

Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderphysiotherapie – eine Expertenbefragung



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Ingeborg Mairhofer

Graz, im Juni 2008

Ingeborg Mairhofer
inge.mairhofer@aon.at

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni, 2008

Thesis angenommen

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
1. EINLEITUNG	9
1.1. Fragestellung.....	9
1.2. Forschungszusammenhang; Physiotherapie, Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter	12
1.2.1. Trends in der Physiotherapie; Berufsfeldstudien.....	12
1.2.2. Gesundheitsförderung ein Berufsfeld.....	12
1.2.3. Prävention	15
1.2.4. Die Ansätze und Methoden innerhalb der Gesundheitsförderung und Prävention.....	15
1.2.5. Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung und Prävention	18
1.2.6. Qualitätssicherung und Evaluierungsprinzipien in der Gesundheitsförderung	18
1.2.7. Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich	20
1.2.8. Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter.....	24
1.2.8.1. Bewegung- Bildung	24
1.2.8.2. Neurobiologische Erkenntnisse und Grundlagen für die Entwicklung der Kompetenzen im Kindesalter	26
1.2.8.3. Pädagogische Begleitung von Lernprozessen	29
1.2.8.4. Bewegung und Gesundheit	30
1.2.9. Physiotherapie -Berufsbild und Berufsprofil.....	32
1.2.10. Integrative Physiotherapie.....	34
1.2.11. Der physiotherapeutische Prozess.....	35
1.2.12. Gesundheitsförderung/Prävention und Kinderphysiotherapie/ Studien.....	36
1.2.13. Bezugswissenschaften der Physiotherapie	37
2. METHODIK	39
2.2. Grounded Theory	39
2.1.1. Auswahl der Daten (Multiprofessionelle Stichprobe).....	40
2.1.2. Einsatz der Literatur.....	41
2.1.3. Kodiervverfahren	42
2.1.4. Aufzeichnungen Memos und Theoretical sampling	42
2.1.5. Kernkategorien und Subkategorien	44
2.2. Experteninterview	53
2.2.1. Leitfadententwicklung.....	53
2.2.2. Auswahl der Experten.....	58
2.2.3. Durchführung der Interviews	58
2.3. Auswertung des Interviews; Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	60

3. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	63
4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE	75
5. CONCLUSIO UND AUSBLICK	85
6. LITERATURVERZEICHNIS	87
7. ABBILDUNGS- und TABELLENVERZEICHNIS.....	95
8. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	96
9. ANHANG	I



www.inter-uni.net > Forschung

Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderphysiotherapie – eine Expertenbefragung

Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)

Ingeborg Mairhofer

Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2008

Einleitung

In der vorliegenden Arbeit werden die Tätigkeitsfelder „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ im Bereich der Kinderphysiotherapie untersucht. Physiotherapeuten arbeiten über Bewegungsangebote und sehen sich als Bewegungsspezialisten. Innerhalb der Physiotherapie nehmen präventive und gesundheitsfördernde Ansätze bereits einen großen Stellenwert ein.

Für die kindliche Entwicklung ist die Bedeutung der Bewegung unbestritten (Zimmer, Hüther, 2005) und von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen erforscht.

Eine große Zahl von Interventionsmaßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention bauen auf der Wirkung von Bewegung auf, da die unterschiedlichen Systeme des Menschen über Bewegung beeinflussbar erscheinen und dieser somit eine gesundheitsfördernde und präventive Wirkung zugeschrieben wird.

Der heutigen Gesellschaft stehen große Herausforderungen im Gesundheitswesen bevor. Um das Gesundheitsbewusstsein der Menschen zu heben, muss bereits im Kindesalter mit diesbezüglichen Bildungskonzepten angesetzt werden (Eschenbeck, Kohlmann, 2004).

Es kann daher als wichtige Aufgabe gesehen werden, dass Physiotherapeuten bereits Kinder in ihrer Kompetenzentwicklung, die eigene Gesundheit betreffend, unterstützen und sie im Entwicklungsverlauf begleiten.

Um eine physiotherapeutische Entwicklungsbegleitung innerhalb der Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention in der Zukunft nachhaltig anbieten zu können, muss zunächst erhoben werden inwieweit das bereits geschieht. Daher wird folgende forschungsleitende Frage gestellt:

Forschungsleitende Frage:

Inwieweit wird die Erziehung und Beratung Gesunder in der Kinderphysiotherapie in Österreich umgesetzt?

Methodik

Zunächst wurde aus der Fachliteratur der Gesundheitswissenschaften, der Physiotherapie und der Bezugswissenschaften der Physiotherapie mittels der Verfahren einer Gounded Theory ein Kategoriensystem entwickelt, das einen Einblick in die bewegungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention gibt.

Das ermittelte Kategoriensystem setzt sich aus zwei Kernkategorien (Tätigkeiten und Vermittlungspraxis) und aus den daraus abgeleiteten Subkategorien zusammen:

1. Kernkategorie: Tätigkeiten

Subkategorien: „Angebote verschiedener Berufsgruppen“ und „Angebote aus der Physiotherapie“

In diesen Kategorien wurden Tätigkeiten, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt werden, erfasst und dimensioniert zur Darstellung gebracht.

2. Kernkategorie: Vermittlungspraxis

Subkategorien:

2/a Gesundheitsziele aus Sicht der Physiotherapie

2/b Ansatz/Wirkort der Maßnahmen

2/c Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

2/d Methoden/Konzepte

2/e Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung

2/f Vernetzung der Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention

2/g Geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention

2/h Evaluation und Qualitätssicherung

Auf Basis der Kategorien konnte ein Interviewleitfaden für Experteninterviews erstellt werden. Anschließend wurden zehn Interviews mit Experten der Kinderphysiotherapie durchgeführt, um die Situation in Österreich zu erfassen und zu beschreiben.

Die Interviews wurden transkribiert und nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die zuvor ermittelten Kategorien wurden an die, aus den Interviews gewonnenen Daten herangetragen und überprüft. Aus der Analyse der Daten ergab sich eine sinnvolle Verschmelzung der Kategorien 2a und 2b. Über eine zusätzliche Kategorie „Herausforderungen in der Zukunft“ waren entsprechende Aussagen in das Kategoriensystem integrierbar (siehe unten).

Die Ergebnisse der Interviews wurden dargestellt und in der Folge mit den, aus der Literatur entwickelten Kategorien, in Beziehung gesetzt und diskutiert.

Als Kategoriensystem auf Grund der qualitativen Inhaltsanalyse ergab sich:

Kernkategorie 1: Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten

Kernkategorie 2: Vermittlungspraxis

2/a Gesundheitsziele/Ansätze und Wirkorte der physiotherapeutischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

2/b Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

2/c Methoden/ Konzepte, die in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Kinderphysiotherapeuten angewendet werden

2/d Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung (Zusammenhang von Bewegung und Bildung)

2/e Vernetzung ressourcenorientierter und defizitorientierter Ansätze

2/f geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung und Primärprävention

2/g Qualitätssicherung und Evaluation

2/h Herausforderungen in der Zukunft

Ergebnisse

Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten

Es existiert ein umfangreiches Angebot an Tätigkeiten, die in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderphysiotherapie durchgeführt werden (siehe Abb.). Die Interventionen erstrecken sich über die Bereiche der Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention, vernetzt mit gesundheitsfördernden Aspekten. Sie werden in verschiedenen Settings durchgeführt und entsprechen den geforderten Kriterien für diese Arbeit.

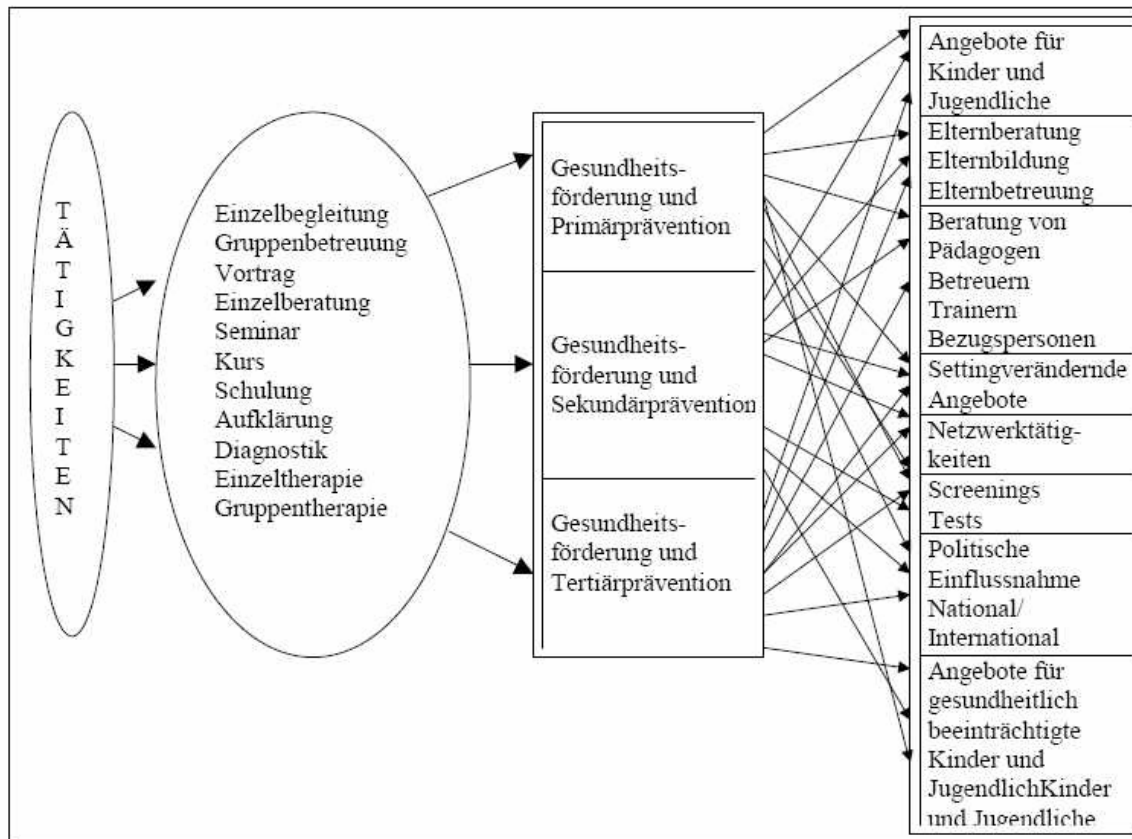


Abb. 1 Übersicht über die Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten (Kinder und Jugendliche sind in der Abbildung unten doppelt)

Artikel I. Vermittlungspraxis

Gesundheitsziele/Ansätze und Wirkorte der physiotherapeutischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

Alle Experten unterstreichen die Bedeutung der gesunden Haltungs- und Bewegungsentwicklung und definieren diese als primäres Gesundheitsziel in ihrer Arbeit. Dabei wird besonders auf die Qualität der Bewegung, als Grundlage von Identitätsentwicklung und Kompetenzerwerb im Kindesalter, Wert gelegt. Die Qualität der Entwicklung sollte auch von Physiotherapeuten in Screenings, wie z.B. durch erweiterte Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, überprüft werden können. Als ein weiteres Ziel wird Zugang zu den Ressourcen für alle Kinder verlangt.

Die Ansätze und Wirkorte der physiotherapeutischen Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention betreffen in erster Linie die körperliche Ebene mit

Auswirkungen auf die Gesamtpersönlichkeit der Kinder. Mit einem Ansatz am Wirkort Verhalten und Erleben wird man sich zukünftig noch intensiv auseinandersetzen müssen.

Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

Kinderphysiotherapeuten verfügen über fundierte fachliche Kompetenzen im Umgang mit Kindern und sind sich der geforderten persönlichen Kompetenzen sehr bewusst.

Für die Arbeit mit Kindern verlangen einige Experten eine Zusatzqualifikation, wobei besonders die Psychomotorik oder Motopädagogik für die Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention empfohlen wird.

Methoden/ Konzepte, die in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Kinderphysiotherapeuten angewendet werden

Insgesamt orientieren sich alle Konzepte und Methoden, die in der Kinderphysiotherapie ihre Anwendung finden, an den Entwicklungen in der modernen Gesundheitsarbeit. Sie bauen auf neurophysiologischen Grundlagen auf und entsprechen den Bedürfnissen der Kinder.

Entwicklungsspezifisch und bedürfnisorientiert berücksichtigen sie kindliche Denkweisen und unterstützen die Selbsttätigkeit und ein erfahrungsoffenes Lernen.

Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung (Zusammenhang von Bewegung und Bildung)

In der Auseinandersetzung mit dem Fachgebiet kennen Kinderphysiotherapeuten auch den Zusammenhang von Bewegung und Bildung und wissen über die gesundheitsfördernde Wirkung der Bewegung auf die verschiedenen Systeme im Entwicklungsverlauf Bescheid.

Während die Wirkung von Bewegung auf die Entwicklung von körperlichen Ressourcen der Kinder als physiotherapeutisches Anliegen und Gesundheitsziel betrachtet werden kann, sind die

Zusammenhänge zwischen Bewegung und kindlichen Kompetenzerwerb den

Kinderphysiotherapeuten zwar bewusst, aber nicht das vorrangige Ziel. Sie fühlen sich für die gesunde Bewegungsentwicklung als Grundlage für Bildungsprozesse zuständig. Gerade in diesem Bereich wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit als sinnvoll erachtet.

Artikel II. Vernetzung ressourcenorientierter und defizitorientierter Ansätze

Da sich das salutogenetische Denken erst allmählich in der Physiotherapie etabliert, ist das Verständnis der der Gesundheitsförderung zugrunde liegenden Konzepte nur in Ansätzen spürbar, obwohl das ressourcenorientierte Arbeiten in der Kinderphysiotherapie schon als Grundlage des Handelns gesehen wird. Dennoch steht ein defizitorientiertes Herangehen im Vordergrund. Eine große Chance steckt im Vernetzen beider Ansätze. Damit sollten sich die Physiotherapeuten aber erst bewusst auseinandersetzen.

Geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung, Prävention & Evaluation und Qualitätssicherung

Arbeiten im Prozess ist Physiotherapeuten geläufig. Ein Denken im physiotherapeutische Prozess dient als adäquate Arbeitsgrundlage.

Indem der physiotherapeutischen Arbeit ein umfassendes Menschenbild zugrunde liegt, können die geforderten Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention prinzipiell erfüllt werden.

Interdisziplinäres Arbeiten innerhalb der Physiotherapie kann als defizitär betrachtet werden und müsste in Zukunft mehr forciert werden.

Für die Evaluation und Qualitätssicherung wären Physiotherapeuten qualifiziert, aber für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention stehen die geeigneten Instrumente nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung. Dieses Problem scheint aber nicht ausschließlich in der Physiotherapie sichtbar

zu sein. Durch die Überführung der Ausbildung in das tertiäre Bildungssystem erhoffen sich die Experten auch im Bereich der Forschung neue Möglichkeiten.

Herausforderungen der Zukunft

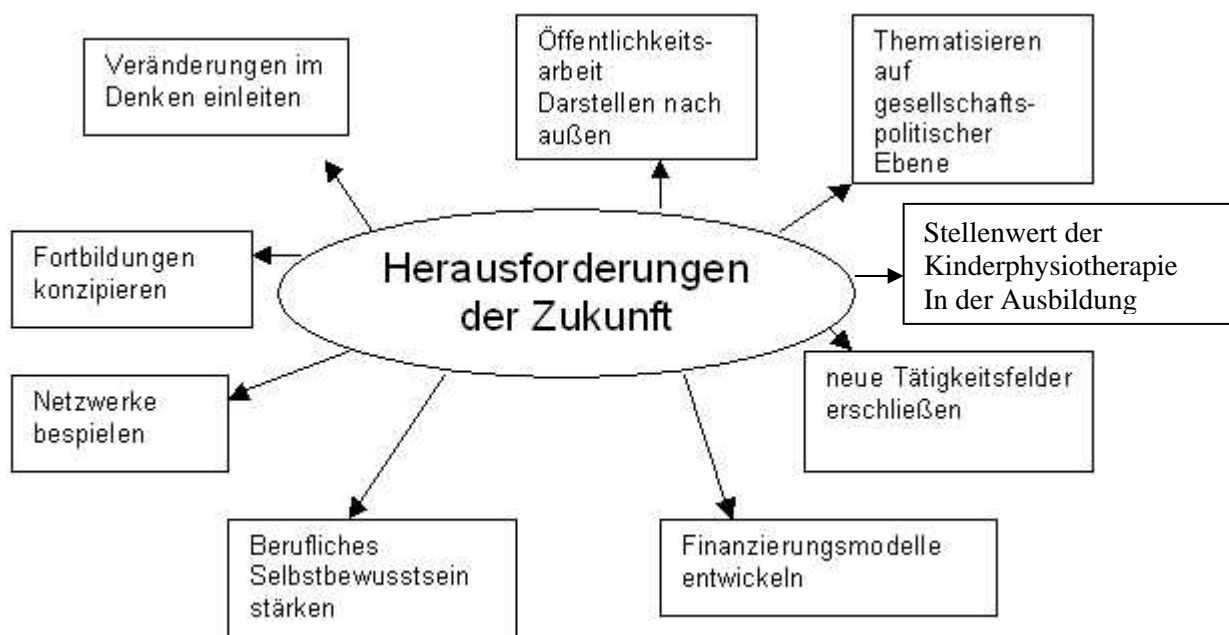


Abb.2 Herausforderungen der Zukunft

Als größte Herausforderungen für die Zukunft werden der Stellenwert der Kinderphysiotherapie in der Ausbildung und die Etablierung von Salutogenese im physiotherapeutischen Berufsverständnis gesehen.

Um die Tätigkeitsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention für die Kinderphysiotherapie so weit zu erschließen, dass sie als Arbeitsschwerpunkt wahrgenommen werden können, braucht es relevante Fortbildungen für diesen Arbeitsbereich.

Gewinnbringend wäre es Netzwerke zu installieren und zu nutzen, um einen Austausch Österreichweit zu gewährleisten und gezieltes Lobbying auf der Ebene der Entscheidungsträger des Gesundheitswesens zu betreiben. Schließlich muss verstärkt an die Öffentlichkeit gegangen werden, um die vorhandenen Ressourcen, die sich aus dem Bereich der Kinderphysiotherapie für die Gesellschaft bieten, zu transportieren.

Diskussion der Ergebnisse

Im internationalen Vergleich zeigen sich ähnliche Entwicklungen in vergleichbaren Staaten innerhalb der Physiotherapie. Die Interessen gehen dahin, neue Tätigkeitsfelder zu erschließen und qualitätsvolle Arbeit auf Basis wissenschaftlicher Forschungsergebnisse zu leisten. Die Überführung der Ausbildungen ins tertiäre System unterstützt das Vorhaben, da das Tätigkeitsfeld der Gesundheitsförderung sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Ausbildung als Arbeitsfeld für die Physiotherapie in der Ausbildungsverordnung festgeschrieben ist. Eine Ausbildung auf Fachhochschulniveau bietet durch ihre wissenschaftliche Orientierung die Chance, forschungsleitendes Denken in der Praxis zu etablieren und zur Qualitätssicherung einen wesentlichen Beitrag zu leisten.

Die Vernetzung der Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention kann erst gelingen, wenn die zugrunde liegenden Konzepte berücksichtigt werden. Für den Bereich der Prävention zeigen sich

die Kinderphysiotherapeuten kompetent und verfügen über adäquate Konzepte und Methoden. Der Bereich der Gesundheitsförderung, basierend auf einem salutogenetischen Denken, ist noch nicht ausreichend entwickelt. Um nachhaltige gesundheitsfördernde Interventionen zu entwickeln, muss ein grundlegendes Umdenken erfolgen und besonders die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Experten der Bezugswissenschaften der Physiotherapie gelingen.

Zusätzlich sollten Evidenzen über die Wirksamkeit physiotherapeutischer Interventionen erbracht und veröffentlicht werden. Auf deren Basis ist es erforderlich Standards für die Arbeit zu entwickeln, um für die Entscheidungsträger des Gesundheitswesens auch die Physiotherapeuten für die Tätigkeitsbereiche Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter zu empfehlen.

Eigenkritisches

Die Anzahl der Befragten gestattet nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Fachbereich Physiotherapie. In Österreich arbeiten auch andere kompetente Physiotherapeuten engagiert in diesem Fachbereich, die wertvolle Beiträge zu der vorliegenden Arbeit hätten leisten können.

Anregungen zur weiterführenden Arbeit

Die Ergebnisse der Arbeit könnten zur Entwicklung von Standards in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Kinderphysiotherapeuten herangezogen werden. Außerdem wäre die Berücksichtigung der Resultate für die Lehrplanentwicklung zukünftiger Physiotherapeuten interessant. Auch Fortbildungen könnten danach konzipiert werden.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Die Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst*. München: Heyne Verlag
- Eschenbeck, H. & Kohlmann, C.W. (2004). Ernährungverhalten von Grundschulern: Zusammenhänge mit Geschlechtszugehörigkeit und problemorientierter Bewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 12. 167-171
- Hörhan, C. & Christ, R. & Gajar, P. & Kichler, R. & Mikl, M. & Rohrauer, G. & Rohrer E. & Ropin, K. Fonds Gesundes Österreich (2007, 2008). *Arbeitsprogramm 2007 + 2008*
- Hüther, G. (2006). Sich bewegen lernen, heißt fürs Leben lernen! Die erfahrungsabhängige Verankerung sensomotorischer Repräsentanzen und Metakompetenzen während der Gehirnentwicklung. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg) *Bewegung Bildung Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007* (S 12-22) Schorndorf: Hofmann
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim und Basel: Beltz
- Mulder, T.(2005). *Das adaptive Gehirn*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Schwartz, F. W. (2003). 2. Auflage. *Public Health. Das Buch*. München
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlag
- Zimmer, R. (2005). Die Bedeutung der Bewegung für Gesundheitsförderung und Resilienz. *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005*. (S. 306-312). Köln: AVMZ der Universität zu Köln

1. EINLEITUNG

1.1 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit wird das Tätigkeitsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ in der Kinderphysiotherapie untersucht.

Das Thema Gesundheit wird derzeit umfassend in Politik, Fachwelt und in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert. Eine zielführende Gesundheitsvorsorge, soll den Menschen in Zeiten der ständig steigenden Lebenserwartung, die Grundlage für langandauernde Beschwerdefreiheit und umfassendes Wohlbefinden im Alter bieten. Es scheint aber ein Problem zu sein, eine ausreichende Anzahl an Menschen mit gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten zu erreichen (Wolf, 9. Gesundheitsförderungstagung, 2007).

Demnach muss es ein nachhaltiger Ansatz sein, bereits Kinder in der Kompetenzentwicklung für das eigene Gesundheitsbewusstsein zu begleiten. Bewegung ist in der Kindheit ein wesentlicher Faktor, um Erfahrungen sammeln zu können und die Persönlichkeit zu bilden. Diese Tatsache wird von Fachleuten¹ unterschiedlicher Disziplinen betont (Zimmer, 2007, Schäfer, 2007, Hüther, 2007, Mulder, 2007).

Physiotherapeuten arbeiten vorwiegend mit Bewegungskonzepten und unterstützen ihre Klienten und Patienten in dem Bemühen, das für den Augenblick und für die Zukunft optimale Bewegungsverhalten zu erlernen. Daher eignen sich Physiotherapeuten auf Grund ihrer fachlichen Kompetenzen, die Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention zu betreuen (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), MTD-Curriculum, 2004).

Gesetzlich ist der Auftrag, in diesem Bereich aktiv zu sein, durch das MTD-Gesetz untermauert (1992). Eine Beschreibung der Tätigkeitsfelder findet sich auch im europäischen, bzw. weltweiten Kontext (European Benchmark Statements, 2003, World Confederation of Physiotherapy, 2007).

Die Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention werden aktuell und künftig eine Herausforderung für die Akteure des Gesundheitswesens darstellen (Höppner, 2007). Zudem zeigen die Ergebnisse österreichischer Berufsfeldstudien, die vom Verband der Physiotherapeuten Österreichs in Auftrag gegeben wurden, welche Bedeutung dem Bereich Prävention in der Zukunft auch von Physiotherapeuten in Österreich gegeben wird (Gruber, 2001, Schörner, 2001).

Zwei Studentinnen der Physiotherapie analysierten im Rahmen ihrer Diplomarbeit mittels der Daten der Berufsfeldstudie die Präventionsarbeit der Österreichischen Physiotherapeuten. Sie konnten zeigen, dass im Bereich der Prävention mit Kindern bereits gearbeitet wird (Schmölzer, Senkyr, 2003). Um welche Angebote es sich dabei handelt, in welchem Ausmaß und in welcher Weise einzelne Tätigkeiten durchgeführt werden, ist für den Bereich der Kinderphysiotherapie bisher noch nicht beschrieben. Bislang wurden in Österreich keine definierten Standards, auf Basis einer Evidenz basierten Medizin, für die Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter veröffentlicht.

Derzeit werden regelmäßig aktuelle Beiträge zu Gesundheitsförderung und Prävention, mit berufspolitischem Hintergrund und von wissenschaftlichem Interesse, in den Fachzeitschriften der Physiotherapie, veröffentlicht (Bollert, 2007, Geuter, Lehmann 2007, Borgetto, Höppner 2007, Schneider, 2007).

¹ In der vorliegenden Arbeit wird die männliche Form verwendet selbstverständlich ist auch die weibliche Form gemeint.

Auch der Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs sieht in der Gesundheitsförderung einen neuen Arbeitsschwerpunkt.

„ In dem Ausmaß, in dem der Gesundheitsvorsorge im Rahmen des European Health Programms eine hohe Priorität eingeräumt wird, sieht die Physiotherapie in der Gesundheitsförderung einen neuen Arbeitsschwerpunkt.“

Auch in der Kombination von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration oder Rehabilitation soll *„der Schulung des eigenen Gesundheitsbewusstseins in jedem Alter verstärkte Aufmerksamkeit eingeräumt werden“* (Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs, 2004, S 46).

Österreichs Physiotherapieverband ist auch international in verschiedenen Arbeitsgruppen vertreten, die sich mit dem Thema Prävention auseinandersetzen. In der Professional Issues Working Group der Europaregion des Weltphysiotherapieverbandes besteht eine Aufgabe im Aufbau eines Netzwerkes über Initiativen zur Prävention und für einen gesunden Lebensstil innerhalb der nationalen Verbände, in Koordination mit der World Health Organisation (WHO) (Geschäftsbericht 2007).

Um Kinder nachhaltig in ihrer Kompetenzentwicklung zu fördern, müssen gesundheitsfördernde und präventive Angebote, entwicklungsgerecht aufbereitet, angeboten werden. Und zwar entsprechend der, in der modernen Physiotherapie geforderten Ganzheitlichkeit, die auf aktuellen lerntheoretischen Erkenntnissen aufbaut und auf den dafür relevanten neurobiologischen Grundlagen basiert.

In der Physiotherapie definierte Antje Hüter-Becker ein neues Denkmodell "integrative Physiotherapie", das den Menschen in seinem bio-psycho-sozio-ökologischen Zusammenhang beschreibt und somit auf einem umfassenden Gesundheitsverständnis aufbaut. Dieses Denkmodell gestattet einen ressourcenorientierten Blick auf Patienten und Klienten und verbindet Ansätze in der Therapie, Gesundheitsarbeit und Prävention. Es ist im Berufsbild der österreichischen Physiotherapeuten verankert und wird in der Ausbildung als Grundlage zur Gestaltung des physiotherapeutischen Prozesses genutzt.

In vielen physiotherapeutischen Behandlungskonzepten finden sich integrative Ansätze des „neuen Denkmodells“. Die Physiotherapie ist also in Bewegung geraten. Der physiotherapeutische Blick auf den Menschen verlangt ein Umdenken im Zugang und Umgang mit Patienten und Klienten. Neue Tätigkeitsfelder werden erschlossen und das Angebot der Physiotherapie erweitert und an die Erfordernisse der modernen Gesundheitsarbeit angepasst. Wie sich die Entwicklung innerhalb der Kinderphysiotherapie für das Tätigkeitsfeld Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich darstellt, ist nun Gegenstand dieser Untersuchung und es soll dabei folgender Forschungsfrage nachgegangen werden:

„Inwieweit wird Erziehung und Beratung Gesunder im Bereich der Kinderphysiotherapie in Österreich umgesetzt?“

Basierend auf der aktuellen Literatur wird zunächst erforscht, in welcher Qualität zielführende Gesundheitsarbeit mit Kindern angeboten werden sollte. Die Ergebnisse der Recherche werden in Kategorien dargestellt und bilden die Grundlage für strukturierte Interviews mit ExpertInnen der Kinderphysiotherapie. Über die Auswertung der Interviews im Vergleich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche lässt sich ein Status erheben, der die Situation in Österreich darstellt.

Es wird aufgezeigt, welche Tätigkeiten, Projekte und Maßnahmen bereits durchgeführt werden und bekannt sind, oder welche Möglichkeiten sich in diesen Tätigkeitsbereichen ergeben und wie die

Angebote zu gestalten sind um dem Ziel, eine nachhaltige gesundheitsfördernde Wirkung zu erreichen gerecht zu werden.

Ziel und Nutzen der Arbeit:

Da sich die Forschung innerhalb der Physiotherapie erst allmählich etabliert, sind theoretische Konzepte, erprobte Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung und Prävention ergänzend zur physiotherapeutischen Forschung aus anderen Wissenschaftsbereichen, insbesondere der Erkenntnisse aus den sogenannten Bezugswissenschaften der Physiotherapie zu analysieren und mit den Methoden und Konzepten der Physiotherapie zu vernetzen und auf diese Weise neue theoretische und praktische Modelle zu entwickeln. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen eine Grundlage für die Entwicklung von evaluierten Standards in der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter bilden und somit auch auf verbundene Bereiche, wie die Berufsentwicklung allgemein, die Lehrplanentwicklung von Fachhochschulen und Akademien und die Gestaltung von Fortbildungsangebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Einfluss nehmen.

Außerdem ergeben sich anhand der Ergebnisse Argumente für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Physiotherapeuten mit Entscheidungsträgern im Bereich der Gesundheit auf Gemeindeebene, Politik und Bildungsebene.

Um das Tätigkeitsfeld weiter zu entwickeln dienen die Ergebnisse der Arbeit als Grundlage für weitere Forschungsarbeiten in der Physiotherapie oder durch Studierende des Interuniversitären Kollegs.

