entwickeln Udris und Rimann ein Modell (2001), wie die Wirkung des SOC erklärt werden kann. Nach ihrer Meinung nimmt das Kohärenzgefühl eine Doppelfunktion ein. Ressourcen beeinflussen als Mediator und als Moderator die Gesundheit. Äußere, situative Ressourcen moderieren sehr stark die personalen »inneren« Ressourcen (SOC). Unter äußeren Ressourcen werden bei Udris und Rimann situative, soziale und organisationale

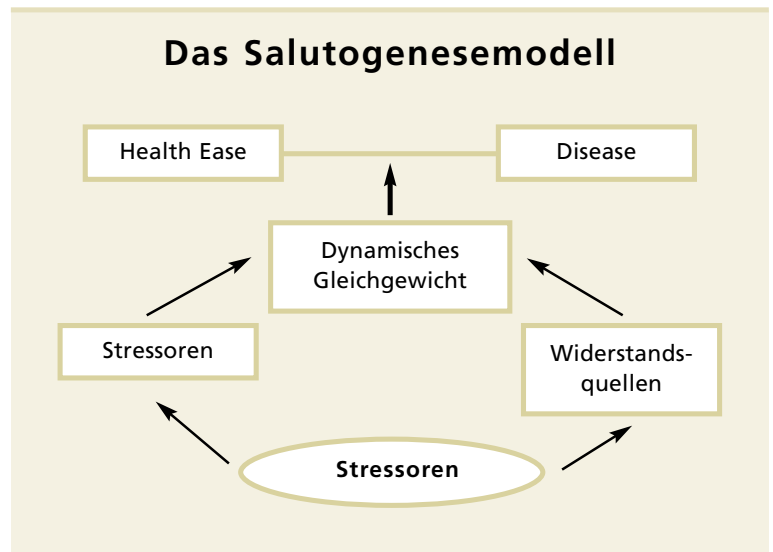


Abb. 3\_Vereinfachtes Salutogenesemodell (modifiziert nach Huber 2000)

Bedingungen subsumiert. Zusammengefasst in einem vereinfachten Modell (Abb. 3) wird noch einmal veranschaulicht, wie die einzelnen Faktoren zusammenwirken. Der Kohärenzsinn ermöglicht es dem Individuum, ein dynamisches Gleichgewicht zwischen den Polen des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit zu erreichen. Mit Health Ease und Disease werden die Komponenten des Wohlbefindens und Nicht-Wohlbefindens den Begriffen Gesundheit und Krankheit zugeordnet.

### Stellenwert der salutogenetischen Sichtweise in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation

#### Gesundheitsbegriff in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation

Ein Nachweis über die Bedeutung des salutogenen Konzepts in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation ist aus empirischen Erkenntnissen nicht zu erbringen. Eine Recherche in den medizinischen und psychologischen Datenbanken erbrachte keine Ergebnisse, die einen Hinweis in diese Richtung gegeben hätten. Dies deckt sich mit den Untersuchungen von Bengel (2002). Über die Entwicklung des Gesundheitsbegriffs der WHO (World Health Organisation) kann ein allgemeiner >>>

Zusammenhang zu den Grundlagen der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation hergestellt werden. Der Weg zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) als Grundlage eines Theoriemodells der Rehabilitation wird in der Folge unter dem Aspekt der Salutogenese aufgezeigt.

#### **Gesundheitsbegriff der WHO von 1946**

In der Definition der WHO von 1946 wird der Grundstein für ein pathogenetisches und dichotomes Gesundheitsverständnis gelegt: »Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit«. In direkter Nähe zu den Folgen des Zweiten Weltkrieges hat die Definition einen visionären Charakter. Sie setzt einen gesunden Übermenschen (Zimmerli 1997) voraus, dessen Gesundheit durch Medizin und Technik jederzeit »hergestellt« werden kann. Impliziert wird ein Anspruch auf völlige Wiederherstellung auch im Bereich der Rehabilitation, der nicht aufrechterhalten werden kann. Statistische Daten (BMG 2002) belegen, dass die Menschen in Deutschland zwar älter, aber nicht gesünder werden.

#### **Das neue Verständnis von Gesundheit in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung vom 21. November 1986**

Einige Autoren (Zimmerli 1997, Bengel 2002, Lorenz 2004) sehen in der Ottawa-Charta viele Gedanken Antonovskys verwirklicht. Als Beispiel greift Zimmerli auf folgenden Passus der Charta zurück:

»Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen«

Das Zitat fasst Antonovskys salutogenetischen Ansatz in wichtigen Belangen zusammen. Aus der Definition könnte ein Wegweiser für ein umfassen-

deres Handeln und »Be-Handeln« in der Rehabilitation erwachsen. Entscheidend und neu ist die eigenverantwortliche Rolle des Individuums mit der Forderung, »die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen« (WHO 2004). Die Befähigung zum selbständigen Umgang mit chronischen Erkrankungen und die daran ausgerichtete Verantwortung aller Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind Ziele, die es zu erreichen gilt. »Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.«

#### **Der aktuelle Gesundheitsbegriff der ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health**

Viele Ansätze der Ottawa-Charta sind in der ICF übernommen worden. Die ICF ist in einem weltweiten Einigungsprozess entstanden und wurde im Jahr 2001 von der WHO verabschiedet. Sie soll in Deutschland als Grundlage für die Rehabilitation dienen (Jäckel 2001). Das isolierte und unidirektionale medizinische Modell (Ewert et al 2003) ist nicht mehr alleine gültig. Gesundheit wird fortan unter einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Sichtweise betrachtet.

Eine Beeinträchtigung ist nicht mehr als kausale Folge einer Schädigung zu verstehen. Gleiche Berechtigung erfährt das soziale Modell, in dem die Person und ihre Integration in die Gesellschaft im Mittelpunkt stehen. Ewert (2003) beschreibt die Synthese als »kohärente Sichtweise der verschiedenen Perspektiven von funktionaler Gesundheit aus einer biologischen, individuellen und gesellschaftlichen Perspektive«. Damit wird dokumentiert, dass Gesundheit nicht mehr alleine den »Fachleuten« überlassen wird. Der einzelne »Laie« wird integraler Bestandteil und ist nicht mehr Objekt des Gesundheitswesens. Krankheit entsteht nicht durch eine hierarchische Abfolge von Störungen. Krankheit und Gesundheit unterliegen einer ständigen Interaktion mit den Stressoren und den Widerstandsressourcen unseres Lebens. In dem ICF – Konzept der WHO wird Gesundheit in Abhängigkeit verschiedener Komponenten beschrieben. Die defizitorientier-

ten Begriffe werden verlassen und durch neue Begriffe ersetzt, die eine salutogenetische Sichtweise in der Rehabilitation fördern (Ewert 2003).

### **Integration des Salutogenesemodells in die Bedingungen der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation**

Am 1. Juli 2001 ist das Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – in Kraft getreten. Es trägt den Titel: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Das SGB IX stellt die gesetzliche Grundlage dar, mit der ein Anspruch auf Rehabilitation, die Durchführung und auch die Zielrichtung festgeschrieben werden. Im SGB IX wird ein tief greifender Wandel in der Gesundheitspolitik dokumentiert, der von allen Parteien getragen wird. »Im Mittelpunkt der Rehabilitation sollen jetzt nicht mehr die Fürsorge und Versorgung von behinderten Menschen stehen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegen stehen« (BAR 2001). Im Wortlaut des SGB IX wird der salutogenetische Ansatz auf die pragmatische Ebene reduziert. Salutogenese als Begriff wird weder in der ICF noch im SGB IX gebraucht. Trotz allem muss darauf hingewiesen werden, dass durch das SGB IX salutogenetisches »Potenzial« in die Rehabilitation gelangt ist. In der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation wird durch die Umsetzung der BAR-Rahmempfehlungen das bio-psycho-soziale Modell mit seinem ganzheitlichen Therapieansatz integriert. Das Ressourcenkonzept fordert eine besondere Berücksichtigung von positiven Kontextfaktoren. Positive Kontextfaktoren können personenbezogen und umweltbedingt orientiert sein. Sie entsprechen in vielen Punkten Antonovskys Suche nach gesund erhaltenden Faktoren.

### **Salutogene Therapieansätze in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation**

Aus allen theoretischen Vorüberlegungen ließe sich ein hoher Stellenwert des Salutogenesemodells für die ambulante Rehabilitation ableiten. Durch das Interesse an dem einzelnen Individuum und nicht an der »Krankheit« könnten alle Professionen in der ambulanten Reha mit gleicher Zielrichtung arbeiten.

Antonovskys Konzept bietet hier eine umfassende theoretische Grundlage, die in der Rehabilitation bisher nicht genutzt wird.

Bengel et al (2002) nennt vier Möglichkeiten, wie der Umgang mit den salutogenetischen Prinzipien bisher erfolgt:

- Es erfolgt keine Beschäftigung mit dem Konzept (häufigster Fall).
- Salutogenetische Elemente ergänzen das Angebot.
- Vorhandene Angebote werden als salutogenetisch neubenannt.
- Die Philosophie und Konzeption werden umfassend auf das Konzept ausgerichtet.

Ein Hauptproblem scheint in der allseits präsenten Forderung nach Messbarkeit von Therapieeffekten zu liegen. Es liegen einige, wenige Studien (VDR 2000, Udris & Rimann 2001) vor, die auf eine Veränderbarkeit des SOC hindeuten. Die andere Schwierigkeit liegt darin, dass das Konzept der Salutogenese keine praktischen Hinweise für den therapeutischen Alltag liefert. Salutogenese ist in der Literatur meist Forschungsgegenstand geblieben und selten mit Beispielen konkreter Umsetzung verbunden worden. In einigen Bereichen der ambulanten Rehabilitation finden sich Ansätze Antonovskys wieder, auch wenn sie mittlerweile nicht mehr so benannt werden. Im Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung des Jahres 2000 (VDR) nimmt das Salutogenese-Konzept Antonovskys mit seinen Erkenntnissen eine zentrale Position ein. Die aktuelle Fassung aus dem Jahr 2003 verwendet den Begriff »Gesundheitstraining«. Salutogenese als Begriff wird nicht mehr erwähnt. Als neues Leitziel hat sich – aus der Ottawa-Charta abgeleitet – der Begriff »Empowerment« etabliert (BfA 2003). Im Kontext mit den angestrebten Teilzielen – wie Umgang mit Stressoren und Aufbau von Coping-Fertigkeiten, Aufbau und Mobilisierung von Widerstandsressourcen sowie Motivierung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil – scheint inhaltlich eine Integration salutogenetischer Prinzipien erfolgt zu sein. Sport und Bewegung spielen in Antonovskys Überlegungen zur Salutogenese keine Rolle. Im Gegensatz dazu hat die Sporttherapie das saluto- >>>

genetische Konzept als elementaren Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses (Huber 2000) integriert. Ganz explizit werden von Schüle (2000) als Ziele der Sporttherapie die Stärkung der »Ich-Kompetenz und Sozial-Kompetenz über den physischen, psychischen und sozialen Bereich« genannt. In der weiteren Ausführung werden viele Verbindungen zum Salutogenese-Konzept hergestellt. Am leichtesten verständlich ist der Einfluss der Sporttherapie in Bezug auf die Steigerung der Widerstandsressourcen, des Stressabbaus und zur Verbesserung des Selbstwertgefühls. Die immunologischen und protektiven Effekte sind hinreichend belegt (VDR 2000). Auch Bartsch (1997) weist auf den Zusammenhang von Sport und Krebserkrankungen hin, indem er die protektive und therapeutische Bedeutung beschreibt. Die aktuelle Entwicklung in der Sporttherapie geht eher in die Umsetzung transtheoretischer oder sozial-kognitiver Strategien.

