



Evaluierung der Physikopraktik KlientInnenbefragung

Endbericht: Evaluierungsergebnisse

Auswertung und Berichtsfassung:

Prof.ⁱⁿ(FH) Mag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Raab-Steiner, DSAⁱⁿ

Wien, Jänner 2011

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
1.1	Kontext und Zielsetzungen der Evaluierung	3
1.2	Forschungsdesign und Methodik	5
2.	Stichprobenbeschreibung	6
2.1.	Verteilung nach Geschlecht und Alter	6
2.2	Verteilung nach Familienstand und Anzahl der Kinder	8
2.3	Verteilung nach abgeschlossener Ausbildung und aktuellem Berufsstand	9
2.4.	Verteilung nach Berufstätigkeit und derzeitiger Stellung	11
3.	Einschätzung der PraktikpädagogInnen	12
3.1.	Verteilung nach Regelmäßigkeit der Anwendungen und Lernberatungen	12
4.	Hauptdimensionen des Fragebogens	13
4.1	Wie sind Sie auf Physiotherapie aufmerksam geworden?	13
4.2	Was war der Anlass für die erste Behandlung?	14
4.3	Wann war die erste Behandlung?	16
4.4	Was hat sich seitdem durch die Behandlung in ihrem Leben verändert?	17
4.5	Was ist derzeit der Anlass für die Behandlung(en)?	18
4.6	Was wissen Sie über Physiotherapie?	19
4.7	Wie würden Sie jemanden Physiotherapie beschreiben?	20
4.8	Was erwarten Sie sich von den Behandlungen?	21
4.9	Zusammenhang Anlass für erste und derzeitige Behandlung	22
4.10	Zusammenhang Erwartungen und Veränderungen	24
5.	Ergebnisdarstellung und Interpretation	25
6.	Literatur	28
7.	Anhang :Fragebogen	29

1. Einleitung

1.1 Kontext und Zielsetzung der Evaluierung

Die **Physikopraktik** wurde in den 1980er Jahren in Deutschland von Antonius Wolf begründet und wird seither laufend weiterentwickelt. Derzeit wird sie in Deutschland, Österreich, Frankreich, Ungarn und den Niederlanden von ausgebildeten HygiagogInnen angeboten. Sie stellt damit nun seit geraumer Zeit auch in Österreich ein wesentliches zusätzliches Angebot im Gesundheitsförderungssystem und in der Primärprävention dar. Als Kooperationspartner sieht sich die Physikopraktik in keiner Konkurrenz mit bestehenden medizinischen Berufen. Ihre Schwerpunkte liegen im Schnittstellenmanagement, in der interdisziplinären Kommunikation und in der Ausarbeitung gesundheitsfördernder und präventiver Angebote. Weitere Schwerpunkte liegen in der Positionierung als ExpertenpartnerIn, Health Adviser und klientenzentrierten, ganzheitlich denkenden Leistungserbringer, der das Spannungsverhältnis aus Health Care und nüchterner wissenschaftlicher ökonomischer Evaluation überbrückt.

Die Physikopraktik verbindet die Grundlagen klassischer chinesischer Medizin mit westlichem naturwissenschaftlichen Wissen in einer besonderen und einzigartigen Zugangsweise (Interventionssystem) zur Gesundheitserhaltung bzw.-vorsorge. Die Synthese von Ost und West bedeutet eine breite methodenvielfältige Herangehensweise.

Der Überbegriff Praktopädie muss als ein System betrachtet werden, welches sich aus den Programmen **Physikopraktik, Pädiapraktik und Phänopraktik** zusammensetzt. Die Arbeit mit und an Einzelpersonen wird als erstere bezeichnet, die Arbeit mit Kindern und Familien als Pädiapraktik und die letztere legt mit unterschiedlichen Konzepten ihren Schwerpunkt auf die Arbeit mit externen Protektivfaktoren. Grundsätzlich zielen alle Programme darauf ab, die „Funktionalität im Lebenskontext“ aufrecht zu erhalten, diese zu verbessern und auch zu entwickeln. Die Unterstützung und Förderung der KlientInnen auf allen Ebenen, sie im jeweiligen Kontext ernst zu nehmen, um für sie typgerechte Lebensqualität zu entwickeln, ist das oberste Ziel. Je nach Konstitutionstyp z.B. Somatotyp, Existenztyp oder psychographischer Typ werden die Anwendungen auf den Typ und seine Bedürfnisse abgestimmt.

Das Handlungsparadigma ist ein mehrdimensionales, ein **psycho-sozio-bio-funktionales**, welches zur Entwicklung (bzw. Aufrechterhaltung) von Gesundheit dient. Dies beinhaltet die Orientierung am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell welches auf der Definition der WHO beruht. In ihr wird Gesundheit als Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens beschrieben.

Damit passiert im ersten Schritt eine bewusste Distanzierung vom biomedizinischen Krankheitsverständnis und in einem zweiten wird das Modell durch die zusätzlichen Orientierungen von PatientInnen auf KlientInnen und von Krankheiten zu Ressourcen ergänzt.

Gesundheit kann nach gesundheitswissenschaftlichen Konzepten nicht alleine auf biomedizinisch ergründbare Bedingungen zurückgeführt werden, sondern hängt sehr

stark von spezifischen individuellen Lebensbedingungen und Lebensweisen sowie deren emotionale Verarbeitung ab. Diese Zugangsweisen bzw. Grundhaltungen schlagen sich massiv in den Methoden, Techniken und Konzepten der Praktopädie nieder.

Der prinzipielle Zugang erfolgt über ein Verständnis für die Gesundheit und nicht für die Krankheit, er ist also salutogenetisch orientiert. Es kommt zu einer bewussten Distanzierung vom pathogenetischen Krankheitsmodell der Medizin hin zur Ressourcenstärkung und -aktivierung. Das Schlagwort lautet Empowerment, also Befähigung – Ermächtigung (zur Selbstgestaltung).

Diese salutogene Denkrichtung hat besonders der amerikanische Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky (1979) vorangetrieben. Auf ihn geht auch die Begrifflichkeit Salutogenese zurück. Gesundheit und Krankheit sind nach seinem Verständnis einander nicht ausschließende sondern gegensätzliche Pole eines Health-/Disease- Kontinuums. Er sieht darin die größte Divergenz zur „krankheitsorientierten Denkrichtung der Schulmedizin“, die „auf der Annahme einer fundamentalen Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen“ gründet (Antonovsky, 1997, 23).

Ungeachtet unterschiedlichster Forschungsergebnisse kann eine Ableitung getroffen werden, nämlich die, dass die Bewältigung sehr belastender Lebensereignissen von Überzeugungen, die im Laufe des Lebens erworben werden, abhängig sind und diese in der ständigen Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt erarbeitet werden müssen. Im Zentrum dieses Geschehens stehen die „Generalisierten Widerstandressourcen“ (General Resistance Resources). Dies sind Widerstandsfaktoren, die gesunde und psychisch stabile Personen dazu mobilisieren, nicht krank zu werden und mit belastenden Lebens- und Alltagserfahrungen produktiv umzugehen. Sie umfassen das körpereigene Immunsystem, das „symbolische Kapital“ wie Intelligenz und Wissen, eine starke Ich-Identität, emotionale Sicherheit sowie kulturelle und religiöse Zugehörigkeit (vgl. ebd., 34 ff). Diese Widerstandsressourcen sind an das individuelle Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) gekoppelt. Sie werden nicht per se wirksam, sondern nur in Kombination mit Kohärenz. Darunter wird eine steuernde Variable verstanden – ein überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens „dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann“ (Hurrelmann/Laaser, 2003, 134).

Dies manifestiert sich auf drei Ebenen:

- der Verstehbarkeit (Sense of Comprehensibility): eine grundlegende Lebenseinstellung sowie ein dynamisch und überdauerndes Gefühl von Zuversicht. Im Kontext der Krankheitserfahrung bedeutet dies, dass die Krankheit interpretierbar ist und nicht völlig unerklärlich und unbeeinflussbar über eine Person hereinbricht.
- der Handhabbarkeit (Sense of Manageability): die Grundannahme, dass dem Individuum verschiedenste Ressourcen zur Problem- und Krisenbewältigung zur Verfügung stehen.
- der Bedeutsamkeit (Sense of Meaningfulness): das Leben wird als sinnvoll empfunden (vgl. Pauls, 2005, S.26)

Zurückkommend auf das Ursprungsparadigma „Salutogenese“ wird im Kontext der Praktopädie der Begriff um den der Hygiogenese - chronophysiologische Synchronisation und Koordination - erweitert. Das Ziel der Hygiogenese ist die Responsivität.

Diese Grundhaltung der Praktopädie wird durch ein weiteres, methodisch innovatives Denkmodell, das auf den anthropologischen Prämissen der „Existenzanalyse“ aufbaut und von Karazman et al. für Forschungen zur Gesundheitsförderung adaptiert wurde, ergänzt werden. Die Forschergruppe bezeichnet ihr Konzept als „Existenz-Typologie“ bzw. „Effekt-Typologie“, diese finden als theoretisches Konstrukt Eingang in die Evaluierung. Die Grundannahme vom Wiener Psychiater und Neurologen Viktor E. Frankl, dem Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie, dass Herausforderungen und Sinnfindung durch Verwirklichung von Werten wesentlich zu psychobiologischer Gesundheit beitragen. „Existenz“ bedeutet als Fachterminus wirklich, wahrhaftig vollzogenes „ganzes“ Leben und „Ganz“ ist der Mensch der Existenzanalyse zufolge nicht aus sich selbst, sondern „Ganz ist der Mensch eigentlich nur dort, wo er ganz aufgeht in seiner Sache, ganz hingeeben ist an eine andere Person“ (Frankl, 1982, 160). Es ergibt sich daraus die praktische Aufgabenstellung einen sinnvollen Lebensstils.