1.2 Forschungszusammenhang Physiotherapie, Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter

1.2.1. Trends in der Physiotherapie, Berufsfeldstudien

Die in einer qualitativen Studie „Physiotherapie – Trends und Perspektiven“ erhobenen Daten zu den Trends in der Physiotherapie zeigen, in welche Richtung sich die Tätigkeitsfelder entwickeln werden. Da das Thema Prävention von Experten der österreichischen Physiotherapie in Zukunft als sehr bedeutend eingestuft wird, werden die, für den Bereich der Kinderphysiotherapie relevanten Ergebnisse der Studie dargestellt.

Experten sehen zukünftig die Notwendigkeit verstärkter Marktorientierung, eine zunehmende Konkurrenz mit anderen Gesundheitsberufen, neue Tätigkeitsfelder und stärkere Überlappung der Berufsfelder. Um für die Anforderungen der Zukunft gerüstet zu sein werden Kenntnisse in den Begleitwissenschaften, wie Pädagogik, Psychologie, wissenschaftliches Arbeiten und Kenntnisse im Managementbereich erforderlich sein (Gruber, 2001).

Als allgemeine Trends in der Gesellschaft, die zu beachten sein werden, nannten die Experten:

- das verstärkte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung
- ein erhöhter Bedarf an Prävention
- Veränderungen in der Arbeitswelt und damit verbundene Erscheinungen wie Stress und Belastung
- das Mündigwerden des Patienten
- vermehrte Prävention in der Haltungsentwicklung in Kindergärten und Schulen
- Schulung und Beratung von Zielgruppen

Ob Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung für die Zukunft gerüstet seien, wurde unterschiedlich gesehen. Generell wurde ein großer Nachholbedarf in Schlüsselqualifikationen (extrafunktionale Kompetenzen) festgestellt. Außerdem forderten die Experten eine Steigerung des beruflichen Selbstbewusstseins und die Entwicklung einer beruflichen Identität.

Als wichtig, wurde die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit eingestuft, ebenso die Spezialisierung im Anschluss an die Grundausbildung.

Für die zukünftige Fort- und Weiterbildung wären die Schulung der Reflexionsfähigkeit, pädagogische Kenntnisse und Stressmanagement notwendig.

Gereiht nach der größten Bedeutung der Trends für die Zukunft stehen an erster Stelle, das verstärkte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung, an zweiter Stelle der Bedarf an Prävention, an dritter Stelle die Überalterung der Bevölkerung, die Veränderungen in der Arbeitswelt an vierter, das Vordringen der Komplementärmedizin an fünfter und das Mündigwerden der Patienten an sechster Stelle.

In den Schlussfolgerungen hebt Gruber unter anderem die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit hervor.

Da der Bedarf an Prävention an zweiter Stelle genannt wurde, ist die Tätigkeit in diesem Bereich, zukünftig, für österreichische Physiotherapeuten bedeutend.

Neue Kompetenzen zu erwerben stellt auch für Höppner (2007) eine Möglichkeit dar, sich den Herausforderungen der Arbeit in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, die sie als „Wachstumsreize“ für die Physiotherapie bezeichnet, zu stellen. Neben der Betonung der bewährten Kompetenzen wären folgende gefragt:

- *den Kontext der Gesundheitsförderung verstehen*
- *Zielgruppen-, bedarfsorientiert und vernetzt arbeiten*
- *Gesundheitspsychologische und pädagogische Kompetenzen erwerben*
- *Evaluationskompetenzen zu erwerben*
- *Anwaltschaftliches Eintreten für Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung (Höppner, 2007, S.16)*

Meriaux-Kratochvila (2006) untersuchte, wie kompetent sich Berufsanfänger für den Berufseinstieg und gegenüber den Anforderungen im Berufsalltag nach der Ausbildung zum Physiotherapeuten fühlen. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, welche Kompetenzen für die Anforderungen in der Berufstätigkeit während der Ausbildung nicht entwickelt werden konnten. Dabei handelt es sich in erster Linie um, *„Aufgaben, die vorwiegend sozial-kommunikative und personale Kompetenzen erfordern und Arbeit in speziellen Fachgebieten,“* *„...wenig Vorbereitung auf professionelles Auftreten und die Kommunikation mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, insbesondere mit Ärzten, wurde ebenso als Mangel erlebt, wie vereinzelt der Umgang mit anderen Kulturen,“* (Meriaux-Kratochvila, 2006, S. 45).

In der bereits erwähnten Studie zur „Erstellung eines aktuellen Berufsprofils für den Bereich der Physiotherapie“ (Schörner, 2001) wurden Daten zu den Tätigkeitsfeldern der Physiotherapeuten in Österreich erhoben. Die für die Prävention bedeutenden Daten wurden in einer Sekundäranalyse von zwei Studentinnen der Physiotherapie (Schmölzer, Senkyr, 2003) untersucht, um eine Aussage bezüglich des Ausmaßes der präventiven Leistungen von Physiotherapeuten in Österreich tätigen zu können.

Sie kamen zu folgenden Ergebnissen zum Ist-Zustand der präventiven Physiotherapie in Österreich. Dieser betraf allerdings alle präventiven Leistungen der Befragten, die der Kinderphysiotherapeuten wurden nicht getrennt betrachtet. Es wurden 966 Fragebögen von Physiotherapeuten aus allen österreichischen Bundesländern ausgewertet

- „Schwerpunktmäßig präventiv“ tätig waren in Österreich nur 2,6% der Physiotherapeuten
- „Auch präventiv“ tätig, das heißt Prävention ist ein Tätigkeitsbereich unter mehreren, waren 51,3%
- Die Gruppe der „nicht präventiv“ Tätigen umfasste 45,4%
- 0,7 % machten keine Angaben

Als ein weiteres Ergebnis zeigte sich, dass präventiv tätige Physiotherapeuten zu einer größeren Zahl freiberuflich tätig sind. Angestellte Physiotherapeuten arbeiteten in geringerer Zahl präventiv.

Tätigkeitsorte, an denen von den schwerpunktmäßig präventiv arbeitenden Physiotherapeuten präventiv gearbeitet wurde, waren die eigene Praxis mit 52%, Kinder- und Jugendeinrichtungen mit 24%, Ambulatorien mit 24%, und Hausbesuche mit 12%..

Nennungen in dieser Gruppe betrafen mit 4% andere Bildungseinrichtungen, Beratungsstellen, arbeitsmedizinische Einrichtung, Facharztpraxen, die Firma, das Rehabilitationszentrum und mit 8% Gemeinschaftspraxen von Physiotherapeuten.

Von den „auch präventiv tätigen“ Physiotherapeuten war der größte Bereich der Tätigkeitsorte mit 38% wieder die eigene Praxis, Hausbesuche mit 31,7%, das Rehabilitationszentrum mit 14,3%, Ambulatorien mit 9,5%, Senioren-, Pflege- und Altenheim mit 6,5% und 5% arbeiteten in Rehabilitationszentren oder in interdisziplinären Gemeinschaftspraxen.

Kinder-, Jugend- und Behinderteneinrichtungen wurden mit 4,6 % angegeben. Die Prozentzahlen für andere Tätigkeitsorte dieser Gruppe bewegten sich zwischen 0,2-4,2 % .

In allen Fällen war es nicht ersichtlich, wie groß der Anteil der präventiven Arbeit an den einzelnen Tätigkeitsorten ausfiel.

Tätigkeitsorte, die sich direkt in den Lebenswelten der Menschen befanden, waren Schulen, Kindergärten, andere Bildungseinrichtungen, der private Lebensbereich bei Hausbesuchen, Behinderteneinrichtungen, Senioren, Pflege- und Altenheime und Firmen/Betriebe.

In der aktuellen Gesundheitsförderung wird die Wichtigkeit der Settingbezogenen Gesundheitsförderung immer wieder betont (Arbeitsprogramm, Fonds Gesundes Österreich, 2007).

Für den Bereich der Kinderphysiotherapie sind also Schulen, Kindergärten, Behinderteneinrichtungen, sofern sie Kinder betreffen, Settings in deren Lebenswelten, wo sie leben, spielen und arbeiten, wie es in der heute immer noch aktuellen Forderung der WHO heißt. (Ottawa, 1986)

Präventive und gesundheitsfördernde Arbeit wird aber auch in Ambulatorien, in Beratungsstellen und Krankenhäusern angeboten, wo Kinder mit Gesundheitsproblemen behandelt werden.

Die Zahlen bestätigen, dass es kaum „ausschließlich präventiv“ arbeitende Physiotherapeuten in Österreich gibt. Claudia. Küng, Leiterin der Fachgruppe Kinderphysiotherapie des Bundesverbandes der Physiotherapeuten Österreichs, sieht das Feld der Prävention „*noch sehr unterbelichtet*“. „*Es könnte ein Zukunftsgebiet der Kinderphysiotherapie sein, aber das hängt von der Finanzierung ab*“ (Küng, 2008, S 8).

Ebenfalls deutlich formulieren zwei Experten der Prävention und Gesundheitsförderung:

„*Physiotherapeuten sollten die Aufgabengebiete rund um die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nicht als zweitrangiges Handlungsfeld begreifen*“ (Geuter, Lehmann, 2007 S 601). Sie unterstreichen den Nutzen in der Verbindung von gesundheitsförderlichen und präventiven Programmen für Patienten und Klienten.

Es wird also notwendig sein, sich auf dem Markt der Gesundheitsförderung und Prävention einzubringen, auf potentielle Arbeitgeber zuzugehen und gute Konzepte vorzulegen (Schneider, 2007).

Da sich in der Literatur und in den Beschreibungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen unterschiedliche Auslegungen der Tätigkeitsbereiche darstellen, wird im Anschluss versucht, die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention zu beschreiben und die verschiedenen Ansätze und ihre Beziehungen für die österreichische Situation zu klären.

Als Grundlage dienen die Definitionen der World Health Organisation (WHO), Standardwerke der Gesundheitsförderung und die Beschreibungen der Tätigkeitsfelder aus Sicht des Fonds Gesundes Österreich, dem die Vollziehung der Gesundheitsförderung in Österreich obliegt.

1.2.2. Gesundheitsförderung ein Berufsfeld

Die Gesundheitsförderung wird nach der Ottawa- Charta wie folgt beschrieben: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“* (Kickbusch, 2004, S 183).

Seit 25 Jahren wird in der Gesundheitsförderung geforscht. Aus den Erfahrungen zahlreicher Projekte und Interventionsmaßnahmen hat sich eine breite Praxis entwickelt. Sozialwissenschaften und Gesundheitswissenschaften sind in der Gesundheitsförderung verbunden (Kickbusch, 2004). Es wurden Ausbildungen, wie European Master of Health Promotion, installiert. In den verschiedenen Gesundheitsberufen wird Gesundheitsförderung zunehmend gelehrt.

So bezeichnet Ilona Kickbusch, eine der Initiatoren der Ottawa- Charta, indem sie die Autorinnen Sheinfeld und Arnold zitiert, die Gesundheitsförderung *„als eine Art Schirmkonzept oder als strategische Richtlinie“* (Sheinfeld, Arnold, (eds), Health Promotion Handbook, 1998 zitiert nach Kickbusch, Public Health, Das Buch, 2004, S. 182).

Die Gesundheitsförderung beinhaltet zwei strategische Ansätze, einerseits die Stärkung der persönlichen Kompetenzen, das Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit, als Empowerment eingeführt und andererseits die Intersektoralität, die besagt, dass die Berücksichtigung der Gesundheit in allen politischen Sektionen erfolgen muss. Partnerschaftliche Vorgehensweise wird dabei als Prinzip der Handlungsweisen betrachtet.

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung nahm ihren Anfang bereits im 20. Jahrhundert. Bedeutend waren die Konferenzen der WHO, in deren Rahmen maßgebliche Resolutionen herausgegeben wurden und die ein weltweit gültiges Gesamtgesundheitskonzept als Ziel verfolgen. Je nach den Problemen und der wirtschaftlichen Entwicklung gab es Schwerpunkte im gesundheitsförderlichen Denken, die sich auf die Entwicklung der Papiere ausgewirkt haben. In den Anfängen des vorigen Jahrhunderts wurde die Gesundheitsförderung hauptsächlich als Aufklärung, Erziehung und Bildung verstanden und gesundheitsfördernde Angebote konnten (aus heutiger Sicht) eher als primär präventiv gesehen werden.

Nach 1980 entwickelte sich die Gesundheitsförderung, auch beeinflusst von Antonovskys Salutogenese und seinen Forschungsergebnissen, zu dem, wie sie heute verstanden wird. Die WHO übt einen ordnenden Einfluss auf alle Gesundheitsförderungskonzepte aus und legt den Grundstein zu länderübergreifendem Denken und Handeln (Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000).

Unterschiedliche Trends der Gesellschaft bestimmen die Themen der Gesundheitsförderung. In jedem Land werden Gesundheitsberichte erhoben, Ziele innerhalb der Gesundheitsförderung definiert, und die Umsetzung über verschiedene Institutionen durchgeführt.

Den Gesundheitswissenschaften wird immer wieder vorgeworfen, dass sie nur für eine bestimmte Gesellschaftsschicht, nämlich die Angehörigen der „weißen Mittelschicht“ Angebote und Benefiz bringt, andere Schichten aber nicht erreichen kann. Diese Vorwürfe werden in verschiedenen Studien bestätigt und sind den Verantwortlichen wohl bewusst. Die sozialen Unterschiede im Zugang zu

gesundheitsfördernden Angeboten bedeuten für Staaten mit hohem Lebensstandard, eine besondere Herausforderung. Das Ziel „Gesundheit für alle Menschen“ ist nur dann zu erreichen, wenn die Gesamtbevölkerung über Interventionen positiv beeinflusst werden kann (Arbeitsprogramm des Fonds Gesundes Österreich, 2007).

Salutogenetische Grundlagen der Gesundheitsförderung

Der Begriff Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky geprägt, der sich in seinen Forschungen mit dem Phänomen Gesundheit auseinander gesetzt hat. Er war der Ansicht, dass ein Mensch sich immer auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit befindet und es von Bedeutung ist, in welche Richtung er sich entwickelt (siehe Abb.1).

Die Betrachtungsweise von Gesundheit und der Prozess des Gesunderhaltens wurden durch seine Forschungsergebnisse entscheidend beeinflusst. Die defizitorientierte, pathogenetische Sichtweise verglich er mit der Rettung eines Menschen aus einem reißenden Fluss unter höchstem Einsatz, wobei aber völlig außer Acht gelassen wurde, warum der Mensch in den Fluss gefallen war und warum er im Fluss nicht gut schwimmen konnte. Antonovsky sah den Fluss als Fluss des Lebens, in dem man lernt, auch Gefahren zu bewältigen und gut zu schwimmen. Die „Fähigkeit des Schwimmens“ bezeichnete er als das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997). Eine ressourcenorientierte Sichtweise ist demnach aus diesem Vergleich abzuleiten.

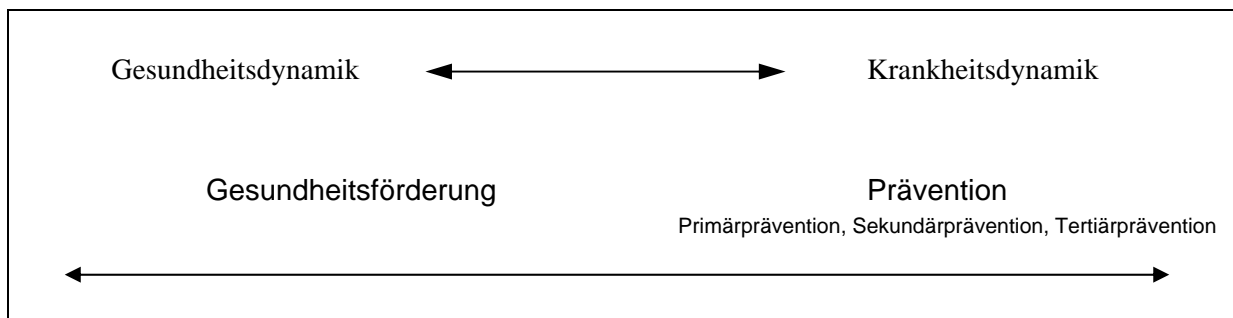


Abb. 1 Gesundheits- Krankheitskontinuum nach Antonovsky (1997)

Die Frage danach, was Menschen gesund erhält, was Gesundheit fördert und wie Ressourcen zu mobilisieren sind, stellt sich auch in der modernen Gesundheitsförderung und ist eine Grundlage in der Gesundheitsförderung der Kinder. Fischer und Behrens (2006) unterstreichen die Bedeutung von Wahrnehmung und Bewegungserfahrung für die Stärkung des Kohärenzsinn in ihrem Kongressbeitrag zum Thema „Bewegung, Bildung und Gesundheit“. Sie bezeichnen besonders die Steigerung des Selbstwertgefühls, das als Teil des Selbstkonzepts gilt, als Ressource eines Kindes. Auch die Bewertung des Selbstbildes wird durch das Selbstwertgefühl geprägt (Behrens, Fischer, 2006). Ebenso bewertet das Kind auch seine Erfahrungen und Interaktionen in der personalen, materialen und sozialen Umwelt, beeinflusst durch sein Selbstwertgefühl. Bewertungen stehen eng im Zusammenhang mit den Konzepten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit für das Kind (Antonovsky, 1997).

Neben dem auf Antonovsky basierenden theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung hat sich aus der Fachrichtung der Psychologie stammend, die Resilienzforschung etabliert, die sich mit den Fragen beschäftigt, welche Stärken und Ressourcen Kindern helfen Risikolagen zu bewältigen (Behrens, Fischer, 2006). Ein positives Selbstwertgefühl kann neben anderen Fähigkeiten als wichtiger Resilienzfaktor für Kinder gesehen werden.

1.2.3. Prävention

Prävention bedeutet wörtlich übersetzt ein „Zuvorkommen“ vor dem Ausbruch einer Krankheit. Es geht um das Verhindern, weniger Wahrscheinlichmachen oder Verzögern von Gesundheitsproblemen (Schwartz, 2003). Unterschieden werden Primär, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Primärprävention umfasst Maßnahmen zur Senkung des personenbezogenen Risikos und der Schädigung durch exogene Gefahrenquellen. Unter Sekundärprävention werden Maßnahmen, die ein frühes Erkennen von Krankheiten ermöglichen und zunehmend auch Maßnahmen, die eine Wiedererkrankung bereits gesunder Menschen verhindern, zusammengefasst. Die Tertiärprävention beinhaltet Aktivitäten und Maßnahmen, die Menschen trotz Erkrankung bestmöglich in die Gesellschaft wieder eingliedern und/oder bereits eingetretene Erkrankungen nicht zu verschlechtern lassen.

Der Ansatz der Prävention ist defizitorientiert zu verstehen, während der Ansatz der Gesundheitsförderung ressourcenorientiert gesehen werden muss. Beide Ansätze dienen der Gesundheit der Menschen und sollten ergänzend betrachtet werden (Schwartz, 2003). Verhaltenspräventive Maßnahmen sind solche, die das Verhalten von Einzelnen oder Gruppen beeinflussen sollen. Verhältnisprävention beinhaltet Maßnahmen, die z. B. von der Politik oder von anderen Entscheidungsträgern zum Schutz von Einzelnen oder Gruppen verordnet werden.

1.2.4. Die Ansätze und Methoden innerhalb der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird zumeist als Überbegriff, der Ansätze und Methoden in sich sammelt, bezeichnet. Folgende Ansätze haben sich nebeneinander oder untereinander übergreifend entwickelt (Naidoo, 1994):

Medizinischer Ansatz:

Experten setzen hauptsächlich präventive Maßnahmen, die von den Menschen angenommen werden, wenn sie von der Wirksamkeit überzeugt werden können. Er bezieht sich vorwiegend auf ein Gesundheitsmodell, das Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert und berücksichtigt nicht alle Dimensionen von Gesundheit. Zusätzlich wird die Abhängigkeit der Klienten/Patienten von medizinischem Expertenwissen verstärkt (Naidoo, 1994).

Ansatz der Verhaltensänderung:

Experten ermutigen Klienten/Patienten zur Verhaltensänderung. Das gelingt nur wenn eine gewisse Handlungsbereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit vorliegt. Eine Verhaltensänderung bewirkt noch keine Veränderung der Umgebungsfaktoren (Arbeitsplatz, Gesellschaft, usw.). Die Verhaltensänderung wird meistens in Form von Kampagnen initiiert. Ein solcher „Top-down-Ansatz“ schafft meistens eine gewisse Distanz zwischen Experten und Klienten/Patienten (Naidoo 1994).

Modelle zur Verhaltensänderung

- Modell der gesundheitlichen Überzeugungen
(Health Belief Model)

Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass Menschen Kosten und Nutzen einer Verhaltensänderung abwägen und danach ihre Entscheidungen treffen. Die Menschen müssen von den Vorteilen einer Verhaltensänderung überzeugt sein und sich zu dieser befähigt fühlen. Besondere Anreize oder auch Bedrohungen können Ursachen für eine Veränderung des Verhaltens sein (Naidoo, 1994). Für Kinder und Jugendliche ist dieses Modell nur bedingt geeignet, da sich Kinder mit den Folgen von schädlichem Verhalten nicht auseinandersetzen können. Wie Untersuchungen zeigen, vermindert z.B. Angst vor Bedrohung die Lernfähigkeit (Hüther, 2006). Daher ist eine gewünschte Verhaltensänderung auf Grund von Bedrohungen im Kindesalter kritisch zu betrachten.

- Theorie des rationalen Handelns

Diese Theorie besagt, dass zwei Variablen für das Handeln verantwortlich sind. Das Abschätzen der Folgen und Bewerten der positiven und negativen Aspekte der Verhaltensänderung, sowie die Einschätzung gegenüber sozialen Normen.

Aus diesen Variablen wird eine Absicht entwickelt, deren Umsetzung unter anderem von der Struktur der Persönlichkeit abhängt. Im Unterschied zur Health Belief Theorie spielt in der Theorie des rationalen Handelns die soziale Gruppe, bei Kindern oft als „Peer-group“ bezeichnet, eine bedeutende Rolle. Unter den „Peers“ besteht meistens eine wechselseitige Vorbildwirkung, die positiv für die Entwicklung der Kinder beeinflusst werden kann.

Entscheidend ist es, die Handlungskompetenz für persönliche Entscheidungen zu stärken. So kann es gelingen, die Förderung der Eigenständigkeit zu beeinflussen und auf die Entwicklung des Selbstbewusstseins regulierend einzuwirken (Naidoo, 1994).

- Modell der Stadien der Veränderung

Menschen durchlaufen anscheinend verschiedene Stadien, bevor eine Verhaltensänderung sichtbar wird (Naidoo, 1994 nach Prochaska & DiClemente). Ich vermute mal dass Prochaska und DiClemente nach Naidoo zitiert wurden., dann heisst es Prochaska & DiClemente, Jahr, S. zitiert nach Naidoo, Jahr).

Erstbetrachtung

In dieser Phase besteht noch kein Bewusstsein für die Situation, erst wenn für die eigene Person eine Gefahr oder Betroffenheit erkannt wird, geht der Prozess weiter.

Erwägung

Der Nutzen einer Veränderung ist bekannt, aber die Person ist noch nicht bereit zur Änderung

Vorbereitung der Veränderung

Die Machbarkeit einer Veränderung wird erkannt, der Anstoß fehlt eventuell noch.

Durchführung der Veränderung

Der Plan wird erstellt und die Veränderung durchgeführt.

Beibehaltung der Veränderung

Die Beibehaltung über einen längeren Zeitraum.

Die beschriebenen Modelle sind eine Auswahl aus vielen Modellen, die auf psychosozialen Faktoren basieren. Um Gesundheitsförderung effektiv zu gestalten, sollten mögliche Faktoren, die zu einer Verhaltensänderung führen, berücksichtigt werden

Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung

Aus der Erfahrung in der Arbeit in der Gesundheitsförderung zeigt sich immer wieder, dass sich über den Ansatz der Verhaltensänderung in der Prävention, die erwünschten Erfolge nicht einstellen und die Situation eine Veränderung des Ansatzes verlangte (Luber, 2004).

So wird die Gesundheitserziehung, z.B. von Naidoo in den letzten Jahren komplexer definiert. Menschen sollen auf vielfältige Weise die Gelegenheit erhalten, mehr über ihre Gesundheit zu erfahren und so ihr Verhalten verändern zu können.

Solche Prozesse beinhalten die Stärkung des Bewusstseins des Einzelnen über Faktoren, die Krankheiten auslösen können und die Vermittlung einschlägiger Informationen. Ein weiterer Schwerpunkt ist, Menschen von der Notwendigkeit der Verhaltensänderung zu überzeugen oder sie dazu zu motivieren. Gleichzeitig ist es erforderlich Fähigkeiten und Fertigkeiten und das nötige Selbstvertrauen der Klienten/Patienten zu stärken, um sie zur Verhaltensänderung zu befähigen. Erziehung geht somit weit über die Funktion des Beratens hinaus und könnte mit der Umschreibung von der Definition „Bildungsprozess- Kompetenzerwerb“ treffender beschrieben werden. Ein Bildungsprozess in der Gesundheit bedeutet demnach, dass ein Mensch Kompetenzen erwirbt, die ihn in dem Bereich Gesundheit zum Experten machen.

Gesundheitserzieher der heutigen Zeit sehen sich als Förderer und Unterstützer der Gesundheit und geben den Klienten/Patienten die Möglichkeit des „Gewinnens von Informationen.....“ (Naidoo, 1994, Seite 96). Die Vermittlung erfordert neben Fachwissen auch pädagogische Kenntnisse. Die angewendeten Methoden richten sich nach psychologischen Lerntheorien auf den Ebenen des Kognitiven, des Emotionalen und des Verhaltens.

Ansatz des Empowerments:

Empowerment bedeutet Befähigung.

Mittels Empowerment wird die Selbstbestimmung der Menschen gefördert. Das bedeutet, Menschen zu befähigen, zu stärken oder zu aktivieren, Anforderungen, die ihre Gesundheit betreffen, zu bewältigen, ihre diesbezüglichen Bedürfnisse zu stillen und problemlösend zu handeln. Dazu gehört auch, dass die Menschen sich Ressourcen beschaffen können, um ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu entwickeln. Häufig wird eine Unterscheidung zwischen gemeinschaftlichen und individuellen Empowerment getroffen. Wobei sich das gemeinschaftliche auf das gesellschaftliche Handeln bezieht und das individuelle auf die Fähigkeiten einzelner Menschen (Naidoo, 1994).

Ansatz der politischen und sozialen Veränderung

Hier werden Einflüsse von größeren Organisationen beschrieben, über die auf politischer und sozialer Ebene der Gesellschaft gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden sollen.

Alle Ansätze zielen auf die von der WHO (als ordnende Instanz der unterschiedlichsten Bestrebungen) geforderten Ergebnisse ab. Krankheiten verhindern, Menschen in Gesundheitskompetenz stärken und politische Rahmenbedingungen für mehr Gesundheit herbeiführen (Naidoo, 1994).

Settings bezogener Ansatz

(siehe dazu auch Gesundheitsförderung in Österreich)

Ein Setting- Ansatz in der Gesundheitsförderung verlangt, gemäß der Ottawa-Charta, nachdem Gesundheit in allen Lebensbereichen der Menschen hergestellt wird, dass in diesen Lebensbereichen (Familie, Schule, Arbeit, Freizeit) Gesundheitsförderung ermöglicht werden soll.

Netzwerke

Um die unterschiedlichen Forderungen und Ansätze vereinen zu können und die individuellen Möglichkeiten der Einzelnen zu unterstützen, ist es erforderlich, Netzwerke zu erstellen und zu nutzen und die Lebenswelt im Sinne der Gesundheit umzugestalten. Es gelten die sozio-ökologisch geleiteten Grundsätze.

Für Kinder von Bedeutung, ist z.B. das Netzwerk „Gesunde Schule“ oder das der Bewegungsförderung (HEPA). Die Netzwerke sind zumeist europaweit installiert. Über zahlreiche Aktivitäten, fachlichen Austausch und Forschung im Bereiche der Gestaltung der Lebensumwelt, Schule und Bewegung (HEPA) kann über die jeweiligen Internetseiten oder Veröffentlichungen nachgelesen werden. Österreich ist in den einzelnen Netzwerken Mitglied (Arbeitsprogramm, Fonds Gesundes Österreich 2007).

Von den Gesundheitsförderern der unterschiedlichen Ansätze werden verschiedene Zugangsweisen zu den Menschen und Methoden eingesetzt

1.2.5. Handlungsfelder und Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention

Folgende Handlungsfelder der Gesundheitsförderung wurden von der WHO definiert (Ottawa, 1984).

- Entwicklung der Gesamtpolitik
- Schaffung von gesunden Lebenswelten
- Entwicklung der persönlichen Kompetenzen
- Unterstützung der gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktivitäten
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Gesundheitsförderer wenden unterschiedliche aus der Praxis entwickelte Methoden an, die in den verschiedenen Handlungsfeldern eingesetzt werden und von der jeweiligen politischen Sichtweise und dem Verständnis von öffentlicher Gesundheit einer Nation beeinflusst sind.

1.2.6 Qualitätssicherung und Evaluierungsprinzipien in der Gesundheitsförderung und Prävention

Zunächst ist festzustellen, dass gesundheitsfördernde und präventive Interventionen nur sehr schwer evaluierbar sind (Rosenbrock, 2004).

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird in Zukunft immer wichtiger, da die finanziellen Ressourcen der Gesundheitsausgaben begrenzt vorhanden sind. Als Grundlage einer Qualitätssicherung wird im medizinischen Bereich zunehmend die Evidenzbasierung verlangt (Luber, 2004).

In der Wissenschaft werden Evidenzklassen, die auf der Art der Studien die den Wirksamkeitsnachweis erbringen aufgebaut sind, beschrieben.