#### **Salutogenetische Ansätze in der Physiotherapie**

Die Physiotherapie bildet die Schnittstelle, an der Dienstleistungsqualität und therapeutische Intervention deckungsgleich sind. Für die ambulante Rehabilitation lohnt es sich, den Transfer einer »Vision« von Ellis Huber (1998) auf das »physiotherapeutische Arbeitsbündnis« (Kostrezwa 2002) zu wagen:

»Integrierende Medizin begreift den Menschen ganz, mit seinen körperlichen, seelischen und sozialen Bezügen, sie nimmt Abschied vom Maschinenbild des Lebens, vom Reparaturdenken mechanistischer Modelle. Die Vorstellung von Körpermaschinen und Gesundheitsfabriken entspricht einer Naturwissenschaft der Vergangenheit. Moderne Heilkunst denkt und handelt in vernetzten Systemen, sieht genetische Vorgaben, die Biographie und die soziale Kultur miteinander verwoben. Kränkende und heilende Kräfte beeinflussen die Verhältnisse. Arzt und Patient sind Partner, beide wirken im therapeutischen Prozess zusammen, sind »Produzent« und »Koproduzent« von Gesundheit. Die Beziehung heilt«.

Diese Idealvorstellung wäre in der ambulanten Rehabilitation durch den engen Kontakt zwischen Patient und Physiotherapeut realisierbar. Im therapeu-

tischen Alltag ist zu beobachten, dass der Umgang mit dieser Rolle zwar notwendig, aber noch neu ist. Die damit verbundene Konsequenz und Verantwortung stellt für Viele ein Problem dar. Ein wesentlicher Grund ist in der historischen Entwicklung der Physiotherapie als nachgeordneter Bestandteil der Schulmedizin zu sehen (Meyenburg 2003). In den letzten beiden Jahrzehnten entwickelte sich die Physiotherapie analog zur »technokratischen« Medizin. Schwerpunkt der Therapie war eine morphologische, strukturelle, pathomechanische und krankheitsabhängige Orientierung (Hüter-Becker 2000). Neuere Entwicklungen beziehen komplexere Denkweisen zur Entstehung von Schmerz und Symptomen mit ein. Der »Paradigmenwechsel« (Hüter-Becker 2000) hat bereits in Ansätzen begonnen. Im Zentrum steht ein Menschenbild, »das den Menschen als Leib-Seele-Einheit und ein System versteht, das sich in dynamischem Austausch mit seiner Umwelt selbst organisiert« (Hüter-Becker 2000). Der Therapeut wird zum Mitarbeiter, der sich an den Zielen des Patienten orientiert und ihm die Mittel und Wege zur Verfügung stellt. Behandlung ist nicht nur das »Anwenden von Technik, sondern Interaktion, Entwicklung von Widerstandsressourcen und der Respekt vor der autonomen Entscheidung des Patienten.« In einem Beitrag von Kostrezwa (2002) wird die Synthese zwischen den genannten Behandlungsebenen in einem »Handlungsorientierten Professionalisierungsansatz für die Physiotherapie« geschaffen. Meyer (2001) zeigt einen Weg auf, wie über systemische Therapiegrundsätze salutogenetische Prinzipien in die Behandlung integriert werden können. Die Vermittlung der Komponenten Handhabbarkeit und Verstehbarkeit sind zentrale Therapieziele. Auch Meyenburg (2003) geht mit ihrer Arbeit »Klientenzentrierten Handelns in der Physiotherapie« in dieselbe Richtung. Therapeut und Patient als gleichberechtigte Partner erfordern eine veränderte »Verteilung von Rollen, Macht und Verantwortung im Behandlungsprozess.« (Meyenburg 2003). Diese Neuordnung ist auf der hierarchisch strukturierten Denkweise eines biomedizinischen Modells nicht denkbar. Meyer, Kostrezwa und Meyenburg greifen direkt auf Antonovskys Gedankengut zurück und

versuchen über salutogene Prinzipien den Behandlungshorizont zu verändern. Mit ihrem Beitrag »Integrative Physiotherapie – Was ist das eigentlich?« bringt Hüter-Becker (2003) zum Ausdruck, dass eine salutogene Denkweise bisher wenig in physiotherapeutisches Handeln integriert ist. Das Modell der »Integrativen Physiotherapie« versucht den salutogenetischen Ansatz und die Denkweise der ICF in einem bio-psycho-sozio-ökologischen Modell zu vereinen. Erleben und Verhalten von Therapeut und Patient genießen denselben Stellenwert wie die Symptomebene. Ebenso wie Meyenburg (2003) fordert Hüter-Becker (2003) eine Veränderung der Ausbildung, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können. Regeln für den professionellen Umgang mit der therapeutischen Beziehung müssen innerhalb der Ausbildung geschult werden. Eine Untersuchung von Hengeveld (2000) über den Umgang von qualifizierten Manualtherapeuten mit psycho-sozialen Schmerzdimensionen bestätigt diese Forderungen:

»... the approach to treatment would need to change from a more uni-dimensional towards a multidimensional approach to treatment ...«

Multidimensionales Denken und »Be-Handeln« erfordert aber auch eine Untersuchung (clinical reasoning), die biomedizinische und »nicht-biomedizinische« Hypothesen in gleichem Maße berücksichtigt. Eine Neuordnung in Deutschland zeichnet sich nur langsam ab. Ein aktuelles Beispiel bietet der Beitrag von Marhauer (2004) zum »Clinical Reasoning Prozess«. Kommunikative und kognitive Fähigkeiten, auch auf einer Metaebene, in Zusammenarbeit mit dem Patienten prägen die künftige Entwicklung der Physiotherapie. Die Arbeitszufriedenheit und die Zufriedenheit der Patienten sind von der intrapersonalen und der interpersonalen Kompetenz abhängig (Hüter-Becker 2003). Antonovskys Salutogenesemodell bietet in dieser Hinsicht eine Art »Metatheorie«, die gerade in der Behandlung chronischer Schmerzen physiotherapeutischem Handeln einen anderen Sinn gibt. Eine Aussage von Franke (1997) fasst noch einmal zusammen: »Salutogenetisches Denken in der Therapie zwingt Therapeut und

Patient dazu, sich über die Ziele Klarheit zu schaffen. Da es nicht darum geht, Störungen zu beseitigen, sondern darum Gesundheit aufzubauen, erfolgt eine viel intensivere und konkretere Auseinandersetzung mit den Zielen.« Diese Sichtweise aus der Psychosomatik ist weitgehend übertragbar. In der Physiotherapie besteht der zusätzliche Vorteil, konkrete, funktionelle Störungen mit bewährten Behandlungsmethoden beeinflussen zu können. Die Reflektion des eigenen Handelns gewinnt einen anderen Stellenwert.

»Suggestions are given for reflective research which may allow for more reflection-in-action rather than reflection-about-actions.« (Hengeveld 2000)

Auch die Forderung nach einer »Emanzipation« der Physiotherapie (Meyenburg 2003) und einer universitären Ausbildung müssen dahin gedeutet werden, dass Physiotherapeuten ihre Arbeit eigenständig und nicht als »geschlechtsneutrale Arbeitstiere« erbringen wollen (Hüter-Becker 2003). Faltermaier hat das Modell der Salutogenese um die Komponente »Gesundheitshandeln« erweitert. Ein Transfer auf das physiotherapeutische Handeln und die berufliche Orientierung wird auf zwei Ebenen wirksam: Zunächst auf der Wissens- und Vermittlungsebene, wo über lerntheoretische Gesichtspunkte das Handeln der Patienten gefördert werden kann (Franke1997). Dann auf der persönlichen Ebene, auf der das eigene Gesundheitshandeln und der Sinn der beruflichen Tätigkeit in Einklang gebracht werden können. Die Umsetzung auf beiden Ebenen bietet die Voraussetzung für eine hohe »intrapersonelle« individuelle Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten sowie eine hohe »interpersonelle« Zufriedenheit in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

#### **Salutogenese als »Managementmodell« in Einrichtungen für ambulante Rehabilitation**

Patienten und Therapeuten mit ihrer persönlichen Umwelt sind Elemente eines interaktiven Systems (Klingebiel 2000). Geht man einen Schritt weiter, trifft das auch auf ihre Position innerhalb der Rehabilitationseinrichtung zu. Sie sind Bestand- >>>

teile einer Unternehmensumwelt, in der gemeinsam eine Leistung erbracht wird. Patienten und Therapeuten werden von einer salutogenen Organisation in gleichem Maße gefördert. In kleinen Einrichtungen, wie sie in der ambulanten Rehabilitation anzutreffen sind, könnten salutogene Prinzipien leicht umgesetzt werden. Salutogene Managementansätze in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation sind bisher nicht bekannt. Aus der Literatur ergeben sich jedoch Hinweise, die dem Transfer salutogener Prinzipien auf Zentren der ambulanten Rehabilitation eine sinnvolle Grundlage geben. Baumann et al (1998) sieht einen Ansatz der Salutogenese in der Ressourcennutzung von Krankenhausmitarbeitern. Über Programme zur Gesundheitsförderung wird die Förderung der Mitarbeiterressourcen als wichtigster Faktor der Qualitätssicherung zur Managementaufgabe. Eine gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung steht im Einklang mit den Ideen Maslows und Herzbergs. Intrinsische »Motivationsfaktoren« (Herzberg 1972) wie »Partizipation, Erfolgserlebnisse, Anerkennung, Verantwortung, gegenseitiger Respekt und Wertschätzung« (Baumann et al 1998) müssen zu den »Hygienefaktoren« hinzukommen. Herzberg (1971) nennt Bezahlung, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Verwaltung, Beziehung zu Vorgesetzten und Kollegen und die Unternehmenspolitik als wichtigste Hygienefaktoren. Einen direkten Transfer auf den Arbeitsplatz stellt Lorenz (2004) über Antonovskys Aspekt der Konsistenz her. Konsistente Systeme werden in ihrer Eigenschaft als angenehm empfunden, weil ihre Teile gut zueinanderpassen. Stellt die Arbeitswelt ein konsistentes System dar, trägt dies zur positiven Ausbildung des Kohärenzgefühls bei. Auch aus der Untersuchung von Udris und Rimann (2000) zur Wirkungsweise des Kohärenzgefühls können für die Arbeitssituation relevante Erkenntnisse entnommen werden. In einer Untersuchung über den Zusammenhang des SOC und der Hierarchieposition zeigten sich signifikante Abhängigkeiten. »Tätigkeitsspielräume (als Ausdruck der betrieblichen Position) und Kohärenzgefühl stehen in einem linearen Zusammenhang«. Ebenso weisen sie den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und situativen Ressourcen nach. Eine deutliche Stärkung

des Kohärenzgefühls und eine Verbesserung der Gesundheit sind nachweisbar, wenn bei gleichbleibender Belastung viele situative Ressourcen vorhanden sind. Situative Ressourcen werden durch die Zunahme der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte, der Mitbestimmung bei Entscheidungen im Betrieb, der Aufgabenvielfalt, des Tätigkeitsspielraums und der Qualifizierungsmöglichkeiten gebildet. Klingebiel (2000) greift auf diese Untersuchungen und Antonovskys Gedanken zurück. Er überträgt das Kohärenzgefühl aus einer systemtheoretischen Sichtweise auf Kollektive. Organisationen aller Art entwickeln »einen kollektiven SOC, der in den individuellen SOC der Mitglieder wurzelt und gleichzeitig darüber hinaus geht«. Der kollektive SOC äußert sich als kollektives Grundvertrauen der Menschen, die in der Organisation arbeiten. Ihr Vertrauen basiert darauf dass:

- das Geschäftsgeschehen strukturiert, vorhersehbar und erklärbar ist.
- Ressourcen zur Verfügung stehen, um den erwarteten Anforderungen gerecht zu werden.
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, für die es sich einzusetzen lohnt.