Als Ziel dieser Evaluierung kann in erster Linie die Legitimation der Tätigkeit, die Nachvollziehbarkeit bzw. das Sichtbarmachen der Wirkung gesehen werden. Diese ersten Evaluationsergebnisse können als Grundlage weiterer Entwicklungen im methodischen Sinn, aber auch in der Fokussierung von Zielgruppen und deren Bedürfnisse gesehen werden. Im Sinne evidenzbasierter Forschung/Vorgangsweisen kann jegliche an den KlientInnen orientierte Entscheidung auf Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden. Das eigene fachliche/methodische Vorgehen zu beschreiben und auch nachvollziehbar zu machen, stellt eine wesentliche Basis für die Anerkennung und Professionalisierung der HygiagogInnen dar. Mit diesen Ergebnissen können weitere Entwicklungen vorangetrieben werden.

1.2 Forschungsdesign und Methodik

Zur Erhebung der genannten Evaluierungsinhalte wurde als Methode die Befragung mittels halb standardisiertem Fragebogen gewählt. Der Fragebogen wurde von Frau Mag. Alice Aichinger im Rahmen des Unilehrganges 3 des Interuniversitären Netzwerks mit den StudentInnen erarbeitet. Die Grundfragestellungen waren u.a.:

- Welche KlientInnen erreichen wir? (Soziodemografische Daten wie: Alter, Geschlecht, Berufsstand, Familienstand...)
- Inwieweit können wir als HygiagogInnen das System der Praktopädie durch die Anwendungen und Beratungen an unsere KlientInnen vermitteln?

Weiters wollten die StudentInnen erforschen, welche Anlässe und Erwartungen, sowie welche Veränderungen von den Klientinnen angegeben werden.

Die Items zu den inhaltlichen Aspekten wurden durchgängig mit offenen Antwortformaten vorgegeben. Dieser Zugang entspricht eher einem qualitativen Design und hat den Einsatz des standardisierten Inventars erschwert.

Eine Verkodung der qualitativen Angaben musste erfolgen, um diese für eine statistische Auswertung nutzbar zu machen. Um dies zu ermöglichen, wurde der Datensatz inhaltsanalytisch nach Mayring überarbeitet und die Angaben in Kategorien platziert. Diese Kategorisierungen stellten die Basis für die Verkodung (Zuordnung von Zahlen) dar. Dadurch konnte die Basis für die statistische Auswertung mittels PASW Statistics 18 (ehemals SPSS) gelegt werden. Die Kategorisierung der verbalen Daten wurde durch zwei Praktikerinnen vorgenommen, die damit wissenschaftlich basierte Theorien und Ansätze in die Analyse einarbeiteten. Sie erfolgte teils theoriegeleitet und basierte teilweise auch auf Erfahrungswerten, was eine hohe inhaltliche Validität (Gültigkeit) gewährleistet. Die Auswertung der vorliegenden Daten konnte auf Grund der niedrigen Skalenniveaus (offene Antwortformate entsprechen dem Nominalskalenniveau) nur auf deskriptivem Niveau erfolgen.

Das Erhebungsinstrument setzt sich neben den soziodemografischen Angaben aus insgesamt acht Einzelitems zusammen, die, wie bereits erwähnt, mit offenem Antwortformat vorgegeben wurden. Es folgt eine Frage (Item) zur Einschätzung durch die PraktikerpädInnen/HygiagogInnen. Mit dem Instrument wurden im Zeitraum Jänner 2007 bis September 2009 insgesamt 200 Personen durch acht PraktikerInnen befragt.

2. Stichprobenbeschreibung

2.1 Verteilung nach Geschlecht und Alter

Im Erhebungszeitraum gaben insgesamt 196 Personen zu ihrem **Geschlecht** eine Angabe, davon waren 29% (entspricht 57 Personen) männlich und 71% (entspricht 139 Personen) weiblich. Vier Personen gaben keine Angabe zu diesem Item.

Es wird durch die Verteilung stark ersichtlich, dass das gesetzte Angebot zu ca. drei Viertel (71%) von Frauen genutzt wird (siehe Abb.1).

Geschlecht	Anzahl	Prozente
Frauen	139	71%
Männer	57	29%
gesamt	196	100%

Abb.1: Verteilung nach Geschlecht in Stichprobe (n=196)

Die **Altersverteilung** der Gesamtstichprobe gestaltet sich wie folgt: Es liegen 182 Angaben (entspricht 91%) vor, 18 Personen (entspricht 9%) gaben keine Angabe. Die Angaben verteilen sich auf insgesamt 47 Männer und 135 Frauen, diese erfolgen in absoluten Zahlen. Auffallend und nicht unerwartet bei der Verteilung sind die starken Ausprägungen im Altersbereich 31-60 Jahre, die sich in Relation gesetzt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zeigten. Die Hauptausprägung lag sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in der Kategorie 41-50 Jahre mit 45 Frauen und 13 Männern (siehe Abb.2).

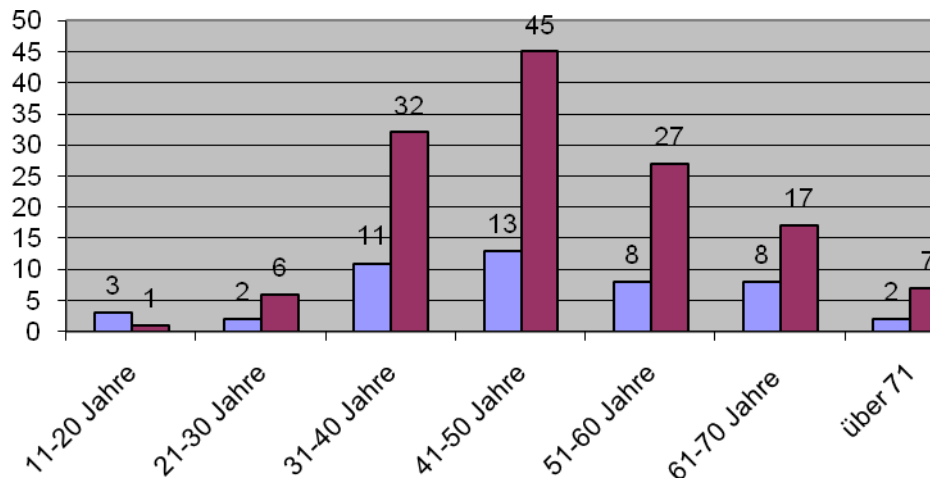


Abb 2: Verteilung nach Alter getrennt nach Geschlecht in Stichprobe (n=182)
n = 182 /hellblau=männlich/violett=weiblich

Das **durchschnittliche Alter** aller Befragten beträgt **48 Jahre** (Mittelwert =47,89 bei Standardabweichung = 13,92 Jahren), bei den befragten Frauen liegt es mit Mittelwert= 48,32 Jahren (s= 13, 22 Jahre) geringfügig darüber, bei den befragten Männern mit Mittelwert = 46,67 Jahren (s= 15,84) geringfügig darunter. Die jüngste befragte Person ist 16 Jahre alt, die älteste 87 Jahre. Die Normalverteilung beider Teilstichproben (Variable Alter) ist gegeben. Die Überprüfung erfolgte mittels Kolmogornoff-Smirnoff-Test. Die Teilgruppe der Männer mit $p=0,879$ bei $\text{Alpha}=0,05$ ist nicht signifikant, also normalverteilt, und die Gruppe der Frauen mit $p=0,493$ bei $\text{Alpha} 0,05$ ist ebenfalls nicht signifikant, also ebenfalls normal verteilt. Folgende Abb. 3 zeigt die Altersverteilung für alle Befragten unabhängig vom Geschlecht. Es wurden dazu ebenfalls Kategorien von 9 Jahren, wie in Abb. 2 festgelegt. Unter der Annahme der Normalverteilung liegen ca. 66% der befragten Personen im Altersbereich von 34-62 Jahre.

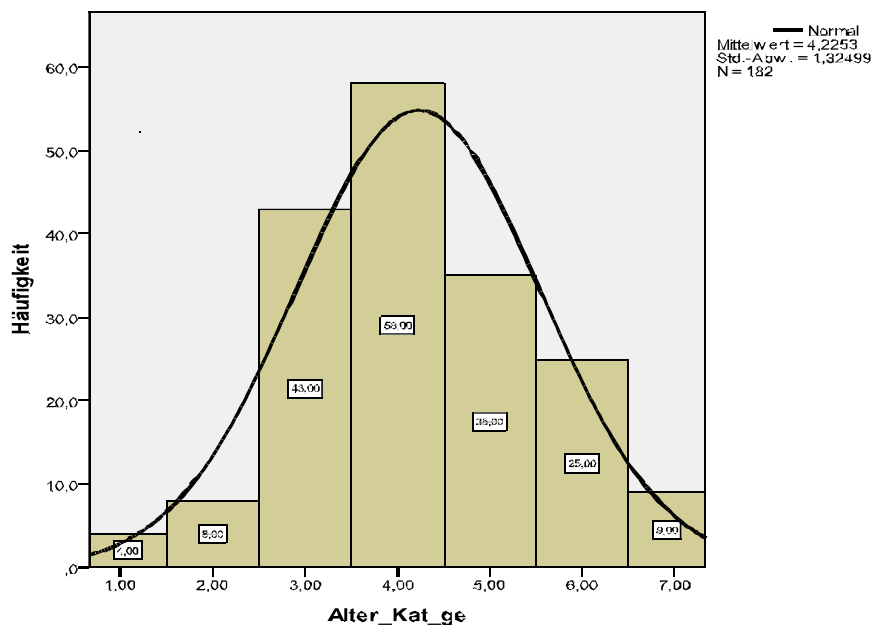


Abb. 3: Verteilung nach Alter gesamt (n=182)

2.2 Verteilung nach Familienstand und Anzahl der Kinder

In der Befragung wurde der **Familienstand** erhoben. Es liegen dazu insgesamt n=190 Angaben vor, 10 Personen haben dazu keine Angabe gegeben. Mehr als die Hälfte der Personen waren verheiratet (54,7% sind 104 Personen), der andere Teil verteilte sich auf die Kategorien geschieden bzw. getrennt lebend mit 10,6% (entspricht 20 Personen), der Kategorie verwitwet mit 8,9% (entspricht 17 Personen), ledig bzw. eigentlich alleinstehend mit 15,8% (entspricht 30 Personen) und der Kategorie der unverheirateten Personen, die in Lebensgemeinschaft leben mit 10% (entspricht genau 19 Personen).