Für die Gesundheitsförderung und Prävention kann meistens nur die Evidenzklasse III - IV angewendet werden. Das bedeutet, dass die Wirksamkeit von Interventionen auf Meinungen,

Berichten, Assoziationsbeobachtungen und fachlichem Austausch unter anerkannten ExpertInnen, auf Überlegungen, auf beschreibende Verfahren und auf die Ergebnisse von Einzelfallstudien aufbaut (Tab. 1)

Tab. 1 Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz nach Bassler & Antes 2000, 91

Evidenzklasse	Evidenzbeschreibung
1a	Evidenz begründet auf Metaanalysen, randomisierte, kontrollierte Studien
1b	Evidenz begründet auf mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie
IIa	Evidenz begründet auf einer kontrollierten Studie (ohne Randomisierung)
IIb	Evidenz begründet auf einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz begründet auf nicht experimentellen deskriptiven Studien, wie Vergleichsstudien, Korrelatsstudien, Fall-Kontrollstudien
IV	Evidenz begründet auf Berichten/Meinungen von Experten, Ergebniskonferenzen, klinischer Erfahrung von Experten

Naidoo und Wills (2004) beschreiben Evaluationskriterien, wie Effektivität, Geeignetheit, Akzeptanz, Effizienz, Gerechtigkeit und Chancengleichheit. In dem Zusammenhang kann der Begriff der pluralistischen Evaluation verwendet werden, der die Evaluation aus unterschiedlichen Blickwinkeln der beteiligten Akteure im Prozess, bezeichnet.

Eine Definition der Qualität im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung wurde vom United States Institut of Medicine festgehalten:

„Qualität ist das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erklären und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen“ (Kühn, 1993, S.?).

Im Zusammenhang mit Qualität wird auch der Begriff „good practice“ beschrieben. Dabei handelt es sich wie oben beschrieben um Kriterien, die, wenn sie erfüllt werden, auf eine qualitätsvolle Arbeit schließen lassen.

Insgesamt scheinen die Experten aber mit den, von Prof. Rosenbrock beschriebenen Schwierigkeiten, der Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen überein zu stimmen, da solche Interventionen zielgruppenorientiert in Settings stattfinden und wegen des systemischen Charakters kaum standardisierbar erscheinen (Rosenbrock, 2004).

Evaluierte Projekte und Studien im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind wohl in großer Anzahl und Vielfalt in Fachzeitschriften veröffentlicht worden, entsprechen aber meist nicht den erforderlichen Kriterien, um als wissenschaftlich aussagekräftig zu gelten (Lister-Sharp et al, 2007).

1.2.7. Gesundheitsförderungsgesetz und Gesundheitsförderung in Österreich

Basierend auf den in Ottawa festgeschriebenen Forderungen zur Weltgesundheit (Ottawa-Charter, 1986), hat sich auch in Österreich die Sichtweise von Gesundheit und Krankheit grundlegend verändert. 1996 wurde der Bereich der Gesundheitsförderung umstrukturiert und ein Gesundheitsförderungsgesetz erlassen.

Das österreichische Gesundheitsförderungsgesetz:

Das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG, BGBl Nr. 51/1998), orientiert sich am Gesundheitsbegriff der Ottawa –Charta (WHO 1986). Es beinhaltet Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sowie die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren. Das Gesundheitsförderungsgesetz wird vom Fonds Gesundes Österreich vollzogen. Das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG, BGBl Nr.132/ 2006) regelt die Organisation der Gesundheitsakteure in Österreich. Seit dieser Neuregelung, vom 1. August 2006, ist der Fonds gesundes Österreich demnach ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (Arbeitsprogramm FGÖ, 2008).

Der Fonds Gesundes Österreich

Die Arbeit des Fonds Gesundes Österreich, wird durch das Gesundheitsförderungsgesetz und das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreichs GmbH definiert.

Er fördert sowohl gesundheitsfördernde als auch primärpräventive Projekte, denen ein umfassender Gesundheitsbegriff zugrunde liegt, ist für den Strukturaufbau für Gesundheitsförderung verantwortlich, unterstützt Forschungsprojekte innerhalb der Gesundheitsförderung, forciert Fort- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, unterstützt den Aufbau von Netzwerken und ist für Öffentlichkeitsarbeit zuständig (Arbeitsprogramm des Fonds Gesundes Österreich, 2007).

Der Fonds Gesundes Österreich vertritt folgenden Gesundheitsbegriff:

„Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselnden Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei die individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann“ (Hurrelmann, Arbeitsprogramm, Fonds Gesundes Österreich, 2007, S.? wörtliches Zitat).

Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung stellen die vier Einflussebenen der Gesundheitsförderung nach Dahlgren und Withehead (1991) dar:

- Beeinflussung der Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen
- die Unterstützung und Beeinflussung des sozialen Umfelds des Einzelnen
- Einfluss auf der Ebene der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen
- Einfluss im Bereich der ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (Lebensstandard, Arbeitsmarkt) der Menschen

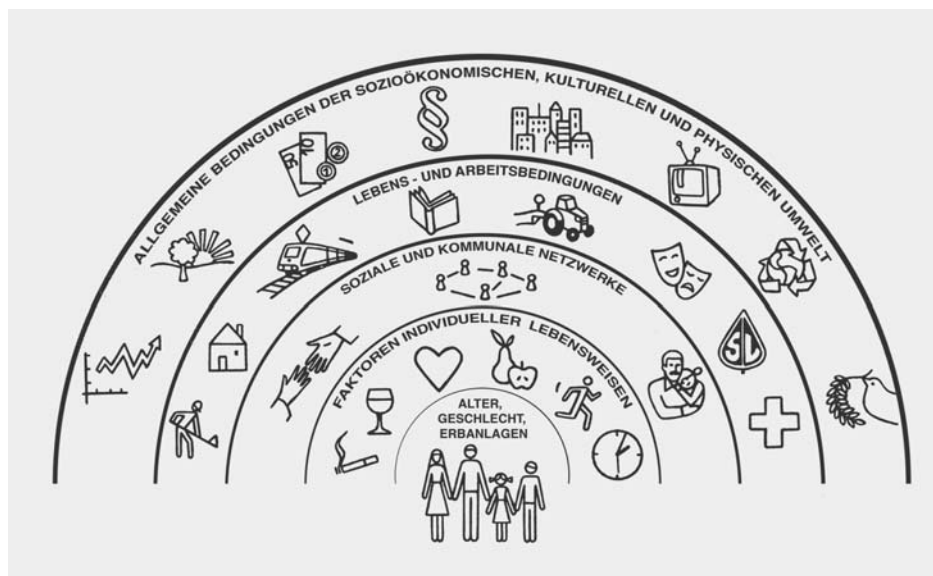


Abb. 2 Einflusssebenen der Gesundheitsförderung aus Arbeitsprogramm 2007 des Fonds Gesundes Österreich, nach Dahlgren & Withehead, 1991 (Ist die Abbildung ein Zitat, dann S.?)

Gesundheitsförderung und Prävention werden vom Fonds Gesundes Österreich als gleichwertig und aufeinander aufbauende Konzepte angesehen. Gesundheitsförderung baut auf einer salutogenetischen Haltung auf, untersucht, welche Faktoren gesund erhalten, und stärkt die Ressourcen der Menschen.

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bauen auf einer defizitorientierten Haltung auf und untersuchen, wie Krankheit zu verhindern ist.

Wobei es im Bereich einer Verhaltens- und verhältnisorientierten Primärprävention auf Grundlage eines umfassenden Gesundheitsbegriffs möglich ist, dass sich die Bereiche Gesundheitsförderung und Primärprävention überschneiden (Dür, 2007).

Neben der Primärprävention auf Basis eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffs wird auch die Primärprävention auf Basis eines bio-medizinischen Gesundheitsbegriffs beschrieben, die wie die unten stehenden Interventionen in andere Zuständigkeiten fallen (Tab. 2).

- Primärprävention mit biomedizinischem Hintergrund
- Screenings
- Diagnostik
- Impfprogramme
- Therapie
- Beratung und Betreuung
- Rehabilitation und wissenschaftliche Forschung

Tabelle 2. Zuständigkeitsbereiche des Fonds Gesundes Österreich in Anlehnung an die Tab. aus Arbeitsprogramm Fond Gesundes Österreich 2008

	Gesundheitsförderung	Primäre Prävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention
Ansatzpunkt	Zur Steigerung der Gesundheitspotentiale ohne Risiko – und Krankheitsbezug, in Settings	Zur Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn	Im Krankheitsstadium	Nach akuter Krankheitsbehandlung
Gesundheitsbegriff	Bevölkerungsgruppen (soziale Gruppen)	umfassender Gesundheitsbegriff (bio-psycho-sozial)	Biomedizinischer Gesundheitsbegriff	Biomedizinischer Gesundheitsbegriff
		Biomedizinischer Ansatz Individuen (Einzelpersonen)		
Zielgruppe	Bevölkerungsgruppen (soziale Gruppen)	Bevölkerungsgruppen (soziale Gruppen)	Individuen (PatientInnen)	Individuen (PatientInnen)
Maßnahmenorientierung	Ressourcensteigernd Verhältnisändernd Verhaltensändernd	Risikosenkend Verhaltensändernd Verhältnisändernd	kurativ	Rezidiv Prophylaktisch Rehabilitativ palliativ

grün= Zuständigkeit des Fonds Gesundes Österreich

Weiß unterlegt = außerhalb der Zuständigkeit des Fonds Gesundes Österreich

In anderen europäischen Staaten werden die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention unterschiedlich zu dem Modell des Fonds Gesundes Österreich gesehen.

Prof. Rosenbrock, Wissenschaftszentrum für Soziologie Berlin, stellte anlässlich der 9. Gesundheitsförderungskonferenz in Salzburg 2007 das deutsche Präventionsmodell vor, in dem Prävention, mit der Aufgabe der Risikosenkung an übergeordneter Position steht.

Risikosenkung bedeutet auf der einen Seite, die Belastung zu senken und auf der anderen Seite, die Ressourcen zu stärken. Alle Maßnahmen sollen der Gesundheit dienlich sein. Ressourcen stärken wird der Gesundheitsförderung gleichgesetzt. Gesundheitsförderung hat somit kein anderes Ziel, keine anderen Akteure und keine anderen Aufgaben als die Primärprävention (Rosenbrock, Michel, 2007).

Aus diesen unterschiedlichen Darstellungen der Tätigkeitsfelder ist abzulesen, dass es bislang keine einheitlichen Begriffsdefinitionen innerhalb der unterschiedlichen Länder und Wissenschaftsdisziplinen gibt.

Deshalb empfiehlt es sich vom Österreichischen Verständnis aus zu gehen, da dieses für das Berufsfeld der Physiotherapeuten in Österreich entscheidend ist.

Grundprinzipien und Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und der Primärprävention aus Sicht des Fonds Gesundes Österreich

Innerhalb der modernen Gesundheitsförderung werden Menschen ganzheitlich betrachtet. Das verlangt die Berücksichtigung der sozialen und physischen Umwelt, sowie die Einbeziehung der persönlichen Faktoren des Einzelnen. Gesundheitliche Entwicklung wird als ein Interaktionsprodukt aus zwei Faktorenkomplexen bezeichnet. Das sind die Gesundheitsstrukturen und Gesundheitschancen, die sich aus der Lebensumwelt ableiten, und die individuellen oder kollektiven Kompetenzen.

Auf Grund der immer wichtiger werdenden soziokulturell beeinflussten Lebensweisen der Menschen, hat sich neben der traditionellen Strategie der Gesundheitsförderung in der Lebensumwelt der Menschen, als „Gesundheitsförderung im Setting“ bezeichnet, ein Konzept für „Gesundheitsfördernde Settings“ etabliert.

„Gesundheitsfördernde Settings“ bieten Möglichkeiten zur Veränderung der Lebensumwelt der Menschen nach partizipativen Grundsätzen.

Der Fonds Gesundes Österreich fördert Projekte nach bestimmten Grundprinzipien.

- Projekte sollen partizipativ und bevölkerungsnahe ausgerichtet sein
- auf Kompetenzsteigerung (Empowerment) abzielen
- vernetzt angelegt sein
- eine nachhaltige Wirkung erbringen
- der Gender Mainstreaming Aspekt ist zu berücksichtigen
- der soziale Status der Zielgruppen ist zu berücksichtigen

Neben den Grundprinzipien stellt der Fonds Gesundes Österreich auch Qualitätskriterien für eingereichte Projekte auf.

- professionelle Projektdesignentwicklung
- theoriegeleitete Konzepte
- Qualifikationen der Mitarbeiter und Experten
- Innovationscharakter und Qualitätssicherung
- Übertragbarkeit der Projekte
- begründete Daten für eine nachhaltige Wirkung
- umfassende Dokumentation der Projekte

Folgende Handlungsfelder, die sich aus dem gesetzlichen Auftrag ableiten, sind im Arbeitsprogramm 2008 festgeschrieben:

Bewegung
Seelische Gesundheit
Menschen am Arbeitsplatz

Ernährung
Kinder und Jugendliche
Ältere Menschen

Als Prioritäten stehen fest:

Herz/Kreislaufgesundheit
Kindergarten und Schule

Gemeinde/Region
Arbeitsplatz/Betrieb

1.2.8 Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter

In der Zukunft sehen sich die Verantwortlichen des Gesundheitswesens mit den, von Wissenschaftlern erhobenen, Megatrends in der Bevölkerungsentwicklung, konfrontiert (Rosenbrock, 2007).

- steigende Lebenserwartung
- chronischen Erkrankungen
- sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

Eine „Compression of morbidity“ soll chronische Erkrankungen und Multimorbidität in immer spätere Lebensabschnitte zurückdrängen. Dadurch könnte eine Steigerung der Lebensqualität der Menschen im Alter und eine Kostenreduktion im Gesundheitssystem erreicht werden (Fries, 1989).

Die Erwartungen, dass die Menschen über gesundheitsfördernde und präventive Interventionsmaßnahmen zu einer Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten veranlasst werden können, erfüllen sich nur teilweise. So werden etwa Risikogruppen schlecht erreicht (Withehead, 2007) und es stellt sich für die Zukunft die Frage, wie es gelingen kann, allen Menschen die gleichen Chancen, gesund alt zu werden, zu bieten.

Der Ansatz, bereits Kinder in der Entwicklung von Gesundheitskompetenz zu fördern, erfährt in unterschiedlichen Bildungseinrichtungen eine zunehmende Umsetzung. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf den Bereich der körperlichen Bildung gelegt, da Kinder über Bewegung Erfahrungen sammeln, die zur Kompetenzentwicklung beitragen (Zimmer, 2006, Hüther, 2005).

Die Bewegung hat also eine besondere Bedeutung im Kindesalter. Sie bildet die Basis für die Persönlichkeitsentwicklung, für Bildungsprozesse, fördert die Ausbildung von Körperfunktionen, von Organsystemen und hat auch einen Einfluss auf seelische Prozesse.

Bewegung, beziehungsweise gezielte körperliche Aktivität, wird auch in vielen Bereichen als präventiver Beitrag für den Menschen gesehen und inzwischen liegen ausreichende Beweise vor, die diese Hypothese stützen. *„Die verfügbare Evidence zeigt an, dass zwischen dem Ausmaß an körperlicher Aktivität und körperlicher Fitness und der Inzidenz zahlreicher chronischer Erkrankungen und der Mortalität eine umgekehrte Beziehung besteht“* (Samitz, Baron, 2002, S 11).

Österreich befindet sich zwar im EU-Vergleich unter den „aktiveren Nationen“, dennoch stufen sich 38% der Menschen als „nicht sportlich oder bewegungsfreudig“ ein (Samitz, Baron, 2002). Daher ist sowohl die Förderung, als auch die Erhaltung der Bewegungsfreude, vom Kindesalter an, zu befürworten. Wenn Bewegung bereits in jungen Jahren positiv und gewinnbringend erlebt wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, über die gesamte Lebensspanne in Bewegung zu bleiben. Bewegungsförderung wird zu wenig sein. Es geht viel mehr darum, kompetent im Umgang mit Bewegung zum Wohle der eigenen Gesundheit zu werden.

1.2.8.1 Bewegung und Bildung

Unter Bildung wird der aktive Wissenserwerb verstanden, der laut Hentig (1996) auch die emotionalen, ästhetischen und sozialen Kompetenzen mit einschließt.

In Österreich und Deutschland wurden Bildungsvereinbarungen für den Vorschulbereich beschlossen, in denen Bewegung als ein wichtiger Bildungsbereich festgeschrieben wurde. (Bildungsplan der Stadt Wien, 2005, Fthenakis, Zimmer, 2006)

Im Bildungsbereich steht die Kompetenzentwicklung der Kinder im Vordergrund. Als Beispiel wird hier der Bildungsplan für Kindergärten der Stadt Wien angeführt, in dem von einem „Kompetenzenmodell“ ausgegangen wird (Magistrat Wien, Bildungsplan für Kindergärten der Stadt Wien, 2005).

Die Kompetenzen sind drei Bereichen zugeordnet:

- der sensumotorische und psychomotorische Bereich
- der emotionale, soziale und ethische Bereich
- der Bereich der kognitiven Kompetenz

In den Bereich der sensumotorischen, psychomotorischen Kompetenz fallen körperliche Aktivität und Wahrnehmung, die über lustvolles Erleben entwickelt werden sollen.

„ Dem körperlichen Bewegungs- und Erforschungsdrang ist grundlegende Wichtigkeit zuzumessen. Alles im dreidimensionalen Raum Erfahrene ist die Grundlage für die Vorstellungswelt des Kindes. Bewegung ist somit nicht nur Selbstzweck und gesund, sondern ist wesentliche Voraussetzung für Bildungsprozesse“ (Magistrat Wien, Bildungsplan für Kindergärten der Stadt Wien, 2005, S 25).

In den Bildungsvereinbarungen der meisten deutschen Bundesländer wird Bewegung und Gesundheit in einem Bereich zusammengefasst (Fthenakis, 2007). Es finden sich auch Kategorien wie „das gesunde Kind“ oder „das starke Kind“, oder das „aktiv handelnde Kind“, zusätzlich werden Erfahrungsfelder angegeben, wie „Bewegung“, „Sport“ und „Gesundheit“ (Zimmer, 2006).

Gerd Schäfer unterstreicht die Tatsache, dass Bewegung bildet, in dem er *„Bewegung, Handeln samt den dazugehörigen Sinneserfahrungen sind also der Ausgangspunkt für ein Denken der Gedanken, das von eigenen Welterfahrungen ausgeht“* (Schäfer, 2006, S 41).

Er stellt überdies fest, dass es nicht genügt, wenn sich die Bildung nur auf Motorik und Gesundheit der Kinder beziehen würde, ohne Berücksichtigung anderer Dimensionen, wie die der sinnlichen, emotionalen, sozialen, kommunikativen, materiellen, biologischen und kulturellen Welt. Es müsste der Bildung des Körpers aber genügend Raum gegeben werden.

Auch Angehörige anderer Fachdisziplinen weisen auf Zusammenhänge zwischen Bewegung und Lernprozessen hin (Voelcker-Rehge, 2005, Everke & Nemeckova, 2007, Graf et al 2003, Dordel & Breithecker, 2003, Hollmann & Strüder, 2003, Gasse, 2005).

Hüther zählt unter die zu erwerbenden Kompetenzen die „neurobiologische Verankerung von eigenen Erfahrungen als Metakompetenzen“ (Hüther, 2006).

Als Metakompetenzen bezeichnet er komplexe Fähigkeiten, wie Problemlösungskompetenzen, Handlungskompetenzen und strategische Kompetenzen. Unterstützend wirken Umsicht, Motivation, Konzentration, Einsichtsfähigkeit und Flexibilität.

Bausteine dieser Fähigkeiten werden im Frontalhirn verankert, dessen neuronale Ausgestaltung in der Entwicklung eines Menschen bis ins Erwachsenenalter geformt wird (Mulder, 2007).

Entscheidend für die Repräsentationen sind hier nicht die genetischen Programme, sondern die eigenen Erfahrungen (Hüther, 2005). Daher geht es in erster Linie darum, dem Kind zu helfen, eigene Impulse für Handlungsstrategien zu finden.

„Der Erforscher der Lebenssituation des Kindes (das ist die Rolle des Pädagogen/Therapeuten in einer öko-systemischen Förderung) sollte versuchen das System Kind mit sanften Impulsen zu einer Veränderung zu bewegen und dazu die maximale Kapazität des Systems zu nutzen“ (Eggert, 2005, S 1085)

1.2.8.2. Neurobiologische Erkenntnisse und Grundlagen für die Entwicklung der Kompetenzen im Kindesalter

Neurobiologische Forschungsergebnisse dienen der „*therapeutischen Arbeit*“ (Orth, 2004, S 32) mit Kindern wobei „*Neurobiologie als Ausdruck für ein breit angelegtes, disziplinübergreifendes wissenschaftliches Bemühen, um das Verstehen der Fähigkeiten der Menschen,...zu sehen ist und sich in diesem Bereich die Natur- und Geisteswissenschaften annähern, in dem sie gemeinsame Fragen stellen. Wo hört das Zitat auf? Anführungszeichen oben undkursivdruck?*

Wie Gehirne das Lernen lernen

In der Säuglingszeit zeigt sich eine enorme Plastizität in der Gehirnentwicklung des Kindes (Spitzer, 2002, Mulder, 2007). Die allererste und wichtigste Aufgabe des Gehirns ist die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen (Hüther, Zimmer & Hunger, 2007, Mösch 2006).

Wenn sich ein Säugling mit der Außenwelt in Beziehung setzt, werden auch innere, synaptische Beziehungen gestaltet. Die zunächst einfachen Regelkreise erfahren, in dem sie häufig nach dem Prinzip „use it or loose it“ genutzt werden, Veränderungen, im Sinne einer Ausgestaltung, Vernetzung und Erweiterung (Spitzer, 2002, Mulder, 2007).

So lernt das Kind von Anfang an einfache Beziehungsmuster in komplexe Regelkreise umzubauen (Mulder, 2006). Die ersten Regelkreise werden bereits im Mutterleib gestaltet und in „Inneren Bildern“ abgespeichert (Hüther, 2006).

Die genetische Ausstattung übernimmt den Aufbau und groben Schaltplan des Gehirns mit den prinzipiellen Antworten auf Sinnesreize. Präzisierung und Optimierung erfolgen durch Umwelteinflüsse. Auf- und Abbau im kindlichen Nervensystem sind sehr stark von Lernprozessen und Erfahrungen gesteuert (Mulder, 2007, Spitzer, 2002, Braun, 2005).

Alle Empfindungen, Handlungen und Lernprozesse erfolgen im Austausch oder unter Kontrolle der Beziehungen zu anderen Menschen und der Umwelt.

„*Unser Körper ist die elementarste Ausdrucksmöglichkeit und die erste Sprache, mit der wir uns in der Welt bewegen und ihr begegnen*“ (Leygraf, 2002, S. 141).

Das Kind zeigt bereits in der ersten Zeit, ob es Nähe oder Distanz mit der Mutter haben will und wann es genug hat, insofern entscheidet es bereits selber .

Die Qualitäten der Bewegungsabläufe werden erlebt und bilden die Grunderfahrung des individuellen Rhythmus.

Imitationslernen

Vor einigen Jahren entdeckten italienische Forscher die Spiegelneuronen (Bauer, 2005), mit deren Hilfe wir fähig sind, menschliche Handlungen zu imitieren. Handlungen einschließlich der dazugehörigen Mimik, Gestik und den dargestellten Emotionen. Gelernt wird zunächst von den ersten Bezugspersonen, später von Vorbildern und auch von menschenähnlichen Darstellern (Bauer, 2005). Strategien von Vorbildern werden bereits ab dem vierten Lebensjahr übernommen, nun kommt es darauf an, wie Vorbilder Gefühle ausdrücken und Emotionen unter anderem auch einsetzen (Bauer, 2005, Hüther, 2006). Bewegungsverhalten wird ebenso gespiegelt.

Lehmann sieht eine Ursache des „rückenunfreundlichen“ Verhaltens in der Tatsache, dass Kinder Haltungsmuster spiegeln, die sich ungünstig auf den Bewegungsapparat auswirken.

„*Beobachtungslernen und Imitationsverhalten als Grundlage für rückenunfreundliches Verhalten*“; (Lehmann, 2005, S 466)

Die Sinnessysteme sind früh entwickelt, wo hingegen lern- und emotionsrelevante Systeme als „Spätentwickler“ gelten. Das bringt den Vorteil, dass diese Systeme eine Anpassung an den jeweiligen Lebensraum ermöglichen. Es kann aber auch einen Nachteil bedeuten, wenn es sich um dabei um defizitäre Lebensräume handelt.

Für bestimmte Entwicklungsschritte bestehen „Zeitfenster“, so genannte „Gates“. Das heißt, dass diese Funktionen bis zu einem bestimmten Alter entwickelt werden müssen. Gates, etwa für die Hörentwicklung oder für den Spracherwerb, sind schon seit längerem bekannt, die genaueren Umstände in der Funktionsentwicklung sind aber nicht restlos geklärt.

Das heißt nicht, dass diese Funktionen später nicht mehr erlernt werden können, sondern dass sie nicht mehr optimal erlernt werden oder nicht mehr so ausgeprägt erlernt werden können. (Braun, 2005)

Lernen, Üben und Wiederholen

Lernen ist vielleicht eines der mysteriösesten Phänomene in der Psychologie.

Lernen verweist auf ein Verändern, es ist kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Übergangsprozess von einem Zustand des Nichtwissens in den Zustand des Wissens (Mulder, 2007).

Lernen ist das Suchen nach stabiler Flexibilität. Es geschieht über Entdecken und Gebrauchen von Information.

Normalerweise besteht eine vorhersagbare Relation zwischen Input und Output eines Organismus. Die somatosensorische Information wird an verschiedenen Ebenen des Systems rückgekoppelt. Das Interessante dabei ist, dass auf Basis von Wiederholungen das System eine „Idee“ von der Relation zwischen Bewegung und rückgekoppelter Information entwickelt, die als Erwartungshorizont bezeichnet wird. Vorhersagbarkeit ist eine bedeutende Bedingung für das Handeln.

Wiederholungen sind wichtig für das Lernen und die sucht sich das Kind im Normalfall auch selber. Bei oft wiederholten, automatisierten Bewegungen speichern die zentralen neuronalen Netze die Charakteristiken des Inputs genau ab.

Wenn ein Teilbereich des Netzwerks verändert wird, kennt das Netzwerk die Tätigkeit nicht mehr und muss sich reorganisieren. Das System schreibt sich um. Die Reorganisationsgeschwindigkeit hängt von der Lerngeschichte eines Wesens ab. Der Mensch ist kein Freund von Inkohärenz, daher versucht er die Information aus der Umwelt so zu interpretieren, dass seine kognitive Haushaltsführung, seine Meinung, hält. Er kann aber seine Meinung unter Einfluss von Parameterinformationen revidieren (Mulder, 2007).

Die Lerngeschichte kann über den Umgang mit dem Menschen positiv oder negativ beeinflusst werden. Interessant, aber ebenso nicht restlos geklärt, sind die Zusammenhänge im Bereich der emotionalen Entwicklung. Tatsache ist, dass Kinder, die geringe Zuwendung erfahren, an einer chronischen Unteraktivierung der emotionalen Zentren im Gehirn leiden (Braun, 2005).

Lernen verändert das Gehirn

Untersuchungen in der Lern- und Gehirnforschung lassen einige Schlüsse zu:

- evolutionsbiologisch ist die älteste Lernform das Spiel
- Kinder wollen lernen
- das Gehirn sucht Anregungen
- das Gehirn versucht Denk- und Erklärungskonzepte zu erstellen
- „Aha Erlebnisse“ führen zu Dopaminausschüttung; Teuchert-Noodt (2000) hat in ihren Untersuchungen nachgewiesen, dass Bewegung die Aktivierung verschiedener Botenstoffe begünstigt

- Lernen ist ein aktiver Prozess
- Lernen ist mit den verknüpften Emotionen verbunden, die Veränderungen im Gehirn bewirken
- das Gehirn kann nicht überfordert, wohl aber demotiviert werden
- eine Fehlfunktion des Belohnungssystems wirkt sich auf zukünftige Lernprozesse aus

Im neurobiologischen Sinn ist Lernen also ein aktiver ganzheitlicher Prozess, bei dem die verschiedenen Gehirnregionen parallel aktiviert werden.

Über Versuche konnten Aktivierungen verschiedener Zentren des Gehirns bei Lernprozessen nachgewiesen werden. Es mussten parallel die motorischen, limbischen, emotionalen und kognitiven Zentren aktiviert werden, um Lernen in Gang zu setzen.

Ein Bereich alleine genügt nicht. All diese Zentren liegen nicht unmittelbar nebeneinander. Um sie parallel zu aktivieren braucht es „gating-Mechanismen“, die diese Gehirnmodule funktionell koppeln und so eine fokussierte Aufmerksamkeit ermöglichen. Die wiederum für das Lernen notwendig ist und besonders über emotionale Zentren beeinflusst wird (Braun, 2005).

Funktion des Gedächtnisses

Wir konstruieren das Erinnerte jedes Mal neu. Wenn wir uns erinnern, wird es immer als Skizze abgespeichert und diese im Erinnerungsprozess bereits wieder mit der momentanen Befindlichkeit und der aktuellen Situation verknüpft, bewertet und neu abgespeichert. Ohne die erwähnte Grundspeicherung in Form von „Skizzen“ ist es nicht möglich jeden Augenblick neu zu konstruieren, da diese Funktionsweise enorme Geschwindigkeiten benötigt, die vom Gehirn nicht produziert werden können.

Ein frischer Gedächtnisinhalt ist zunächst noch sehr instabil und muss möglichst innerhalb der nächsten 24 Stunden öfters neu rekonsolidiert werden. Löschen ist im instabilen Erinnern noch leicht möglich und wird durch die emotionalen Zentren stark beeinflusst (Mulder, 2007).

Die Sinnesverarbeitung erfolgt äußerst komplex, daher besteht auch das im Gedächtnis gespeicherte Material nicht aus einzelnen Elementen, sondern aus Gruppierungen zu sinnvollen Ganzheiten. Die kognitiven Mechanismen, über die wir als Erwachsene verfügen, unterscheiden sich grundsätzlich von denen, die Kinder zur Verfügung haben.

Erinnerungen werden mit der Zeit im Gehirn umgeformt. Erinnern ist also eine dynamische Aktivität und die Erinnerung ein Resultat aus diesem Prozess (Mulder, 2007).

Wie Bewegung funktioniert

„Wir bewegen uns, meistens wissen wir, warum, aber wir wissen kaum, wie“ (Mulder, 2007, S.43)

Bewegung funktioniert sehr komplex, unter Beteiligung von über 700 Muskeln. Emotionen und Erinnerungen beeinflussen die Bewegungshandlungen. Völlig unterschiedliche Muskeln können dasselbe Resultat erzielen. Offenbar werden die einzelnen Muskeln nicht isoliert angesteuert, sondern nur ganze Funktionseinheiten.