Salutogenetisch denkende Manager stellen die Förderung des Kohärenzgefühls auf dieselbe Stufe wie die Verbesserung der Arbeitseffizienz und Kostensenkung. Die Unternehmensziele sollen über die Nutzung und Förderung von personalen und organisationalen Ressourcen erreicht werden. Zufriedene Kunden – zum Beispiel Patienten – bilden für Therapeuten sowohl eine personale als auch eine organisationale Ressource. Salutogenese als Führungskonzept erfordert in der »Besinnung auf die eigenen Kräfte« ein salutogenes Verhalten der Führung. In einem Beitrag von Kern und Braun (2002) wird ein salutogenes Managementkonzept vorgestellt, das aus der Auseinandersetzung mit der Arbeitswelt der Zukunft erwächst: »Bei der Erstellung wissensorientierter Dienstleistung erlangt die menschliche Arbeit eine leistungsbestimmende Qualität, gleichzeitig nimmt die Bedeutung des arbeitenden Menschen als zentralem Leistungsträger zu. Hierdurch gewinnt die Gesundheit einen höheren Stellenwert.« Kreative und kundenorien-

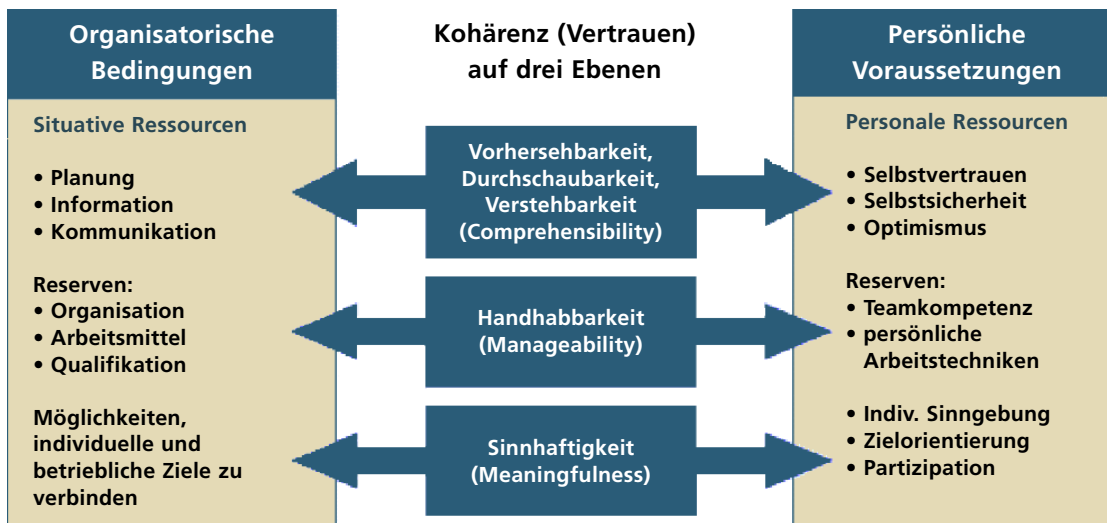


Abb. 4\_Transfer des Salutogenese Modells auf organisationale Bedingungen

tierte Dienstleistungen können dauerhaft nur von gesunden, qualifizierten und motivierten Mitarbeitern erbracht werden. Als Voraussetzung für ein modernes Management dient das Salutogenese-Konzept Antonovskys. Ressourcenorientierung, Aufgabenvielfalt, Anerkennung und soziale Unterstützung sind Begriffe, die auch bei Kern und Braun wieder auftauchen. Durch eine Förderung dieser Komponenten kann die Wirkung belastender Arbeitsbedingungen modifiziert und reduziert werden. Die Autoren entwickeln ein salutogenetisches Modell (2002) für den Arbeitsbereich, das in Grundzügen auf die Untersuchungen von Udriș und Riemann (2000) zurückgreift. In Abbildung 4 werden die wesentlichen Gesichtspunkte dargestellt.

### Synthese

Aus allen Vorüberlegungen lässt sich die Erkenntnis gewinnen, dass gerade in der Verknüpfung von Salutogenese und Management ambulante Rehabilitationseinrichtungen ideale Voraussetzungen bieten. Salutogenetische Prinzipien können:

- in der gesamten Therapie den Behandlungshorizont erweitern.
- das Verhältnis zwischen Patient und Physiotherapeut auf eine andere Ebene stellen.
- allen Mitarbeitern und Patienten ein salutogenes Umfeld geben.

- Führung und Mitarbeiter in ein gegenseitiges Verhältnis von salutogener Unterstützung bringen.

Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit sind die Schlüsselstellen, die als Voraussetzung für die »Gesundheit« aller Beteiligten eine hohe Qualität gewährleisten. Eine salutogene Organisation ist in der Lage, im Wettbewerb besser bestehen zu können. Qualität und die Erfüllung von Qualitätsansprüchen sind implizite Unternehmensbestandteile.

## Teil 3 – Empirische Untersuchung

### Untersuchungsansatz

Die empirische Untersuchung soll Hinweise geben über den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation. Aus der theoretischen Herleitung (Teil 1 und 2) lässt sich die zentrale Rolle der Physiotherapie begründen. Der Zufriedenheit dieser Gruppe kommt damit eine besondere Bedeutung zu. Die Erfüllung von Erwartungen stellt einen wesentlichen Aspekt der Komplexität des Konstruktes Zufriedenheit dar. >>>

### LEITFADEN ZUR BEFRAGUNG DER PHYSIOTHERAPIESCHÜLER

#### 1. Was sind Gründe, die zur Berufswahl führen?

Mit der Entscheidung für einen Beruf sind gezielte Erwartungen verbunden. Für einen medizinischen Beruf ist eine besondere Motivation erforderlich. Die Zufriedenheit im Berufsleben kann davon abhängen, ob und wie die Ausbildung mit den Gründen für die Berufswahl übereinstimmt.

#### 2. Wie wird am Ende der Ausbildung von den Schülern der Stellenwert der vermittelten Inhalte beurteilt?

Diese Fragestellung zielt auf die Erkundung ab, inwieweit vermitteltes Wissen die Vorstellungen über die zukünftige Berufstätigkeit beeinflusst. Die Ausbildungsinhalte können das berufliche Selbstbild in einem hohen Maß prägen.

#### 3. Welche persönlichen Fähigkeiten und Eigenschaften haben aus Sicht der Schüler in der Ausbildung eine besondere Bedeutung?

Außer der fachlichen Kompetenz erfordert der Beruf persönliche Kompetenzen. Für die spätere Zufriedenheit in der Berufstätigkeit können persönliche Fähigkeiten und Eigenschaften einen großen Einfluss haben. In Zusammenhang mit den Ausbildungsinhalten sind Rückschlüsse möglich, ob diese »Schlüsselkompetenzen« vermittelt werden.

#### 4. Welche Auseinandersetzung erfolgt in der Ausbildung mit dem Begriff der Salutogenese?

Die zunehmende Chronifizierung von Erkrankungen und eine eigene langfristige Zufriedenheit als Therapeut erfordern eine intensive Auseinandersetzung mit dem Begriff Gesundheit. Im Rahmen der Arbeit gilt das Interesse der Salutogenese.

#### 5. Welche Erwartungen haben angehende Physiotherapeuten/innen an ihr zukünftiges Berufsleben?

Aus der Berufswahl und aus der Ausbildung resultieren Erwartungen an das Berufsleben. Die Erwartungen bilden eine Grundlage, aus der auch die Zufriedenheit im Beruf beurteilt wird.

Erwartungen sind einerseits mit dem aktuellen Arbeitsbereich verbunden, andererseits resultieren sie aus dem generellen Zugang zum Beruf. Die Aus-

bildung selbst und vorherige Erwartungen können einen Einfluss auf die zukünftige Zufriedenheit im Beruf haben. Zur Erkundung dieses Einflusses wird eine explorative schriftliche Befragung von Physiotherapieschülern/innen am Ende ihrer Ausbildung durchgeführt. Der Anspruch der Befragung dient dem einer orientierenden Untersuchung.

Die Zufriedenheit der Physiotherapeuten/innen ist bisher in der ambulanten Rehabilitation nicht isoliert untersucht worden. Aus einer Befragung von zehn Physiotherapeuten/innen sollen Anhaltspunkte über wichtige Faktoren der Zufriedenheit gewonnen werden. Zusätzlich sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Patientenzufriedenheit von den Physiotherapeuten/innen wahrgenommen wird.

Aus der theoretischen Herleitung resultieren Annahmen über Einflussmöglichkeiten salutogener Prinzipien auf die Zufriedenheit von Patienten/innen und Physiotherapeuten/innen. Betriebsklima, Organisationsklima und das Verständnis von Gesundheit bei Patienten/innen und Physiotherapeuten/innen weisen eine besondere Nähe zu salutogenen Entwicklungsmöglichkeiten auf. Über das Wissen von Zufriedenheitskomponenten in diesen Bereichen ist es möglich Zufriedenheit unter salutogenen Gesichtspunkten weiterzuentwickeln.

Mit der Befragung von zehn Patienten/innen sollen ebenfalls Informationen zum Gesundheitsverständnis und zum Betriebsklima gewonnen werden. Aus dieser Befragung werden auch Erkenntnisse über den Stellenwert der Physiotherapie und den Einfluss von Therapiemaßnahmen erwartet.

### Methodik und Durchführung

Die Untersuchung umfasst drei Schritte:

1. Befragung von Physiotherapieschülern durch einen Fragebogen mit offenen Fragen.
2. Interviews mit zehn Physiotherapeuten/innen zu den verschiedenen Aspekten, die einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben.
3. Interviews mit zehn Patienten/innen zu sieben Kriterien, die direkt oder indirekt die Zufriedenheit beeinflussen.

>>>

## LEITFADEN ZUR BEFRAGUNG DER PHYSIOTHERAPEUTEN/INNEN

1. Welchen Einfluss hat die »Leitung« auf die Arbeitszufriedenheit?

Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit in der Rehabilitation berücksichtigen bisher nur die Rolle des direkten Vorgesetzten. Da der Verantwortung der Leitung im Qualitätsmanagement eine besondere Bedeutung zukommt, soll zusätzlich der Einfluss der Unternehmensführung differenziert betrachtet werden.

2. Was sind Kriterien für ein gutes Betriebsklima, welchen Einfluss hat es auf die Arbeitszufriedenheit und gibt es Unterschiede zum Arbeitsklima der gesamten Einrichtung?

Das Betriebsklima gilt als wesentlicher Faktor für eine hohe Arbeitszufriedenheit. Die Gestaltung des Betriebsklimas ist davon abhängig, welche Gütekriterien als Voraussetzung angesehen werden. Unter Betriebsklima wird meist der eigene, engere Arbeitsbereich verstanden. Insgesamt ist es in das Arbeitsklima der gesamten Organisation eingebettet. Aus der Wahrnehmung des Unterschiedes können Maßnahmen für die interne Gestaltung des gesamten Unternehmens entwickelt werden.