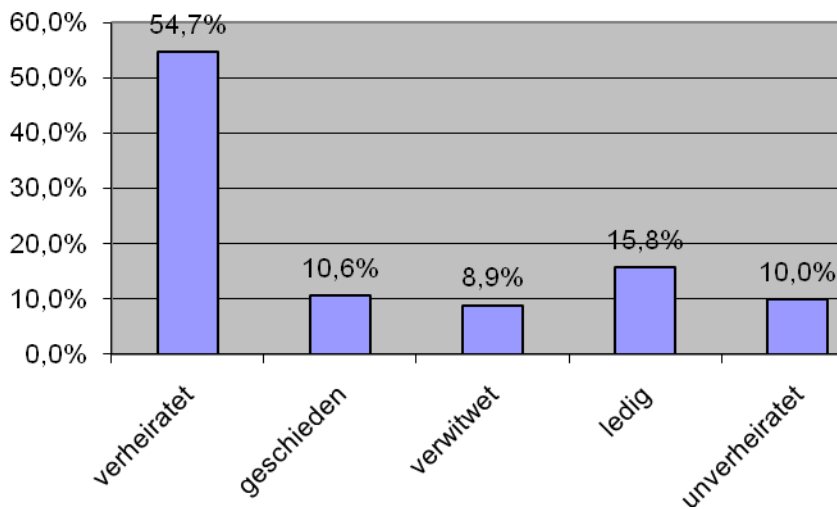


Abb. 4: Verteilung nach Familienstand in Stichprobe (n=190)

Zur **Anzahl der Kinder** (Abb.5) wurden 166 Nennungen gegeben, 34 Personen enthielten sich der Antwort. Von diesen insgesamt 166 Personen waren 25,3 % (entspricht 42 Personen) kinderlos, 30,1 % (entspricht 50 Personen) hatten ein Kind, ebenfalls 30,7 % (entspricht 51 Personen) hatten zwei Kinder, 11,4% (entspricht 19 Personen) hatten drei Kinder und in die letzte Kategorie der Gruppe mehr als drei Kinder entfielen 2,5% (entspricht 4 Personen).

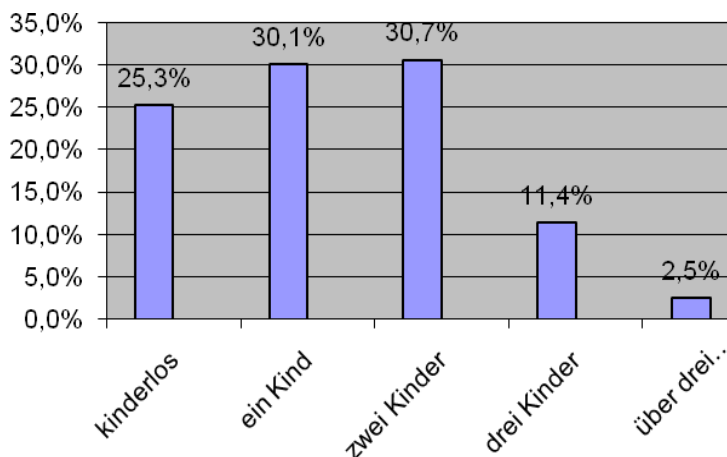


Abb. 5: Verteilung nach Anzahl der Kinder in Stichprobe (n=166)

Die durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Haushalt lag bei Mittelwert= 1,36 Jahren ($s=1,1$ Jahren) und entspricht somit auch dem österreichischen Durchschnitt.

Zum **Alter der Kinder in Jahren** lagen 213 gültige Nennungen vor, wobei diese auf Grund der Altersstreuung in der befragten Stichprobe ebenfalls einer sehr starken Streuung unterlag. Das Minimum lag bei einem Kind, welches noch kein Jahr alt war bis zu einer Angabe von 67 Jahren (die älteste Person in der Stichprobe ist 87 Jahre, somit ist diese Angabe realistisch). Der durchschnittliche Wert lag bei Mittelwert= 23,17 Jahren ($s=13,27$ Jahren). Die mittleren 50% lagen im Alter von 12 bis 33 Jahren.

Im gemeinsamen Haushalt lebten jedoch nur noch 37,5% der Kinder, die unter 18 Jahre waren (entspricht 57 Kindern), 62,7% (96 Kinder) der genannten Kinder ($n=153$) wohnten nicht mehr bei den Eltern. In dieser Gruppe finden sich selbstverständlich auch Angaben von Männern nach Trennungen, deren Kinder wahrscheinlich hauptsächlich von der getrennten Frau versorgt werden.

2.3 Verteilung nach abgeschlossener Ausbildung und aktuellem Berufsstand

Die folgende Grafik (Abb.6) gibt die Verteilung über verschiedene formale **Bildungsstufen** (erfragt wurde die **höchste abgeschlossene Schulbildung**) in Prozent wieder:

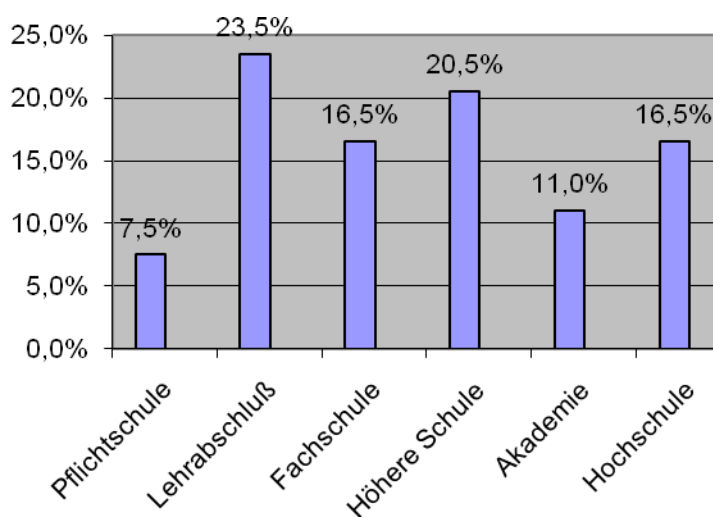


Abb. 6: Verteilung nach höchste abgeschlossene Schulbildung ($n= 191$)

Vergleicht man die Daten mit dem allgemeinen Bildungsstand der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung der österreichischen Gesamtbevölkerung (vgl. Statistik Austria, Mikrozensus 2008), so zeigt sich folgendes Bild:

- > Der Anteil der Personen, die die **Pflichtschule** besuchten, ist allgemein mit 17,4% weit höher als der der befragten KlientInnen mit 7,5%.
- > Der Anteil der **LehrabsolventInnen** liegt in Österreich bei 40,8 % und ist somit höher als bei den befragten KlientInnen mit 23,5%.

- > Anders gelagert ist die Situation bei den **berufsbildenden mittleren Schulen (Fachschulen)**, die in der KlientInnen-Stichprobe mit 16,5% deutlich häufiger vertreten sind als allgemein in Österreich (13,8%).
- > Die befragten KlientInnen konnten mit 20,5% häufiger einen **Maturaabschluss** (Höhere Schule) vorzeigen als die österreichische Wohnbevölkerung allgemein, die hier einen Prozentsatz von 13,1% aufweist.
- > In den **postsekundären und tertiären Bildungswegen** zeigt sich insgesamt ein Unterschied zwischen der Stichprobe und der österreichischen Wohnbevölkerung allgemein. Die KlientInnen kamen hier zusammen auf 27,5%, die österreichische Wohnbevölkerung jedoch nur allgemein auf 13,8%.

Die unterschiedlichen Verteilungen in den Bildungsschichten spiegeln die Tendenz der Nutzung des Angebots von höher gebildeten Personen wider, was einerseits sicherlich durch die bessere finanziellen Möglichkeiten, aber auch durch das Phänomen erklärt werden kann, dass Gesundheitsbewusstsein oft mit der Bildung positiv korreliert. Es ergibt sich daraus auch die Annahme, dass das Thema Gesundheit in Pflichtschulen und bei der Lehrlingsausbildung wenig bis gar nicht berücksichtigt wird.

Aktuelle berufliche Situation

Die berufliche Situation der KlientInnen gestaltete sich sehr unterschiedlich, wie folgende Abb.7 zum Ausdruck bringt:

42,65% (entspricht 83) der befragten Personen(n=195) waren zum Zeitpunkt der Erhebung vollzeitbeschäftigt, und jeweils 24,6% (entspricht 48 Personen) waren teilzeitbeschäftigt oder befanden sich bereits in Pension. Der Rest von 8,2% (entspricht 16 Personen) der Befragten entfiel auf die Kategorie „Sonstiges“ und stellten teilweise Einzelnennungen wie z.B. geringfügige Beschäftigung mit einer Nennung, Hausfrau/mann mit sechs Nennungen, Schule und Studium mit vier Nennungen, arbeitssuchend mit zwei Nennungen und Kinderbetreuungszeit mit drei Nennungen dar.

Auffallend dabei war natürlich der hohe Anteil an erwerbstätigen Personen, denn 67,2% von den Befragten befinden sich in einem aufrechten Dienstverhältnis, gefolgt von einer weiteren Gruppe, die über geregelte finanzielle Ressourcen verfügt, die der PensionistInnen mit ebenfalls 24,6%, damit sind 91,8% der Personen abgedeckt. Da die Behandlungen nicht von den Krankenkassen rückvergütet werden, wird ein Segment bei den KlientInnen angesprochen, welches für gesundheitserhaltende Maßnahmen auch entsprechende finanzielle Möglichkeiten zur Verfügung hat.