Es wird über Netzwerke, Selbstorganisation und Verbindungsstärke gesprochen, aber wie das System tatsächlich funktioniert, ist nicht genau bekannt. Nach vielen theoretischen Erklärungsversuchen ist man heute soweit, dass verschiedene Theorien zueinander finden und der Einfluss von Perzeption, Kognition und Emotion auf die Aktion als untrennbar gesehen wird (Mulder, 2007).

1.2.8.3 Pädagogische Begleitung von Lernprozessen

Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten sollten neben pädagogischen Kenntnissen ein realistisches Konzept von den hirnbioologischen Mechanismen besitzen.

Lernen kann nicht von außen verursacht werden. Lernen wird aber durch Außenreize angeregt. Pädagogen entscheiden, was den Lernprozess fördert. Daher ist es wohl eine didaktische Herausforderung, Kinder für etwas begeistern zu können und damit die benötigte fokussierte Aufmerksamkeit für das Lernen zu unterstützen.

Emotionen beeinflussen den Lernvorgang entscheidend. Die Tatsache muss berücksichtigt werden, wenn das Thema Gesundheit und Krankheit mit Kindern bearbeitet wird. Ängste vor möglichen Erkrankungen hemmen die erwarteten Lernprozesse. Die Art wie Kinder denken und somit die Zusammenhänge sehen, wird oft nicht berücksichtigt (Bengel, Belz-Merk, 1997).

Das führt bei den Kindern zu falschen Rückschlüssen und fehlerhaften Abspeicherungen.

Die Fähigkeit, mit Informationen aus der Umwelt umgehen zu können, ist von ausschlaggebender Bedeutung sowohl für das Erlernen, als auch für das Ausführen von motorischen Handlungen.

Mit Hilfe von Bewegungen suchen wir Antworten auf Probleme, vor die uns die Umwelt stellt. Neue Erfahrungen macht ein Kind am ehesten, wenn es die Möglichkeit hat Probleme zu lösen. Dabei ist es für ein Kind hilfreich, Lösungen abzuschauen und für sich zu adaptieren. Das verstärkt das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die Vorbilder.

Das gelingt aber nur dann, wenn die Probleme von Kindern gelöst werden können, ohne Über- oder Unterforderung. Sonst fehlt die Motivation zur Problemlösung und die Kinder verlieren ihre Neugier. Wenn die Aufgabe zu schwierig gestellt wird und das Einfühlungsvermögen für das Kind nicht gegeben ist, kommt wieder Angst mit der geschilderten Kettenreaktion in Spiel (Hüther, 2006).

Die Entscheidung, welche Probleme ein Kind lösen kann, muss mit dem Kind gemeinsam getroffen werden. Ob es sich der Aufgabe stellen kann, kann nur das Kind selber entscheiden.

Förderung muss in dem Zusammenhang kritisch gesehen werden. So kann ein Kind nur gefördert werden, wenn es Raum bekommt, um Erfahrungen zu machen.

Diese Art der Begleitung bereitet Lernen vor. Ein Erziehungsprozess kann dann gestartet werden, wenn das Interesse innerhalb der oben genannten Bedingungen auf eine bestimmte Handlung, Entdeckung oder Fertigkeit gelenkt wird. Gleichzeitig hilft es dem Kind, das Interesse oder eine Begeisterung des Erziehenden für das Thema zu spüren (Hüther, 2006). Kinder brauchen also Anregungen von erfahrenen Menschen, an denen sie sich orientieren können.

Unter kompetenter Anleitung Erwachsener können Kinder ihre Spielräume kreativ nutzen.

Lernen gelingt nicht, wenn: Kinder sich nicht aktiv an der Gestaltung ihrer Welt beteiligen können, wenn sie mit Angeboten und Reizen überflutet werden, wenn sie keine eigenen Erfahrungen machen dürfen, wenn sie keine Anregungen erfahren und über keine Räume mehr verfügen und wenn Bildung nicht wichtig ist in der Gesellschaft, in der sie aufwachsen (Hüther, 2006).

1.2.8.4 Bewegung und Gesundheit

Über die epidemiologische? Bedeutung einer frühen Vermittlung gesundheitsfördernden Verhaltens sind sich viele Wissenschaftler im Klaren (Haverkamp, 2005). Die Grundlagen dazu sollen im Kindesalter geschaffen werden und sich über die Lebensjahre hinweg stabilisieren (Eschenbeck, Kohlmann, 2004). Eine gezielte Bewegungsförderung im Kindergarten wirkt auf die allgemeinen Ausdauerleistungen (Bös, 1999, Adamus, Kalka, 2007, Frühwirth, 2007) auf die Entwicklung von Kraft und Koordination und beeinflusst die Kinder ganzheitlich in ihren Fähigkeiten. Lange Zeit wurde eine gesundheitsfördernde Wirkung der Bewegung nur vom sportlichen Training erwartet.

Weiß (Weiß et al, 2000) ergänzt das Sportparadigma durch ein Aktivitätsparadigma. Somit wird auch moderate Bewegung des täglichen Lebens als Gewinn bringend für Gesundheit erkannt und soll gefördert werden. Dennoch steht aber doch die Erhöhung der Intensität durch Sport im Zentrum des Bemühens. Wobei bis zum Jahr 2007 die Zahl der aktiven Sporttreibenden nicht gestiegen ist und daher überlegt werden muss, wie und durch welche Angebote die Menschen erreicht werden können.

Eine Möglichkeit wäre, die Kinder in den Schulen zu mehr Bewegung zu veranlassen. Zirolì und Döring (2003) konnten erheben, dass regelmäßige Bewegung in Schulen mit Sportprofil zur Abnahme von Adipositas unter den Kindern im Grundschulalter führt. Wobei hingegen in den Schulen ohne Sportschwerpunkt eine Zunahme der übergewichtigen Kinder beobachtet werden konnte.

Eine weitere interessante Untersuchung zur Quantifizierung der Alltagsaktivität von Schulkindern wurde von einem Forschungsteam um Klaus Völker und dem Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe an drei Münsteraner Schulen durchgeführt (Völker, 2005). Sie ergab, dass nur während des Sportunterrichts die Aktivität höher ist als im Alltag und dass sportliche Kinder keine vermehrte Aktivität im Alltag zeigten, als nicht sportliche Kinder. Eine Erhöhung der Aktivität zeigte sich wiederum in sogenannten aktiven Schulen, die in ihrem Konzept mehr Bewegung im Alltag vorsehen.

Neben diesen Untersuchungen konnten Experten aus dem Therapiebereich nachweisen, dass neben einer allgemeinen Bewegungsförderung, verschiedene Bereiche sehr gezielt und fachlich kompetent, betreut werden sollten. Dazu stellten Heck et al. (2004) durch Reihenuntersuchungen fest, dass die unspezifische allgemeine Bewegungsförderung Problembereiche nicht erreicht. *„Eine allgemeine Bewegungsförderung im Kindesalter ist aber zu wenig, um Haltungsprobleme in Schach zu halten. Dazu muss auf eine gezielte positive Beeinflussung der Haltung geachtet werden“* (Heck, Raabe, Stehle, Weiß, 2004, S.134).

Das gilt auch für die Osteoporoseprophylaxe. Bereits im Kindes- und Jugendalter ist es möglich über bestimmte Bewegungsreize auf die Knochendichte Einfluss zu nehmen. Diese Tatsache ist bisher unterschätzt worden (Samitz, 2002, Matthies, Bennel, Kahn, Warte, 2002).

Namhafte Schweizer Wissenschaftler gaben eine Stellungnahme aus wissenschaftlicher Sicht zu Bewegung und Sport im Jugendalter ab. Sie bezogen sich auf aktuelle wissenschaftliche Literatur und analysierten insgesamt 42 Arbeiten zu dem Thema. Als Ergebnisse wurden die biologischen Effekte der sportlichen Bewegung, die Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen der Jugendlichen, die Effekte auf die Stimmung und auf psychosoziale Gesundheit, die Zusammenhänge zwischen Jugendsport und Gesundheitsgewohnheiten, der Jugendsport als „Life-Time Sport“ und der Stellenwert der schulischen Bewegung untersucht. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung stellten sie fest, dass Bewegung im Kindesalter eine unmittelbare, mittelbare und langfristige Bedeutung habe, die oft nicht angemessen beachtet werde. Bewegung wurde und wird oft zu sehr am biologischen Nutzen festgemacht.

„Die vorliegende Evidenz deutet zum einen darauf hin, dass regelmäßige sportliche Betätigung im Jugendalter ein wesentliches Element der psychischen Gesundheit und Stabilität der Jugendlichen darstellt.“ (Marti, Bühlmann, Hartmann, Ackermann, Liebrich, Hoppeler, Martin, Seiler, Kriemler, Stüssi, Narring, Brirrer, Jimmy, Imhof, Vuille, 1999, S 178) Sportliche Bewegung scheint die intellektuellen Fähigkeiten auf keinen Fall negativ, eher aber positiv zu beeinflussen.

Die Zusammenhänge mit körperlicher Aktivität und Gesundheit lassen sich also in unterschiedlichen Untersuchungen darstellen. Auswirkungen von Bewegung und kognitiven Fähigkeiten sind immer wieder untersucht worden. Während im Erwachsenenalter und im späteren Alter die Zusammenhänge nicht eindeutig nachweisbar sind (Mulder, 2007), deuten Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter auf Korrelationen hin.

1.2.9. Beschreibung der Physiotherapie/Berufsbild und Berufsprofil

Im Österreichischen MTD Gesetz (siehe Anhang), das die Berufsausübung der Physiotherapeuten regelt, findet sich die Bezeichnung „*Erziehung und Beratung Gesunder*“. Die gesetzlichen Grundlagen erklären das Tätigkeitsfeld der Gesundheitserziehung und Prävention als Arbeitsfeld der Physiotherapeuten.

Erziehung und Beratung Gesunder ist, wie in Kapitel 1.2 bereits abgehandelt, im Kontext eines modernen Gesundheitsverständnisses komplexer zu verstehen.

Berufsbild, Berufsprofil

Im Leitbild des Verbandes der Physiotherapeuten ist das Aufgabengebiet festgehalten.

„Physiotherapie umfasst alle Angebote zur Vermeidung von Störungen des Bewegungssystems, sowie zur Erhaltung und Wiederherstellung der natürlichen Bewegungsabläufe eines Klienten oder Patienten mit dem Ziel optimale individuelle Bewegungs- und Schmerzfreiheit bzw. Selbständigkeit zu erreichen.“

Der Zugang zum Menschen verläuft über Bewegungsangebote.

„Bewegung ist eine Grundlage des Lebens. Sie ist Ausdruck der Persönlichkeit und Befindlichkeit des Menschen. Die Einschränkung der Bewegung bedeutet den Verlust an persönlicher Freiheit und eine bisweilen massive Veränderung der Lebensqualität. Bewegung und Berührung ermöglichen der Physiotherapeutin einen besonderen Zugang zum Menschen. Daher wirkt Physiotherapie immer auf den Menschen in seiner Gesamtheit.“ (Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs, Berufsbild, 2004, S 4)

Im Berufsprofil der Physiotherapeuten Österreichs wird ein Überblick über die Aufgabenbereiche gegeben. Die Physiotherapie wird als komplexes, differenziertes Berufsfeld beschrieben.

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Relevanz nur der Einsatzbereich Gesundheitsförderung und Prävention herausgegriffen.

Physiotherapeuten verstehen unter Gesundheitsförderung *„die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen und allgemeinen Sinn und in allen Phasen des Lebens“*

Und die *„Primäre Prävention beinhaltet alle Maßnahmen, die auf eine Vermeidung von Erkrankungen oder schädigendem Verhalten abzielen, und beziehen sich damit auf Krankheitsursachen. Die Sekundärprävention beinhaltet Maßnahmen zur Früherkennung von Risiken bzw. von bereits bestehenden Erkrankungen, und die Tertiärprävention zielt auf eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs ab“* (Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs Berufsprofil, 2004, S 12).

Die Kernkompetenzen der Physiotherapie, die von den Physiotherapeuten Österreichs im Rahmen der im Kapitel 1.2 erwähnten Studie angegeben wurden (Schörner, 2001), geben einen Überblick über das Arbeitsverständnis.

- Kompetenz in der Arbeit mit Bewegung
Physiotherapeuten bezeichnen sich als Bewegungsexperten und Spezialisten.
- Kompetenz des professionellen, systematischen Handelns
Das bezieht sich auf das Wissen und Erkennen von physiologischen und pathologischen Zusammenhängen der Sensomotorik. Daraus folgt die Möglichkeit kompetent, zielorientiert

und Problem lösend zu Planen und zu Handeln und somit Patienten und Klienten individuell über nicht-invasive Behandlungsmethoden und über Beratung und Begleitung zu unterstützen.

- Kompetenz der Patienten/Klienten zentrierten Herangehensweise
Das bedeutet die Förderung der Eigenaktivität der Patienten/Klienten unter Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge. Empathie und Wertschätzung begleiten Patienten und Klienten in die Selbstständigkeit.
- Participation des Patienten/Klienten
Das betrifft die Teilnahmefähigkeit an der Gemeinschaft.

Physiotherapieausbildung in der Phase der Umstrukturierung

Derzeit verläuft die Überführung der Ausbildung der Physiotherapeuten in Österreich aus einem postsekundären Bildungssystem in das tertiäre Bildungssystem. Dadurch wurden und werden inhaltliche Veränderungen, sowohl organisatorische als auch fachliche, in der Struktur der Ausbildung notwendig (Meriaux, 2006). Laut des Fachhochschulgesetzes (BGBl. 70. Bundesgesetz, 2005, BGBl. FH- MTD- Ausbildungsverordnung, 2006) soll die Physiotherapieausbildung eine praxisbezogene Ausbildung auf Hochschulniveau darstellen und die Absolventen sollen dadurch befähigt werden, in den einzelnen Tätigkeitsfeldern basierend, auf den Erkenntnissen der Wissenschaft und den Erfordernissen der Praxis zu arbeiten. Die Gesundheitsförderung wird in der Ausbildungsverordnung als Tätigkeitsfeld angeführt. Studenten einer Fachhochschule in diesem Bereich künftig auch einen Teil ihrer praktischen Ausbildung absolvieren können.

Kinderphysiotherapie

Der Bereich der Pädiatrie wird für die Physiotherapie als „abwechslungsreiches und vielseitiges Fachgebiet“ (Wenzel, 1999, S.X?) beschrieben. Ein Fachgebiet, in dem das Kind traditioneller Weise ganzheitlich gesehen wird.

Die Arbeit in der Pädiatrie ist bestimmt durch die Zielvorstellung, Kindern in ihrer sensomotorischen Entwicklung Unterstützung zu bieten, um eine Basis für eine ungestörte Gesamtentwicklung zu legen (Berufsbild, 2004).

So müssen in der Kinderphysiotherapie angewendete Konzepte weit über einen rein mechanistischen Einfluss hinausgehen (Wenzel, 1999). Dieses Verständnis wird in den neurophysiologischen Behandlungskonzepten, in der Psychomotorik oder in kinderorthopädischen Konzepten berücksichtigt. Physiotherapeuten, die sich auf die Arbeit mit Kindern spezialisiert haben, orientieren sich in ihren Angeboten an den speziellen Bedürfnissen von Kindern in den unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen.

Für die Prävention in der Kinderphysiotherapie werden zwei Schwerpunkte beschrieben. Die Anpassung der Einrichtungen an kindliche Bedürfnisse und die Gestaltung von Bewegungsprogrammen für Gruppen in diesen Einrichtungen (Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs, Berufsbild, 2004).

Dazu zählen auch Angebote über „Rückenschule“ in Kindergärten und Schulen, Beratung der Pädagogen hinsichtlich ausgleichender Bewegungsangebote und die ergonomische Beratung.

Fachgruppe Kinderphysiotherapie

Innerhalb des österreichischen Bundesverbandes der Physiotherapeuten besteht eine Fachgruppe „Kinderphysiotherapie“, die die Interessen dieser Therapeutengruppe vertritt, Fortbildungen organisiert, fachlichen Austausch unterstützt und besonders im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit aktiv ist. Neben den auf den Kinderbereich spezialisierten, das heißt, ausschließlich mit Kindern arbeitenden

Physiotherapeuten, betreuen den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung auch Physiotherapeuten, die auf andere Tätigkeitsfelder spezialisiert oder allgemein tätig sind, wie z.B.. Sportphysiotherapeuten oder Physiotherapeuten aus der freien Praxis, wo Klientel aller Altersgruppen zur Therapie bzw. Beratung kommt.

1.2.10 Integrative Physiotherapie; neues Denkmodell

Die Österreichischen Physiotherapeuten orientieren sich grundsätzlich an dem Modell der „integrativen Physiotherapie“.

Dieses Modell basiert auf einem bio-psycho-ökö-sozialen Menschenbild, das mit dem Denken und den Ansätzen innerhalb der Gesundheitsförderung korreliert. Es erklärt sich auch durch die Veränderungen in der Physiotherapie in den letzten 20 Jahren, da sich aus den unzähligen Verfahren und Methoden innerhalb der klinischen Medizin keine Weiterentwicklung mehr ergeben konnte.

Im Zusammenhang mit der Konstruktion eines Studien-Fachs „Physiotherapie“ entwickelte Antje Hüter-Becker, das „Neue Denkmodell in der Physiotherapie – ein integrativer Ansatz in der Physiotherapie“ und stellte es in der Fachwelt der Physiotherapie zur Diskussion (Hüter-Becker, 2002).

Bis zu diesem Zeitpunkt orientierte sich die Physiotherapie an den klinischen Fachgebieten.

Der veränderte Blick auf den Menschen beschreibt nun Wirkorte für die jeweiligen Ansätze in der Arbeit mit den Menschen.

Als Wirkorte werden Organ- und Funktionssysteme beschrieben. Der Vernetzung zwischen den Wirkorten wird eine große Bedeutung beigemessen.

Die vier, im „neuen Denken“ beschriebenen Wirkorte physiotherapeutischer Interventionen sind:

- Bewegungsentwicklung und Kontrolle
- Funktionen des Bewegungssystems
- Funktionen der inneren Organe
- Verhalten und Erleben

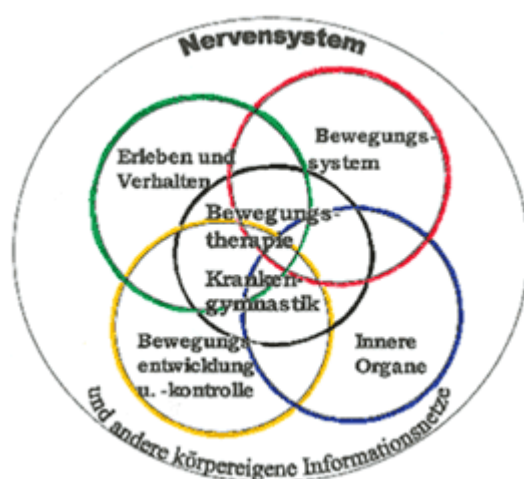


Abb. 4. Das neue Denkmodell in der Physiotherapie Hüter-Becker, 2002, S 1

Geht das Bild noch in besserer Qualität? (höhere Auflösung?)

Das neue Denkmodell verlässt alte Strukturen und eröffnet Möglichkeiten, integrative physiotherapeutische Maßnahmen, die auf unterschiedlichen Wirkorten ihren Ansatz finden, zu gestalten.

Bisher wurde dem Verhalten und Erleben des Patienten/Klienten, aber auch dem des Therapeuten wenig Beachtung geschenkt. Neu ist auch, dass dieser Bereich gleichwertig mit den, für die Physiotherapie traditionellen Funktionen des Bewegungssystems gesehen wird. Das bedeutet aber, dass sich Physiotherapeuten mit dem Bereich des Verhaltens und Erlebens auseinandersetzen und fachlich qualifizieren müssen.

Die Neuorientierung an dem bio-psycho-öko-sozialen Menschenbild, ermöglicht einen ressourcenorientierten Zugang, wie er in der Gesundheitsförderung verlangt wird. Dadurch lassen sich Interventionen aus physiotherapeutischer Sicht, die Menschen in ihrer Gesundheit fördern, begründen und evaluieren. Als physiotherapeutische Interventionen werden neben Maßnahmen innerhalb der Gesundheitsförderung und Prävention, die kurativen, die rehabilitativen und die palliativen Maßnahmen definiert (Geuter, Bollert, 2007).

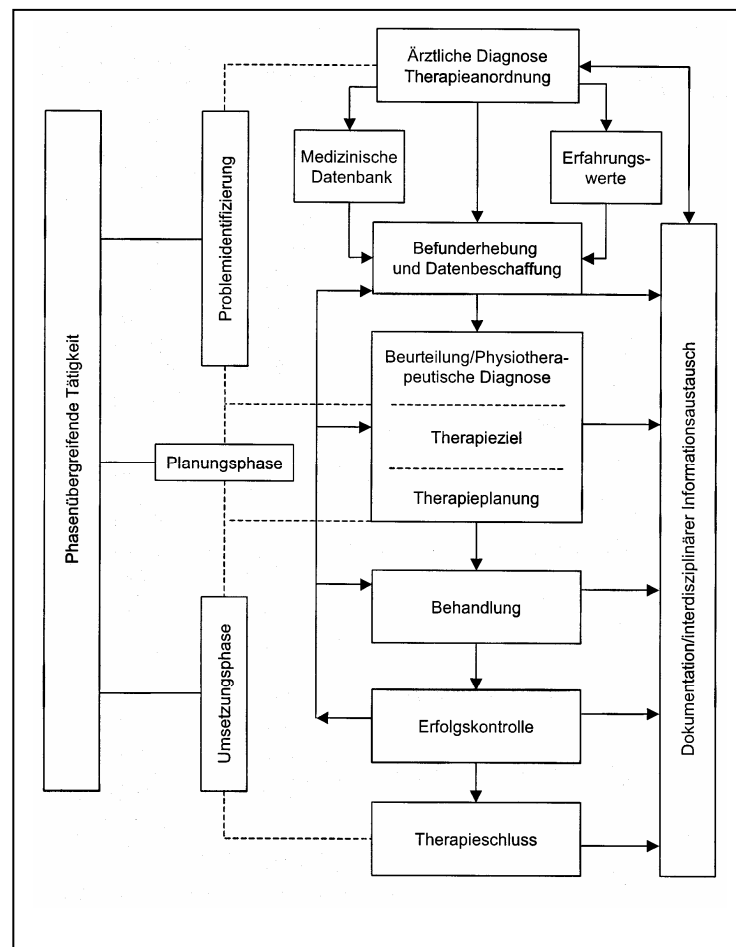
„Integrative Physiotherapie folgt damit nicht ausschließlich einem linear-kausalen (defizitorientierten) pathogenetischen Ansatz, sonder favorisiert ein systemisches (ressourcenorientiertes) salutogenetisches Modell“ (Hüter- Becker, 2002, S. 2).

Seit einigen Jahren soll nun das „Integrative Modell“ der Physiotherapie die Grundlage jeder physiotherapeutischen Intervention bilden. Diese Tatsache hat nicht zuletzt auf die Ausbildung einen bedeutenden Einfluss genommen. Systemisches Denken, Vernetzung und Erweiterung des Fachwissens soll schließlich zu einem integrativen Handeln in der Physiotherapie führen.

Trotz des Modells der Wirkorte der Physiotherapie, ist es oft notwendig einen biomedizinischen Aspekt in dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der Physiotherapie zu integrieren, um die mechanistische Perspektive von Störungen nicht außer Acht zu lassen. Eine Klärung der Beziehungen zwischen den einzelnen Krankheitsmodellen, die den unterschiedlichen physiotherapeutischen Konzepten zugrunde liegen, sollte sinnvoller Weise gelingen (Schomacher, 2007).

1.2.11. Der Physiotherapeutische Prozess

Der physiotherapeutische Prozess bildet die Arbeitsgrundlage in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliativversorgung. Er beschreibt die Vorgangsweise, wie die Arbeit mit Patienten und Klienten durchzuführen ist. Die Vorgangsweise nimmt Bezug zu den Funktionsebenen des aktuellen Gesundheitsmodells der WHO, der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning and Disability and Health). Er beinhaltet Problemidentifikation, Therapieplanung, Umsetzung, phasenübergreifende Tätigkeiten, die auf Grundlage einer ärztlichen Diagnose durchgeführt werden (Berufsprofil, 2004). Auf den Ergebnissen der physiotherapeutischen Problemidentifikation werden therapeutische Hypothesenbildung, anschließende Interventionen geplant, durchgeführt, reflektiert und evaluiert (siehe Abb. 3). Die Dokumentation des Prozesses ist verpflichtend vorgeschrieben. Die Aufzeichnungen müssen jederzeit einsehbar verwaltet werden und Berichte und Befunde an die verordnenden Ärzte vermittelt werden. Die Arbeit mit Gesunden bedarf keiner ärztlichen Verordnung. Für diese Arbeit empfiehlt es sich ebenso, die Schritte des physiotherapeutischen Prozesses anzuwenden.



Abd 3: Der physiotherapeutische Prozess (ÖBIG, 2003, S 40)

1.2.12 Gesundheitsmaßnahmen/Prävention und Kinderphysiotherapie/ Studien

Aus den Ergebnissen von Studien und Forschungsergebnissen der Berufsgruppe der Physiotherapeuten lässt sich ein nationaler und internationaler Stand der Forschung ableiten, auf dem die Ansätze in Gesundheitsförderung und der Prävention basieren. Veröffentlichte Studienergebnisse aus den relevanten Datenbanken (Pedro, Chorchrane, Pubmed, Medline, Ovid) und die aktuellen Beiträge des Weltkongresses der Physiotherapie in Kanada 2007 bildeten die Grundlage für die Literaturrecherche in der vorliegenden Arbeit. Daraus geht hervor, welche Projekte durchgeführt wurden und in welchem Rahmen.

Insgesamt wird die Bezeichnung Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Projektbeschreibungen und Studien selten verwendet, der Begriff Prävention jedoch häufiger. Bei den meisten präventiven Projekten handelt es sich um tertiärpräventive Projekte, die gesundheitsfördernde Elemente mit einschließen, aber nicht als solche benannt werden. Die häufigsten Forschungsbereiche sind kindliches Übergewicht, Training oder Sportangebote für cerebralparetische Kinder und Betreuung von Frühgeborenen oder Risikokindern. Screenings und Vergleiche von behinderten Kindern mit gesunden Kindern in verschiedenen Funktionen werden beschrieben. Einige Studien befassen sich mit primärpräventiven Projekten, wie Aktivitätssteigerung in den Schulen und ganz wenige mit dem politischen oder berufspolitischen Bereich.

Die Daten wurden kodiert und zur Theorieentwicklung analysiert (siehe Kapitel 2.1.1)

1.2.13 Bezugswissenschaften der Physiotherapie

Bedeutung der Bezugswissenschaften für die Theorieentwicklung

Greuter und Bollert schreiben in ihrem Artikel in der Fachzeitschrift Physiotherapie über die Bedeutung der Bezugswissenschaften der Physiotherapie für die Entwicklung der eigenen beruflichen Identität. Als Bezugswissenschaften bezeichnen die Autoren solche, die „*bei spezifischen Fragen oder praktischen Bedarfen im Rahmen der Physiotherapie herangezogen werden können...*“ (Geuter, Bollert, 2007). Als mögliche Bezugswissenschaften kommen in erster Linie die Wissenschaftsfelder der Medizin, Gesundheitswissenschaften, Sportwissenschaften, Psychologie, Gesundheitspsychologie, Soziologie, Motologie, Pädagogik, Philosophie,...in Frage. In weiterer Sicht können auch die Felder anderer Wissensgebiete bedeutungsvoll erscheinen, wie die der Umweltwissenschaften oder Politologie.

Um Theorien innerhalb der Physiotherapie zu entwickeln, ist es sinnvoll, auf die Erkenntnisse der Forschung der Bezugswissenschaften zurückzugreifen und sie, wenn sie auf Gültigkeit überprüft sind, für die Physiotherapie zu adaptieren. Diese Bauteile anderer Wissenschaftsfelder sind aus dem ursprünglichen Kontext entfernt, neu in den der Physiotherapie einzuordnen.

So entstandene Theorien werden innerhalb der Physiotherapie auf die eigenständige Wissensbildung wirken.

Der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter wird in allen obern erwähnten Wissensfeldern behandelt.

In der Sportwissenschaft wird verlangt, Konzepte zu entwickeln und zu überprüfen, die auf die Resilienz der Kinder einen positiven Effekt haben (Ungerer-Röhrich, 1999). „*Es bedarf aber einer Weiterentwicklung von Gesundheitsförderkonzepten und deren Evaluation, bei der vor allem die Prozessqualität, also Interaktionen und Erfahrungen der Kinder in Kindergarten und Schulen, beachtet werden muss*“ (Ungerer-Röhrich, 1999, S 20).

Haas sieht die Chancen für eine psychomotorisch orientierte Gesundheitsförderung durch den Paradigmenwechsel von einem biomedizinischen Gesundheitsbegriff zu einem bio-psycho-sozialen „Gesundheits-Coaching“ mit einer Settingorientierung.

Für das Kindesalter eignen sich psychomotorische Maßnahmen besonders zur Umsetzung der bundesweiten Gesundheitsziele, da in der psychomotorischen Sichtweise des Menschen immer die Gesamtpersönlichkeit betrachtet wird und nicht einzelne Teilbereiche gefördert werden (Haas, 2007).

Zur Evaluation sollen die Interventionen nach den Kriterien der „Models of good practice“ aufgebaut sein und sich nach den erforderlichen Kriterien richten.

Psychomotorisch orientierte Gesundheitsförderung meint, die Unterstützung des Menschen in der Gestaltung seiner salutogenetischen Prozesse über das Medium Bewegung und den Zugang über den Leib des Menschen. Als ein präventives Ziel kann die Bewältigung von Störungen über das Medium Bewegung und über die Leiblichkeit gesehen werden.

Interdisziplinärer Austausch

In der Gesundheitsförderung sind verschiedene Berufsgruppen tätig. Daher muss es Kooperationen vieler Fachbereiche geben, um interdisziplinär im Austausch gemeinsam nachhaltige Gesundheitsförderung betreiben zu können. Das fordern ebenso die Experten des Fonds Gesundes Österreich. Physiotherapeuten haben gerade in diesem Tätigkeitsfeld Berührungspunkte, Ergänzungen aber auch Überschneidungen mit anderen Fachbereichen. Interdisziplinäre Tätigkeiten und Austausch können für die Menschen, die in ihrer Entwicklung begleitet werden nur von Vorteil sein.