3. Welche Einflüsse haben interne und externe organisatorische Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit?

Aus der Kenntnis über den Stellenwert der internen Organisation auf die Arbeitszufriedenheit können Steuerungsmöglichkeiten abgeleitet werden. Externe Einflussfaktoren sind wenig beeinflussbar, haben aber Einfluss auf die Zufriedenheit. Eine hohe Unzufriedenheit mit externen Einflüssen erfordert Strategien des Unternehmens, um den Umgang mit diesen Einflüssen zu verbessern.

4. Welche Einflüsse haben die finanziellen Bedingungen auf die Zufriedenheit?

Eine »gerechte« Bezahlung wird aus der aktuellen Situation des Mitarbeiters, der Finanzsituation des Unternehmens und aus den Bedingungen des gesamten Berufsstandes beurteilt. Aus der Kenntnis über die Einschätzung der Mitarbeiter von ihrer individuellen finanziellen Situation können interne Strategien zur Bindung von Mitarbeitern entwickelt werden.

5. Wie beeinflusst die persönliche Situation die Arbeitszufriedenheit? Hat die Arbeitszufriedenheit einen Einfluss auf die Krankheitsanfälligkeit? Wie nehmen Mitarbeiter Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit?

Wechselwirkungen zwischen der persönlichen Zufriedenheit und der Arbeitszufriedenheit wurden bisher

nicht erfragt. Mit den Fragen werden Ansatzpunkte gesucht, die eventuell nicht offensichtlich der unternehmerischen Verantwortung unterliegen.

6. Was stellen gravierende Kündigungsgründe dar?

Mit dieser Frage wird erkundet, welcher Zusammenhang und ob ein Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Kündigungsabsicht besteht.

7. Wonach beurteilen Physiotherapeuten/innen den Erfolg ihrer Arbeit? Welche Zielvereinbarungen werden mit den Patienten getroffen? Welches Verständnis von Gesundheit wird dabei benutzt?

Dieser Fragenkomplex bezieht sich auf die Interaktion zwischen Patient und Physiotherapeut. Die Interaktion ist abhängig vom Therapie- und Gesundheitsverständnis der/s einzelnen Physiotherapeutin/en. Ein hohes Maß an Integration des Patienten in den Behandlungsprozess verstärkt den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit. Das Gesundheitsverständnis wird unter salutogenetischen Aspekten untersucht. Vorhandene Ansätze werden oft unsystematisch und unbewusst genutzt. Aus den Ansätzen lassen sich gezielte Entwicklungsmöglichkeiten ableiten.

8. Wie sieht das berufliche Selbstverständnis von Physiotherapeuten/innen aus? Welchen Einfluss hat das Unternehmen auf das Selbstverständnis?

Zufriedenheit am Arbeitsplatz resultiert nicht nur aus der Arbeitsumwelt. Mit der Frage nach Zufriedenheit mit dem Beruf an sich soll die Basis einer generellen Arbeitseinstellung erforscht werden. Der Ruf beziehungsweise das Image des Unternehmens stellt möglicherweise einen moderierenden Effekt dar. Aus Hinweisen darauf können Unternehmensaktivitäten entwickelt werden, mit denen die Zufriedenheit der Mitarbeiter beeinflusst werden kann.

9. Was sind insgesamt die wichtigsten Faktoren für die Arbeitszufriedenheit?

Physiotherapeuten/innen haben ebenso wie andere Berufsgruppen ein spezifisches Verständnis für ihre Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Die wichtigsten Kriterien sollen – auch zur Kontrolle der bisherigen Antworten – noch einmal zusammengefasst werden.

10. Wie schätzen die Physiotherapeuten/innen den Einfluss ihrer Zufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit ein? Welche Zufriedenheitsfaktoren aus Patientensicht halten die Therapeuten für bedeutsam? Mit dieser Frage wird die Art des Zusammenhangs zwischen Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit untersucht. Das Ziel der Patientenzufriedenheit unterliegt der Annahme bestimmter Zufriedenheitsfaktoren aus Sicht der Physiotherapeuten/innen.

## LEITFADEN ZUR BEFRAGUNG DER PATIENTEN/INNEN

1. Welche Erwartungen haben Patienten/innen zu Beginn einer RehaMaßnahme? Welchen Einfluss hat die Erfüllung oder Nichterfüllung auf die Zufriedenheit?

Erwartungen an die Rehabilitation können vielfältiger Natur sein. Ein wesentliches Ziel der medizinischen Dienstleistung besteht darin, diese Erwartungen zu erfüllen. Werden die Erwartungen nicht erfüllt, kann daraus Unzufriedenheit entstehen. Die Differenzierungsfähigkeit zwischen erbrachter Leistung und erfüllter Erwartung entscheidet über das Ausmaß der Zufriedenheit.

2. Was sind die wichtigsten Therapiemaßnahmen und worauf wird die Wirkung dieser Maßnahmen zurückgeführt?

Aus therapeutischer Sicht und dem übergeordneten Rehabilitationsgedanken stehen die Maßnahmen an erster Stelle, die es den Patienten/innen ermöglichen, ohne Einschränkungen an allen sozialen Aktivitäten teilnehmen zu können. Mit der Frage ist die Bestätigung der Hypothese nach der Schlüsselrolle der Physiotherapie verbunden. Durch das Patientenverständnis zur Wirkungsweise der Therapiemaßnahmen werden grundlegende Ansatzpunkte zur Steuerung therapeutischer Interventionen erwartet.

3. Welche Kriterien kennzeichnen eine gute ärztliche Betreuung? Werden die Patienten in der ärztlichen Betreuung als »Partner« beteiligt?

In allen Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit wird der Rolle des Arztes eine besondere Bedeutung zuteil. Im Sinne von Patientenzufriedenheit und Partizipation der Patienten ist ein adäquates Arztverhalten erforderlich. Mit der Fragestellung soll ein Einblick von der Patientenerwartung an die Arztrolle gewonnen werden.

4. Worauf beruht die Wirkung von Physiotherapie aus Sicht der Patienten und wie wird die eigene Mitarbeit wahrgenommen? Was sind die Eigenschaften eines idealen Physiotherapeuten/in?

Aus den theoretischen Vorüberlegungen kann erwartet werden, dass Physiotherapie mehr beinhaltet als

eine rein »handwerkliche Leistung«. Eine Bestätigung dieser Annahme hat Auswirkungen auf die direkte Arbeit und das Arbeitsumfeld der Physiotherapeuten. Der Stellenwert von Physiotherapie in der ambulanten Rehabilitation muss danach eventuell unter anderen Gesichtspunkten definiert werden.

Über die Beschreibung der »idealen Eigenschaften« werden die Erwartungen konkretisiert, die Patienten/innen mit personalen Komponenten der Physiotherapeuten/innen verknüpfen. Für das Rollenverständnis, die Gestaltung der Interaktion und den Stellenwert der »fachlichen Qualifikation« können sich Implikationen für die praktische Tätigkeit ergeben. Darüber hinaus bildet der Fragenkomplex Antwortmöglichkeiten zu salutogenetischen Aspekten ab.

5. Welchen Einfluss hat die Organisation aller Abläufe auf die Patientenzufriedenheit und auf das Behandlungsergebnis?

Behandlungsabläufe und -prozesse gelten als wichtige Qualitätskriterien in Zufriedenheitsbefragungen. Aus Sicht der Leistungserbringer sind Erkenntnisse darüber wichtig, welche Wirkung und Einflusstärke der Faktor Organisation hat. Für die Unternehmenspraxis ist es wichtig, das Unterscheidungsvermögen der Patienten zwischen Einfluss der Organisation auf die Zufriedenheit und auf das Behandlungsergebnis zu kennen.

6. Welches Gesundheitsverständnis existiert aufseiten der Patienten nach der RehaMaßnahme?

Das Verständnis von Gesundheit ist ein gesundheitsfördernder Faktor. Mit der Frage wird nach salutogenen Komponenten gesucht, die durch die Therapie gefördert werden.

7. Welchen Einfluss hat die Zufriedenheit der Mitarbeiter (hauptsächlich der Physiotherapeuten/innen) auf die Zufriedenheit der Patienten?

Wenn es einen Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit gibt, muss mehr als eine statistische Messgröße existieren. Die Frage kann Auskunft darüber geben, wie sich die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt beziehungsweise wie sie wahrgenommen wird.

Das Ergebnis eines Interviews mündet immer in die schriftliche Form einer »fixierten Kommunikation« (Mayring 2003). Mit dieser Aussage soll zum Ausdruck gebracht werden, dass Planung, Ausführung und Analyse des Interviews nicht zu trennen sind. Aus diesem Grund muss vor der Durchführung eines Interviews Klarheit bestehen über die Anforderungen und Bedingungen, die an die Befragung zu stellen sind. Bei Helfferich (2004) wird ein umfassender Überblick über alle wichtigen Kriterien gegeben. Im Rahmen der Untersuchung wurde dem Aspekt der Abgrenzung zur Alltagskommunikation besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Aufseiten der Erzählpersonen sind deren Erwartungen an die Person und die Absicht des Fragenden zu berücksichtigen. Vonseiten des Interviewers wird die Auseinandersetzung mit den Themen der Gestaltung von Kommunikation, Klärung von Rollen und der Vermittlung von Offenheit vorausgesetzt.

Als Interviewform wurde die Form des strukturierten Interviews gewählt. Da der Sachgehalt im Vordergrund stand, war eine enge Anlehnung an den Leitfaden geplant. Zur Konstruktion des Leitfadens wurde auf die Literatur (Helfferich 2004, Mayring 2002, Allwinn 2002) und die persönliche Beratung durch Wilhelm Schwendemann, Professor an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg zurückgegriffen. Die Fragen der Mitarbeiterinterviews konnten vorab auf ihre Verständlichkeit überprüft werden.

Von elementarer Bedeutung ist es, die Anforderungen zu beachten, die sich aus ethischen Prinzipien für die Durchführung von Interviews ergeben (Helfferich 2004):

- Die interviewten Personen müssen freiwillig an der Befragung teilnehmen. Dazu gehört Information über Ziel und Inhalt der Untersuchung. Die Einwilligung der Befragten zur Verwendung der Interviews muss schriftlich gegeben werden. Über den Umgang und die Verarbeitung der Daten müssen die befragten Personen informiert sein.
- Alle Transkripte und Exzerpte müssen so weit anonymisiert werden, dass keine Rückschlüsse auf Personen getroffen werden können. Dies beinhaltet ebenfalls die Verwendung von ein-

zelnen Textstellen, die bei der Benennung von Ankerbeispielen benötigt werden.

- Alle personenbezogenen Daten sind nur dem Autor bekannt und nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt. Sollten andere Personen an der Verarbeitung der Ergebnisse beteiligt sein, so sind auch sie zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

### **Planung und Durchführung der Schülerinterviews**

Aus den Vorüberlegungen entstand der Grundgedanke, Ausbildungsinhalte und Berufserwartungen von Physiotherapeuten als eine Basis in den Überlegungen mit zu berücksichtigen. Als Zugang zu diesen Informationen wurde die Befragung von Schülern in diesem Berufsbild gewählt. Die Gruppe von Absolventen/innen der Ausbildung, die kurz vor dem Abschluss stehen, haben am Ende einer dreijährigen Ausbildung den umfassendsten Überblick über alle Elemente ihrer Schulzeit. Zudem stehen sie kurz vor dem Eintritt in das Berufsleben, das sie mit unterschiedlichen Erwartungen antreten. In der Planung wurde nach einer Schule mit einem Kurs, der kurz vor dem Staatsexamen steht, gesucht.