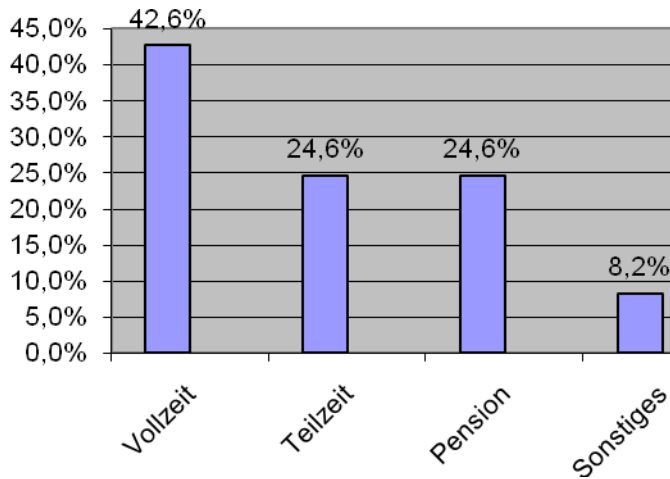


Abb 7: Verteilung nach aktuelle berufliche Situation (n= 195)

2.4 Verteilung nach Berufstätigkeit und derzeitiger beruflicher Stellung

Die Personen wurden befragt **ob sie jemals berufstätig** gewesen sind. Dazu gaben n=179 Personen ein Antwort. 175 Personen (entspricht 98%) hatten diese Frage mit „ja, hauptberuflich“ und nur 4 Personen (entspricht 2 %) „nur nebenberuflich“ (zwei Nennungen) und „nein“ (ebenfalls mit zwei Nennungen) beantwortet.

Die Befragung zur **derzeitigen beruflichen Situation** stellte sich folgendermaßen dar: 56,9% (entspricht 107) der befragten Personen (n=188) gaben an sich in einem Anstellungsverhältnis zu befinden, 20,2% (entspricht 38 Personen) waren selbstständig tätig, 13,3% (entspricht 25 Personen) Beamte und nur 8% (entspricht 15 Personen) waren ArbeiterInnen. Die Kategorie Sonstiges wurde mit 1,6% besetzt und entspricht einer Person.

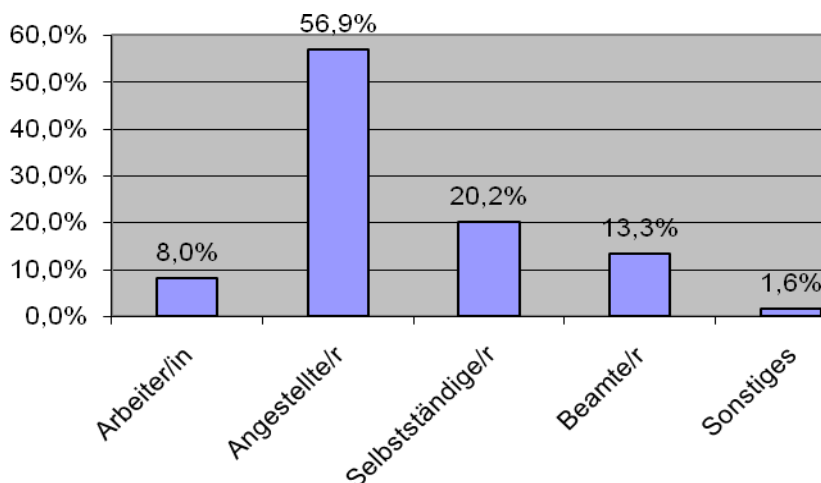


Abb. 8: Verteilung nach derzeitiger beruflicher Stellung (n= 188)

3. Einschätzung des/der Praktikpäden/in

3.1 Verteilung nach Regelmäßigkeit der Behandlungen (Anwendung und Lernberatung)

Bei der Darstellung der Auswertung der folgenden Frage muss darauf hingewiesen werden, dass dies durch die PraktikpädenInnen erfolgte und nicht von den KlientInnen vorgenommen wurde. Es handelt sich dabei also um eine Fremdeinschätzung.

Die Frage nach der **Regelmäßigkeit der Anwendung und Lernberatung** wurde folgendermaßen beurteilt:

62% (entspricht 93 Personen) der befragten Personen (n=150) wurden von den PraktikerInnen als „die Behandlungen sehr regelmäßig in Anspruch nehmend“ beurteilt, 30,7% (entspricht 46 Personen) als „eher regelmäßig“ und nur 7,3% (entspricht 11 Personen) wurden als „unregelmäßig/nur anlassbezogen“ beurteilt.

Zusammenfassend waren 92,7% (entspricht 139 Personen) sehr und eher regelmäßig in Behandlung, was eine Tendenz zu hohen Zufriedenheitswerten zeigte, die jedoch direkt von den KlientInnen erhoben werden müssten.

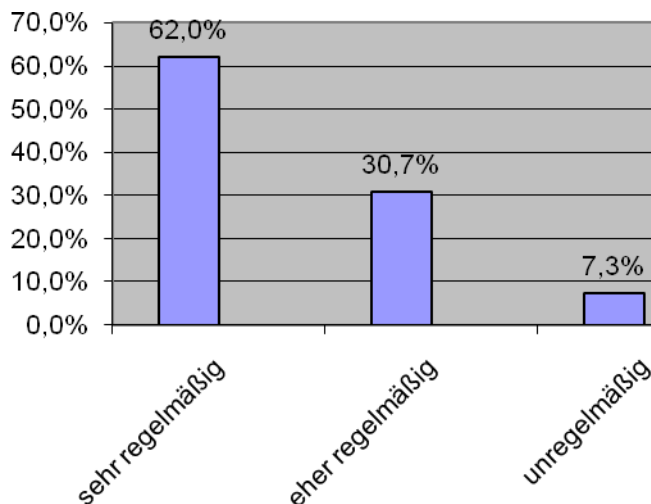


Abb. 9: Verteilung nach Regelmäßigkeit der Anwendung und Lernberatung (n= 150)

4. Hauptdimensionen des Fragebogens

4.1 Wie sind Sie auf Physikopraktik aufmerksam geworden?

Diese erste Frage gibt einen sehr guten Überblick darüber, wie die KlientInnen zum Angebot Physikopraktik überhaupt kommen. Abb. 10 zeigt die Verteilung in ausgezeichneter Form, denn hier sind die Ergebnisse eindeutig: 65,5% (entspricht 129) wurden auf das Angebot von Physikopraktik durch eine „Weiterempfehlung durch das private Umfeld“ aufmerksam, weiter 22,3% durch „Weiterempfehlung durch andere Gesundheitsberufe“, das sind bereits 87,8% der KlientInnen (n=197). Der Rest der Angaben entfiel auf 7,6% (entspricht 15 Personen) Werbung und 4,6% Sonstiges.

Dies spiegelt die hohe Qualität, die im persönlichen Kontakt besteht wider, denn nur zufriedene KlientInnen empfehlen das Angebot weiter und diese Zufriedenheit manifestiert sich in diesen erreichten Zahlen. Unter Werbung fallen Nennungen, wie Türschild gesehen, Straßenschild etc. und unter die Nennung Sonstiges z.B. Zufall etc.

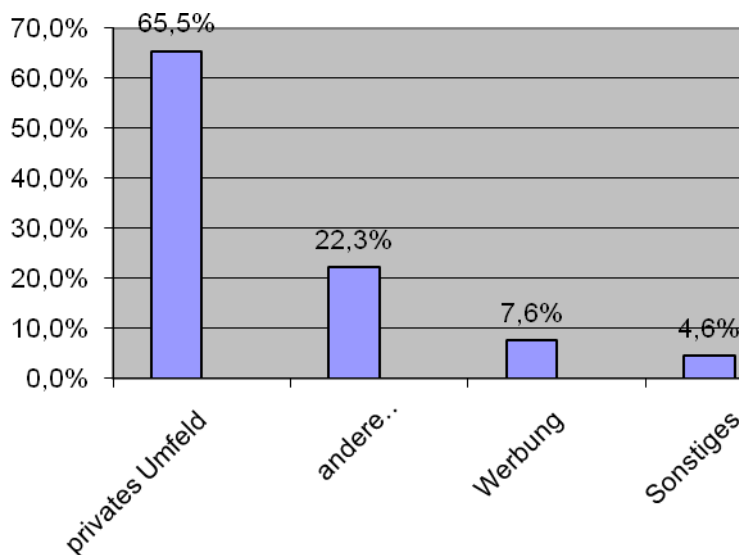


Abb. 10: Verteilung nach „Wie sind Sie auf P. aufmerksam geworden? (n= 197)

4.2 Was war der Anlass für die erste Behandlung?

In dieser Frage sollte die Motivation der KlientInnen für die erste Behandlung erfasst werden, um davon Ableitungen zu treffen, welche Zielgruppen das Angebot Physiotherapie anspricht. Was sind die Hauptgründe für die Kontaktaufnahme mit einer oder einem Praktiker/in? Die Antworten stellten sich folgendermaßen dar: 41,1% (entspricht 81 Personen) der Befragten (n=197) gaben als ersten Anlassgrund **„körperliche Beschwerden“** an, gefolgt von der Zweitnennung **„Schmerzen“** mit 25,9% (entspricht 51 Personen). Das „Interesse“ mit 16,2% (entspricht 32 Personen), die Nennung „seelische Probleme“ mit 9,6% (entspricht 19 Personen) und medizinkomplementär mit 7,1% (entspricht 14 Personen) sind im Verhältnis dazu niedrig. Insgesamt wurden bereits 67% (entspricht 132 Personen) des Erstanlasses für Anwendungen und Lernberatungen bei einer/m Hygiagogen/in im Schmerz und körperlichen Beschwerdenbereich angesiedelt.