Physiotherapeuten sollten sich an der Entwicklung und Begleitung wissenschaftlicher Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention beteiligen (Geuter, Lehmann, 2007).

Im Anschluss an die Installierung des Gesundheitsförderungsgesetzes wurden Netzwerke im Bildungsbereich und in den verschiedenen Bewegungsbereichen aufgebaut. Diese Netzwerke sind national initiiert und nutzen die Europäische Ebene zur Vernetzung und Entwicklung gemeinsamer Gesundheitsstrategien.

Österreich ist in internationalen Netzwerken (EMIP, IHUPE; INHPF; EuroHealthNet) aktiv beteiligt. Auf den nationalen Ebenen einzelner Staaten werden aber durchaus unterschiedliche Ansätze verfolgt, wie z. B. „Health in all policies“ (Finnland, Niederlande, UK, usw)

2. METHODIK

Der Forschungsprozess setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Zunächst wird aus der Fachliteratur aus den Arbeitsfeldern der Physiotherapie, der Gesundheitsförderung und der Prävention über Kodierverfahren ein Kategoriensystem entwickelt, das das Tätigkeitsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention beschreibt. Zur Beschreibung eines Ist-Zustands muss aktuelle Literatur herangezogen werden, daher wird der Zeitraum, in dem die relevante Literatur veröffentlicht wurde, mit den Jahren 2000 bis 2008 eingegrenzt. In Ausnahmefällen wird auf Literatur früheren Datums verwiesen. Die Abfolge der Kodierprozesse und der Umgang mit der Literatur richten sich nach den Grundsätzen einer Grounded Theory nach Strauß und Corbin.

Anschließend wird auf Basis der identifizierten Kategorien ein Interviewleitfaden erstellt, um mittels einer Befragung von Experten der Kinderphysiotherapie festzustellen, inwieweit und in welchem Ausmaß Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Kinderphysiotherapie in Österreich umgesetzt werden.

Die Experteninterviews werden nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet, die Ergebnisse der Analyse mit den aus der Theorie erstellten Kategorien in Beziehung gesetzt und diskutiert.

2.1 Grounded Theory

Ziel dieser Forschungsmethode ist es, in einer dem Forschungsobjekt „angemessenen“ Form empirisch fundierte Theorien zu entwickeln. Eine Grounded Theory kann als eine Abfolge ineinandergreifender Verfahren verstanden werden. Sie baut auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus auf (Wikipedia, 2007). Ich würde die Internetseite oder das Stichwort angeben und die Internetseite in die Literaturliste mit Zugriffszeit.

„Die Vertreterinnen der Grounded Theory konzipieren Datenanalyse und Theoriebildung als praktische, interaktiv zu bewältigende Tätigkeit – als Arbeit. Theorie bildet dabei nicht den Endpunkt des Forschungsprozesses. Theorie wird von Anfang an kontinuierlich gebildet und kennt keinen festen Endpunkt“ (Strübing, 2004 S. 14).

Diese Art der Theoriebildung hat sich zwar in den Sozialwissenschaften etabliert, wird aber auch für die Physiotherapie, als geeignete qualitative Forschungsmethode betrachtet (Mayer, Van Hilten, 2007).

Die Grounded Theory wurde von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss (2005) entwickelt. Bezeichnend für die Methode ist es, dass Datenerhebung, Analyse und Auswertung der Daten miteinander verwoben sind. Zentrale Bedeutung kommt dem „theoretical sampling“, als Prozess des Sammelns und Auswertens der Daten zu, wobei sich während des Prozesses immer erst entscheidet, welche zusätzlichen Daten im weiteren Verlauf heranzuziehen sind.

Der Prozess wird durch das Entstehen der Theorie (materiale oder formale) kontrolliert (Glaser, Strauss, 2005). Zu den Ergebnissen des strukturierten Forschungsprozesses führen das bereits erwähnte „Theoretical Sampling“ die verschiedenen Kodierverfahren, die spezielle „Verwendung von Literatur“ und die „Theoretische Sensibilität“ des Forschers.

Das Besondere an der Vorgehensweise ist, dass zu einer weiten Fragestellung die unterschiedlichsten Daten bearbeitet werden können. Die Kreativität des Forschers ist ein wesentlicher und erwünschter Faktor im Prozess.

Um die Grounded Theory umsetzen zu können, muss diese Forschungsmethode an die jeweilige Zielsetzung des Forschungsprojekts angepasst werden, wobei die Grundprinzipien des Forschungsverfahrens unbedingt zu berücksichtigen sind.

2.1.1. Auswahl der Daten (multiprofessionelle Stichprobe)- Kodieren

Um praxisrelevante Interventionsmaßnahmen zu identifizieren, die auch die von der Gesellschaft geforderte Nachhaltigkeit aufweisen, die in der Qualität gewinnbringend für die Volksgesundheit erscheinen und evaluierbar sind, muss auf unterschiedliche Quellen zurückgegriffen werden. Derzeit gibt es noch keine Standards in der Gesundheitsförderung und Prävention von Kinderphysiotherapeuten in Österreich. Es werden zwar Projekte und Interventionen auf theoretischen Grundlagen aufbauend, angeboten, aber Ergebnisse scheinen in relevanten Datenbanken oder in der Fachliteratur nicht auf. So müssen zusätzlich zum physiotherapeutischen Feld die Daten aus unterschiedlichen, „fachfremden“ aber auch „fachverwandten“ Quellen analysiert werden.

Es wurden sowohl Daten aus der Physiotherapie als auch aus den Bezugswissenschaften der Physiotherapie herangezogen. Interessant erscheint der Wissensbereich Psychomotorik und der Motopädagogik, da in der physiotherapeutischen Fachliteratur psychomotorische Konzepte zur Arbeit in der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern vorgeschlagen werden.

Psychomotorik wird in den letzten Jahren als Konzept in der Kinderphysiotherapie beschrieben, woraus zu schließen ist, dass sich die Arbeitsfelder überlappen, ergänzen und vernetzbar sind. So wurden zunächst die Ausgaben der Fachzeitschrift Motorik, „Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie“ nach Beiträgen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention durchsucht. Da das Thema zukunftsweisend zu sein scheint, sind Themenhefte, die sich ausschließlich mit dem Bereich Bewegung, Bildung und Gesundheit und der Gesundheitsförderung befassen, herausgegeben worden. Zudem wurden Kongressbände, die ausgewählte Zusammenfassungen von Köln 2005 mit dem Themenkreis „Bewegung in Bildung und Gesundheit“ und Osnabrück 2006, „Bewegung- Bildung und Gesundheit“ enthalten, zur Datengewinnung herangezogen. Namhafte Experten der Fachrichtung Psychomotorik und Motologie beschreiben aktuelle Trends, wissenschaftliche Ergebnisse, Konzepte und Entwicklungen und spiegeln den momentanen Stand der Wissenschaft in ihrem Fach wider.

Die Analyse und Kodierung ergaben einen ersten Einblick in die Theorie und Praxis des Berufsfeldes. Zunächst wurden nicht nur Projekte, die sich an Kinder und Jugendliche als Zielgruppe richten in die Analyse miteinbezogen, sondern auch solche, die Strukturen und Prozesse aufzeigen, die in der Gesundheitsarbeit über Bewegungsangebote von Nutzen sein können.

Als weitere Datenquelle wurde der Arbeitsbericht 2007 des Fonds Gesundes Österreichs genutzt, da die vom Fond geförderter Projekte, den Kriterien der Gesundheitsförderung in Österreich entsprechen, bildeten sie eine informative Grundlage für weitere Analysen.

Ergänzend zu den Kodierungsverfahren wurde Literatur, wie das „Public Health Buch oder das Lehrbuch der Gesundheitsförderung herangezogen, um Hinweise auf weitere Daten zu erhalten. Außerdem wurden Arbeiten, die in unterschiedlichen Medien veröffentlicht wurden und mit dem Thema auf ganz verschiedene Weise Verbindungen oder Beziehungen aufwiesen, zur Auswertung herangezogen. Dabei handelte es sich vorwiegend um Bildungspläne, Gesundheitsberichte und um verschiedene Projektbeschreibungen. Einige interessante Aspekte fanden sich auch in Fachzeitschriften, wie die „Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin“ oder Fachzeitschriften aus der Gesundheitspsychologie oder aus klinischen Fachbereichen.

Zusätzlich wurde die physiotherapeutische Arbeitsweise, auf Grundlage des Berufprofils, der Kernstandards, der Beschreibung des Berufsbildes, der European Core Standards, der Beschreibung der physiotherapeutischen Prozesses, aus den Ergebnissen von Studien zum Berufs- und Tätigkeitsprofils und der Beschreibung der integrativen Bewegungstherapie analysiert und nach Projektbeschreibungen, Studien und Forschungsergebnissen im Bereich der Kinderphysiotherapie in Österreich gesucht.

Als weitere Quelle wurden die Datenbanken Med Line, Pubmed, und Chochrane, Pedro und Ovid herangezogen. Über die Suchbegriffe „health Promotion“, „prevention“, „Gesundheitsförderung und Prävention“ in Verbindung mit „physical activity“, Bewegungsangebote, „Children“ oder Kinder und „Physical Therapy“ in verschiedenen Kombinationen, eingegeben, um die Ergebnisse etwas einzugrenzen.

Als eine aktuelle Quelle konnten die Abstracts des Kongresses des Weltverbands (WCPT) der Physiotherapie 2007 in Vancouver, wo über 200 Vorträge, Workshops und Posterbeiträge präsentiert wurden, verwendet werden.

Außerdem wurden die Geschäftsberichte der Jahre 2003-2007 des Bundesverbandes der Physiotherapeuten Österreichs nach kinderphysiotherapeutischen Projekten und Studienergebnissen durchleuchtet.

Weitere Quellen stellten die Arbeitsberichte, Arbeitsprogramme und die Homepage des Fonds Gesundes Österreich dar, und die Homepage der diversen Netzwerke, wie „Gesunde Schule“, „Gesundes Krankenhaus“ und „Bewegung“.

Außerdem wurde Literatur über Projekte aus dem Bereich der Sportwissenschaft analysiert und diverse Broschüren der Bundessportorganisation, der „Gesunden Schulen“ (www.give.at) herangezogen.

2.1.2. Einsatz der Literatur

Zum Einsatz der Literatur in der Phase der Kategoriebildung werden zwei unterschiedliche Vorgehen beschrieben. Nach Glaser (2005) sollte zunächst nur theoretisch abstrakte Literatur eingesetzt werden, um den Prozess der Forschung nicht durch zu viele Vorannahmen zu gefährden. Anschließend, wenn die Kategorien festgelegt wurden, kann die Literatur aus der Praxis mit den entstandenen Konzepten verglichen werden (Glaser; 2005). Nach Strauss und Corbin sollte jegliche Literatur von Beginn an verwendet werden, um aus diesen Konzepte und Theorien generieren zu können. Nach Glaser wäre also durch vorzeitige Literaturverwendung ein deduktives Verfahren mit vorgefassten Kategorien das Ergebnis und somit nicht unbedingt erwünscht.

Im Fall der vorliegenden Arbeit konnte von einigen sensibilisierenden Konzepten, die in der durch die Ausübung des Berufs bzw. aus Erfahrungen aus anderen physiotherapeutischen Tätigkeitsfeldern herleiten lassen, ausgegangen werden. Diese hatten Einfluss auf die Grundannahmen im Forschungsprozess. Es ging also im Folgenden darum, wie viel und welche Literatur geeignet ist, um Konzepte über die Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln. Das Vorwissen wurde als Grundlage zur Konzeptentwicklung herangezogen und nicht zur Erstellung eines Erklärungsmodells verwendet.

Die theoretische Sensibilität erhöhte sich im Laufe des Prozesses, indem bereits während der Kodierung der ersten Daten, nach weiterer themenzentrierter Fachliteratur aus verschiedenen Wissenschaftszweigen und nach spezifischern theoretischen Bezügen gesucht wurde.

2.1.3 Kodierverfahren

Die Analyse der Daten wird in der Grounded Theory als Kodieren bezeichnet. Beim ersten offenen Kodieren, handelt es sich um ein „Aufbrechen der Daten“, wobei einzelne Texteinheiten herausgenommen und nach dahinterliegenden Konzepten oder Bedeutungen gefragt wird. Die auf diese Weise entstandenen Codes werden zu Gruppen von Phänomenen, so genannte Kategorien, zusammengefasst (Strauss, Corbin, 1998). Ein weiteres Verfahren, das axiale Kodieren, setzt die Kategorien unter ordnenden Aspekten in Beziehung. Für die Entwicklung eines Kategoriensystems zur Erforschung der Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten kamen in erster Linie die Kodierverfahren des offenen und axialen Kodierens zur Anwendung.

Aus den Daten konnten erste Konzepte (offenes Kodieren) identifiziert werden. In weiteren Analyseschritten wurden Kategorien (axiales Kodieren) entwickelt, die dann zu einander in Beziehung gesetzt und geordnet, eine vorläufige theoretische Grundlage für die Praxis der gesundheitsfördernden und präventiven Arbeit bildeten.

2.1.4 Aufzeichnungen- Memos und Theoretical sampling

Um die Forschungsschritte nachvollziehen zu können, wurde ein Forschungstagebuch geführt und alle auftauchenden Gedanken in Form von Memos festgehalten. Es wurden Ideen, Fragen, erste Hypothesen und Zusammenhänge erfasst und in den Forschungsprozess integriert.

Um das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention zu erschließen, wurde das Sampling gezielt und systematisch durchgeführt. Zufällig entdeckte Zusammenhänge wurden ebenso im Forschungsprozess berücksichtigt (Strauss/Corbin 1996).

Die Entscheidungshilfen zur weiteren Datenerhebung ergaben sich aus folgenden Fragen, mit dem Ziel zu vertiefenden Erkenntnissen zu gelangen.

- *Welche Tätigkeitsfelder bieten sich für Physiotherapeuten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter?*
- *Welche Faktoren/Indikatoren stehen für Gesundheitsförderung, welche stehen für Prävention?*
- *Welche Kriterien sind in der Gesundheitsförderung zu erfüllen?*
- *Welche Kriterien sind in der Prävention zu erfüllen?*
- *Welche Berufsgruppen arbeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern über Bewegungsangebote?*
- *Was bedeutet Bedürfnisorientierung für Zielgruppen?*
- *Welche Bedeutung hat der Ansatz der Partizipation?*
- *Welche Einflüsse der Bewegung auf die kindliche Entwicklung müssen berücksichtigt werden?*
- *Welche Bedeutung hat die Bewegung in der kindlichen Entwicklung für welche Bereiche?*
- *Welche Kompetenzen brauchen Entwicklungsbegleiter?*
- *Welche neurobiologischen Grundlagen sind Voraussetzung für die Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld?*
- *Was macht die Gesundheitsförderung nachhaltig und gibt es Evaluationsprozesse oder Ergebnisse?*
- *Wie kann interdisziplinäres Arbeiten funktionieren?*
- *Welche Gemeinsamkeiten verbinden die einzelnen Konzepte?*

- *Sind Physiotherapeuten durch die Grundausbildung qualifiziert für den Tätigkeitsbereich?*
- *Wie unterscheidet sich Gesundheitsförderung von Primärprävention aus physiotherapeutischer Sicht?*
- *Wie gestaltet sich der Prozess der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderphysiotherapie?*
- *In welcher Rolle sieht sich die Physiotherapeutin in diesem Prozess?*
- *Welche Konzepte kommen zur Anwendung?*
- *Wie werden Kriterien der Gesundheitsförderung umgesetzt?*
- *Wie wird eine Gesundheitsförderung auf den Ebenen der Gesundheitsförderung beispielbar von Physiotherapeuten?*
- *Gibt es politische Einflussnahme von Physiotherapeuten in diesem Bereich?*

Über das Beantworten der Fragen, über Hypothesengenerierung und das Anstellen von Vergleichen wurden Beziehungen zwischen den Kategorien hergestellt und Kernkategorien, die durch Subkategorien dimensional erklärt werden, erstellt. Das Ende der Datenerhebung war durch eine gewisse Sättigung einzelner Kategorien vorgegeben.

2.1.5. Kernkategorien und Subkategorien

Um das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Kinderphysiotherapie zu erfassen, wurden zwei Kernkategorien ermittelt, die sowohl die Art der Angebote darstellen, das „Was“, als auch die praktische Umsetzung der Angebote, das „Wie“ beleuchten. Über die Dimensionierung/Ausprägung wird das „inwieweit“ geklärt.

Die zwei Kernkategorien wurden mit „Angebote/Tätigkeiten/Projekte/Studien“ und „Vermittlungspraxis“ bezeichnet. Beide Kategorien wurden mit Subkategorien unterlegt, die wiederum vernetzt ineinander greifen, Beziehungen aufweisen und sich gegenseitig bedingen.

Kernkategorie „Tätigkeiten“ im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche“

Projekte/Studien/Angebote

Subkategorie: „Angebote verschiedener Berufsgruppen“

Aus der Beschreibung einiger exemplarisch ausgewählter Projekte geht hervor, dass Bewegungsangebote als Medium verwendet werden, um die in der Gesundheitsförderung und Prävention definierten Ziele zu erreichen. Eine Auswahl aus einer Vielzahl von Projekten wird hier, in Stichworten beschrieben, vorgestellt. Hinter den meisten Projekten steht ein multiprofessionelles Team.

- *Gesundheit (FGÖ, Jahresbericht, 2007, Villa Kunterbunt-Kinderhaus Weiz)*

Praxisorientiertes Projekt im Kindergarten mit den Schwerpunkten Rückenfit (tägliche Bewegung, Gesundheitstage und begleitende Maßnahmen), Ernährung und Suchtprävention unter Einbeziehung der Eltern und Mitarbeiter

- *Betriebliche Gesundheitsförderung für Lehrlinge - Azubi Fit (FGÖ, Jahresbericht, 2007, Fritz Holter GmbH)*

Ein praxisorientiertes Projekt, das an der sozialen Kompetenz und am Gesundheitsbewusstsein der Lehrlinge ansetzt. Die Themen sind: Gesundheit allgemein und am Arbeitsplatz, Kommunikation und Konfliktmanagement, Selbsterfahrung und Umgang mit Informationen; Gesunde Ernährung, Stressmanagement, Suchtprävention und Teamarbeit

- *Lehrlingen den Rücken stärken (FGÖ, Jahresbericht, 2007, ASKÖ Landesverband Salzburg)*
- Schwerpunkte dieses Projekts sind: Rückentraining, Gesundheitstage, Sportförderung, gleichzeitig werden die Lehrer mit einbezogen und die Öffentlichkeit informiert. Das Projekt wird intern evaluiert

- *Ernährung - die bewegt für Mutter und Kind (FGÖ, Jahresbericht, 2007, Frauengesundheitszentrum F.E.M.)*

Ganzheitliches Programm zur Lebensstiländerung, um Übergewicht abzubauen und zu mehr Wohlbefinden und körperlicher Aktivität zu kommen

- *Gesundes Salzburg (FGÖ, Jahresbericht, 2007, AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH)*

Ein umfassendes Präventionsprojekt zur Vorbeugung von Herz-Kreislaufkrankungen mit dem Ziel innerhalb von fünf Jahren in 10 Salzburger Gemeinden und einem Stadtteil gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen.

- *Leichter durchs Leben (FGÖ, Jahresbericht, 2007, OÖ Familienbund, Eltern-Kindzentrum oke Eferding)*

Dabei handelt es sich um ein Gewichtsreduktionsprogramm für Kinder zwischen 8 und 10 Jahren mit Ernährungsberatung und Bewegungsförderung. Dabei werden Umfeld und Bezugspersonen mitbetreut.

- *INTAGRA-Integration mit KELY (FGÖ, Jahresbericht, 2007, Verein Lernfeld Sprache)*

Körpererfahrungslernen durch Yoga. Ein Projekt an einer Volksschule, wobei Kinder mittels energetischer Körperarbeit zu einem verbesserten körperlich-geistigen Wohlbefinden kommen. LehrerInnen wurden mit einbezogen und das Projekt vom pädagogischen Institut evaluiert. Angewendet in einer Integrationsklasse.

- *Movers- Ein Versuch zur Initiierung von Bewegungsfreude ein Leben lang (FGÖ, Jahresbericht, 2007, Verein Movers)*

Bewegungsförderung im Kindergarten unter Einbeziehung der Kindergartenpädagoginnen .

- *Ganz schön stark (FGÖ, Jahresbericht, 2007, Sportunion Burgenland)*

Steigerung des Bewegungsausmaßes bei Schulkindern durch unterschiedliche Bewegungsangebote unter Einbeziehung der Eltern und Pädagogen

- *Schatzsuche im Kindergarten – ein ressourcenorientierter Ansatz zur Förderung von Gesundheit und Bewegung (Ungerer- Röhlich, 2007)*

basierend auf systemischen, pädagogischen Grundlagen, gesundheitspsychologischen Grundlagen und den Grundlagen der positiven Psychologie wurde ein e-learning Programm entwickelt, das Kindergärten über das Internet erreicht, wobei über eine Plattform Erfahrungen ausgetauscht werden können und Unterstützung in Erziehungsfragen eingeholt werden kann. In den Kindergärten sollen Voraussetzungen geschaffen werden, die es ermöglichen, Bewegung und Bildung zu verknüpfen und die „Schätze“ der Kinder ihre Potenziale zu entdecken und weiter zu entwickeln.

- *Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (Zimmer, & Dzikowski, 2007)*

Aufbau und Förderung, Stärkung der Kompetenzen der Kinder zur erfolgreichen Auseinandersetzung des Kindes mit sich selbst, mit seiner personalen und sozialen Umwelt
Gesundheitserziehung wird dabei als Querschnittaufgabe betrachtet

Lernbereiche: Verbesserung der Impulskontrolle und Frustrationstoleranz
körperliche Auseinandersetzung in Spiel- und Übungssituationen
durch gemeinsames Problemlösen Kooperation und Teamfähigkeit fördern
über Gruppen und Partnerspiele den anderen wahrnehmen und körperliche Nähe zulassen

- *„Körperlich fit für die Schule“ (Lütgeharm, 2006)*

Förderung von grundmotorischen Fertigkeiten und Haltungsschulung in der Grundschule

- *„Fitte Kids in Spiel und Sport“ (Marktscheffel, 2006)*

Workshop zur Förderung von grundmotorischen Fertigkeiten von Kindern

Subkategorie „Angebote aus der Physiotherapie“

Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensraum Schule, bzw. Kindergarten:

- *„gesunde KiTas – Starke Kinder“ (ZVK-Journal 2007)*

Der ganzheitliche Ansatz verbindet Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und Stressbewältigung. Physiotherapeuten beteiligen sich an dem Projekt. Es wird für jede Kindertagesstätte ein passendes Konzept entwickelt.

- *„Fit für die Schule“ (Therapienetze Nord Rhein Westfalen, 2007)*

Das Programm ist für Kinder im letzten Kindergartenjahr und deren Eltern konzipiert. Die Inhalte setzen sich aus Wahrnehmungs-, Koordinations-, Schwung-, Sprech- und Sprachspielen, aus Entspannungstechniken, Haltungsschulung und Konzentrationsübungen zusammen

- *„Bewegte und gesunde Schule“ (Tutschek, 1996, Urlicic, V. & Wocelka, A. & Rotter, M. 2006)*

Basierend auf dem Konzept von Urs Illi, dem Begründer der bewegten Schule wird in der Volksschule ein umfassendes Projekt der Etablierung der Bewegung in der Schule durchgeführt, das von Physiotherapeutinnen begleitet, auch den Aspekt der Haltungsförderung und Rückenschule integriert.

- *Kids enorm in Form (PhysioAustria, 2004)*

Das physiotherapeutische Präventionsprojekt für Volksschulen beinhaltet ein verstärktes Bewegungsangebot im Schulalltag, es soll physischen und psychischen Belastungen vorbeugen und somit eine bewegungs- und gesundheitsförderliche Lernumgebung schaffen, außerdem über gezielte Bewegungsmaßnahmen das Körperbewusstsein der Kinder gefördert und die Gewohnheitshaltung im Sitzen und im Stehen positiv beeinflussen. Das Konzept sieht eine Zusammenarbeit mit DiätassistentInnen und Schulärzten vor. Als begleitende Maßnahmen waren Pressearbeit, Einbindung neuer Ausbildungsstätten, Erstellen von Informationsmaterial, arbeitsmedizinische Betreuung von Pädagogen und die Erstellung von Kinderpräventionskarten für die Verteilung mit Hilfe des Ministeriums an alle Schulen durchgeführt worden. Außerdem wurde das Präventionsprojekt am 2. Internationalen Kongress für Physiotherapie in Wien vorgestellt.

- *Primärprävention in Kindergärten und Schulen (Lehmann, 2007)*

Kinderrückenschule in Volksschulen in Zusammenarbeit mit Schulverantwortlichen, Elternverein, Schulärzten und Orthopäden. Ein ganzheitlicher Zugang zu den Kindern. Programm beinhaltet eine Eingangsuntersuchung, ist gekennzeichnet durch individuelles Eingehen auf die identifizierten Probleme der Kinder und deckt auf die Bereiche Haltungsförderung, Ergonomie und Settinggestaltung und -Veränderung ab.

- *„Freude an der Bewegung im Kindergarten - Kinder entwickeln Verständnis für ihr Körperbewusstsein“ (Buchriegler, 2007)*

In dem Projekt wurde mit Kindergartenkindern 6 Wochen zu den Themen Körperwahrnehmung, Gleichgewicht und Rückenschule auf Basis neurophysiologischer Grundlagen des Lernens und nach psychomotorischen Grundsätzen gearbeitet. Zudem erfolgte die Einbeziehung der Kindergartenpädagoginnen und der Eltern. Das Projekt wurde im Rahmen einer Diplomarbeit an einer Akademie für Physiotherapie evaluiert.

- *Kindersporttage 2008 (Lengauer, 2008)*

Erarbeiten von grundmotorischen Fertigkeiten in Turnierform Schulkinder in drei Altersklassen
Ziel ist, Kinder zum Sport und damit zu mehr Bewegung zu bringen

- *Kindergesundheitstag/Kindergesundheitsmesse(Information, Fachgruppe Kinderphysiotherapie – Mitte, 2005)*

Physiotherapeutische Beratung an Messeständen mit Angeboten, wie Wirbelsäulenvermessung oder Haltungsschecks. Möglichkeiten Bewegungsangebote auszuprobieren unter physiotherapeutischer Anleitung

- *„Kidscheck- Studie“ (nach Angaben des Institut für Biomechanik, Idar-Oberstein, 2007)*

Untersuchungsprogramm zur Vorbeugung und Behandlung von Haltungsschwäche. Es wurden 1000 Kinder mittels Video Feed back untersucht und anschließend digital analysiert. Dazu wurde ein Therapiekonzept entworfen, um die ermittelten haltungsschwachen Kinder zu fördern.

- *KiLo - Kinder im Lot (Albrecht, 2007)*

Screeningprogramm zur Erfassung von Haltungproblemen mittels computergestütztem Messverfahren.

- Broschüre *„Von den Plätzen fertig los“ (PhysioAustria, 2006)*

Physiotherapeuten mobilisieren. Diese Broschüre stellt die Arbeit der Kinderphysiotherapeuten vor und beschreibt die Einsatzbereiche der Therapie und Prävention. Herausgegeben vom Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs, soll sie an Eltern und Interessierte verteilt werden.

- *Developing an instrument to measure physical activity and sedentary behaviour in preschool-age children (Dwyer & Baur & Hardy & Higgs, 2007)*

Entwicklung eines Messinstruments für die Aktivitätsmuster von Vorschulkindern

Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensraum Familie:

- Bauchlage zur Haltung prophylaxe in der Entwicklung eines Säuglings erarbeiten (*Kou et al, 2007*)
- Fußentwicklung fördern (*Zukunft Huber, 2005*)
- Elternberatung zur gesunden Bewegungsentwicklung (*Merkinger, 2007*)
- Adoptivkinder in ihrer Entwicklung fördern (*Rakestraw, 2007*)

Gesundheitsförderung und Prävention im klinischen Bereich:

- Arbeit mit übergewichtigen Kindern (*Summerbell et al 2005, Epstein & Coleman & Sowden, 2007, Davis & Tkacz & Gregosky & Boyle & Lovrekovic, 2006*)
- Gesundheitsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit orthopädischem Schwerpunkt der Sozialversicherung der Bauern (DA)
- Förderung der Bewegungsentwicklung von Frühgeborenen (*Bao, & Sun, & Wei, 1999 Mahoney, Cohen, 2005*)
- Elternarbeit mit Frühgeborenen (*Dick, Weitbrecht, Lindroth, 1998*)
- Maßnahmen zur Förderung von Frühgeborenen umfassend vom Wickeln bis zum Schaukeln; Massage für Atemerleichterung (*Dick, Weitbrecht, Lindroth, 1998*)
- Förderung der Fitness bei Kindern mit speziellen Bedürfnissen (*Harris, 2001*)
- Funfitness bei geistiger Behinderung (*Bainbridge & Gleason, 2007*)
- Kinder, die an Krebs leiden, mit Yoga stärken (*Lyons & Amazeen, 2007*)
- Cerebralparetische Kinder in ihrer Aktivität unterstützen (*Damiano, 2006*)

Kernkategorie „Vermittlungspraxis“

Subkategorien

2/a Gesundheitsziele aus Sicht der Physiotherapie

2/b Ansatz/Wirkort der Maßnahmen

2/c Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

2/d Methoden/Konzepte

2/e Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung

2/f Vernetzung der Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention

2/g geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention

2/h Evaluation und Qualitätssicherung

Die Subkategorien der Kernkategorie „Vermittlungspraxis“ werden anschließend detailliert beschrieben, um einen Überblick über die Eigenschaften und deren Ausprägung und den internen Beziehungen und Bedingungen zu geben.