Für Januar 2004 wurde in einer Schule die Befragung vorgeplant. In einem Anschreiben wurden der Schulleitung die Ziele der Befragung, der Umgang mit den Daten und die Inhalte der Fragen mitgeteilt. Auf Datenschutzbestimmungen, Vertraulichkeit und Anonymisierung wurde in dem Anschreiben deutlich hingewiesen.

### **Zusammenstellung der Fragen**

Im Vorfeld wurden die Fragen auf Inhalte und Formulierung geprüft. Die Inhalte wurden bereits genannt. Die Form von offenen Fragestellungen wurde aus zwei Gründen gewählt.

Eine direkte Befragung in Form von Interviews war zum damaligen Zeitpunkt aus organisatorischen Gründen nicht durchführbar. Auf theoriegeleitete Fragestellungen konnte nicht zurückgegriffen werden.

### **Durchführung der Befragung**

In Absprache mit der Schulleitung wurde darauf verzichtet, von jedem Schüler eine Einver- >>>

ständniserklärung einzuholen. Dies war nur möglich, weil alle Schüler im Vorfeld über die Freiwilligkeit der Befragung bereits unterrichtet waren. Mit der Teilnahme wurde das Einverständnis vorausgesetzt. Die Befragung wurde vom Autor persönlich durchgeführt. Vor Beginn der schriftlichen Befragung wurden die Schüler nochmals auf die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme ausdrücklich hingewiesen. Jeder Schüler hatte die Gelegenheit, zu diesem Zeitpunkt auf die Befragung verzichten zu können. Von insgesamt zwanzig Schülern waren sechzehn am Befragungstermin anwesend. Alle sechzehn nahmen an der Befragung teil.

In einer kurzen Einführung von zehn Minuten wurde über Sinn, Ziele und Inhalte der geplanten Untersuchung unterrichtet. Weiterhin wurden die Schüler motiviert, die Fragen möglichst ausführlich zu beantworten. Die Fragebögen wurden so anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf die Person möglich waren. Mit einer kurzen Diskussion wurde die Befragung abgeschlossen. Schwierigkeiten im Verständnis der Fragestellungen bestanden aus Sicht der Schüler nicht. Eine Ausnahme bildete die Fragestellung zum Begriff der »Salutogenese«.

#### **Planung und Durchführung der Mitarbeiterinterviews im Bereich Physiotherapie**

Aus methodischen, persönlichen und innerbetrieblichen Gründen wurde von einer Befragung der Mitarbeiter im eigenen Arbeitsbereich Abstand genommen. Befragt werden sollten nur Mitarbeiter aus Rehabilitationszentren, die über eine Zulassung nach den BAR – Rahmenbedingungen verfügen. Aus formalen und rechtlichen Gründen wurden die Kontakte mit Therapeuten außerhalb des Arbeitsbereiches hergestellt.

Aus einer Liste von fünfzehn Physiotherapeuten/innen konnten zehn Zusagen für die Durchführung der Interviews eingeholt werden. Eine gleiche Anzahl von weiblichen und männlichen Physiotherapeuten wurde in der Planung angestrebt. Ein zusätzliches Kriterium stellten vergleichbare Unternehmenskonstellationen dar. Grundlegende Informationen wurden den Interviewpartnern in gleichem Umfang vorab erteilt. Zur Systematisierung wurde eine Checkliste mit folgendem Inhalt erstellt:

- Kurze Erläuterung über Zielsetzung und Inhalt der Untersuchung
- Erklärung und Versicherung der Anonymität der Untersuchung
- Angabe über Zeitdauer des Interviews von etwa 20–30 Minuten, gesamter Zeitrahmen 60 Minuten
- Direkte Terminvereinbarung in einem Zeitraum innerhalb der nächsten beiden Wochen

Durch die Checkliste sollte gewährleistet werden, dass alle Teilnehmer mit gleichen Voraussetzungen an den Interviews teilnahmen.

Eine ausführliche Erklärung zu Vertraulichkeit, Anonymisierung und Umgang mit den Interviewtranskripten leitete jedes Interview ein. Von jedem Befragten wurde die Einwilligung schriftlich bestätigt.

Ein wichtiger Punkt war die Klärung von »Regeln« vor Beginn des Interviews. Die Interviews sollten nicht direktiv und rein sachorientiert durchgeführt werden. Positive Verstärkungen wurden nur gegeben, wenn es der Beantwortung der Fragen förderlich erschien. Ein »Nachhaken« wurde vermieden, wenn die Antwortbereitschaft erschöpft schien. Alle Interviews wurden in derselben Reihenfolge der Fragen und eng am Leitfaden orientiert geführt.

Als Einstieg wurde auf den Faktor Mitarbeiterzufriedenheit im Rahmen des Qualitätsmanagements hingewiesen. Die Hauptfragen wurden verschiedenen Themengruppen zugeordnet. Durchgeführt wurden die Interviews im Juli 2004.

#### **Planung und Durchführung der Patienteninterviews**

Für die Untersuchung wurden Patienten aus einer homogenen Gruppe gewählt. Als sinnvoll wurde die Auswahl von Patienten erachtet, die nach den Kriterien der Rentenversicherungsträger behandelt werden. Für diese Patienten existieren klare Vorgaben für Inhalt und Zeitrahmen der Therapie. Die Bedingungen, unter denen die Patienten behandelt werden, sind vergleichbar. Als Behandlungsansatz wird das bio-psycho-soziale Modell zugrunde gelegt.

Ein zusätzliches Kriterium war dadurch gegeben, dass keine Patienten/innen befragt wurden, die

dem Autor persönlich aus der Behandlung bekannt waren. Die Befragung sollte zum Abschluss der Behandlungsmaßnahme erfolgen. Aus innerbetrieblichen Gründen und aus der Teilnahme des Betriebes an einem externen Qualitätssicherungsprojekt ergab sich ein Zeitkorridor vom 1. bis zum 15. Oktober 2004 zur Durchführung der Befragung. In diesem Zeitraum standen fünfzehn Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die den genannten Bedingungen entsprachen. Um Präkonditionierungen zu verringern, wurde erst ein Tag vor Therapieende die Bereitschaft zur Teilnahme erfragt.

Von den in Frage kommenden Interviewpartnern erklärten jeweils fünf weibliche und fünf männliche Personen ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Die Interviews wurden in der Therapieeinrichtung durchgeführt. Für die Gestaltung der Interviewsituation galten ähnliche Kriterien wie bei den Mitarbeiterinterviews. Über eine enge Leitfadenorientierung wurde eine themenorientierte Gesprächsatmosphäre hergestellt. Die Interviews dauerten durchschnittlich 20 bis 30 Minuten. Mit Einleitung und Ausklang konnte die geplante Gesamtdauer von 60 Minuten eingehalten werden. Die Interviews wurden aufgezeichnet und von einer erfahrenen Schreibkraft zeitnah transkribiert.

## Auswertung

### Auswertung der Schülerbefragung

Die Antworten aus der Schülerbefragung ergaben keine Probleme in Bezug auf die Lesbarkeit. Alle Protokolle lieferten ein hinreichendes Maß an Informationen. Die Inhalte wurden aufgeführt und über die Anzahl der Nennungen ausgewertet. Die Auswertung erfolgte auf dem Niveau einer Nominalskala. Zur Erfassung von Schwerpunkten wurden inhaltlich ähnliche Nennungen in übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Bei der Zusammenfassung wurden Überschneidungen eliminiert.

### Auswertung der Mitarbeiterinterviews und der Patienteninterviews

Alle Interviews wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002 & 2003)

ausgewertet. Für die Fragenkonstruktion wurden der Stand der Literatur und das aus der Theorie entwickelte Erkenntnisinteresse zugrunde gelegt. Mayring (2002) sieht die Stärke der Inhaltsanalyse in einer schrittweisen Zerlegung des Materials, die »streng methodisch kontrolliert« durchgeführt wird. Die Analyse folgt einem Kategoriensystem, das theoriegeleitet am Material entwickelt wird. Mit dem Kategoriensystem wird eine systematische Inhaltsanalyse der transkribierten Texte vorgenommen. Bei Mayring (2002) werden drei Grundformen vorgeschlagen:

- Zusammenfassung: Reduktion des Materials auf wesentliche Inhalte als »Abbild des Grundmaterials«.
- Explikation: Ergänzung des Materials mit Deutungen und Erläuterungen.
- Strukturierung: Material unter vorher festgelegten Ordnungskriterien filtern und dadurch bestimmte Aspekte herausarbeiten.

Die Grundformen des Interpretierens unterteilt Mayring (2002 & 2003) in verschiedene Unterformen (Abb. 5).

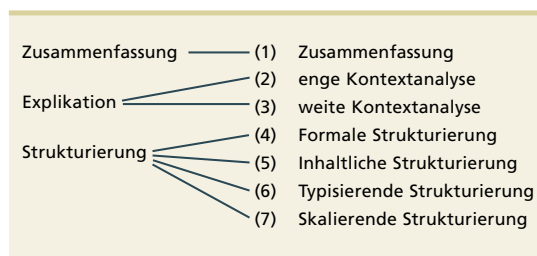


Abb. 5\_Die Grundformen des Interpretierens werden nach Mayring (2003) in verschiedene Unterformen unterteilt

Die Zielsetzung der Arbeit und eine ausgeprägte Strukturierung der Interviews führen zur Anwendung der strukturierenden Inhaltsanalyse. Von den Unterformen werden die inhaltlich strukturierende und die skalierende Inhaltsanalyse verwendet.

Die strukturierende Inhaltsanalyse folgt einem allgemeinen Ablaufmodell (Mayring 2003). Alle zwanzig Interviews wurden nach diesem Ablaufmodell (Abb. 6) ausgewertet.

Die Bearbeitung des Materials erfolgt in acht Schritten. Zunächst werden die Textstellen >>>

bestimmt, die analysiert werden (1). Im nächsten Schritt (2) werden die grundlegenden Strukturierungsdimensionen festgelegt und ihre Ausprägungen beschrieben (3). Aus den Dimensionen und Ausprägungen wird vorab ein Kategorienschema entwickelt, das mit Ankerbeispielen und Kodierregeln belegt wird (4). Alle Texte werden nach den Kategorien durchsucht und die Fundstellen werden exakt benannt (5). Die Bearbeitung der Fundstellen erfolgt nach den beiden gewählten Untervarianten skalierend oder inhaltlich strukturiert (6). Im folgenden Schritt (7) wird das Kategorienschema an einer definierten Anzahl von Interviews überprüft und danach das komplette Material bearbeitet. Die Ergebnisse werden zusammengefasst und aufbereitet (8).

Da es sich bei den durchgeführten Interviews nur um eine kleinere Anzahl handelt, wurden alle zehn Interviews jeweils nach diesem Verfahren ausgewertet.

Die Unterform der skalierenden Inhaltsanalyse wird in der vorliegenden Arbeit zur Bearbeitung der Fundstellen hinsichtlich der Stärke eines Einflusses bei mehreren Fragen verwendet.