Wobei hier keinerlei Hinweise auf zusätzliche psychische Komponenten gegeben werden, dies in diesem Falle aber durchaus von großem Interesse sein würde, da die Vermutung sehr nahe liegt, dass in diesem Bereich eine starke Verwässerung des psychischen bzw. psychosomatischen Bereiches mit den rein somatischen erfolgt. Hier wird die Beschreibung einer Wechselwirkung zwischen Körper – Geist und Seele virulent, auch bekannt als Embodiment

Folgende Abb. 11 soll die bereits beschriebene Verteilung nochmals visualisieren:

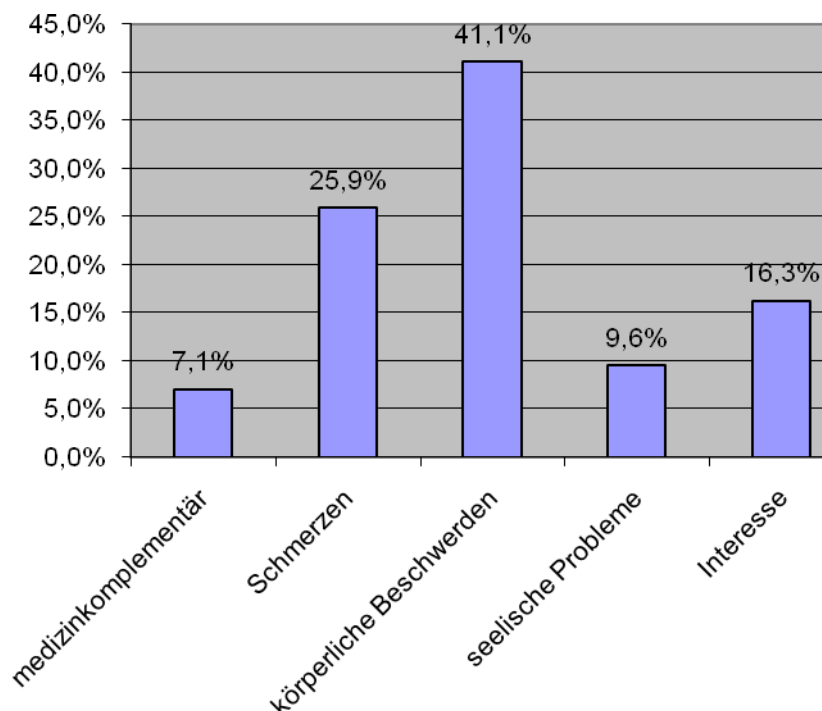


Abb. 11: Verteilung nach „Wie sind Sie auf P. aufmerksam geworden? (n= 197)

4.2.1. Erhaltung der Gesundheit

Im Anschluss an diese Frage wurde noch eine zusätzliche Kategorisierung getroffen, die sich auf eine Einteilung in Vor – bzw. Nachsorge oder eine Mischform dieser beiden bezieht. Diese Einteilung erfolgte im Nachhinein durch den/die Praktiker/in. Hier muss angemerkt werden, dass es zu einer Nennung einer vierten Kategorie gekommen ist, die inhaltlich nicht mehr bestimmt werden konnte. Sie wurde unter „Sonstiges“ ausgewiesen, es könnte sich darin auch die Kategorie „keine Angabe“ verstecken (?). Von insgesamt 200 Personen wurden 40% (entspricht 80 Personen) in die Kategorie „Mischform“ eingeteilt, 25% (entspricht 50 Personen) der Kategorie „Vorsorge“ und 15,5% (entspricht 31 Personen) der Nachsorge. Würde man von der Kategorie Mischformen noch den hohen Zustimmungsbereich zur Vorsorge hinzufügen, dann ergibt sich ein sehr hoher Anteil von Personen, die das Angebot zur Gesundheitsvorsorge nutzen, was dem Programm der Pysikopraktik grundlegend entspricht.

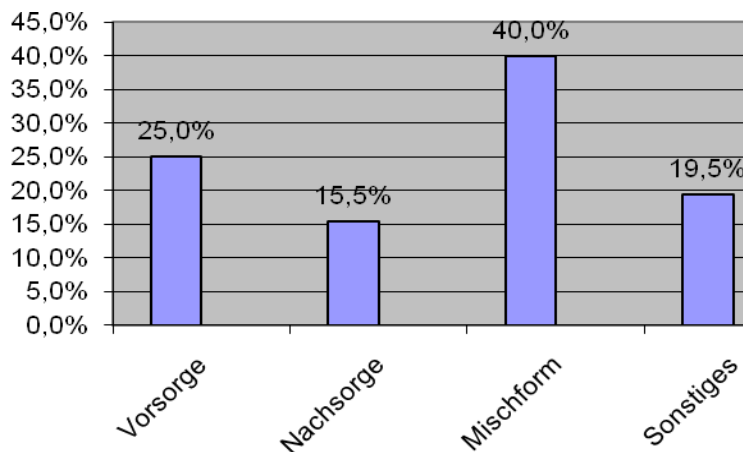


Abb. 12: Verteilung nach „Wie sind Sie auf P. aufmerksam geworden? (n= 200)

4.3 Wann war die erste Behandlung?

Personen, die eine Nennung vor dem Jahr 1994 abgaben, wurden aus dem Datensatz gestrichen, da Antonius Wolf erst 1991 in Österreich mit der Ausbildung erster PraktikerInnen begonnen hat. Die ersten PraktikerInnen mit abgeschlossener Path-Ausbildung gibt es erst seit 1994. Die Anwendungen vor 1994 sind daher keine Anwendungen mit Physiotherapie und daher ohne Relevanz.

Danach wurde eine Kategorisierung in 5 Jahresschritten vorgenommen, daraus ergaben sich drei Zeitkategorien (1994-1999/ 2000-2004/ 2005-2009). Von den insgesamt 173 Personen, die nach dieser Einteilung übriggeblieben sind, sind 15,6% (entspricht 27 Personen) im Zeitraum 1994-1999 erstmalig in Behandlung gewesen, bereits 30,1% (entspricht 52 Personen) im Zeitraum 2000-2004 und ab 2005-2009 54,3% (entspricht 94 Personen). Die Grafik verdeutlicht auch in sehr anschaulicher Art und Weise, wie es zum Anstieg der KlientInnen in der zeitlichen Abfolge

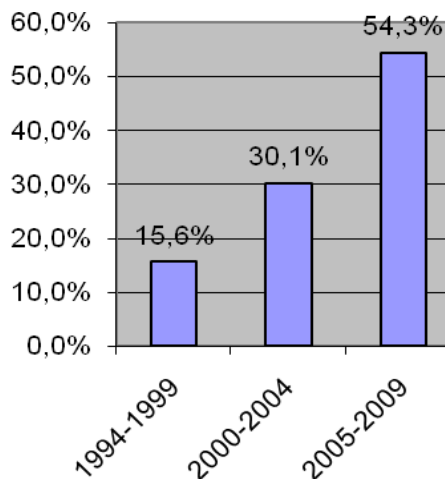


Abb. 13: Verteilung nach „Wann war die erste Behandlung? (n= 173)

4.4 Was hat sich seitdem durch die Behandlung in ihrem Leben verändert?

In einem ersten Schritt wurden die Antworten auf die Frage nach den Veränderungen durch die Behandlung in neun Kategorien zugeordnet. Diese Kategorien wurden folgendermaßen benannt: psychobiologische Erholung (8 Personen), Körperlicher Aufbau (51 Personen), körperlicher und seelischer Aufbau (33 Personen), seelischer Aufbau (11 Personen), Verhaltensänderung (7 Personen), personale Dynamik (28 Personen), existentielle Dynamik (14 Personen), Erhalt der Gesundheit (31 Personen) und keine Aussagen (16 Personen). Die Darstellung erfolgt in Abb.14.

Die häufigsten Angaben welche Veränderungen durch die Behandlung im Leben erfolgten, stellten der „Körperliche Aufbau“ mit 51 Nennungen, gefolgt von „Körperlichem und seelischem Aufbau“ mit 33 und „Erhaltung der Gesundheit“ mit 31 Nennungen dar.

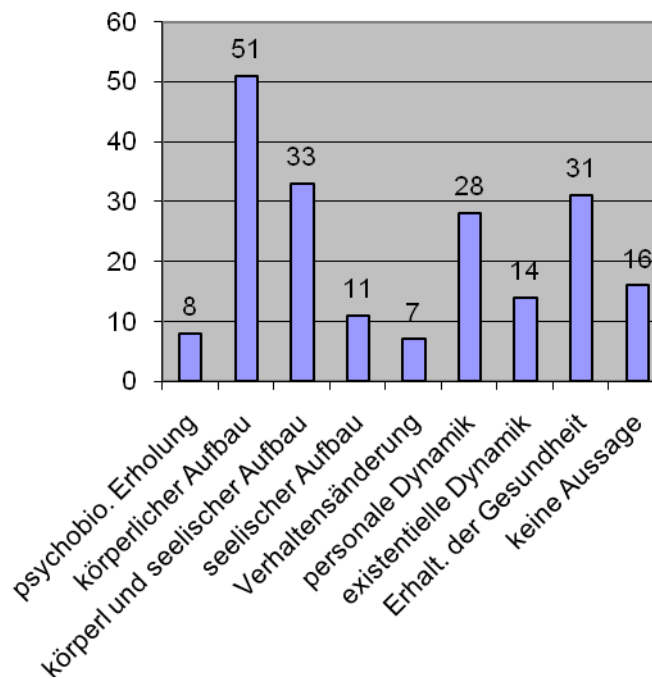


Abb. 14: Verteilung nach „Was hat sich seitdem durch die Behandlung in ihrem Leben verändert?“ (n= 199)

Ein weiterer inhaltlicher Schritt zu diesem Item war die Kategorisierung der neun (inhaltlich acht) Kategorien in die Effekt – Typologien nach Karazmann (1994)- Rudolf Karazmann ist Psychotherapeut, Psychiater, Arbeitsmediziner. Leiter des „Institut für betriebliche Gesundheitsförderung – IBG-Österreich. Univ-Ass. und Lektor an der Universitätsklinik für Psychiatrie Wien. Leiter der Forschungsgruppe „Psychische Erkrankungen und Arbeitswelt“.

Er unterscheidet die GFP-Wirkungen: Erholung, Entspannung und Entwicklung mit der Wirkdauer kurzfristig, mittelfristig und langfristig. Diese wurden hier als Grobstruktur herangezogen.

Auffällig ist bei den Ergebnissen der sehr hohe Anteil im mittelfristigen und langfristigen Wirkdauerbereich mit insgesamt 88%, die entspricht der Grundidee eines salutogenen Zugangs.