Ad2/a. Gesundheitsziele aus Sicht der Physiotherapie

Gesunde Bewegungsentwicklung als Basis für:

- **gesunde Körperentwicklung in allen Bereichen:** Bewegungsapparat, Organsystem, Bewegungskontrolle und -Steuerung, Verhalten und Erleben
- **Kompetenzbildung im Bezug auf:**
Identitätsentwicklung, (Selbstbewusstsein, Selbsteinschätzung)
Handlungsfähigkeit (über das Erlernen von vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Ausdrucksmöglichkeiten)
Bewegungsexperten (Sinn-Verstehen des Bewegens und Wissen über Zusammenhänge von Bewegung und Gesundheit)
- **Prävention von:** motorischen Beeinträchtigungen, Haltungsschäden, Herz-Kreislaufproblemen, Unfällen, Adipositas

Erreichbar durch: Sensibilisierung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, entwicklungsgerechte Angebote, die Bedürfnis an körperlicher Aktivität wecken und etablieren, evaluieren der Ergebnisse,

ad 2/b Ansatz /Wirkorte der Maßnahmen

- **Wirkorte der Physiotherapie:** Körperfunktionen, Organsystem, Bewegungsentwicklung und Kontrolle, Verhalten und Erleben, Ansatz möglichst auf allen vier Ebenen basierend auf dem physiotherapeutischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- In ein **bio-psycho-öko-soziales Verständnis** von Gesundheit und Krankheit, soll der biomedizinische Aspekt eingeordnet gesehen werden.
- Setzt ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit voraus, basierend auf dem Denken, dass die Menschen sich auf einem **Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit** bewegen.

ad 2/c Methoden/ Konzepte

- **Konzepte/Methoden/Zugänge**

Psychomotorische Entwicklungsförderung, Bobathkonzept, Empowerment, moderne Rehabilitationsmethoden, Stärkung von Resilienzfaktoren, Steigerung der allgemeinen Widerstandsressourcen, Spiel, Bildung von Metarepräsentanzen,

Bedingungen: entwicklungsspezifisch, bedürfnisspezifisch, auf neurobiologischen Grundlagen basierend, lerntheoretisch fundiert, motorische Lernmöglichkeiten nutzend, lernpsychologisch aufgebaut, variantenreich, hemmende und verstärkende Faktoren berücksichtigend, emotional unterstützend, positiv verstärkend, partizipativ, experimentierend, erlebnisorientierte Lernformen berücksichtigend, Setting beeinflussend, reflektiv,

Begründungen:

- Körper als erster sicherster und wichtigster Raum und Lernort unseres Lebens
- Selbstbestimmt handeln bringt Vorteile gegenüber fremdbestimmtem Handeln
- Bewegungserfahrungsabhängige Verankerung
- Zusammenhänge zwischen Bewegung und Gedächtnis sollen genutzt werden
- Bewegungshandeln ist für die Realitätserfahrung wichtig
- positive Beziehungsgestaltung fördert die Produktion von Botenstoffen
- Beziehung bietet Sicherheit bei der Exploration
- verschiedenen Zugänge werden unterschiedlichen Lerntypen gerecht
- lustvolles Lernen und Motivation steigern den Lernerfolg
- lustvolles Lernen, wenn die stärksten Intelligenzen verwendet werden können
- sensible Phasen für verschiedene Funktionen nutzen, unterstützt Lernerfolg
- Veränderung der Umwelt schafft veränderte Kinder
- Entwicklung von Perspektiven hilft
- Wissensdefekt erzeugt hohe emotionale Belastung
- Durchblutungssteigerung hat Effekt auf das Gehirn fördert Lernen
- bewusstes Abschirmung von raubenden Rhythmen unserer Zeit, unterstützt den Erwerb von Sinnes und Umwelterfahrung
- Bewegungserfahrung im Spiel ermöglicht das „Erproben des Lebens“
- „hands on – hands off, nur so kann Bewegung erlernt werden“
- „use it ore loose it“ bestätigt sich durch neurobiologische Grundlagen
- Copingstrategien fördern, fördert Handlungskompetenz

Ad 2/d Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

- ***Persönliche Kompetenzen***
innere Achtsamkeit aufbringen
motivieren
begeistern
respektieren
fördern
ehrlich wertschätzen
bereit sein zur positiven Beziehungsgestaltung
Rituale aufstellen und einhalten
authentisch sein
Rechte der Kinder berücksichtigen
den Einfluss der eigenen Entwicklung auf die Arbeit mit Kindern einschätzen und verstehen
- ***Fachliche Kompetenzen***
fachlich kompetent und speziell geschult für den Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention
Kompetenzen zur Planung, Durchführung und Evaluierung von Interventionen - pädagogisch fundiert, im multiprofessionellen Team

Vertraut sein mit und verstehen von:

Denkweisen von Kindern, Bedürfnis körperlicher Aktivität von Kindern,
Handlungsweisen von Kindern, Bewegungsrealitäten von Kindern

Vertraut sein mit der kindlichen Entwicklung

Bedeutung der Bewegung im Kindesalter, Identitätsentwicklung, Kognitiver und emotionaler Entwicklung, Bewegungsentwicklung, Gedächtnisentwicklung, von kindlichen Lern- und Speicherungsprozessen, kindlichen Bedürfnissen; wie Beziehung, Entwicklungsraum, Handlungsraum, Sicherheit und Ritualen,

methodisches, didaktisches Vorgehen

Strukturen schaffen, kindliche Strategien fördern, Bedeutsamkeit des Körperkontakts Beziehung und Vernetzung zwischen allen Komponenten,
Wissen und Erfahrung in der Beziehungsgestaltung,
Übertragung und Gegenübertragung in der Arbeit mit Kindern und Eltern berücksichtigen

Arbeitsweise

Informations- und Prozesskompetenzen, Kenntnisse über die Gesundheitsförderung und Prävention, Kenntnisse aus den Bezugswissenschaften im Kinderbereich (Psychologie, Pädagogik)

Ad 2/e Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung

Kompetenzentwicklung ist mit Bewegung verbunden
Bildung Zustand von Nichtwissen in den Zustand des Wissens
Kompetenzentwicklung als Strategie

Bewegungserfahrung und Wahrnehmung beeinflussen fundamental das Lernen (erfahrungsoffenen Lernen)

Vorschulalter ist das beste Alter für Bildungsgrundlagen

Initiierung von Lebens Langem Lernen

Identitätsentwicklung durch Bewegung

Selbstwirksamkeit und ein passendes Selbstkonzept führen zur Handlungskompetenz (durch archaisches intuitives, implizites, normatives Lernen)

Entwicklung von Metarepräsentanzen

Ad 2/f Vernetzung der Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention

- **Unterschiede**

Grundlagen, Theorien, Konzepte, Wissenschaft/Forschung, Methoden

- **Vernetzung**

Ressourcenorientierter Ansatz in beiden Bereichen, Behandlung und Gesundheit fördern kombinieren

Vorteile der Physiotherapie und eventuelle Nachteile

ad 2/g Geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung

(im Bereich der Kinder und Jugendlichen auf Basis des umfassenden Gesundheitsbegriffs)

- **Setting**

im Setting, und Setting verändernd, gesundheitsförderndes Setting schaffen zielgruppenspezifisch, bedürfnisspezifisch, sozial gerecht, schichtenspezifische Ausprägung, praxisorientiert,

- **Rahmenbedingungen**

zukunftsweisende Empfehlungen der WHO berücksichtigen, nationale Bedingungen berücksichtigen,

- **Multidisziplinär**

In Netzwerken zusammenarbeiten, vorhandene Strukturen nutzen, Austausch und Zusammenarbeit, Ressourcen nutzen

- **Sensibilisierung**

Veranstaltungen, Impulse setzen Kampagnen, für Zielgruppen, für Personen des Umfelds, für Verantwortliche des Gesundheitswesens,

- **Methoden/Ansätze**

Empowerment, Verhaltens- und Einstellungsveränderungen begleitend, Widerstandsressourcen stärken, kontinuierliche Elternarbeit, Settingorientierung, Peers zu Experten ausbilden

- **Einflussebenen der Gesundheitsförderung**

gesamtpolitisch, zukunftsweisende Empfehlungen, Trends berücksichtigen an nationalen Gegebenheiten anpassen,

Epidemiologische Bedeutung des gesundheitsfördernden Verhaltens berücksichtigen

- **Nachhaltigkeit**

Hemmfaktoren und Wirkfaktoren identifizieren, gute Praxis - beste Wirkung, Gesamtkonzept, Multiplikatoren

- **prozessgeleitet**
Erhebung des Bedarfs in der Zielgruppe, Planung des Prozesses, Sensibilisierung der Zielgruppe, Durchführung, Reflexion, Evaluierung und Qualitätssicherung (Nachhaltigkeit, Übertragbarkeit)
- **Partizipativ**
Gemeinsame Entscheidungsfindung, Beteiligung der Zielgruppe, Mitbestimmung
- **Soziale Gleichheit und Ungleichheit**
Armut korreliert Krankheit, Barrieren abbauen, allgemeiner Zugang zu den gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten, Erreichbarkeit überprüfen

Ad 2/h Evaluation und Qualitätssicherung

Evidenced based practice, Evidenzklassen in der Evaluation, Evaluierbarkeit, Qualitätssicherung Standards, Messungen, Kontrollgruppen, sozio-ökonomische Stauserhebung

Basis auf bio-psycho-öko-sozialem Gesundheitsbegriff,

Kriterien aus der Arbeit der Physiotherapie verglichen mit den Kriterien der Gesundheitsförderung in Österreich

Evaluation bei komplexen Ansätzen schwierig, 60% der Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention zielen auf Verhaltens- und Verhältnisprävention ab, Angebote kaum auf Wirksamkeit überprüft.

2.2. Experteninterview

Ein Experteninterview dient zur Feststellung fachlicher Sachverhalte und zur Erhebung von Erfahrungen eines Experten. Dabei ist es nicht die Person, die interessiert, sondern die Eigenschaft als Experte für ein Handlungsfeld (Flick, 2007).

Ein Experte steht sehr oft für eine bestimmte Gruppe. Wer als Experte bezeichnet werden kann, wird unterschiedlich ausgelegt. Meistens setzt Expertentum jedoch ein bestimmtes Erfahrungswissen, sei es im beruflichen Bereich oder in einem Interessensgebiet, voraus.

Bei den Interviews handelte es sich um Leitfaden gestützte Interviews.

2.2.1 Leitfadenentwicklung

Zur Vorbereitung der Experten auf das Interview erfolgte eine Zusammenstellung eines Informationsschreibens über Ziel, Methode und Nutzen der Forschungsarbeit. Außerdem wurden in diesem Schreiben die erhobenen Definitionen der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie die Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention auf Grundlage eines bio-psycho-öko-sozialem Gesundheitsbegriffes erklärt (siehe Anhang).

Die Grundlage für den Leitfaden bildete das entwickelte Kategoriensystem. Zur Formulierung der Fragen war das Fachwissen der Autorin von Bedeutung, die im Bereich der Kinderphysiotherapie seit Jahren tätig ist und sich mit der Thematik Gesundheitsförderung und Prävention intensiv befasst hat. Auf diese Weise konnten aus den einzelnen Kategorien Fragen zusammengestellt werden, über deren Beantwortung relevante Ergebnisse zu erwarten waren.

Die Fragen wurden offen gestellt, um das Themenfeld in allen Dimensionen erfassen zu können. Als Stichworte wurden Begriffe eingefügt, die den jeweiligen Bereich näher definieren.

Zu Beginn wurde nach den persönlichen Daten gefragt. Anschließend sollte der berufliche Werdegang skizziert werden, um einen Überblick zu erhalten, auf welchem Gebiet die Expertin oder der Experte spezialisiert oder besonders qualifiziert ist.

Fragen 1-3:

Mit den Antworten auf die Fragen eins bis drei sollen sowohl physiotherapeutische Ansätze und Wirkorte physiotherapeutischer Interventionen, aus Sicht der Experten, belegt werden, also auch mögliche Tätigkeitsbereiche, den Einflussebenen der Gesundheitsförderung zugeordnet, aufgezeigt werden. Dazu wurden Informationen und Definitionen eingefügt, um die Experten auf die jeweilige Frage vorzubereiten..

Frage 4:

Über die Beantwortung der Frage vier soll geklärt werden, inwieweit der integrative Ansatz in der Physiotherapie (der ressourcenorientierte Ansatz vergleichbar mit dem salutogenetischen Ansatz in der Gesundheitsförderung) bereits in der Arbeit umgesetzt wird, beziehungsweise, welche Möglichkeiten sich für eine Vernetzung von ressourcenorientiertem Ansatz und defizitorientiertem Ansatz ergeben.

Fragen 5-7:

In den Fragen fünf bis sieben geht es um die Vermittlungspraxis und Erfüllung der geforderten Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention. Es sollen Informationen zu Ansätzen und Konzepten gegeben werden, die in der Physiotherapie mit Kindern umgesetzt werden.

Frage 8:

Über die Beantwortung der Frage acht soll Klarheit erzielt werden, ob Physiotherapeuten sich mit dem Zusammenhang von Bewegung, Bildung und Gesundheit beschäftigen, das heißt, diesen Zusammenhang auch für ihre Arbeit nutzen.

Fragen 9

Empowerment wird als Schlüsselkategorie der Gesundheitsförderung bezeichnet. Mit der Frage soll die physiotherapeutische Position geklärt werden.

Frage 10:

Die Beantwortung dieser Frage zeigt einen möglichen Bedarf an Physiotherapeuten in der Entwicklungsbegleitung auf. Es soll der Bereich abgesteckt werden, in dem es sinnvoll erscheint, physiotherapeutische Leistungen anzubieten.

Fragen 11-13:

Über die Beantwortung der Fragen elf bis dreizehn soll die Qualifikation für die Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erhoben werden und darüber hinaus auch das Thema Ausbildung, Qualitätssicherung und Forschung angesprochen werden. Es gibt sicher Unterschiede in der Bewertung des Stellenwertes der Qualitätssicherung und in der Betrachtung der Ausbildungsqualität oder der persönlichen Eignung (personale Kompetenzen) und der Eignung des Berufsnachwuchses.

Inge Mairhofer Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter aus Sicht von PhysiotherapeutInnen eine Expertenbefragung

Interviewleitfaden

Persönliche Daten:

Beruflicher Werdegang:

Momentanes Tätigkeitsfeld:

Ich interessiere mich für die Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention aus kinderphysiotherapeutischer Sicht. In der Vorinformation habe ich die Begriffe kurz erklärt und die Bereiche skizziert. Ergänzende Erklärungen zur Orientierung sind in den umrandeten Textfeldern zu finden. Ich werde zunächst einige Fragen zum Bereich der Gesundheitsförderung stellen und anschließend auf die Umsetzung und Arbeitsweise in beiden Bereichen eingehen. Gedanken zur Ausbildung und Qualitätssicherung sollen gegen Ende des Interviews besprochen werden. Die Fragen sind in „fett“ gehalten.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (Ottawa, 1986).

1. In der Gesundheitsförderung wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgegangen (bio-psycho-öko-sozialer Gesundheitsbegriff). Es geht darum ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, eigene Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen.

Welche Einflussmöglichkeiten sehen Sie für KinderphysiotherapeutInnen, die Befähigung (Kompetenzentwicklung) zur Förderung der eigenen Gesundheit im Kindesalter zu unterstützen?

Welches „Mehr“ an Gesundheit wollen/können Physiotherapeuten (bei Kindern) fördern?

Stichworte: integrative Physiotherapie, Bewegungsentwicklung, Haltungsentwicklung, Prävention von Krankheiten, Förderung von Stärken wie Ausdauer, Gleichgewicht, Körperempfinden, Selbstbestimmung, Eigentätigkeit, Selbstwertgefühl heben,...)

2. In vielen europäischen Ländern wurden nationale Gesundheitsziele für die Bevölkerung festgelegt. Gesundheitsberichte erfassen die Probleme der Gesellschaft. In Gesundheitsberichten über die österreichischen Kinder, sind z.B. die Haltungprobleme in Zahlen erfasst.

Wäre es angesichts der steigenden Probleme unserer Kinder sinnvoll, Gesundheitsziele aus physiotherapeutischer Sicht, die speziell Kinder und Jugendliche unterstützen würden, aufzustellen und diese als Grundlage für die Arbeit in diesem Bereich heranzuziehen?

Was könnten ihrer Meinung nach sinnvolle Ziele sein?

Als Einflussebenen, die verändert werden können, werden vom Fonds Gesundes Österreich folgende gesehen (nach Dahlgren und Whitehead, 1991):

- 1. Die Verhaltens- und Lebensweisen der oder des Einzelnen**
- 2. Die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des oder der Einzelnen, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann**
- 3. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu den Einrichtungen und Diensten**
- 4. Die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie z.B. der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt.**

Gesundheitsförderung umfasst demnach auch politische Veränderungen und gesundheitsgezogene Gemeinschaftsaktionen.

3. Wo sehen Sie Einflussmöglichkeiten für Kinderphysiotherapeuten? Hätten Sie ev. konkrete Vorschläge/Ideen oder kennen Sie Projekte, an denen KinderphysiotherapeutInnen teilgenommen haben?

Stichworte. Aufbau von internationalen Netzwerken, Beratung in der Politik, als Berater in GH-Zentren,....
In den verschiedenen Bereichen der Prävention, Bereichen der Gesundheitsförderung,....

Die Salutogenese geht auf Aaron Antonowsky zurück. Er untersuchte, welche Faktoren Menschen gesund erhalten. Auf wichtige Erkenntnisse aus seiner Forschung greifen Gesundheitsforscher heute im Besonderen zurück. Antonowsky erkannte, dass Menschen dann etwas umsetzen, wenn die erforderlichen Maßnahmen für sie verstehbar, handhabbar und bedeutsam sind. Außerdem gibt es kein „Gesund- oder Kranksein“. Auch chronisch kranke Menschen können in der Gesundheitsförderung profitieren, indem sie ihre generellen Widerstandsressourcen entwickeln. So ist es ein Anliegen der Gesundheitsförderung, die individuellen Ressourcen des Einzelnen zu erkennen und zu fördern

4. Gesundheitsförderung baut auf einem salutogenetischen Denken auf. Hat dieses Denken in der Kindertherapie bereits Einzug gehalten und lässt es sich mit einem defizitorientierten Denken (aus den primärpräventiven Ansätzen) verbinden?

Stichworte: Handhabbarkeit, Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit...

Unter partizipativer Entscheidungsfindung ist das gemeinsame Entscheiden, welche Interventionen dem Kind gut tun, einen Vorteil bringen und mit dessen Lebensstrategien übereinstimmen, gemeint. Auch in den UNO-Kinderrechten wird die Partizipation der Kinder in allen Bereichen, die sie betreffen, verlangt.

5. Partizipative Entscheidungsfindung wird innerhalb der Physiotherapie immer bedeutender für den Erfolg der gesetzten Interventionen eingeschätzt.

Kindern wird die Entscheidungsfähigkeit oft nicht zugetraut.

Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten, Kinder aktiv in Entscheidungen ihre Gesundheit betreffend einzubeziehen? Unter welchen Umständen? Wie vorbereitet? Wie begleitet? Ab und in welchem Alter sinnvoll?

Stichworte: Wege der Beteiligung, Verständnis, kindliches Denken, Methoden,

6. Gesundheitsförderung soll dort stattfinden, wo die Menschen leben und arbeiten (im Setting). Gesundheitsförderung soll gerade die „sozial schwachen“ Menschen und auch Menschen fremder kultureller Herkunft, im Setting erreichen

Wie lässt sich das umsetzen, auch in Welten, in denen Kinderphysiotherapeuten eventuell noch nicht präsent sind?

Stichworte: Erfahrungen mit dem Arbeiten im Setting, mit Menschen mit Migrationshintergrund, Ideen wie man diese Menschen erreichen kann,... (sprachliche Verständigung, Auffassungsunterschiede durch kulturelle Unterschiede: schichtenspezifisches Arbeiten, settingspezifisches Arbeiten, Teamwork, Vernetzung mit anderen Berufsgruppen

7. Gesundheitsförderung bedeutet aber auch das Setting gesundheitsfördernd zu gestalten
Physiotherapeuten können auf die Umgebung des Menschen einwirken, um Verhältnisse zu verändern.

Welche Veränderungen, durch Physiotherapeuten initiiert, würden Ihrer Meinung nach Kinder unterstützen die Gesundheit zu erhalten oder gesundheitlichen Problemen vorzubeugen?

Stichworte: bewegungsfreundliche Umgebung schaffen,Events Initiativen, Pädagogen schulen, Elternberatung, Broschüren, Beispiele?

8. Physiotherapeuten arbeiten über Bewegungsangebote. Bewegung ist ein großes Thema innerhalb der Gesundheitsförderung. Neben den gesundheitsfördernden Effekten von Bewegung gilt Bewegung als Medium für Bildungsprozesse (kindliches Lernen ist von Bewegung abhängig). So ist es enorm wichtig für die Entwicklung des Kindes „bewegungshungrig“ und auch variantenreich in der Bewegung zu bleiben, um beweglich in allen Persönlichkeitsbereichen zu sein.

Wie können Physiotherapeuten diesen Hunger etablieren und fördern?

Stichworte: Wie schätzen Sie die Bewegung als Grundlage für was ein (physiotherapeutische Relevanz.....?
Bedeutung der Bewegung bei kindlichen Bildungsprozessen, Bewegung und Bildung ein Thema der Physiotherapie?

Empowerment bedeutet Stärken, Befähigen, Ermutigen der Menschen zur Kompetenzsteigerung die eigene Gesundheit betreffend. Dies gilt auch als Ansatz in der Gesundheitsförderung

9. Ein Ansatz innerhalb der Gesundheitsförderung ist das Empowerment (wird auch als Schlüsselkategorie jedes Gesundheitsförderungsprogramms gesehen). Das bedeutet Kinder befähigen, ermutigen, ihre Kompetenzentwicklung in einem Prozess zu unterstützen.

Finden sich in physiotherapeutischen Konzepten konkrete Angebote/Zugänge/Methoden/Strategien, über die Physiotherapeuten Kinder und ihre Familien im Entwicklungsverlauf im Sinne von „Empowerment“ zu begleiten?

Stichworte: ressourcenorientiertes Arbeiten, kommunikative Anregung, hemmende –unterstützende Faktoren , Selbstbestimmt, selbsttätig sein,...

10. Menschen sollen etwas für ihre Haltung tun, sich gut ernähren und möglichst fit sein, usw
Im Kindesalter muss der Grundstein für eine gesunde Lebensweise gelegt werden.

In welchem Alter erachten Sie es als sinnvoll/effektiv mit Kindern gesundheitsfördernd und primärpräventiv zu arbeiten?

Stichworte:, Kindergarten, Schule, zu Hause, andere Umgebungen der Kinder, (Bildungsdebatte,...).

11. Sind Kinderphysiotherapeuten gerüstet für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention? Welche Unterstützung, Infrastruktur,.. müsste es geben?

Stichworte: personale, fachliche u. Prozesskompetenzen, Information, Netzwerke, Förderungen, Finanzierung...)

12. Wie sehen Sie die zukünftigen Physiotherapeuten durch die Ausbildung persönlich und fachlich für diese Arbeit qualifiziert?

Stichworte: Unterrichtsinhalte, Begleitwissenschaften, Persönlichkeitsbildung....

13. Wie beurteilen Sie die Qualitätssicherung, Evaluierung und Forschung zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Physiotherapie?

Stichworte: Projekte, Studien, Diplomarbeiten,.....

2.2.2 Auswahl der Experten

Als Experten der Kinderphysiotherapie kommen sowohl Physiotherapeuten, die über jahrelange praktische Erfahrung verfügen, als auch solche, die neben der einschlägigen Praxis an Fachhochschulen und/oder Akademien für Physiotherapie lehren oder als Instruktoren für kinderphysiotherapeutische Konzepte tätig sind, in Betracht.

Von besonderem Interesse sind auch die Erfahrungen der Leiter der regionalen Fachgruppen der Kinderphysiotherapie, da sie einerseits als Kinderphysiotherapeuten arbeiten und andererseits einen Überblick über die Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in der von ihnen betreuten Region bieten. Neben den ausschließlich mit Kindern arbeitenden Physiotherapeuten müssen auch Experten, die Patienten/Klienten aller Altersgruppen betreuen, aber über langjährige Erfahrungen im Kinderbereich verfügen, zu Wort kommen. Physiotherapeuten aus dem Bereich des Kinder- und Jugendsports können zusätzliche Aspekte liefern.

Auf Grund der Überlegungen wurden zehn Experten um ein Interview gebeten. Die Kontaktaufnahme erfolgte per e-mail oder telefonisch. Nach der ersten Kontaktaufnahme konnten die Termine für die Interviews vereinbart werden. Die Räumlichkeiten wurden nach Verfügbarkeit und Eignung ausgesucht.

Zirka zwei Wochen vor dem Termin erhielten die Experten den Interviewleitfaden, um sich auf den Themenbereich vorbereiten zu können.

2.2.3 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden in der Zeit von November 2007 bis Jänner 2008 durchgeführt. Zu Beginn konnten zwei Interviewpartner für Probeinterviews gewonnen werden, um die technische Ausstattung, die Rahmenbedingungen und die Fragestellungen zu überprüfen. Anschließend erfolgte eine Korrektur des Interviewleitfadens.

Insgesamt stellten sich 10 Expertinnen und Experten aus dem Fachbereich Kinderphysiotherapie ein Interview zur Verfügung. Alle Expertinnen und Experten können als Spezialistinnen und Spezialisten in weiteren für das Thema relevanten Tätigkeitsbereichen, wie Ausbildung, Erwachsenenbildung oder Fachgruppenleitung, bezeichnet werden (siehe Tab.3).

Die Interviews fanden an den in der Tabelle angegebenen Orten statt und nahmen jeweils eine Zeit von 1 – 1,5 Stunden in Anspruch.

Als Aufnahmegeräte wurde eine digitale Videokamera mit eigener Audioaufnahmefunktion der Marke Traveler (DV 3010) verwendet. Die digitalen Aufzeichnungen der Interviews wurden auf einen PC überspielt, mit dem Mediaplayer für Windows zur wortgenauen Transkribierung abgespielt und anschließend auf einer CD gesichert und archiviert.

In den Nachbesprechungen wurden die Bedingungen für die Zitierung von Aussagen vereinbart.

Tab 3: Übersicht über die Tätigkeitsbereiche der Experten

Exp.	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	Exp. 4	Exp. 5	Exp. 6	Exp. 7	Exp. 8	Exp. 9	Exp. 10
Praxis	x	x	x	x	x		x		x	x
Institution Kindertherapie						x	x	x		x
Lehrteammitglied FH und Akademie für Physiotherapie		x								
Lehrteammitglied Akademie für Physiotherapie									x	
Leitung Akademie für Physiotherapie					x					
Lehrtätigkeit Akademie für Physiotherapie	x									
Lehrtätigkeit in der Erwachsenen-bildung			x				x			
Regionale Fachgruppenleitung Kinderphysiotherapie				x				x		
Instruktor für ein Konzept		x	x				x			
Zusatzausbildungen	x	x	x	x	x	x	x			x

Tabelle 4 gibt über die Intervieworte und die jeweilige Dauer der Gespräche Auskunft.

Tab. 4 Übersicht über die Bedingungen der Interviews

ExpertInnen	Ort	Dauer in h
Exp.1	Praxis der Expertin	1,5
Exp.2	Akademie für Physiotherapie bzw. Fachhochschule Wien	1,5
Exp.3	Akademie für Physiotherapie Linz	1
Exp.4	Praxis der Expertin	1,5
Exp.5	Haus der Expertin	1,5
Exp.6	Akademie für Physiotherapie Steyr	1,5
Exp.7	per e-mail	
Exp.8	per e-mail	
Exp.9	Akademie für Physiotherapie Steyr	1
Exp.10	Haus des Experten	1

2.3. Auswertung der Interviews: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung der Interviews erfolgte an Hand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007). Hierbei handelt es sich um eine streng methodisch kontrollierte Zerlegung der Daten. Für die Analyse werden drei grundlegenden Verfahren angewendet.

Zusammenfassung: Reduktion des Materials, ohne wesentliche Inhalte zu vernachlässigen

Explikation: Erweiterung einzelner Textstellen, Erklärung oder Deutung von Teilaspekten

Strukturierung: formale, inhaltliche, typisierende oder skalierende Strukturierung; Erkennen von Strukturen, Zuordnung auf Grund von bestimmten festgelegten Kriterien

Um Ergebnisse zur Klärung der Forschungsfrage zu erhalten, wurde die Strukturierung in der vorliegenden Arbeit nach inhaltlichen Gesichtspunkten durchgeführt. Die Vorgehensweise orientierte sich an dem in Abb.10 dargestellten Schema der Inhaltsanalyse. Für diese Arbeit wurde das, im ersten Schritt erarbeitete Kategoriensystem, an das Material herangetragen (deduktive Kategorienanwendung).

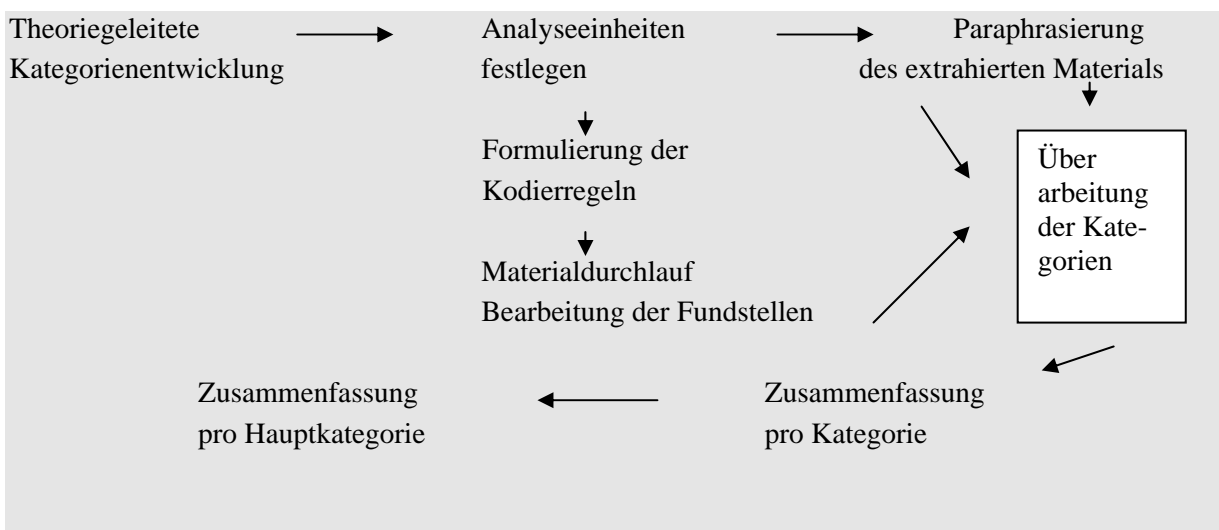


Abb.5: Inhaltliche Strukturierung in Anlehnung an Mayring, 2007 S.84

Aus jedem Interview wurden zunächst die Aussagen der Experten wörtlich transkribiert. Um die Aussagen der Experten in einer lesbaren Form darzustellen, wurden die Antworten in Sätze oder Stichwortabschnitte gefasst und die für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevanten Aussagen, herausgefiltert. Alle verbliebenen Textpassagen wurden farblich gekennzeichnet in den Leitfaden eingefügt (siehe exemplarisch eingefügtes Interview im Anhang).