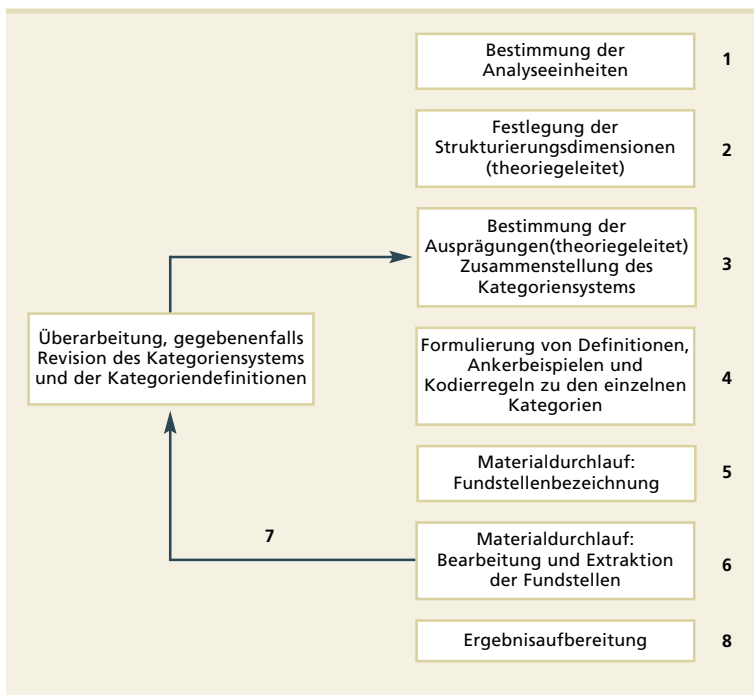


Abb. 6\_Allgemeines Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (Mayring 2003)

Von jedem Interview wurde ein Exzerpt erstellt, um eine inhaltsorientierte Reduktion des Materials zu erreichen.

## Ergebnisse

### Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse aus der Schülerbefragung

#### Gründe für die Berufswahl

Für die meisten Schüler besitzt die Arbeit mit Menschen einen hohen Stellenwert. Medizinisches Interesse und die Beschäftigung mit dem Körper ergänzen das Bild. Einen hohen Stellenwert besitzt die Verbindung von einer erwarteten theoretisch anspruchsvollen Ausbildung und einer praktischen Tätigkeit. Erwartungen an die Bezahlung und an spezifische Arbeitsbedingungen werden nicht genannt.

#### Stellenwert der Ausbildungsinhalte

Wichtige Ausbildungsinhalte aus Sicht der Schüler sind praxisrelevante Fächer und theoretisches Basiswissen. Zu den praxisrelevanten Fächern gehören auch die praktische Tätigkeit bei der Patientenbehandlung, das praktische Üben und das Vorbehandeln der Lehrkräfte. Praxisrelevante Theorie wird in den Fächern vermittelt, die auch physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei verschiedenen Krankheitsbildern beinhalten.

Theoretisches Basiswissen umfasst Grundlagen wie Anatomie, Physiologie, Neurologie, Pädiatrie und Sensomotorik. Spezielle Krankheitslehre mit den Schwerpunkten Orthopädie und Chirurgie wird ebenfalls als wichtig erachtet.

Weniger wichtige und unwichtige Ausbildungsinhalte sind vor allem Berufs- und Gesetzeskunde, die am häufigsten genannt werden. Pathologie und Dermatologie sind Inhalte, die an zweiter Stelle unter dieser Rubrik genannt werden. Einen geringen Stellenwert genießt ebenfalls das Fach Sozialwissenschaften.

#### Bedeutung persönlicher Fähigkeiten und Eigenschaften in der Ausbildung

Neben praktischen Fähigkeiten und theoretischen Fachkenntnissen erfordert der Beruf besondere per-

sönliche Fähigkeiten und Eigenschaften. Die Ergebnisse der Antworten verteilen sich auf zwei Gruppen. Die meisten Aussagen lassen sich dem Komplex der erstgenannten Gruppe zuordnen.

Die eine Gruppe bilden Eigenschaften und Fähigkeiten, die der eigenen positiven Persönlichkeitsentwicklung zugerechnet werden können.

Empathie, Kommunikation, Eigenverantwortung, Umgang mit Patienten und pädagogische Fähigkeiten sind ebenfalls Faktoren, die zu einer gesundheitsfördernden Interaktion in der Behandlung beitragen.

Die andere Gruppe der Antworten beschreibt Fähigkeiten und Eigenschaften, die allgemein als disziplinarische Grundlagen bezeichnet werden können.

#### **Auseinandersetzung mit dem Begriff der Salutogenese**

Der Begriff der Salutogenese ist allen Schülern nicht bekannt. Die abschließende Diskussion am Ende der Befragung ließ das Ergebnis vermuten. Eine umfassende Beschäftigung mit Begriffen und Modellen der Gesundheit ist nicht Gegenstand der Ausbildung.

#### **Erwartungen der angehenden Physiotherapeuten/innen an ihr zukünftiges Berufsleben**

Aus der Berufswahl und aus der Ausbildung resultieren Erwartungen an das Berufsleben. Die Erwartungen bilden eine Grundlage, aus der auch die Zufriedenheit im Beruf beurteilt wird. Auch nach der Ausbildung existieren hohe Erwartungen, die vorwiegend die persönliche Weiterentwicklung betreffen.

Den gesamten Rahmenbedingungen des Berufes stehen die meisten Schüler eher skeptisch gegenüber.

#### **Bewertung der Ergebnisse**

Die Mehrzahl der befragten Schüler geht mit einer hohen intrinsischen Motivation in die Ausbildung und in den Beruf. Sowohl im Schulalltag als auch in den Erwartungen an den Beruf zeigt sich der Widerspruch zwischen Anforderungen und Rahmenbedingungen. Die Anforderungen sind die durch die

persönliche Motivation und die Forderungen von außen geprägt. Durch vergleichsweise schlechte Rahmenbedingungen fehlt die Basis, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können.

Den als wichtig empfundenen persönlichen Fähigkeiten und Eigenschaften stehen keine adäquaten Ausbildungsinhalte gegenüber beziehungsweise der Stellenwert solcher Ausbildungsinhalte wird nicht erkannt.

Das Gesamtbild entspricht den theoretischen Erwartungen. Physiotherapeuten/innen werden anscheinend noch immer vorwiegend unidimensional biomedizinisch ausgebildet. Abhängiges Handeln in einem medizinischen Assistenzberuf widerspricht der Verantwortung, die auf die Schüler zukommt.

#### **Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse der Physiotherapeuteninterviews**

##### **Einfluss der Leitung auf die Arbeitszufriedenheit**

Die Ergebnisse weisen dem Verhalten und der Person des direkten Vorgesetzten einen großen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit zu. Fachliche Leitung und die Wahrnehmung organisatorischer Aufgaben werden als wichtig erachtet. Genauso wichtig sind Persönlichkeitsmerkmale, die einen guten persönlichen Zugang zu den Mitarbeitern herstellen. Das Verhalten des Vorgesetzten sollte für die Mitarbeiter motivierend sein.

Der Einfluss der Unternehmensführung wird als deutlich geringer angesehen. Transparenz, Sicherung der Rahmenbedingungen und Freiräume für die Arbeit sind dennoch klare Erwartungen, die geäußert werden.

##### **Faktoren und Einfluss des Betriebsklimas**

Die wichtigsten Faktoren eines guten Betriebsklimas bestehen in der Güte der Kommunikation und in einer Art »Teamgeist«. Das Betriebsklima hat einen sehr großen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Im Vergleich zum Arbeitsklima innerhalb des gesamten Betriebes sehen die befragten Physiotherapeuten/innen den eigenen Bereich als vorrangig an. >>>

### **Organisatorische Einflüsse auf das Betriebsklima**

Aus Sicht der Befragten hat die betriebsinterne Organisation einen mittleren Einfluss auf das Betriebsklima. Der Einfluss externer Vorgaben wird überwiegend als Eingriff in die Fachkompetenz empfunden. Externe Vorgaben verursachen teilweise Unzufriedenheit und üben indirekt wirtschaftlichen Druck auf die Mitarbeiter aus.

### **Stimmungsbild der finanziellen Situation**

Generell wird die finanzielle Situation von den meisten Physiotherapeuten/innen auf der Basis der bekannten Rahmenbedingungen akzeptiert. Die aktuelle Einschätzung zeigt, dass die meisten momentan einigermaßen zufrieden sind. Langfristig betrachtet bezeichnen die meisten der Befragten die Perspektive als unbefriedigend. Eine Lösung sehen einige in der Erschließung von zusätzlichen Verdienstmöglichkeiten.

### **Persönliche Faktoren**

Die Auswirkungen der privaten Situation auf die Arbeitszufriedenheit haben nach Ansicht der Befragten in erster Linie einen Einfluss, wenn dieser positiv ist. Der umgekehrte Einfluss von der Arbeitszufriedenheit auf die private Zufriedenheit wird tendenziell stärker eingeschätzt.

Gravierende Kündigungsgründe entstehen hauptsächlich durch ein schlechtes Arbeitsklima und durch Mobbing, als eine Sonderform des schlechten Arbeitsklimas. Eine unangemessene Bezahlung als Grund nennen nur wenige. Als Kündigungsgrund erhält die Unangemessenheit im Kontext der finanziellen Rahmenbedingungen eine große Bedeutung.

Einen Zusammenhang zwischen Krankheitsanfälligkeit und Arbeitszufriedenheit sehen die meisten Befragten. Die Stärke des Einflusses wird insgesamt als deutlich gewertet.

Der eigene Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit wird über verschiedene Strategien ausgeübt. Selbstinitiative zur fachlichen Verbesserung, Selbstorganisation und »persönliche Hygiene« sind Maßnahmen, mit denen die Arbeitszufriedenheit beeinflusst wird.

### **Fachliche Kriterien**

Der eigentliche Arbeitsinhalt spielt in Zufriedenheitsmessungen eine untergeordnete Rolle. Aus dem Erreichen eines »Arbeitserfolges« kann Zufriedenheit entstehen. Kriterien für ihren Arbeitserfolg sehen die Physiotherapeuten/innen hauptsächlich in einem positiven Patientenfeedback und etwas weniger ausgeprägt in der Verbesserung der körperlichen Beschwerden.

Kommunikation ist der wichtigste Faktor in der gemeinsamen Zielvereinbarung mit den Patienten/innen. Das Gesundheitsverständnis, das die befragten Physiotherapeuten/innen als Grundlage für ihre Behandlung nennen, zeigt insgesamt Komponenten, die im Sinne der Salutogenese der Handhabbarkeit zuzurechnen sind.

### **Einstellung zum Beruf als Grundlage der Arbeitszufriedenheit**

Eine generelle Zufriedenheit mit dem ausgeübten Beruf geben neun der zehn befragten Physiotherapeuten/innen an. Sie bezeichnen ihre Grundeinstellung zum Beruf als positiv. Langfristig ist die Perspektive von der beruflichen Weiterqualifikation und dem Wunsch nach Verbesserung des Berufsstatus geprägt.

Einen spezifischen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit üben die Fachrichtung, der Ruf und das Image des Unternehmens aus, in dem die Physiotherapeuten/innen beschäftigt sind. Die Mehrzahl sieht in diesen Unternehmensfaktoren einen positiven Einfluss.

### **Allgemeine Faktoren**

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Faktoren der Arbeitszufriedenheit nennt das Arbeitsklima und die Arbeitsbedingungen als entscheidende Faktoren für die Arbeitszufriedenheit.

Aus Sicht der Physiotherapeuten/innen beeinflusst ihre eigene Arbeitszufriedenheit sehr deutlich die Patientenzufriedenheit. Der Einfluss auf die Patientenzufriedenheit entsteht über eine positive Behandlungsatmosphäre im gesamten Therapiebereich.

Soziale »Aufgehobenheit« einerseits und Fachkompetenz und Beschwerdeverbesserung anderer-

seits sind aus Sicht der Physiotherapeuten/innen die wichtigsten Zufriedenheitsfaktoren auf Patientenseite.