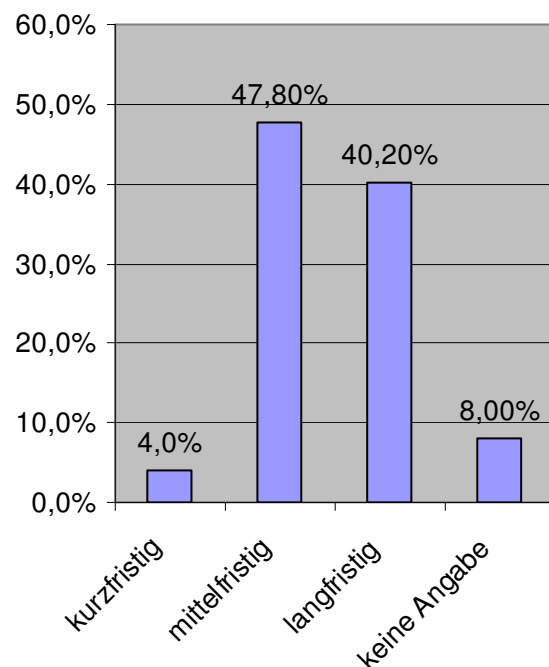


Abb. 15: Verteilung nach „Was hat sich seitdem durch die Behandlung in ihrem Leben verändert?“ (n= 199)/Typologie Karazman

4.5 Was ist derzeit der Anlass für die Behandlung(en)?

Abbildung 16 veranschaulicht die Verteilung der genannten Anlässe für die Behandlungen, insgesamt liegen dazu Nennungen von 194 Personen vor. Insgesamt 46,3% der Befragten gaben als Anlass die Kategorie „**Medizinkomplementär**“ an. Die Kategorie „**körperliche Beschwerden**“ wurde von 30,7% genannt. Gefolgt mit 10,8% die „seelische Probleme“ angaben. Die Kategorie Schmerzen wurde von 10,3% gewählt.

Es gibt hier Veränderungen zum Erstanlass, siehe Abb. 11. Diese werden in Folge noch einer genaueren Betrachtung unterzogen.

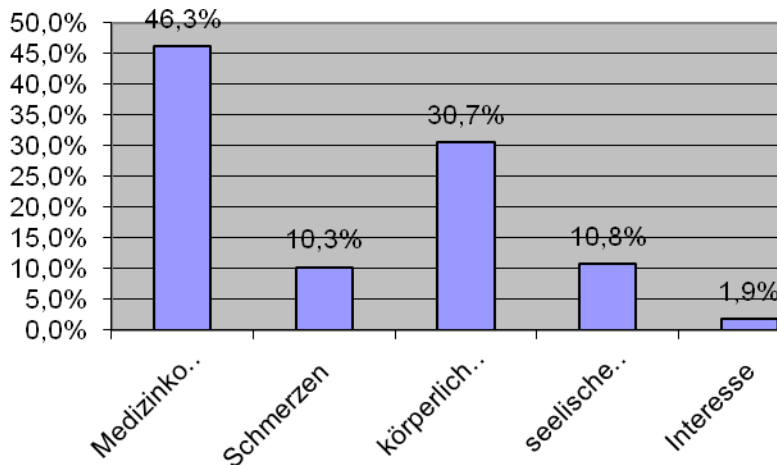


Abb. 15: Verteilung nach „Was ist derzeit der Anlass für die Behandlung(en)? (n= 194)

4.6 Was wissen Sie über Physikopraktik?

Die folgende Frage wurde ebenfalls mit offenem Antwortformat vorgegeben und zu folgenden vier Kategorien zusammengefasst. Das Vorgehen war deduktiv. Die Zuordnungen der Aussagen erfolgten jeweils zu einer Kategorie. In dieser Frage wurde der Informationsstand der KlientInnen über die Therapieform abgeholt. Die Grundfrage lautet „Was wissen die KlientInnen über die Anwendungsform, die Sie im breiten Angebot an gesundheitsförderlichen Unterstützungen verschiedenster Art, ausgewählt haben?

Die Bezeichnungen der Kategorien sind folgendermaßen festgelegt worden:

- 1 = physikalische Verfahren im Rahmen der klassischen chinesischen Tradition
- 2 = Gesundheitsdienstleistung
- 3 = Professionalität
- 4 = keine Angabe

Folgende Grafik (Abb. 16) gibt einen Überblick: Als interessantes Ergebnis kann angesehen werden, dass 25,7% der Befragten (n=198) angaben inhaltlich „wenig“ über Physikopraktik zu wissen, aber ihren PraktikerInnen vertrauen, also deren Professionalität. Weitere 36,9% wussten, dass das Anwendungs- und Beratungsprogramm Physikopraktik ein „physikalisches Verfahren im Rahmen der klassischen chinesischen Medizin“ darstellt. Gefolgt von der Kategorie „**Gesundheitsdienstleistung**: Prävention, Interessante Geräte am eigenen Körper erfahren“ welche mit 21,7% der Drittnennung entsprach. Insgesamt haben 15,7% keine Nennung zu dieser Frage abgegeben.

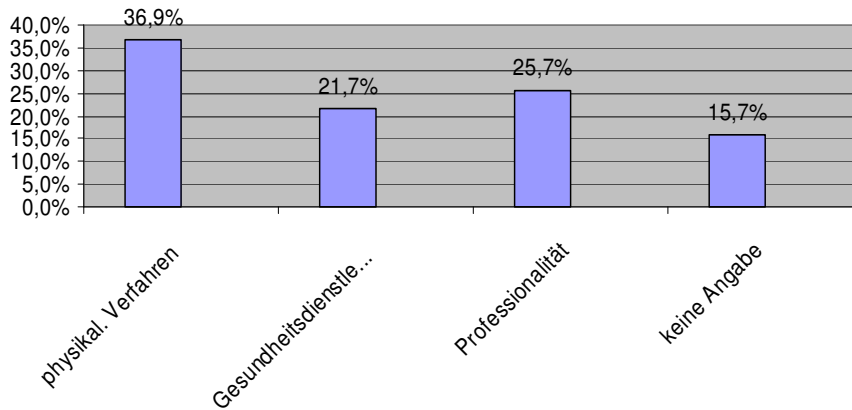


Abb. 16: Verteilung nach „Was wissen Sie über Physiotherapie“ (n= 198)

4.7 Wie würden Sie jemanden Physiotherapie beschreiben?

25% (50 Personen) der Befragten (n=200) teilen sich der Kategorie „**(geringe Fehlerquote) Systematik (-Assessment)**“ zu, 22,5% (45 Personen) der Kategorie „**Multimethodal- (wie komme ich zum Ziel)**“, die Kategorie „**typgerecht**“ (-transdisziplinär) ist mit 18,5% (37 Personen) die drittgenannte Kategorie. Gefolgt von „**Zielorientiert (-Kontext)**“ mit 12,5% (25 Personen) und „**Evidenzbasiert (- interne und externe Evaluierung)**“. 13% (26 Personen) enthielten sich der Meinung und gaben keine Angabe zu dieser Frage.

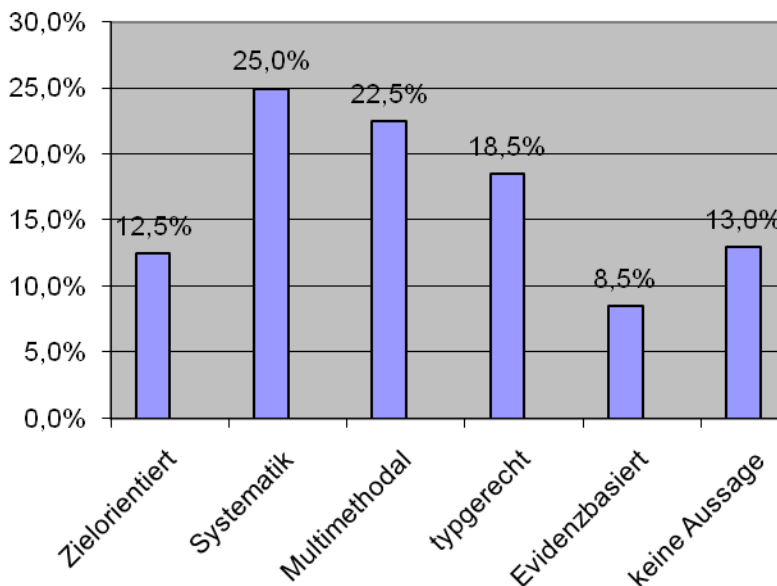


Abb. 17: Verteilung nach „Wie würden Sie Physiotherapie beschreiben“ (n= 200)

4.8 Was erwarten Sie sich von den Behandlungen?

Die letzte Frage zielte auf die Erwartungen an die Behandlungen ab. Hier wurden auf Grund der niedrigen Besetzungen einzelner Kategorien absolute Häufigkeiten angegeben. Die Kategorisierung der Antworten erfolgte ebenfalls in den neun Kategorien wie bei Frage 4.4. nach den Veränderungen durch die Behandlung.

Als Hauptkategorie kristallisierte sich ganz eindeutig die Kategorie „körperlicher Aufbau mit 60 Nennungen heraus, gefolgt von „Erhaltung der Gesundheit“ mit 39 und „körperlicher und seelischer Aufbau“ mit 37 Nennungen. Seelischer Aufbau wurde mit 10 Nennungen erwähnt und personale und existentielle Dynamik mit je 6 Nennungen.

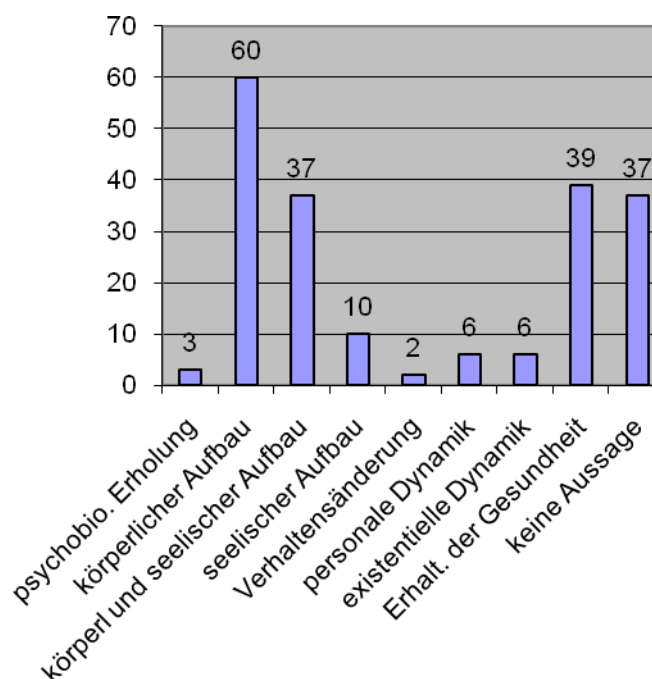


Abb. 18: Verteilung nach „Was erwarten Sie sich von den Behandlungen (n= 200)

Auch hier wurde eine Kategorisierung der neun (inhaltlich acht) Kategorien in die Effekt – Typologien nach Karazmann (1994) vorgenommen – er unterscheidet die GFP-Wirkungen: Erholung, Entspannung und Entwicklung mit der Wirkdauer kurzfristig, mittelfristig und langfristig.