Die Bearbeitung aller relevanten Texteinheiten erfolgte systematisch nach einem festgelegten Schema. Die Texteinheiten (Analyseeinheiten des Materials) wurden den Techniken der Zusammenfassung; Explikation und Strukturierung unterzogen und in Tabellenform festgehalten (Beispiel siehe Anhang).

Im Rahmen der Zusammenfassung wurden unterschiedliche Passagen auf das erforderliche Abstraktionsniveau gehoben, um sie mit anderen Aussagen in Verbindung bringen zu können und eine Integration ähnlicher Aspekte in einem definierten Bereich zu ermöglichen.

Wiederholungen waren zu streichen. Bei Unklarheiten kam die Technik der Explikation, über die Suche nach Erklärungen und Vergleichen, zur Anwendung (Abb.6). Das Kategoriensystem, das bereits als Grundlage zur Entwicklung des Interviewleitfadens herangezogen worden war, wurde nun an das Material herangetragen.

Zur Strukturierung wurden die Kategorien in ihren Definitionen noch einmal überprüft und Kodierregeln aufgestellt (Tab.2), um die Texteinheiten den Kategorien zuordnen zu können. Besonders aussagekräftige Passagen konnten als Ankerbeispiele herausgehoben werden (Tab. 3).

Tab. 5: Kodierleitfaden

Kategorie	Kodierregeln
K1 Tätigkeiten/ Projekte/Maßnahmen	
im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes und Jugendalter durch Physiotherapeuten	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeiten, die bereits durchgeführt wurden und noch werden • Projekte, Hinweise auf Projekte • Vorschläge für Projekte und Tätigkeiten • Beschreibungen von Projekten, Erfahrungen mit Projekten • Bedingungen für die Durchführung
K2 Vermittlungspraxis	
Gesundheitsziele aus Sicht der Physiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele, die sich aus der persönlichen Arbeit ergeben • Ziele, die sich aus dem Zugang zu Kindern ergeben • mögliche Ziele, die sich aus dem Berufsverständnis ergeben • visionäre Ziele • Zielbeschreibungen • Zielvorgaben • Zielvorstellungen
Ansatz/Wirkort der Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise auf Ansätze in der Arbeit den Wirkort betreffend • Aussagen zu der Frage, welche Gesundheit gefördert werden soll • Bedingungen, Erfahrungen
fachliche und personale Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Kompetenzen der Therapeuten • Hinweise auf personale Kompetenzen • Zugang zum Kind, Menschenbild, • Aussagen zur Eignung der Therapeuten durch die Ausbildung und Zusatzausbildungen
Methoden/Konzepte die ihre Anwendung finden	<ul style="list-style-type: none"> • Methoden, Grundlagen für methodische Zugänge • Grundsätze von Methoden • Entwicklung und Veränderung von diesen Grundlagen und Grundsätzen, Arbeitsverständnis • Erfahrungen in der Anwendung von Methoden und Konzepten

Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise auf die Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung • Zusammenhang Bildung und Bewegung, Bewegung und Kompetenzentwicklung • Bewegungsentwicklung und Lernen basierend auf neurophysiologischen Grundlagen
Vernetzung der Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen zu Defizitorientierung und Ressourcenorientierung und der Vernetzung beider Ansätze
geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung an den geforderten Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention • Settingansatz • Interdisziplinarität • soziale Gleichheit • Genderaspekt • Netzwerke • praxisorientierte Projekte • Evaluation innerhalb der Anforderungen
Evaluation und Qualitätssicherung der Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise auf Qualitätssicherung, Evaluierung, Dokumentation, • Hinweise auf Schwierigkeiten, Instrumente,...

An Hand der Kodierregeln wurden die Aussagen der Expertinnen und Experten den Kategorien zugeordnet und gleichzeitig überprüft, ob die Kategorien zur Darstellung des gesamten Tätigkeitsfeldes in der aufgestellten Form ausreichen. Zunächst wurden die Textpassagen der Interviews in der abgebildeten Form bearbeitet (Abb. 6).

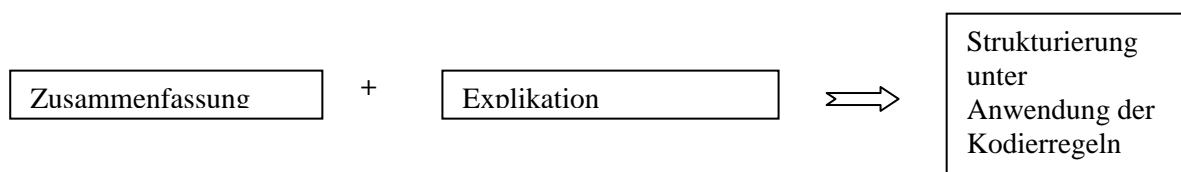


Abb. 6 Analyseverfahren nach Mayring, 2002

Um die Zuordnungen übersichtlich aufgelistet, auch für weitere Rücküberprüfungen zur Verfügung zu haben, wurden Tabellen erstellt (siehe Tabellenkopf in Tab.6) und alle bearbeiteten Textpassagen in diese eingetragen. Ein Beispiel befindet sich im Anhang.

Tab.6 Entwicklung der Kernaussagen der Kategorien in Anlehnung nach Mayring, 2002

Experte	Fundstelle	Texteinheit	Zusammenfassung u. od. Explikation	Definition der Kategorie Kategorieregel	Kategorie-Kernaussagen; Ankerbeispiele

3. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Um die Forschungsfrage, inwieweit die Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter in der Kinderphysiotherapie in Österreich umgesetzt wird, in der Komplexität übersichtlich zu beantworten, hat sich folgende Kategorienordnung zur Darstellung des Tätigkeitsfeld ergeben.

Die zuvor entwickelten Kategorien „Gesundheitsziele“ und „Ansätze/Wirkorte“ wurden zu einer Kategorie zusammengefasst, da Zielvorstellungen und Ansätze/Wirkorte nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können. Als zusätzliche Kategorie wurde im Analyseprozess, die Kategorie „Herausforderungen in der Zukunft“ festgelegt, um die diesbezüglich aus dem Material extrahierten Aussagen darstellen zu können, die auf Grund der Kodierregeln den bereits vorhandenen Kategorien nicht zuzuordnen waren.

Kernkategorie 1: Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten

Kernkategorie 2: Vermittlungspraxis

2/a Gesundheitsziele/Ansätze und Wirkorte der physiotherapeutischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

2/b Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

2/c Methoden/ Konzepte, die in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Kinderphysiotherapeuten angewendet werden

2/d Die Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung (Zusammenhang von Bewegung und Bildung)

2/e Vernetzung ressourcenorientierter und defizitorientierter Ansätze

2/f geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung und Primärprävention

2/g Qualitätssicherung und Evaluation

2/h Herausforderungen in der Zukunft

Kategorie 1: Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten

Zunächst werden alle Tätigkeiten unabhängig davon, ob bereits durchgeführt, nur bekannt oder geplant, gewünscht und vorstellbar, aufgelistet, und den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention vorläufig zugeordnet. Im Anschluss daran erfolgt eine detaillierte Darstellung der Tätigkeiten.

Zur Beantwortung der Fragestellung sollten Angebote für gesunde Kinder beschrieben werden. Aus einem salutogenetischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit innerhalb der Gesundheitsförderung befindet sich ein Mensch immer auf einem Kontinuum zwischen „gesund“ zu „krank“. Daher umfasst „Erziehung und Beratung Gesunder“ alle gesundheitsfördernden und präventiven Tätigkeiten der Physiotherapeuten mit Kindern und Jugendlichen.

Übersicht über die Tätigkeiten

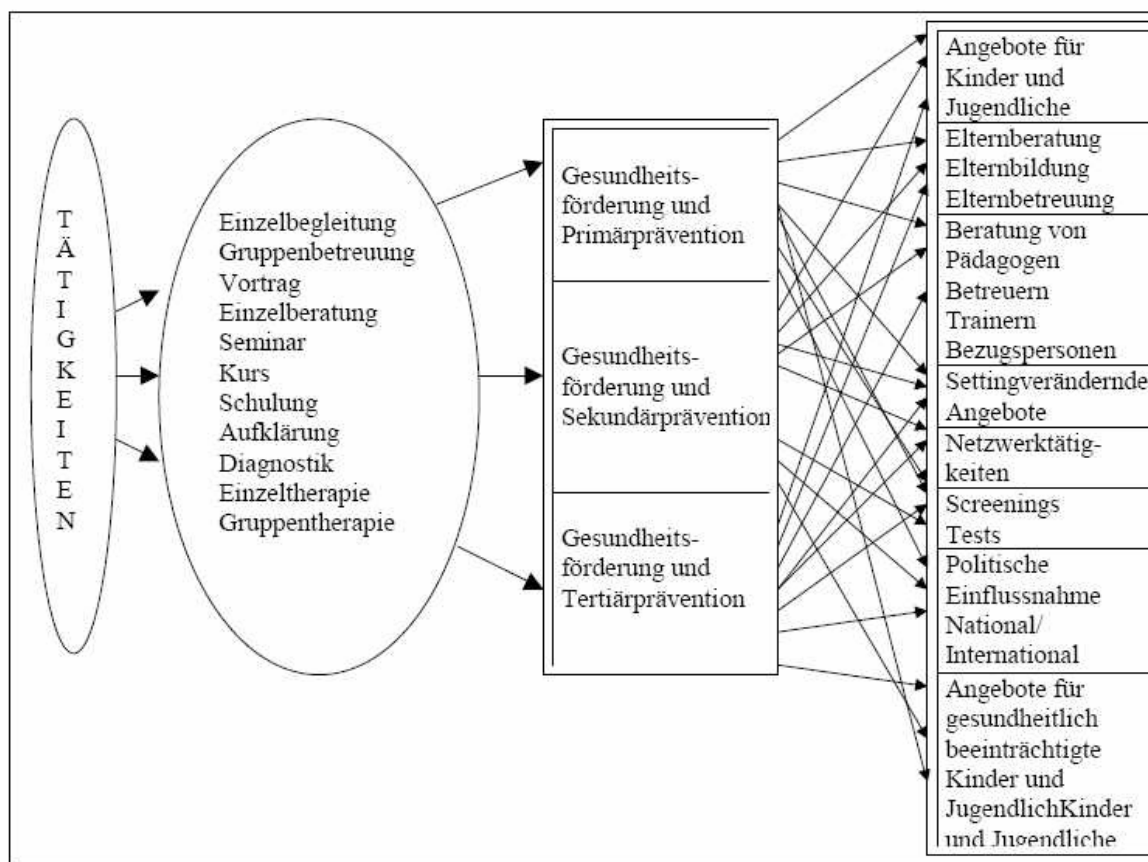


Abb.7. Übersicht über die Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten

Gesundheitsförderung und primärpräventive Tätigkeiten:

Die meisten Angebote lassen sich nicht eindeutig einem der beiden Bereiche zuordnen, da eine Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention bis heute in der Physiotherapie nicht bewusst durchgeführt wurde (siehe auch Ergebnisse K/2d).

- Angebote für Kinder und Jugendliche
- Elternberatung /Elternbildung
- Beratung von Pädagogen/Betreuern/Trainern/anderen Bezugspersonen der Kinder
- Settingverändernde Angebote
- Netzwerkaktivitäten
- Politische Einflussnahme/Internationale Einflussnahme
- Screenings von allen Kindern in Bezug auf gesundes Bewegungsverhalten

Gesundheitsförderung und sekundärpräventive Maßnahmen

- Screenings von Risikokindern
- Angebote für Kinder und Jugendliche, „Frühbetreuung“
- Eltern- und Angehörigenbetreuung
- Beratung von Pädagogen/Betreuern/Trainern/anderen Bezugspersonen der Kinder
- Settingverändernde Angebote

Gesundheitsförderung und tertiärpräventive Tätigkeiten

- Angebote für gesundheitlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche
- Eltern- und Angehörigenbetreuung
- Beratung von Pädagogen/Betreuern/Trainern/anderen Bezugspersonen der Kinder
- Settingverändernde Angebote

Ad) Gesundheitsförderung und primärpräventive Tätigkeiten

Angebote für Kinder und Jugendliche

In diese Untergruppe fallen Angebote, in denen die Physiotherapeuten direkt mit den Kindern arbeiten. Neben der Einzelarbeit mit Kindern, die alle Physiotherapeuten durchführen, wurden zahlreiche Angebote für Kindergruppen genannt. Die Aufzählung und Beschreibung ergab sich aus den Aussagen der ExpertInnen in den Interviews, d.h. nicht, dass die Genannten die Tätigkeiten selber durchführen oder dass nicht auch andere als die Genannten die angeführten Tätigkeiten durchführen. Haltungsturnen in Schulen (Exp.1,2,4), Haltungsturnen im Kindergarten (Exp.1,2,4,7), Bewegungsbaustellen im Kindergarten (Exp.2), Psychomotorikgruppen (Exp.2,3,7), Kinderrückenschule (Exp.1,4,10), Herz-Kreislaufprophylaxe (Exp.7,10), Haltungs- u. Bewegungsberater an Oberösterreichs Schulen (Exp.1), Sportstunden in Vereinen unterrichten (Exp. 6, 9), Turnunterricht in der Schule halten (Exp. 4, 9), Aufbau von Präventivgruppen in Kindergärten und Schulen (Exp.7), Dinospaß – ein Haltungsprojekt in der Volksschule (Exp.1,7), bewegte Schule (Exp.7), Psychomotorikgruppen mit inhaltlichem Schwerpunkt, wie Stärkung des „Eigensinns“ der Kinder oder Unterstützung des Selbstwerts und der Identitätsentwicklung der Kinder (Exp.7)

Vorsorgeuntersuchungen

Mutter-Kind-Pass Erweiterung mit Schwerpunkt Haltung und Bewegung (Exp. 2,4,5,7,10)

Screenings im Kindergarten (Exp.1)

Bärenpassuntersuchungen: Screenings in der Volksschule als Fortsetzung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (Exp.4)

Elternberatung /Elternbildung

Inhalte/Themen:

Normale Bewegungsentwicklung (Exp.1,2,3,4,5,7,9,10)

Gebrauch von Babygeräten (Exp.1,3)

Bedeutung der Bewegung in der Entwicklung (Exp.7,10)

Psychomotorische Ansätze im Bewegungsangebote (Exp.4)

Orte:

Mutterberatung (Exp.3,5)

Elternabende in Schulen (Exp.3,4,5)

Elternabende in Kindergärten (Exp.1,2,3,4,5,10)

Gesunde Gemeinde (Exp.4)

Krabbelstuben (Exp.4)

Geburtsvorbereitungskurs (Exp.1, 5)

Eltern-Kindzentrum (Exp.5)

Eigene Praxis (Exp.1,2,3,4,5,10)

Methoden:

Vorträge (Exp.1,2,3,4,5,7,10)

Einzelberatung (Exp.1,2,3,4,5,7,9,10)

Seminare (Exp.7)

Bedingungen/Erfahrungen:

Eigenengagement nötig (Exp.3,4)

Bezahlung schlecht, Finanzierung schwierig (Exp.3,4,10)

Aufklärungsarbeit leisten bei den Verantwortlichen (Exp.4)

Wenn es eine Finanzierung gäbe, würden sich Kolleginnen finden, die Projekte machen (Exp.10)

Beratung von Pädagogen/Betreuern/Trainern/anderen Bezugspersonen der Kinder

Inhalte/Themen:

Haltungsschulung (Exp.2,4,7)

Haltungsaspekt in den Turnunterricht integrieren (Exp.2,4)

Aufklärung über Haltungsproblematik (Exp.4)

Psychomotorische Bewegungsansätze im Turnunterricht (Exp.4)

Orte:

Kindergarten (Exp.1,2,4)

Schulen (Exp.1,4)

Sportvereine (Exp.9)

Methoden:

Turnunterricht halten (Exp.4,9)

Fortbildungen für Pädagogen (Exp.4)

Vorträge (Exp.1,2,4,7,10)

Haltungs- und Bewegungsberater (Exp.1)

Interdisziplinäres Arbeiten (Exp.1,2,4,9,10)

Bedingungen/Erfahrungen:

Integration des Haltungsaspekts in den Schulturnunterricht wird oft schwer angenommen, außerdem werden fertige Stundenbilder verlangt (Exp.4)

Beratung in den Schulen oft schwierig, weil Physiotherapeuten schulfremde Personen sind (Exp.9)

Settingverändernde Angebote

Hier wurden die Tätigkeiten und Angebote zusammengefasst, die einen Einfluss auf personelle, räumliche und zeitliche Ressourcen der Kinder haben. Ziele waren z.B. das Wohlbefinden der Betreuungspersonen zu fördern, um ihnen die Arbeit mit den Kindern zu erleichtern.

- Projekt zur Förderung der Gesundheit der Pädagogen in Schulen und Kindergarten mit Schwerpunkten wie Rückenschule und Entspannung (Exp.2,4)
- Betreuung der Eltern; Rückenschulkurse, Wirbelsäulengymnastik für Eltern (Exp.4)
- Physiotherapeuten die Schulen betreuen (Exp.9) Einfluss auf die Umfeldgestaltung der Kinder über Tätigkeit im Gemeinderat (Exp.5)
- Veränderungen in Schulen (z.B. Möbelanpassung) (Exp.4)
- Spielplatzgestaltung, Umgebungsgestaltung (Exp.4)

Ad) Gesundheitsförderung und sekundärpräventive Maßnahmen

Angebote für Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung der Eltern, Pädagogen und der Umgebung

Screening von Risikokindern (Exp.4,10)

Förderdiagnostik (Exp.7)

Frühtherapie (alle Exp.4)

Betreuung von Risikokindern (Exp.10)

Bedingungen/Erfahrungen:

Wenn ein Haltungsschaden früh erkannt wird, kann eventuell mit geringerem Aufwand ein Schaden verhindert werden (Exp.4).

Förderdiagnostik bietet die Chance von Konstanzannahmen zu Veränderungsannahmen (Exp.7)

Elternberatung nach dem Screening wird positiv gesehen, wenn das Screening im Rahmen von Sportangeboten stattfinden (Exp.9), aber wenn ein Screening im Schulbereich angeboten wird, sind die Eltern oft nicht an einer Beratung interessiert (Exp.4)

Beobachtung und falls notwendig Betreuung von Risikokindern von der Geburt bis zum Schulalter. (Exp.10)

Ad) Gesundheitsförderung und tertiärpräventive Maßnahmen

Angebote für Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung der Eltern, Pädagogen und der Umgebung

Betreuung aller Kinder im Integrationskindergarten (Exp.2)

Arbeit mit übergewichtigen Kindern und Jugendlichen (Exp.7,8)

Psychomotorikgruppe für Geschwister von behinderten Kindern (Exp.2)

Präventive Arbeit mit Betreuungspersonen von behinderten Kindern (Exp.2,5)

Settingverändernde Maßnahmen im Umfeld behinderter Kinder (Exp.1,2,4,5)

Beratung der Pädagogen (Exp.1,2,5)

Gesundheitsförderung mit chronisch Kranken (Exp.3)

Gesundheitsförderung mit Skoliosepatienten (Exp.3)

Gesundheitsförderung unter veränderten Bedingungen (Exp.2,3,7)

Netzwerkaktivitäten

Einzelpersonen sollen mit anderen Netzwerke bilden und dort hingehen, wo die Entscheidungen getroffen werden (Exp.5).

Physiotherapeuten sind es eher nicht gewohnt in Netzwerken zu arbeiten, sie sind autodidaktische Personen. Außerdem sind es zu 80% Frauen, die es nicht gewohnt sind in Netzwerken zu arbeiten (Exp.6). Traditionell geht es in der Physiotherapie immer um Abgrenzung, das macht das Netzwerkdenken schwieriger (Exp.6).

Wenn die Kompetenz im Bereich der Gesundheitsförderung zu arbeiten steigt, würden sich Netzwerke entwickeln (Exp.7).

Vernetzung mit Psychologen und Trainern von Kindern (Exp.9) funktioniert im Sport bereits.

Politische Einflussnahme/Internationale Einflussnahme

- auf der gemeindepolitischen, landespolitischen oder gesundheitspolitischen Ebene mit Angeboten dafür sorgen, dass in dem Bereich Entwicklung passiert (Exp.6)

- über Sportvereine ist Meinungsbildung bei den jeweiligen unterstützenden Politikern möglich (Exp.9)
- Umfeldgestaltung ist eine gesellschaftspolitische Aufgabe (Exp.5),
- politische Entscheidungsträger wissen zu wenig über die Tätigkeiten der Physiotherapie (Exp.5),
- kreative Möglichkeiten für neue Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen aufzeigen und diese besetzen (Exp.5)

„Da heißt es Lobbying zu betreiben und die Leute dafür sensibel zu machen, welche Möglichkeiten die Physiotherapie hat, die genutzt werden und nicht neu erfunden werden müssen, also Ressourcen nutzen, die es gibt“(Exp.5).

Ähnlich sieht das auch Exp.7.

Kategorie 2: Vermittlungspraxis

2/a Gesundheitsziele/Ansätze und Wirkorte der physiotherapeutischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

2/b Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

2/c Methoden/ Konzepte, die in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Kinderphysiotherapeuten angewendet werden

2/d Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung (Zusammenhang von Bewegung und Bildung)

2/e Vernetzung ressourcenorientierter und defizitorientierter Ansätze

2/f Kriterien der Gesundheitsförderung und Primärprävention

2/g Qualitätssicherung und Evaluation

2/h Herausforderungen in der Zukunft

K 2/a Gesundheitsziele/Ansatz und Wirkorte der physiotherapeutischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

(welche Gesundheit ergibt sich auch aus der Zieldefinition)

Alle Expertinnen und Experten unterstreichen die Bedeutung einer gesunden Bewegungsentwicklung als Basis für die Gesamtentwicklung des Kindes und betrachten die Unterstützung dieser Entwicklung als ein gesundheitsförderndes und/oder präventives Ziel in der physiotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. *“Eine altersgemäße Entwicklung ermöglichen durch Schaffung einer Umgebung, die Experimentieren innerhalb der Körpererfahrung ermöglicht“*, wäre laut Exp.1 zielführend.

Über die Qualität der gesunden Bewegungsentwicklung und die Zusammenhänge mit der Gesamtentwicklung des Kindes werden vielfältige Aussagen gemacht. So beschreiben die Experten (Exp.1,2,5,7,8) die Zusammenhänge der Bewegungsentwicklung mit der Entwicklung der Handlungsfähigkeit der Kinder. Exp.6 erklärt dazu: *„...eine Erweiterung des Bewegungsrepertoires mit dem Ziel später Auswahlmöglichkeiten zu haben,...“* und *„...wenn die Experimentierfreude erhalten bleibt, ist es dem Kind möglich im Umgang mit neuen Situationen zurechtzukommen...“* die Wechselwirkung zwischen Bewegungsrepertoire und Handlungsfähigkeit. Auch die Aussage *„Selbstbewusst und selbstständig leben zu können und die Verantwortung für sich selber übernehmen, mit dem Ziel, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen,..“* zeigt laut Exp.1 das ganzheitliche

Verständnis von Entwicklung. Ähnlich sieht auch Exp.7 *„die Arbeit am subjektiven Körpererleben und Aufbau eines gesunden Körperselbst“* als Ziel in der Gesundheitsarbeit mit Kindern.

Die Bedeutung der Bewegung in der Entwicklung der Identität des Kindes betonen die Exp.1,2,4,5,7, 8 und 10. Die Bewegung positiv zu erleben, wird von Exp.6 ausdrücklich als Ziel für die Prävention genannt. Exp.7 bezeichnet *„...Unterstützen und Wecken des Bedürfnisses nach körperlicher Aktivität und Freude an der Bewegung erarbeiten“* gesundheitsförderlich. *„Freude an der Bewegung und physiologische Bewegung von Anfang an“*, nennt Exp.9 als Zielvorstellung.

Ein weiteres Gesundheitsziel ist die Senkung des Unfallrisikos durch gut entwickelte koordinative Fähigkeiten der Kinder (Exp.9).

Mehrfach genannt werden Ziele, die mit Haltung und Bewegungsprophylaxe in Verbindung stehen, wie die *„Haltungsproblematik in den Griff zu bekommen“* (Exp.10), Ziele zur Vorbeugung von Haltungsproblemen, wie auch die Forderung *„ein Recht auf einen altersgemäßen Umgang mit der Haltung“* (Exp.2). Ähnliche Ziele nennen auch die Exp.1,3,4,7 und 10. Die *„Qualität der Haltungsentwicklung durch Raum und Umgebungsgestaltung zu beeinflussen“*, hält Exp.2 für sinnvoll und zielführend. Damit verbunden nennt Exp.2 *„altersgemäße Bewegungserfahrungen machen zu können, um Haltungseigenschaften zu entwickeln.“*

Außerdem halten die Experten 3,7, 9, und 10, die Ausbildung der grundmotorischen Fähigkeiten, auch im Hinblick auf die *„Hebung von Herz-, und Kreislaufparametern“* (Exp.7) als Ziele mit physiotherapeutischer Relevanz. Vorbeugung von Übergewicht nennen die Exp.7 und 8.

Die Forderung nach einer greifenden Früherkennung oder Früherfassung (Exp.4,5,7,10) von Kindern mit gewissen Risikofaktoren, bzw. von allen Kindern, um mögliche Störungen der Bewegungsentwicklung früh zu erkennen, wird von mehreren Experten aufgestellt (Exp.4,5,7 und 10). Konkrete Ideen, wie solche Screenings ablaufen könnten, wurden in der Vergangenheit bereits in den Fachgruppen der Kinderphysiotherapeuten diskutiert (Exp.4,5,7,10). Daher wird von den betreffenden Experten eine Erweiterung der Mutter-Kind Pass Untersuchungen vorgeschlagen, wobei die Kinder in ihrem Bewegungsverhalten von Physiotherapeuten beurteilt werden sollen.

Schließlich sollte im Bedarfsfall ein rechtzeitiger Zugang zu den Ressourcen (Physiotherapie) für alle Kinder ermöglicht werden (Exp.2).

Eltern und Pädagogen über eine gesunde Bewegungsentwicklung, aufklären (Exp.2) und *„Elternberatung in Bezug auf die Wichtigkeit der Bewegung für die Identitätsentwicklung und das Lernen des Kinder.“*

Exp.7 würde die Gesundheitsentwicklung der Kinder positiv beeinflussen.

Im Zusammenhang mit den jeweiligen Zielbeschreibungen stehen die Ansätze der kinderphysiotherapeutischen Arbeit. Diese werden von einigen Experten nach Wirkorten definiert. Alle Experten sehen die körperliche Ebene als den Zugang (Exp.1,4,5,6,8) oder Wirkort, nach dem System von Antje Hüter- Becker, *„den Wirkort Bewegungsstrukturen betreffend haben die Physiotherapeuten viel Wissen“* (Exp.2).

Von den Exp.1,2,4,5,6 und 8 werden Auswirkungen vom Ansatz an der körperlichen Gesundheit, auf die seelische und die soziale Gesundheit beschrieben. Exp.6 begründet es so: *„wenn ich die Möglichkeit habe, mich in meinem Körper zurechtzufinden, mich wahrzunehmen, verschiedene Dinge*

auch auszuprobieren, zu experimentieren ,mir das zutraue ,dann entwickle ich mit meinem Körper ein anderes Selbstbewusstsein und das verankert mich in meinem sozialen Umfeld“.

Als Hinweis auf Ansätze an anderen Wirkorten der Physiotherapie kann die Aussage „Kinder auf allen Ebenen erreichen“ (Exp.3) verstanden werden. Interventionen am Wirkort Verhalten und Erleben wird in der Arbeit mit Kindergruppen möglich (Exp.4).

K 2b: Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

Hier wird der Frage nachgegangen, über welche Kompetenzen die Entwicklungsbegleiter nach Einschätzung der Experten verfügen sollten und für welche bereits die Ausbildung zum Physiotherapeuten Grundlagen liefert.

Persönliche Kompetenzen:

Kinder motivieren (Exp.1,4), bereit sein, eine emotionale Bindung als Grundlage für die Arbeit aufzubauen, sich auf jedes Kind einlassen: „bereit sein, emotionale Bindung aufzubauen, als Grundlage für die Zusammenarbeit“ (Exp.1,4). Auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen (Exp.6) sich „aufeinander einstimmen, anschließend gemeinsam kreativ sein“ (Exp.4), Kinder wertschätzen, Lob adäquat einsetzen (Exp.2), Kindern Unsicherheit nehmen und erklären, warum sie etwas nicht können (Exp.2), und die Bewegungskompetenz soll beim Kind bleiben (Exp.2), all das steht für die Bereitschaft sich von den Kindern leiten zu lassen und sie in ihrer Entwicklung zu begleiten, aber „ohne das Ziel aus den Augen zu verlieren“ (Exp.4). Manchmal erfordert die Arbeit mit Kindern auch, „sich über das erforderliche Maß zu engagieren für Kinder und ihre Familien“ (Exp.4).

Exp.10 sieht die Eignung, mit Kindern zu arbeiten, als Begabung und meint: „Entweder du hast das Talent mit Kindern zu arbeiten oder nicht, das kann man nicht lernen.“ Talentierte Therapeuten haben das Gespür, Techniken richtig einzusetzen und können in der Prävention gut motivieren und Überzeugungsarbeit leisten (Exp.10).

In der gesundheitsfördernden und präventiven Arbeit verlangen die Experten 1,2 und 10 Teamfähigkeit, um sich mit Angehörigen anderer Berufsgruppen zu vernetzen. In der Teamfähigkeit der Physiotherapeuten sehen einige Experten Probleme (Exp.2,6,10).

„Teamfähigkeit wird nicht gelehrt und nicht gelebt“, diesen Vorwurf richtet z.B. Exp.10 sowohl an die Ausbildung als auch an die Berufsgruppe insgesamt.