### **Bewertung der Ergebnisse**

In der Sicht der Mitarbeiter nimmt das Arbeitsklima eine zentrale Rolle ein. Zusammen mit der Person und dem Verhalten des direkten Vorgesetzten hat das Arbeitsklima den größten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Aus den theoretischen Vorüberlegungen der Salutogenese kann die herausragende Rolle des Arbeitsklimas bestätigt werden. Ein direkter Einfluss auf das Arbeitsklima scheint durch das Verhalten des direkten Vorgesetzten gegeben zu sein. Ein schlechtes Arbeitsklima ist der Hauptgrund für eine Kündigung.

Teamgeist kann nur entstehen, wenn dieser gewünscht und gefördert wird. Über den Einfluss der Personalauswahl kann in dieser Hinsicht nur spekuliert werden.

Die betriebsinterne Organisation wird von den meisten Physiotherapeuten/innen tendenziell als Dienstleister für den eigenen Arbeitsbereich gesehen. In diesem Bereich scheint der Wunsch nach mehr Kooperation zu bestehen.

Unternehmensleitung und die interne Organisation sind dazu da, die Arbeits- und Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Beide Faktoren haben aus Sicht der Physiotherapeuten/innen die Funktion in der Erfüllung von Grundbedürfnissen. Ihre Wirkung auf das Arbeitsklima und die Arbeitszufriedenheit ist eher indirekt.

Die negative Beeinflussung durch externe Vorgaben kann in ihrer Wirkung verringert werden, wenn diese transparent gemacht werden. Intakte interne Unternehmensbedingungen scheinen in der Lage zu sein, negative Einflüsse von außen reduzieren zu können.

Aus den Ergebnissen des Zusammenhanges zwischen Krankheitsanfälligkeit und Arbeitszufriedenheit ergibt sich der Rückschluss, dass Gesundheit im Unternehmen und Gesundheit der Mitarbeiter sich gegenseitig bedingt.

Die finanziellen Bedingungen werden fast resignierend akzeptiert. Das Gehalt muss von Unternehmensseite im Rahmen der Möglichkeiten angemessen gestaltet werden, damit keine Unzufriedenheit ent-

steht. Das Erschließen oder Fördern zusätzlicher Verdienstmöglichkeiten kann eine strategische Managementaufgabe sein, um zu einer größeren finanziellen Zufriedenheit beizutragen. Durch eine Verbesserung der finanziellen Situation werden die persönlichen und fachlichen Entwicklungsmöglichkeiten gefördert.

Aus allen Interviewergebnissen ist das veränderte Behandlungs- und Rollenverständnis der Physiotherapeuten/innen erkennbar. Der Stellenwert der Kommunikation und ein mehrdimensionales Therapieverständnis sind die wichtigsten Kennzeichen.

Physiotherapeuten/innen zeichnen sich durch eine generelle positive Berufseinstellung aus. Das Unternehmensimage kann diese Einstellung unterstützen. Die Arbeit in Zentren für ambulante Rehabilitation scheint bei den Physiotherapeuten/innen insgesamt ein positives Image zu besitzen.

Die Patientenzufriedenheit nimmt als Behandlungsziel und in der Wahrnehmung der Physiotherapeuten/innen eine Schlüsselposition ein. Hohe Patientenzufriedenheit führt auch zu einer hohen Zufriedenheit bei den Physiotherapeuten/innen. Das Ziel Patientenzufriedenheit bietet auch die Interpretationsmöglichkeit einer Einstellung, die in einer Adaption an die »externe Vorgabe« von Patientenzufriedenheit bestünde. Aus dem Verlauf der Interviews lässt sich dieser Eindruck nicht bestätigen.

Der Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit kann aus den Aussagen bestätigt werden. Eine große Bedeutung wird der Atmosphäre innerhalb der Einrichtung beigemessen. Die Atmosphäre schafft die Basis für Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit.

Die Ergebnisse können aus statistischer Sicht nicht als repräsentativ gelten. Da die Interviews mit Mitarbeitern aus verschiedenen Zentren geführt wurden, ist ihre Aussagekraft dazu geeignet, die theoretischen Vorüberlegungen zu stützen.

### **Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse der Patienteninterviews**

#### **Erwartungen und der Einfluss auf die Patientenzufriedenheit**

Die wichtigsten Erwartungen orientieren sich an den somatischen Beschwerden. Schmerzre- >>>

duktion und die Verbesserung der körperlichen Funktionen stehen im Vordergrund. Die Hälfte der Patienten erwartet von der Rehamaßnahme eine besonders intensive Therapie und professionelle Hilfe. Für die Mehrzahl der Befragten werden die Erwartungen in einem hohen Maß erfüllt.

Der Einfluss der Erfüllung der Erwartungen auf die Zufriedenheit wird von der einen Hälfte als sehr deutlich und von der anderen Hälfte als gering beurteilt.

Die Beurteilung der Behandlung fällt mit den Aussagen »zufrieden« und »sehr zufrieden« insgesamt einheitlich und deutlich positiv aus.

Das Ausmaß der Zufriedenheit wird über die Moderatorvariablen »Eigener Einsatz sowie Einstellung« und »realistische Korrektur der Erwartung« beeinflusst.

#### **Stellenwert und Einfluss der Therapiemaßnahmen**

Die Physiotherapie wird von allen Patienten/innen als die Therapieform mit dem höchsten Stellenwert bewertet. An zweiter Stelle werden die ebenfalls aktiven Therapieformen der Trainingstherapie und Gruppentherapie genannt.

Die Wirkung dieser Therapieformen wird sehr heterogen beschrieben. Beratung, Anleitung, positive Selbsterfahrung, Aktivität und die direkte »Behandlung« der eingeschränkten Funktionen beschreiben einen komplexen Wirkmechanismus.

#### **Das Verhältnis Arzt-Patient aus Patientensicht**

Der Rolle des Arztes wird ein großer Einfluss auf die Patientenzufriedenheit zugeschrieben. Die Patienten nennen Kommunikation, Vertrauen und Empathie als wichtigste Kriterien einer guten ärztlichen Betreuung. Kommunikation beinhaltet vor allem die Fähigkeit des Zuhörens. Zeit für die Patienten/innen ergänzt das Bild der Gütekriterien.

Ihre eigene Mitwirkung sehen die meisten Patienten/innen in einer gleichberechtigten Beteiligung in der Kommunikation mit dem Arzt. Gemeinsame Therapieplanung und Zielfindung werden von sechs Patienten/innen als Mitwirkungsmöglichkeiten wahrgenommen.

#### **Zusammenarbeit und das Verhältnis Physiotherapeut – Patient**

Aus Sicht der Patienten erfolgt die Behandlung durch die Physiotherapeuten/innen auf mehreren Ebenen. Am häufigsten wird der Einfluss auf die Gesundheit der funktionellen Behandlung zugeschrieben. Neun von zehn Patienten/innen sehen eine weitere Behandlungsebene, die mit den Attributen einer edukativen, motivationalen und kognitiven Einflussnahme beschrieben wird.

Den eigenen Anteil in der Therapie sehen fast alle Patienten in der Bereitschaft zur Mitarbeit und in der realisierten Bereitschaft, der Mitwirkung.

Die genannten Eigenschaften eines idealen Physiotherapeuten bestätigen das Bild. Fachkompetenz und die persönliche, kommunikative Kompetenz sind Eigenschaften, die aus Sicht der Patienten denselben Stellenwert haben.

#### **Einfluss organisatorischer Abläufe auf die Patientenzufriedenheit und das Behandlungsergebnis**

Die Behandlungsorganisation übt einen Einfluss auf die Zufriedenheit aus. Der Einfluss macht sich dann bemerkbar, wenn deutliche oder große Defizite in der Organisation registriert werden. Sehr gute Organisation wird als motivierend empfunden.

Insgesamt beurteilen die meisten Patienten den organisatorischen Ablauf in ihrer Rehabilitation als gut. Deutliche Einzelmängel werden zwar genannt, gehen aber im Gesamturteil unter.

Die Auswirkungen der Organisation auf das Behandlungsergebnis werden sehr unterschiedlich beurteilt. Die eine Hälfte der Befragten sieht einen großen Einfluss, die andere Hälfte einen geringen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

#### **Veränderung des Gesundheitsverständnisses durch die Rehabilitation**

Die Mehrheit der Patienten gibt eine Veränderung ihres Verständnisses von Gesundheit an. Die Veränderung wurde unter salutogenetischen Aspekten ausgewertet. Verstehbarkeit und Handhabbarkeit sind die Komponenten, die am häufigsten zugeordnet werden können.

### **Einfluss der Arbeitszufriedenheit von Physiotherapeuten/innen auf die Patientenzufriedenheit**

Alle Patienten/innen geben einen direkten Einfluss der Zufriedenheit der Physiotherapeuten/innen auf ihre eigene Zufriedenheit an. Der Einfluss wird als sehr deutlich beschrieben.

Die Behandlung wird über eine freundliche beziehungsweise motivierende Atmosphäre beeinflusst.

### **Bewertung der Ergebnisse**

Trotz aller Diskussionen um den Einfluss sozialer und psychischer Faktoren auf die Gesundheit und das Gesundheitserleben steht für die meisten Patienten die Besserung der somatischen Beschwerden im Vordergrund. Die Erfüllung dieser Erwartungen ist nicht alleine für die Zufriedenheit der Patienten verantwortlich. Viele Patienten scheinen sogar skeptisch zu sein, was die Erfüllung ihrer Erwartungen angeht.

Eine sehr hohe Zufriedenheit ist nicht nur von dem Erreichen des Behandlungszieles abhängig. Zusätzliche Faktoren werden aus Sicht der Patienten differenziert und sind für die Patientenzufriedenheit mitverantwortlich.

Ein Faktor liegt in der Eigenschätzung des eigenen Einsatzes und in der Korrektur der Erwartungen.

Der zweite Faktor scheint der wichtigste zu sein. Kommunikation, Empathie, erfülltes Vertrauen und die Therapieatmosphäre haben anscheinend den größten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit.

Aus den Vorüberlegungen wird der Stellenwert der Physiotherapie bestätigt. Insgesamt wird die Physiotherapie als wichtigster Bestandteil der Rehabilitation gesehen. Die »Wirkmechanismen« von Physiotherapie und aktiven Therapiemaßnahmen werden aus Patientensicht vor allem auf das Erleben von positiver Selbsterfahrung, die Beratung und Aktivität überhaupt zurückgeführt.

Die Patientensicht auf die Eigenschaften von Physiotherapeuten/innen ist deckungsgleich mit deren eigener Einschätzung. Physiotherapeuten/innen arbeiten auf mehreren Ebenen. Motivation, Kommunikation, Empathie und »Eduktion« werden gleichberechtigt zu den fachlichen Kompetenzen genannt.

Ähnliche Attribute werden als Wünsche an die ärztliche Rolle genannt. »Zuhörenkönnen« ist scheinbar die wichtigste Forderung, die in der ärztlichen Tätigkeit erfüllt werden soll. Der Gesamteindruck aus den Interviews führt zu der Schlussfolgerung, dass die ärztliche Versorgung und die organisatorischen Abläufe zu den Rahmenbedingungen innerhalb der ambulanten Rehabilitation zu rechnen sind. Beide »Faktoren« führen zu Unzufriedenheit, wenn die Erwartungen nicht in einem »mittleren Maß« erfüllt werden.

Der Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit wird aus Sicht der Patienten sehr deutlich bestätigt. Physiotherapeuten/innen und Patienten/innen entwickeln ein gleiches Gesundheitsverständnis, in dem die Eigenaktivität einen hohen Stellenwert besitzt. Die Förderung und Entwicklung von Widerstandsressourcen und das »Erfahren« von sozialer Unterstützung wirken im Sinne der salutogenen Komponenten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit.