Die Erwartungen an die Anwendungen liegen deutlich im mittelfristigen (53,5%) und langfristigen (26,5%) Bereich (siehe Abb 19.)

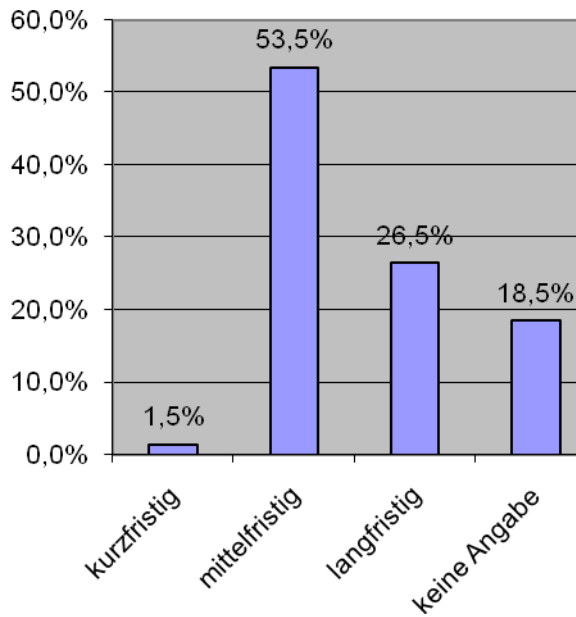


Abb. 19: Verteilung nach „Was erwarten Sie sich von den Behandlungen (n= 200)/Typologie Karazman

4.9 Zusammenhang Anlass für erste und derzeitige Behandlung

Die KlientInnen wurden im Fragebogen mit zwei Fragen konfrontiert, deren Beziehung zueinander für die weiteren Entwicklungen von sehr hoher Relevanz ist. Es sind dies die beiden Fragen nach dem Anlass der Behandlung:

4.5 Was ist derzeit der Anlass für die Behandlung(en)? und

4.2. Was war der Anlass für die erste Behandlung?

Folgende Kreuztabelle (Kontingenztafel) soll die Beziehung der beiden Variablen visualisieren (Abb.20). Eine Kreuztabelle ist indiziert, wenn Häufigkeitsunterschiede im Auftreten bestimmter Merkmalskombinationen analysiert werden sollen und wenn die Annahme besteht, dass die Merkmale zueinander in irgendeiner Form eine Beziehung haben, im weitesten Sinn zusammenhängen.

Anlass urspr * Anlass zzT Kreuztabelle

Anzahl

		Anlass zzT					Gesamt
		medizinkomplementär	Schmerzen	körperliche Beschwerden	seelische Probleme	Interesse	
Anlass urspr	medizinkomplementär	7	1	4	2	0	14
	Schmerzen	27	9	9	4	0	49
	körperliche Beschwerden	42	6	22	7	1	78
	seelische Probleme	8	2	7	1	1	19
	Interesse	16	1	7	6	2	32
Gesamt		100	19	49	20	4	192

Abb. 20: Kontingenztafel Anlass urspr. – Anlass zzT

Bei 27 KlientInnen, die beim ersten Anlass wegen „Schmerzen“ zur Anwendung und Lernberatung gekommen sind, war der Anlass (Grund) nach mehrmaligen Anwendungen „medizinkomplementär“ (als Ergänzung zur Schulmedizin und zur Vorsorge). Bei 42 KlientInnen hat sich der Erstanlass mit dem derzeitigen Anlass von „körperlichen Beschwerden“ ebenfalls zu „medizinkomplementär“ entwickelt. Davon kann abgeleitet werden, dass das Angebot als passende Ergänzung zur Schulmedizin gesehen wird und der Vorsorge dient.

Der durchgeführte Signifikanztest auf Unabhängigkeit der Variablen liefert mit $p = 0,000$ bei $\alpha = 0,05$ ein signifikantes Ergebnis d.h. die beiden Variablen sind nicht unabhängig von einander – sie stehen in Beziehung zueinander und diese kann auf die Grundgesamtheit umgelegt werden.

Statistik für Test

	Anlass zzT	Anlass urspr
Chi-Quadrat	151,876 ^a	75,665 ^b
df	4	4
Asymptotische Signifikanz	,000	,000

a. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 38,8.

b. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 39,4.

Abb. 21: Ergebnis Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz

4.10 Zusammenhang Erwartungen und Veränderungen

Ein weiterer interessanter Zusammenhang bezieht sich auf die Items, die sich auf die Erwartungen bzw. Veränderungen beziehen.

Es sind dies:

4.4 Was hat sich seitdem durch die Behandlung in ihrem Leben verändert? und

4.8 Was erwarten Sie sich von den Behandlungen?

In der Kombination dieser beiden Variablen kann auf deskriptiver Art auf die Qualität der Behandlungen im weitesten Sinn geschlossen werden.

Veränderung_2 * Erwartung_2 Kreuztabelle

Anzahl		Erwartung_2				Gesamt
		Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig	Keine Angabe	
Veränderung_2	kurzfristig	0	7	0	1	8
	mittelfristig	0	56	22	17	95
	langfristig	3	40	28	9	80
	keine Angabe	0	4	3	9	16
Gesamt		3	107	53	36	199

Abb. 22: Kontingenztafel Veränderung - Erwartung

Statistik für Test

	Veränderung_2	Erwartung_2
Chi-Quadrat	117,482 ^a	112,720 ^b
df	3	3
Asymptotische Signifikanz	,000	,000

a. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 49,8.

b. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 50,0.

Abb. 22: Ergebnis Chi-Quadrat-Test auf Sigifikanz

Bei der Gegenüberstellung der Erwartungen der KlientInnen mit den Veränderungen die, angegeben wurden geht hervor, dass die Erwartungen zu einem hohen Maß erfüllt werden, was einen Rückschluss auf die hohe Qualität der Behandlungen zulässt.

56 Klienten erwarten sich mittelfristige Effekte und diese werden erfüllt.

40 Klienten erwarten sich mittelfristige Effekte und erreichen sogar langfristige Effekte. von 22 Klienten, die langfristige Effekte erwarten, werden mittelfristige Effekte bei der

Veränderung in ihrem Leben angegeben. Bei 28 Klienten werden die langfristigen Erwartungen erfüllt.

Der durchgeführte Signifikanztest auf Unabhängigkeit der Variablen liefert mit $p = 0,000$ bei $\alpha = 0,05$ ein signifikantes Ergebnis d.h. die beiden Variablen sind nicht unabhängig von einander – sie stehen in Beziehung zueinander und diese kann auf die Grundgesamtheit umgelegt werden.

Es sind dies als signifikante Ergebnisse bezogen auf die Anwendungseffekte zu interpretieren.

5. Ergebnisdarstellungen und Interpretation

Die Ergebnisse beziehen sich auf unterschiedliche Stichprobengrößen, die allerdings in keinem extremen Variationsbereich liegen und deshalb nicht immer gesondert angegeben werden. Diese können in den einzelnen Kapiteln genauer nachgesehen werden.

Das **Angebot der Physikopraktik** wurde und wird zu einem Großteil (71%) von Frauen genutzt. Eine durchaus denkbare Erklärung dafür dürfte, unter vielen anderen, das im allgemein höher ein zu schätzende Gesundheitsbewusstsein von Frauen liegen, welche durch ihre Grundhaltung mehr präventive Angebote in Anspruch nehmen.

Das **Durchschnittsalter** liegt bei ca. 48 Jahren und differiert zwischen den Geschlechtern minimal. Die Hauptausprägungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen liegen in der Hauptkategorie 41-50 Jahre (siehe Abb.2). Dieses Alter entspricht der Lebensalterspanne in der statistisch gesehen das Risiko für erste körperliche massive Beschwerden virulent werden und Personen dadurch einen bewussteren Zugang zu ihrer Gesundheit bekommen. Zwei Drittel der befragten Personen liegen im Altersbereich 34-62 Jahre (Abb.3).

Die Hälfte (54%) der befragten Personen ist verheiratet (Abb.4), im Durchschnitt haben sie ein Kind, was dem österreichischem Durchschnitt (von 1,4) entspricht.

Nicht repräsentativ ist die Verteilung nach der abgeschlossenen **Ausbildung** und dem aktuellen Berufsstand. Die befragten Personen sind eher gut bzw. sehr gut gebildet. 47,5% haben eine höhere bzw. postsekundäre bzw. tertiäre Ausbildung (Abb. 6). Diese Verteilung spiegelt eine klare Tendenz der Nutzung des Angebots von höher gebildeten Personen wieder, die einerseits wahrscheinlich die nötigen finanziellen Mitteln aufbringen können, andererseits allerdings auch ein höheres Bewusstsein für Gesundheitsfragen aufweisen.

67,2% der befragten Personen stehen noch aktiv im Arbeitsprozess (Abb.7). Die zweite große Gruppe bilden PensionistInnen mit 24,6%. 98% der befragten Personen gaben an, dass sie jemals berufstätig waren, und ca. 57% waren zum Zeitpunkt der Befragung im Angestelltenverhältnis beschäftigt (Abb.8).

Neben den Angaben, die die Personen selbst gaben, wurden diese von den PraktikerInnen auch hinsichtlich der Verteilung der **Regelmäßigkeit der Anwendungen**

und Lernberatungen eingeteilt. Nach Einschätzung dieser kamen die meisten Personen (92,7%) sehr bzw. eher regelmäßig zur Behandlung.

Die meisten Personen (54,3%) wurden im **Zeitraum** 2005-2009 behandelt. Der kontinuierliche Anstieg seit 1994 wurde gut ersichtlich. Waren es im Zeitraum 1994-1999 noch 15,6% (27 Personen), kam es bereits im Zeitraum 2000-2004 um einen Anstieg auf 30,1% (52 Personen) und eben danach auch 54,3.

Die Hauptdimensionen der Erhebung fallen in die Bereiche „Wie Personen auf Physiotherapie aufmerksam werden?“, Anlass der Behandlung, Veränderung im Leben, das Wissen über die Methode, die Beschreibung der Methode etc. (siehe Anhang: Fragebogen)

- Insgesamt wurden 87,8% der befragten Personen durch das private Umfeld (65,5%) oder durch andere Gesundheitsberufe (22,3%) auf Physiotherapie aufmerksam gemacht. Hier spiegelt sich die hohe Zufriedenheit mit den PraktikerInnen wieder, da die Vermutung nahe liegt, dass nur zufriedene Menschen das Angebot, welches ihnen gut tut, weiterempfehlen.
- Als **Anlass für die erste Behandlung** wurden zum überwiegenden Teil Schmerzen (25,9%) und körperliche Beschwerden (41%) angegeben. Verhältnismäßig wenige Personen haben aus seelischen Problemen oder weil es eine medizinkomplementäre Methode darstellt eine Anwendung durch einen Physiotherapeuten/in aufgesucht.
- Eine Kategorisierung der „**Erhaltung der Gesundheit**“ in Mischform (49,7%), Vorsorge (31,1%) und der Kategorie Nachsorge (19,2%) erfolgte durch die PraktikerInnen.
- **Veränderungen** durch die Behandlung wurden nach der Effekt-Typologie von Karazmann (1994) mit GFP-Wirkung: Erholung, Entspannung und Entwicklung und mit Wirkdauer: kurzfristig, mittelfristig und langfristig kategorisiert. Nach der Typologie von Karazmann wird Erholung als kurzfristig und als Placebo eingeschätzt. Ab einem mittelfristigen Effekt ist es keiner mehr – für die Entspannung ist eine regelmäßige Wiederholung der Anwendungen nötig. Es gibt dabei einen Trainingseffekt. Entwicklung hingegen ist ein langfristiger Effekt, der aber nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Dabei setzt eine noetische Dynamik ein („Entwicklung ist Wachstum und Verwirklichung, partiell und unumkehrbar und daher von langfristiger Dauer“ Karazmann – Effektypologie). Die Aussagen der KlientInnen dazu sind eindeutig und höchst erfreulich: nach deren Einschätzung liegen 47,8 % im mittelfristigen und 40,2 % im langfristigen Wirkdauerbereich!!! Die Aussagen der KlientInnen bestätigen, dass Physiotherapie-Anwendungen über einen Placeboeffekt hinausgehen. (88% mittelfristige Wirkung - Habituation und 92% spüren eine Wirkungsadaptation - Anpassungsvermögen) Die mittelfristigen Veränderungen sind vor allem körperlicher Aufbau 51% und körperlicher und seelischer Aufbau 33%. Als langfristige Veränderung wird vor allem die Erhaltung der Gesundheit angegeben (31%) gefolgt von personeller Dynamik(28%) und existentieller Dynamik(14%).

- Als Hauptgrund für den derzeitigen **Anlass zur aktuellen Behandlung** wurde von 46,3% der Befragten „Medizinkomplementär“ genannt, gefolgt von körperlichen Beschwerden mit 30,7 %, Schmerzen und seelische Beschwerden wurden im Bereich von 10% ebenfalls erwähnt..
- Bei der Frage nach dem **Vorwissen** über Physikopraktik gaben 25,7% der befragten Personen an von der „Professionalität “ der Methode und PraktikerInnen überzeugt zu sein, 21,7% beurteilten diese als „Gesundheitsdienstleistung“ und 36,9 % der Befragten wussten, dass es sich um „physikalisches Verfahren im Rahmen der chinesischen Medizin handelt. 15,7% gaben keine Angabe.
- Bei der Frage nach der **Beschreibung** von Physikopraktik ergab sich folgendes Bild: Systematik: 25% (50 Personen), Multimethodal: 22,5% (45 Personen), typgerecht: 18,5% (37 Personen), Zielorientiert: 12,5% (25 Personen) und „Evidenzbasiert – interne und externe Evaluierung“: 13% (26 Personen) ; Systematik setzt eine hohe Problemlösungskompetenz voraus und diese wird von den KlientInnen erkannt. Die Prinzipien, nach denen die HygiagogInnen in Ihren Anwendungen vorgehen sind multimethodal. Durch die genaue Analyse wird die vorgehensweise gemeinsam mit dem/der KlientIn erarbeitet, dies ist ein zielorientiertes Vorgehen. Es gibt eine klare Zielvereinbarung mit den KlientInnen und jede Anwendung wird dokumentiert und evaluiert.
- Von der **Behandlung erwarten** sich die befragten Personen hauptsächlich „körperlichen Aufbau“, „körperlichen und seelischen Aufbau“ mit 37 Nennungen und „Erhaltung der Gesundheit“ mit 39 Nennungen.
- Bei der **Gegenüberstellung der Erwartungen** der KlientInnen mit den **Veränderungen** die angegeben wurden (siehe Abb.22) geht hervor, dass die Erwartungen zu einem hohen Maß erfüllt werden, was einen Rückschluss auf die hohe Qualität der Behandlungen zulässt. 56 Klienten erwarten sich mittelfristige Effekte und diese werden erfüllt. 40 Klienten erwarten sich mittelfristige Effekte und erreichen sogar langfristige Effekte. von 22 Klienten, die langfristige Effekte erwarten, werden mittelfristige Effekte bei der Veränderung in ihrem Leben angegeben. Bei 28 Klienten werden die langfristigen Erwartungen erfüllt. Es sind dies signifikante Ergebnisse bezogen auf die Anwendungseffekte.
- Bei der **Gegenüberstellung** der Ergebnisse zur Frage: was war der **erste Anlass** für die Behandlungen mit den Ergebnissen zur Frage was ist der **derzeitige Anlass** für die Behandlungen (Anwendung und Lernberatungen) zeigen ebenfalls signifikante Ergebnisse im Hinblick auf die Lernberatungseffekte.

Die Evaluation bestätigt allgemein den agogischen Effekt, der durch das System Praktopädie bei den KlientInnen erreicht wird. 27 Klienten, die beim ersten Anlass wegen Schmerzen zur Anwendung und Lernberatung gekommen sind, war der Grund nach mehrmaligen Anwendungen „medizinkomplementär“ (als Ergänzung zur Schulmedizin und zur Vorsorge..) Bei 42 Personen hat sich der Erstanlass mit dem derzeitigen Anlass von körperlichen Beschwerden zu medizinkomplementär entwickelt. Die Wahrnehmung und das Bewusstsein der KlientInnen hat sich verändert - von der Assimilation zur Akkomodation. Damit bestätigt sich auch, dass die Lernberatung Teil jeder Anwendung ist.

Der Auftrag der KlientInnen an die PraktikerInnen für die Zukunft liegt vor allem in den mittelfristigen Effekten - im körperlichen und seelischen Aufbau im Sinne des Embodiments von Shaun Gallagher - der Wechselwirkung von Körper, Seele und Geist und bei den langfristigen Effekten in der Erhaltung der Gesundheit.

Die Effekte bei der personalen Dynamik sind höher von den KlientInnen erwartet und die Effekte in der existentiellen Dynamik werden nur von 2 Personen erwartet und erfüllt- können also auch von Seiten der PraktikerInnen im Hinblick auf die Umsetzung der Gesamten Systematik Praktopädie noch verbessert werden.

Literatur:

- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco
(1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Ausgabe von Franke, A. Tübingen
- Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.) (2003): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl. Weinheim
- Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim
- Frankl, V. (1982): Logotherapie und Existenzanalyse. Piper

7. Anhang: Fragebogen (studentische Ausarbeitung)

Fragebogen für Klienten/-innen

Datum/Uhrzeit der Befragung: _____

1. Wie sind Sie auf Physikopraktik aufmerksam geworden?

2. Was war der Anlass für die erste Behandlung?

im Anschluss kategorisieren (ankreuzen):

Vorsorge Nachsorge Mischform/nicht eindeutig

3. Wann war das? Monat / Jahr: _____

4. Was hat sich seitdem durch die Behandlung in Ihrem Leben verändert?

5. Was ist derzeit der Anlass für die Behandlung(en)?

6. Was wissen Sie über Physikopraktik?

7. Wie würden Sie jemandem Physikopraktik beschreiben?

8. Was erwarten Sie sich von den Behandlungen?

9. Angaben zur Person:

Geschlecht: männlich weiblich Alter: _____ Jahre

Familienstand:

verheiratet verheiratet, getrennt lebend geschieden
verwitwet ledig unverheiratet in Lebensgemeinschaft

Anzahl der Kinder: _____ Alter der Kinder in Jahren: _____
Anzahl der Kinder unter 18 im selben Haushalt wie die befragte Person: _____

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Keine abgeschlossene Schulbildung
Pflichtschule ohne Lehre Pflichtschule mit Lehre
Berufsbildende mittlere Schule (BMS)
Allgemeinbildende höhere Schule (AHS)
Berufsbildende höhere Schule (BHS)
Akademie (z.B. Sozialakademie, Pädagogische Akademie)
Hochschule, Fachhochschule, Universität

Aktueller Berufsstand:

Vollzeitbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt geringfügig beschäftigt
Hausmann/-frau Schüler/in bzw. Student/in
arbeitslos Pensionist/in bzw. Rentner/in in Karenz

Waren Sie jemals berufstätig?

Ja, hauptberuflich nur nebenberuflich (z.B. Ferialjobs) nein

Derzeitige bzw. letzte beruflichen Stellung:

Arbeiter/in Angestellte/r Selbständig
Auszubildende/r bzw. Praktikant/in Beamte/r bzw. Vertragsbedienstete/r

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie in Ihrem Hauptberuf bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt? Bitte nennen Sie den genauen Namen des Berufs (z.B. AHS-Lehrer, Rechtsanwältin, etc.) oder beschreiben Sie die Art Ihrer Tätigkeit und beruflichen Position! _____

Einschätzung des/der Praktikpäd. in:

A) Regelmäßigkeit der Behandlung:

sehr regelmäßig eher regelmäßig unregelmäßig / nur anlassbezogen

B) Sozialstatus: niedrig mittel hoch sehr hoch