Die Ergebnisse aus der Patientenbefragung müssen sich der kritischen Frage nach Einflüssen durch die besondere Interviewsituation stellen. Der Einfluss durch die Position des Autors wurde durch die Auswahl der Patienten so gering wie möglich gehalten. Aus den Interviews entstand zu keinem Zeitpunkt der Eindruck, dass die Antworten den »Wünschen« des Autors folgten. Durch korrektes methodisches Vorgehen wurde vermieden, dass sich die Patienten/innen unter Druck gesetzt fühlten.

Unter Berücksichtigung der genannten Einflussgrößen können die gewonnenen Erkenntnisse ohne Einschränkung als verwertbar angesehen werden.

### **Schlussbetrachtung und kritischer Ausblick**

Sowohl die theoretische als auch die empirische Untersuchung bestätigen die Schlüsselposition von Physiotherapeuten/innen in der ambulanten Rehabilitation von muskuloskeletalen Erkrankungen. Von ihren fachlichen und persönlichen >>>

Kompetenzen geht der größte Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und das Behandlungsergebnis aus. Patienten/innen und die Physiotherapeuten/innen selbst sehen vor allem in den persönlichen Kompetenzen einen entscheidenden Einflussfaktor für die Behandlung und auf die Zufriedenheit der Patienten. Damit muss die Forderung verbunden werden, eine bessere Nutzung dieser persönlichen Ressourcen zu erreichen.

Wie die Untersuchung zeigt, sind Physiotherapeuten/innen in dieser Hinsicht unzureichend ausgebildet. Eine Veränderung in der Ausbildung kann die Fähigkeiten zwar entwickeln, reicht aber nicht aus, um diese Fähigkeiten auch einsetzen zu können und zu dürfen.

Das »Können« ist über die Integration von salutogenetischem Denken in die Ausbildung und in die Qualitätsphilosophie der Unternehmen zu erreichen. Gesundheitshandeln und Ressourcenorientierung auf der Grundlage eines salutogenen Qualitätsmanagements stellen alle Mitarbeiter in den Mittelpunkt eines gesund erhaltenden Unternehmens. Patientenzufriedenheit als »Produkt« entsteht aus dieser Philosophie ohne Druck von außen. Die Patientenzufriedenheit wiederum wirkt als gesund erhaltende Ressource zurück auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Die Idee der Salutogenese darf jedoch nicht missbraucht werden, um die Arbeitskraft der Physiotherapeuten/innen »auszubeuten«.

Das »Dürfen« wird langfristig nur über eine Neuorientierung und -strukturierung des gesamten Berufsbildes zu erreichen sein. Ohne die Loslösung aus der Abhängigkeit der medizinischen Aufsicht ist eine Anerkennung der komplexen Arbeitsweise von Physiotherapeuten/innen nicht möglich. Der »korrigierende Einsatz« von Expertenwissen ist nur auf der Basis einer höheren beruflichen Autonomie möglich.

Der Schluss liegt nahe, dass den Interessen der Physiotherapeuten/innen innerhalb der Einrichtungen ein hoher Stellenwert in den Qualitätsbemühungen eingeräumt werden muss. Da Physiotherapeuten/innen über eine hohe intrinsische Motivation verfügen, würden Verbesserungen der organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen eine langfristige Perspektive für die berufliche Zufriedenheit eröffnen. ■

## LITERATUR

- Antonovsky A. 1997. (Hrsg. Franke A) *Salutogenese: zur Entmythifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Asche-Matthey B, Follert P, Farin E. 2001. *Qualitätssicherung: Ein Mittel zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit?* *Wirtschaftspsychologie* 4: 206–12
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. 2000. *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen*, 20.10.2000
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. 2001. *Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*
- Bartsch HH, Bengel J. 1997. *Salutogenese in der Onkologie*. Basel, Freiburg: Karger
- Baumann U, Frei M, Köllner V. 1998. *Ressourcennutzung als Qualitätssicherungsfaktor – Gesundheitsförderung für Mitarbeiter und Patienten in den Universitätskliniken des Saarlandes in Homburg*. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg.) *Handbuch der Salutogenese*, Wiesbaden: Ullstein Medical
- Bengel J. 2002. *Was hält uns gesund? Expertise zur Salutogenese*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 7. erw. Neuauflage
- BfA. 2001. *Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation*, 31. Mai 2001
- BfA. 2003. *Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation; Indikationsbezogene Curricula*, 1 Einführung
- DEGEMED – deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation. 2004. *Ambulante Rehabilitation – Günstige Alternative oder teures Hobby?* Newsletter, Nr.10 Juli 2004



**MANFRED CHAUMET**

Diplomsportlehrer, Physiotherapeut, Manualtherapeut, 2005 Abschluss Masterstudium Sozialmanagement, seit 1994 Therapieleiter im Zentrum für ambulante Rehabilitation Regio Reha in Freiburg. Zusätzlich Lehrtätigkeit in den Bereichen Orthopädie, Maitlandkonzept, Trainingstherapie.

- EFQM. 1999. *Das EFQM-Modell für Excellence*. Brüssel
- Ewert T, Cieza A, Stucki G. 2003. *Die ICF in der Rehabilitation. Ergotherapie und Rehabilitation*, 1: 5–10
- Farin E. 2002 a. *Nicht über Qualität sprechen, sondern auch belegen*. In: *Mitteilungen des Bundesverbandes Dt. Privatkrankeanstalten* 1/2002: 69–72
- Farin E, Meixner K, Follert P, Jäckel WH, Jacob A. 2002 b. *Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu – Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung*. *Rehabilitation* 41: 258–67
- Farin E, Engel EM, Dimou A, Jäckel WH. 2004. *Die Erwartungen von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an externe Qualitätssicherungsmaßnahmen*. *Phys Med Rehab Kuror* 14: 73–8
- Flick U. 2002. *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe
- Follert P, Farin E, Asche-Matthey B, Jäckel WH. 2002. *Mitarbeiterbefragungen: Bestandteil externer Qualitätssicherung und Input für das interne Qualitätsmanagement*. *Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis* 5: 127–30
- Franke A. 1997. *Praxisrelevante Grundlagen des Salutogenese-Konzeptes*. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg.): *Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt (Main): VAS-Verlag
- Fuchs R. 2003. *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe
- Gunzelmann Th, Schumacher J, Brähler E. 2000. *Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen: Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden*. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 1 (48): 244–65
- Härter M, Baumeister H, Reuter, Wunsch A, Bengel J. 2002. *Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen und kardiovaskulären Erkrankungen*. *Rehabilitation* 41: 367–74
- Helferich C. 2004. *Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag
- Herzberg F. 1968. *Work and the Nature of Man*. Cleveland and New York
- Hengeveld E. 2000. *Psychosocial Issues in Physiotherapy in Switzerland. Manual Therapists' Perspectives and Observations*. London Abstract
- Huber E. 1998. *Das Gesundheitssystem neu denken*. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Huber G. 2000. *Sporttherapie – zur Begründung aus sozialwissenschaftlicher Sicht*. In: Schüle K, Huber G. *Grundlagen der Sporttherapie – Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. München: Urban & Fischer
- Humburg, S. 2001. *Mitarbeitermotivation im Krankenhaus – Das Organisationsklima und seine Bedeutung für das Qualitätsmanagement*. Bonn: Dissertation
- Hüter-Becker A. 2003. *Integrative Physiotherapie – Was ist das eigentlich?* *Z. f. Physiotherapeuten* 55 (12): 2118–21
- Hüter-Becker A. 2000. *Der Paradigmenwechsel in der Physiotherapie und das Bobath-Konzept*. *Krankengymnastik* 52 (2): 277–83
- Jäckel W, Gerdes N. 2001. *Methodenhandbuch – Qualitätsprofile für Rehabilitationseinrichtungen*. HRI Bad Säckingen
- Jacob G. 2002. *Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation: Eine Untersuchung zur Konstruktvalidität*. Freiburg: Dissertation
- Jacob G. 2000. *Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme*. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*. 1 (48): 280–301
- Jäckel WH, Farin E. 2004. *Qualitätssicherung in der Rehabilitation: Wo stehen wir heute?* *Rehabilitation* 43: 271–83
- Kamiske GF; Bauer J-P. 1999. *Qualitätsmanagement von A bis Z*. München: Hanser Verlag
- Kern P, Braun M. 2002. *Die Arbeitswelt der Zukunft. Herausforderungen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz*. Steine+Erden – Fachmagazin für Arbeit, Sicherheit und Gesundheit, Ausgabe 6
- Klingebiel H. 2000. *Salutogenese in Organisationen* *Prävention* 1 (23): 8–11
- Koch U, Morfeld M. 2004. *Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland*. *Rehabilitation* 43: 284–95
- Kostreza D. 2002. *Das physiotherapeutische Arbeitsbündnis*. *Z. f. Physiotherapeuten* 54: 1
- Lorenz R. 2004. *Salutogenese, Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Maier-Riehle B, Schliehe F. 2002. *Der Ausbau der ambulanten Rehabilitation*. *Rehabilitation* 41: 76–80
- Marhauer S. 2004. *Anforderungen des Clinical Reasoning Prozesses an die Fähigkeiten von Physiotherapeuten*. *Z. f. Physiotherapeuten* 56 (8): 1438–51
- Mayring, Ph. 2003. *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Basel: Weinheim:
- Mayring, Ph. 2002. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Basel: Weinheim
- Meyenburg U. 2003. *Klientenzentriertes Handeln in der Physiotherapie – Theoretische Annäherung und empirische Exploration im Rahmen einer Gruppendiskussion*. *Z. f. Physiotherapeuten* 55 (8): 17–34
- Raspe A, Matthis C, Heon-Klin V, Raspe H. 2003. *Chronische Rückenschmerzen: Mehr als Schmerzen im Rücken. Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten einer Landesversicherungsanstalt*. *Rehabilitation* 42:195–203
- Rosenstiel L.v., Regnet E, Domsch ME. (Hrsg.). 1999. *Führung von Mitarbeitern*, Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Stuttgart: USW Schriften für Führungskräfte Bd. 20
- Schüle K. 2000. *Wissenschaftliche Begründung der Sporttherapie*. In: Schüle K, Huber G. *Grundlagen der Sporttherapie – Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. München: Urban und Fischer
- Siegrist J, Neumer S, Markgraf J. 1998. *Salutogeneseforschung: Versuch einer Standortbestimmung In: Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer
- Sprenger RK. 2002. *Vertrauen führt*. Frankfurt (Main): Campus
- Sprenger RK. 2001. *Aufstand des Individuums, Warum wir Führung komplett neu denken müssen*. Frankfurt (Main): Campus
- Sprenger RK. 2000. *Mythos Motivation, Wege aus einer Sackgasse*. Frankfurt (Main): Campus

- Stock R. 2001. *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit: direkte, indirekte und moderierende Effekte*. Wiesbaden: Dissertation
- Udris I, Rimann M. 2000. *Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst?* In: Wydler H, Kolip P, Abel Th (Hrsg.) *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. Weinheim: Juventa
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/VDR (Hrsg.). 2000. *Gesundheit aktiv fördern*. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer
- Vom Holtz. 1998. *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit*. München: Dissertation
- WHO. 2004. *Ottawa-Charta*
- Zimmerli W Ch. 1997. *Gesundheit als offenes System*. In: Bartsch HH, Bengel J. *Salutogenese in der Onkologie*. Basel Freiburg: Karger
- Zollondz, H-D. 2002. *Grundlagen Qualitätsmanagement*. München: Oldenbourg Verlag
- Weitere Literatur beim Autor