Fachliche Kompetenzen

Alle Experten sehen sich als gerüstet für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern und Jugendlichen.

Exp.1 ist der Meinung, dass eine Zusatzausbildung im Bereich der Kinderphysiotherapie wichtig ist für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention, das sehen auch die Exp.4,8,9 und 10 so.

Exp.9 erklärt, dass sich Kolleginnen und Kollegen nach der Grundausbildung oft unsicher in der Arbeit mit Kindern sind und ohne kinderphysiotherapeutische Zusatzausbildungen zu wenig Basiswissen haben (Exp.9).

Besonders die Kenntnisse der gesunden und pathologischen Entwicklungsverläufe und deren Zusammenhänge sind hilfreich in der präventiven Arbeit (Exp.1). Ein neurobiologisch begründeter Zugang zum Bewegungslernen (Exp.2) wird durch Fachwissen gewährleistet. So werden nicht einfach Erwachsenenkonzepte auf das Kind übertragen, es wird die altersgemäße Entwicklung mit einbezogen und Haltung über einen experimentellen Zugang gelernt (Exp.2).

Als Ergänzung zu den defizitorientierten Ansätzen, sehen die Experten 1,2,4 und 7 Konzepte aus der Psychomotorik und Motopädagogik.

Die Arbeitsgrundlage der Physiotherapie, der physiotherapeutische Prozess ist eine hervorragende Voraussetzung, um in der Gesundheitsförderung zu arbeiten (Exp.6). (siehe Kategorie Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention)

Kompetenzen nach der Grundausbildung

Den derzeitigen Absolventen der Akademien für Physiotherapie fehlen Grundlagen in der Pädagogik und Psychologie für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention (Exp.10), ebenso Inhalte im Bereich der Motopädagogik (Exp.9), das bestätigt auch Exp.1.

Als fachlich kompetent nach der Grundausbildung für die präventive Arbeit, jedoch nicht für die Arbeit mit behinderten Kindern, sieht Exp.2 die Physiotherapeuten, wobei Exp.2 einräumt, zur ganzheitlichen Sicht der Kinder, erst durch Zusatzausbildungen gekommen zu sein.

Exp.4 unterstreicht, dass in der Ausbildung viel gelernt wird, das in der Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden kann, wobei sich die erforderlichen persönlichen Kompetenzen manchmal erst entwickeln. *„Ein Grundgerüst für die Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wird in der Ausbildung mitgegeben, bei Interesse kann man sich Einiges mitnehmen“*(Exp.8).

Das Wissen über die Prozessgestaltung sei vorhanden. Darauf verweisen auch Exp.6 und 9. Um das Tätigkeitsfeld Gesundheitsförderung zu erschließen, braucht es aber einen anderen Haltungshintergrund im Tun (Exp.6).

Um die Fachbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden und vernetzen zu können, müssen die Grundlagen klar sein.

Exp.2 fasst die Schwierigkeiten dahingehend zusammen, dass den Physiotherapeuten die Definitionen und Begrifflichkeiten aus der Gesundheitsförderung und Prävention in der *„Eindeutigkeit nicht bekannt“* sind.

„In der Ausbildung wird das Umdenken vom biomedizinischen zum salutogenetischen Denken zu schaffen sein, wobei es auch zukünftig von den handelnden Personen abhängig sein wird, welchen Stellenwert die Salutogenese in der Ausbildung bekommt, curriculäre Vorgaben gibt es nicht, aber die Sensibilität für das Thema ist vorhanden“ (Exp.6).

Auch in der Diskussion mit den Betreibern von den Bachelor-Studiengängen der Fachhochschulen ist Salutogenese ein Anliegen. Es wird an den jeweiligen Leitern und Lehrern liegen müssen ein Umdenken anzubahnen (Exp.6).

Da in der Grundausbildung derzeit nicht genügend Inhalte zum Tätigkeitsfeld Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter unterrichtet werden, wäre eine Zusatzausbildung für Kinderphysiotherapeuten mit Schwerpunkt Prävention zielführend (Exp.7).

Exp.7 könnte sich aber auch zukünftig in der Berufsausbildung einen Schwerpunkt im Bereich der Prävention im Kindesalter vorstellen.

K 2/c Methoden/Konzepte, die in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Physiotherapeuten angewendet werden.

(methodische Arbeitsweisen /Konzepte oder Maßnahmen)

Aufklärung und Beratung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wird von allen Experten durchgeführt

- Aufklärung (Exp.1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)
- Beratung (Exp.1,2,3,4,5,7,8,9,10)
- Unterstützung von Bildungsprozessen (Exp.1,2,3)

Beraten werden Kinder und deren Bezugspersonen, (alle Exp.), Pädagogen (Exp.1,2,3,4,5,7,9,10), Angehörige fachverwandter Berufsgruppen, (Exp.3, 6), Sportler und Sportvereinsangehörige (Exp.4,9), Menschen in Institutionen (Exp.5) und Politiker (Exp.4,5,6,7,10).

In der Vermittlungspraxis basieren die Interventionen auf entwicklungspezifischen, (Exp.1,2,4,5,6,7,8,9,10) neurophysiologischen (Exp.2,4,6,7,8,9,10) und pädagogischen Grundlagen (Exp.1,3,4,5,7,9,10). Als Beispiele dafür stehend die folgenden Aussagen: „*ich betrachte die Haltungsschulung in Bezug auf die neurophysiologischen Grundlagen des Bewegungslernens*“ (Exp.2) oder „*es ist wichtig die altersgemäße Entwicklung mit einzubeziehen und somit Erwachsenenkonzepte nicht auf Kinder zu übertragen*“... „*Modelle, wie tägliche Übungen können aus neurophysiologischer Sicht nicht funktionieren*“ (Exp. 2), „*Haltung lernen, über experimentellen Zugang...*“ (Exp.2), „*Menschen im Entwickeln ihrer Fähigkeiten unterstützen.*“ (Exp.5)

„*Kinder in Entscheidungen miteinbeziehen*“ (Exp.5)

Partizipative Entscheidungsfindung bezeichnen auch die Exp. (1,2,3,4,5,6,7,8,9) als einen Weg, wie man gemeinsam mit den Kindern zu Entscheidungen ihre Gesundheit betreffend, kommt. Zum Zeitpunkt, ab welchem Alter das bereits möglich ist, werden vom Säuglingsalter (Exp.2,6) bis zum Kindergartenalter (Exp.3,5,7) und Volksschulalter (Exp.7,8) Möglichkeiten beschrieben, unter denen Mitentscheidung passieren kann. „*Entscheidungen der Kinder, unter bestimmten Voraussetzungen begleitet, miteinzubeziehen, das ist nicht in jedem Fall, aber in jedem Alter möglich*“ (Exp.1). Dabei müssen manche medizinisch notwendige Entscheidungen auch für die Kinder getroffen werden (Exp.1,5,7). In vielen Situationen kann eine gewisse Wahlmöglichkeit, ein Rahmen für Entscheidungen geboten werden (Exp.4,9). „*Kinder haben Kompetenz für ihre Bedürfnisse*“ (Exp.4). Die Achtsamkeit des Therapeuten wird auf Wege, wie ein Kind Maßnahmen annehmen kann gerichtet sein (Exp.1,4,5,7). Jugendliche müssen in die Entscheidungen unbedingt mit einbezogen werden, (Exp.1,4,5,7) bzw. nach Aufklärung selber entscheiden (Exp.1,5,7), da sie sonst nicht zur Mitarbeit gewonnen werden können (Exp.5). Manchmal müssen die Eltern davon überzeugt werden, die Entscheidung bei den Jugendlichen zu lassen (Exp.3). „*Jugendliche in Peer-Groups betreuen...*“ (Exp.1), wird als eine gute Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit der Altersgruppe gesehen.

Innerhalb der Konzepte, nach denen in der Kinderphysiotherapie vielfach gearbeitet wird, haben sich z. B. in der Bobaththerapie „*in den letzten Jahren die Zielformulierungen verändert*“ (Exp.2,6,7). Die „*Eigenständigkeit und Selbsttätigkeit der Kinder steht im Vordergrund*“ (Exp.2). Das bestätigen auch die Exp.3,5,6 und 7. Auf Ressourcen der Kinder aufzubauen, finden Exp.1,2,3,4,5,6,7,9 und 10 zielführend. „*Ressourcenorientierung als Grundhaltung*“ beschreibt Exp.1 ihr Handeln. Um welche Veränderungen es in den therapeutischen Maßnahmen im Speziellen geht beschreibt Exp.7 : „*Die therapeutischen Maßnahmen haben sich meiner Meinung nach hier sehr gewandelt, von rein funktional ausgerichteten Konzepten und Techniken hin zu einer mehrdimensionalen, entwicklungsorientierten Begleitung mit Fokus auf Ressourcen und Möglichkeiten des jeweiligen Kindes.*“

„*Kinder zu stärken, ermutigen ...*“ diese oder ähnliche Aussagen sind von allen Experten aufgezeichnet. Das Prinzip anzuwenden, ohne „Empowerment“, als Ansatz in der Gesundheitsförderung zu kennen, erwähnen die Exp.2,4,5.

Außerdem wird Empowerment „*als mein Umgang mit Kindern*“ (Exp.1) bezeichnet. Ähnlich sehen das auch die Exp.2, 4, 9 und 10.

„Menschen stärken ist Grundsatz meiner Arbeit“, oder „hervorheben, was das Kind kann“ (Exp. 3), „Empowerment ist für mich das Normale“ (Exp.4), „Empowerment ist meine therapeutische Grundhaltung“ (Exp.5).

Der Ansatz des Empowerments ist am deutlichsten im Kinderphysiotherapiebereich entwickelt, da es als Grundsatz gilt Kinder in ihrer Handlungsfähigkeit und ihrer Haltung zu unterstützen (Exp.6).

Wichtig ist auch die „Elternarbeit, dass sie ihre Kinder stärken“ (Exp.10) und die Eltern im Umgang mit den Kindern zu unterstützen, dass Kinder Bewegungserfahrung machen können (Exp.1,2,3,4).

Als konkrete Konzepte, die sich besonders für die Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eignen, wurden die Bobaththerapie (Exp.2,3,6,7), die Psychomotorik (Exp.2,4,7), Motopädagogik (Exp.1,8), Bewegungsbaustelle (Exp.2) und die Sensorische Integration (Exp.8) genannt. Wobei die aus den Konzepten stammenden Grundprinzipien an die Erfordernisse der Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention angepasst werden. Das führt zum Beispiel zu Angeboten für verschiedener Zielgruppen, die von Physiotherapeuten nach den Grundsätzen z. B. der Psychomotorik durchgeführt werden (Exp.1,2,4,7). Weitere Gruppenangebote werden von Physiotherapeuten durchgeführt.

- Sportangebote- Schigymnastik (Exp.9)
- Kinderturngruppe (Exp.6)
- Präventivgruppen (Exp.7, 9,10)
- Bewegungsschulung (Exp.9)
- Bewegungsgruppe (Tanzgruppe)für Jugendliche (Exp.1)

Das große Gebiet der Haltungsschulung wird von allen Experten abgedeckt. Z.B.:

Rückenschule

Rückenschulprogramme (Exp.4,10)

Haltungsschulung (Exp.4,5,7,9)

Wirbelsäulenkurse (Exp.4)

Die Arbeitsweise orientiert sich, wie schon oben erwähnt, an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendliche und baut auf den bereits beschriebenen Grundprinzipien der Arbeit in der Kinderphysiotherapie auf, unter Berücksichtigung des Entwicklungsraumes der Kinder (Exp.2,6,7). Selbstverständlich wird auch die Umgebung der Kinder gestaltet (siehe Settingverändernde Maßnahmen) und die Bezugspersonen in ihrer Gesundheit gefördert. Arbeitsmedizinische Beratung der Bezugspersonen und Pädagogen bieten die Exp.2 und 4 an.

Alle Experten führen settingverändernde Maßnahmen durch oder bezeichnen die Berufsgruppe der Physiotherapeuten als besonders dafür geeignet. Sie verdeutlichen diese über die Aussagen:

- „Gestaltung des Umfelds sehe ich als Hauptteil unserer Arbeit“ (Exp.2)
- Räume gestalten und ein bewegungsfreundliches Umfeld gestalten, das können die Physiotherapeuten (Exp.4,7,8)
- Umgebung gestalten, um Säuglinge selbsttätig sein zu lassen (Exp.2)
- Schwerbehinderte Kinder sollen die Möglichkeit haben, ihre motorischen Fähigkeiten, speziell Kraft und Ausdauer, schulen zu können. Dazu wäre es günstig die entsprechenden Settings herzustellen (Exp.2).

An dieser Stelle soll noch einmal zu betont werden, dass es wichtig ist die „*grundmotorischen Fähigkeiten der Kinder zu unterstützen, dabei aber keine Förderprogramme anzuwenden*“ (Exp.3). So sieht es auch Exp.4.

Insgesamt passiert die Arbeit im Setting zu wenig, stellt Exp.4 fest.

Wirklich alle Kinder erreicht man nur in dem Setting Schule oder Kindergarten (Exp. 1,2,4,5,7).

Da der Zugang zu den Ressourcen bildungsabhängig ist, ist die Arbeit im Setting eine Möglichkeit viele Kinder zu erreichen (Exp.6).

Auch die Maßnahmen im Setting werden nach den oben genannten Gesichtspunkten durchgeführt. Beispiele für diese Maßnahmen werden in der Kategorie Kriterien der Gesundheitsförderung beschrieben.

K 2/d Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung

(Zusammenhang von Bewegung und Bildung)

„*Bewegung wird von vielen Experten als Basis für Bildungsprozesse gesehen. Das bestätigt unsere Arbeit*“ so sieht es Exp.2. Die Zusammenhänge von Bewegungserfahrung und Lernen beschreiben alle Experten durch verschiedenen Aussagen:

„*Eine gute körperliche und seelische Gesundheit steht im Zusammenhang mit dem Erwerb von kognitiven Fähigkeiten*“ (Exp.5).

Auch über die Vorteile der Bewegung in der Schule sind sich alle Experten einig. Angebote, wie die „bewegte Schule“, die „bewegte Pause“, holen die Kinder aus der Starre. Eigentlich werden in der Schule Bewegungskompetenzen verlangt und abgeprüft (Exp.4).

Dass Bewegung nicht isoliert, sondern gerade im Kindesalter sehr komplex zu sehen ist, unterstreicht Exp.7: „*Bewegung unterstützt nicht nur die Identitätsentwicklung des Kindes, sondern wesentlich auch die Intelligenz, sie kommen vom konkreten Handeln zum Denken*“.

Um jedoch solche Bildungsprozesse etablieren zu können, müssten die Physiotherapeuten ihre Interventionen auf psychomotorisches Wissen aufbauen können. Dieses Wissen könnte in einer Zusatzausbildung Prävention vermittelt werden (Exp.7).

Über diesen Punkt, ob das Wissen der Physiotherapeuten in dem Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention ausreicht, gibt es unterschiedliche Aussagen.

Exp.9 meint dazu: „*Den Zusammenhang zwischen Bildungsprozessen und Bewegung verstehen die Physiotherapeuten sicher, aber ob sie das auch so weitergeben, ist manchmal die Frage*“.

Exp.2 stellt fest: „*Die Physiotherapie muss gerade im Bildungsbereich mit Pädagogen und anderen Fächern interdisziplinär zusammenarbeiten*“.

In der Zusammenarbeit kann es gelingen, der Bewegung in den Bildungsprozessen einen größeren Stellenwert zu geben und Bewegung in die Bildungsarbeit zu bringen. Dabei sehen die Experten den Kindergartenbereich geeignet, um über Bewegung Voraussetzungen zur Kompetenzentwicklung der Kinder zu schaffen. Nicht zuletzt deswegen, weil die vorhandenen zeitlichen Ressourcen der Kinder genutzt werden können (Exp.1,3).

Es wird auch im Rahmen von Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen für Physiotherapeuten auf den Zusammenhang von Bildung, Bewegung und Gesundheit eingegangen, und besonders auf den Umstand, wie sich Koordinations- und Ausdauerleistungen des Kindes auf die kognitive Entwicklung auswirken.. So ist die Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter ist ein wichtiger Inhalt im Masterstudium Sportphysiotherapie (Exp.9).

K 2/e Vernetzung ressourcenorientierter und defizitorientierter Ansätze

In der Physiotherapie steht traditioneller Weise die Arbeit am Defizit im Vordergrund. Das sehen alle Experten so. Die Arbeit am Defizit wird durch Druck von außen gesteuert, von Eltern sowie von Zuweisern (Exp.1).

Defizitorientierung wird derzeit schon allein durch die Ausbildung gefördert (Exp.4), aber auch durch das Abrechnungssystem für physiotherapeutische Leistungen mit den Krankenkassen (Exp.5).

Es scheint in der Physiotherapie oft schwierig zu sein, „*an einem positiven Körperaspekt stärkend zu arbeiten, weil die Physiotherapie doch sehr defizitorientiert ist*“ (Exp.2).

Dass salutogenes Denken nur gering vorhanden ist, weil die Defizitorientierung im Vordergrund steht, bestätigen auch (Exp.3,4,6,9). In den letzten Jahren werden aber zunehmend Ansätze im salutogenen Denken spürbar (Exp.1). Diese Veränderungen nehmen auch andere wahr: „*Ressourcen sehen, habe ich schon gelernt*“, erklärt Exp.4.

Die Meinung „*Salutogenese und Defizitorientierung gehen Hand in Hand*“ (Exp.8) wird eher selten vertreten. Exp.6 sieht eher eine Gefahr, denn „*wenn man einen Therapeuten braucht, hat man ein Defizit*“. Es könnte aus diesem Denken heraus passieren, dass man Gesunde zu Patienten macht.

Arbeiten am Defizit kann auch in einer stärkenden Weise geschehen (Exp.2).

Exp.1 sieht auch, dass „*eine Defizitorientierung, wenn sie mit der Steigerung der Lebensqualität verknüpft wird, eine Möglichkeit darstellt, gesundheitsfördernd zu arbeiten.*“

Die Vorteile der Physiotherapie, die sich aus der langen Tradition der Defizitorientierung ableiten lassen, sind die Kenntnisse von unterschiedlichen Entwicklungsverläufen, auch von beeinträchtigten Menschen und Erkenntnisse aus der beobachteten Pathologie. Das Wissen unterstützt die Einschätzung der Anforderungen in der Zukunft auch im Bereich der Prävention (Exp.1).

Dass die Kinderphysiotherapeuten beide Ansätze sinnvoll verbinden, es gefühlsmäßig bereits tun, es aber nicht auf einer fachlichen Ebene dokumentieren und nach außen bringen bestätigt Exp.4. und sieht es „*als Vorteil beide Blicke zu haben und die Ansätze zu verbinden*“. So erklärt es auch Exp.9 und Exp.6 schätzt „*die Vernetzung beider Ansätze als eine Chance*“ ein. Als problematisch könnte es sich herausstellen, dass Physiotherapeuten es noch nicht gewohnt sind, sich im salutogenetischen Bereich zu verstehen und zu agieren (Exp.6).

K 2/e geforderte Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention

Prozessorientierung:

Der physiotherapeutische Prozess wird als geeignet für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention gesehen (Exp.4,5,9).

Ansatz des Empowerments:

(vgl. Kategorie 2/c Methoden)

Empowerment wird gelebt, ist aber als Ansatz in der Gesundheitsförderung nicht präsent (Exp.1,2,4, 5,6,9,10).

Settingansatz:

(vgl. Kategorie 2/c Methoden,..)

Physiotherapeuten arbeiten besonders im Kinderbereich im Setting oder sollten im Setting arbeiten, das bestätigen alle Experten.

Sensibilisierung:

Projekte als Initialzündung (Exp.1), Vorträge (alle Exp.) als Einstieg in Interventionen.

Multiplikatoren:

Als Multiplikatoren der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen werden vor allem Eltern (von allen Exp.) und Pädagogen (Exp.1,2,3,4,5,7,) aber auch anderen Betreuungspersonen (Exp.9) herangezogen.

Soziale Gleichheit:

Sozial benachteiligte Menschen oder Menschen mit Migrationshintergrund sind oft nicht in der Lage gesundheitsfördernde oder präventive Angebote durch Physiotherapeuten anzunehmen (Exp.6). *„Die Schere zwischen den Menschen, die aus einem Überangebot an Förderungen für ihre Kinder auswählen können und denen, die keinen Zugang zu diesen Angeboten haben, klappt zusehends auseinander“*, stellt Exp.2 fest.

In der Therapie werden Kinder aus den Gesellschaftsschichten betreut (Exp.1,2,4,8).

Hausbesuche (Exp.2,8) wären die idealste Betreuungsform. Exp.8 arbeitet in diesem Bereich mit Sozialarbeitern zusammen. Auch Exp.7 fordert eine Zusammenarbeit mit den anderen in dem System arbeitenden Professionen oder eine Integration der physiotherapeutischen Angebote in die Bestehenden, da sie eine Überforderung der Menschen wahrnimmt, *„die unterschiedlichen Helfersysteme lösen schon Verwirrung, Angst und Abwehr bei den Menschen aus“*.

Vernetzen mit anderen schlägt auch Exp.2 vor, um etwas zu erreichen und um Menschen aus anderen Kulturen zu verstehen.

Zusätzliche Barrieren stellen sprachliche Verständigungsprobleme und finanzielle Belastungen für die Betroffenen, wie die Aufzählung des Selbstbehalts in der freien Praxis, dar (Exp.1,2,10).

Gender mainstreaming:

Wird derzeit in der Physiotherapie nicht forciert (Exp.6,9).

Interdisziplinäres Arbeiten:

Dass es notwendig ist, interdisziplinär zu arbeiten, bestätigen alle Experten, die Kompetenz der Physiotherapeuten in der Zusammenarbeit wird aber oft als zu wenig ausgebildet bezeichnet (Exp.2,10).

„Interdisziplinäres Arbeiten passiert noch zu wenig, es gibt Schnittstellen, oft liefern wir Wissen, erleben aber, dass andere wenige Fragen stellen“ (Exp.2). Auch für Exp.4 hängt die Zusammenarbeit vom eigenen Engagement ab und beschreibt die Erfahrung *„die Zusammenarbeit funktioniert dann gut, wenn ich den ersten Schritt gehe“*.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist wichtig: *„Wir sind schon auf dem Weg. Es ist besonders im Kindersport wichtig, genauso wie es im Spitzensport schon vorgelebt wird“*, bestätigt Exp.9.

Evaluation

Qualitätssicherung ist notwendig (Exp.9). Physiotherapeuten können Scales, Scores und Assessments aus der Physiotherapie verwenden, müssen aber auch neue Instrumente suchen (Exp.9) und brauchen für die Evaluation Zeitressourcen und Organisationsmöglichkeiten (Exp.4).

Physiotherapeuten sind in dem Bereich so kompetent, wie in den anderen Bereichen innerhalb der Physiotherapie auch, diese Kompetenz muss aber zukünftig in der Fachhochschulausbildung noch mehr institutionalisiert werden (Exp.6).

Exp.7 meint, zu wenig Einblick in den Bereich der Qualitätssicherung, Evaluation und Forschung zu haben, räumt dem Feld aber keine Priorität ein.

Exp.3 bezeichnet den Bereich als *„in den Kinderschuhen steckend, aber ausbaufähig“*

Exp.5 steht auf dem Standpunkt: „*Zuviel Bürokratie soll vermieden werden, aber trotzdem ist es notwendig die Maßnahmen auf Effektivität zu prüfen.*“

Als Praktiker, bezeichnet sich Exp.4, und sieht sich nur dann in der Lage wissenschaftlich zu arbeiten, „*wenn es einfach zu managen ist,*“ außerdem verlangt sie, Ressourcen für diese Arbeit frei zu bekommen, weil es sonst nicht durchführbar wäre (Exp.4).

„*Wir wissen schon viel, kennen schon viele Instrumente*“ stellt Exp.2 fest, wünscht sich aber Fortbildungen für Messinstrumente aus anderen Disziplinen, z.B. um Wohlbefinden zu messen. Außerdem betrachtet sie Haltung und Bewegung als einen komplexen Bereich, der deshalb auch schwer zu evaluieren ist.

Die Sichtweise, dass eine Erwartung, die sich aus der Erfahrung von Experten ableiten lässt, auch als Evidenz gilt, ist für Exp.2 hilfreich.

„*Qualität muss durch fachlich kompetent ausgebildete Personen gewährleistet sein, andere Kriterien kann ich schwer beurteilen*“, sagt Exp.1.

„*Ich wünsche mir, Ideen zu haben, wie Evaluation zu machen ist.*“. Auch die jahrelange Auseinandersetzung im ganzen Team mit dem Thema, ließ Exp. 10 „*nichts Vernünftiges finden,... und Zahlen helfen über die Subjektivität nicht hinweg*“.

Eine Hürde stellt die finanzielle Abgeltung der gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen für die meisten Experten dar (Exp.1,3,4,5,8,9,10).

Informationen dazu, welche Kriterien in der Gesundheitsförderung zu erfüllen wären, wo es Unterstützung gäbe und wie Leistungen finanzierbar sein könnten, wünschen sich Exp.4 und 5.

Wenn die Krankenkassen einen bestimmten Betrag für Prävention ausgeben, sollte die Physiotherapeuten sich einbringen und Projekte anbieten (Exp.5).

Unterstützung seitens des Verbandes der Physiotherapeuten Österreichs wünscht sich da Exp.4.

Exp.10 glaubt, dass gut konzipierte Projekte durch den Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs jederzeit gefördert würden, aber die Ideen oft zu wenig konkret zur Umsetzung ausgearbeitet sind.

K 2/h Herausforderungen in der Zukunft

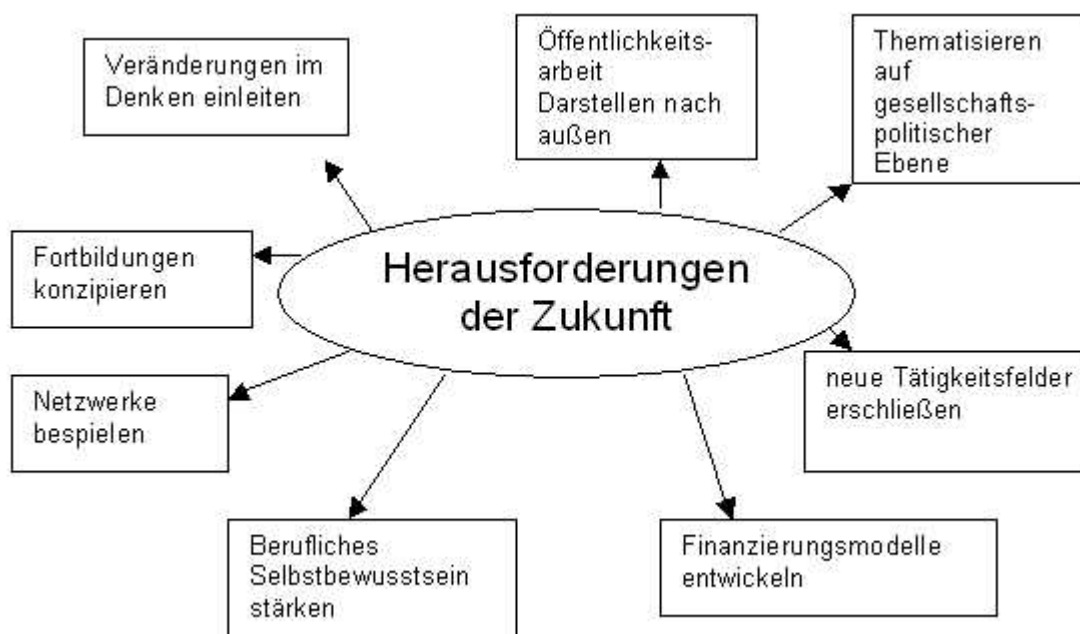


Abb.8 Herausforderungen der Zukunft

Da sich die Physiotherapie in den letzten Jahren, sowohl in der Lehre als auch in der Praxis rasant entwickelt hat und sich ein gewisser Paradigmenwechsel vollzieht, sind Veränderungen im Denken und Handeln notwendig geworden (Exp.6).

Was lange nicht notwendig war, ist jetzt immer wichtiger, nämlich das „Darstellen nach außen, das zwar unserer Kultur widerspricht, aber notwendig wäre“ (Exp.2). Dazu passt auch, dass die Schulung der Kommunikation und interdisziplinäres Arbeiten in der Gesundheitsförderung verbessert werden muss (Exp.2).

Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstmachung, Thematisierung auf gesellschaftspolitischer Ebene fordert auch Exp.7. Physiotherapie in neue Tätigkeitsfelder, wie in die Politik einzubringen, eröffnet neue Wege (Exp.6). Dort zu sein, wo die Entscheidungen getroffen werden und Lobbying zu betreiben, muss in Zukunft intensiviert werden.

Netzwerke mitzubespieren, zu nutzen oder überhaupt welche zu gründen, ist für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention unbedingt erforderlich (Exp.6).

Förderlich für das Selbstbewusstsein der Physiotherapeuten wäre die Eigenverantwortlichkeit in der Arbeit, im Sinne des möglichen Erstkontakts mit dem Patienten/Klienten (Exp.2).

Ein Engagement des beruflichen Nachwuchses, neue Tätigkeitsfelder zu erschließen, muss gefördert werden, sie müssen transportieren, was sie können (Exp. 4).

Solche Tätigkeitsfelder für Physiotherapeuten wären Schulen (Exp.4,9) und Kindergärten (Exp. 4).

Die Befürchtung, dass sich die Physiotherapeuten ihr Wissen zur Begleitung von Kindern künftig in Fortbildungskursen aneignen müssen, da in der Fachhochschulausbildung der Bereich der Kinderphysiotherapie nur ein kleiner ist, sprach Exp.3 aus.

Fortbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung wünschen sich die Exp.1,2,4,7.

Es wird auch notwendig sein, Finanzierungsmodelle in der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln (Exp.4).

4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Kategorie 1: Tätigkeiten

Die beschriebenen Tätigkeiten zeigen einen kleinen Ausschnitt aus den Angeboten, die in der „Erziehung und Beratung Gesunder“ (fachlich entsprechend der Gesundheitsförderung und Prävention) im Bereich der Kinder und Jugendlichen von Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Die Angebote decken sich mit denen aus der Literatur im internationalen Vergleich. Aber auch Angehörige anderer Disziplinen führen in der Bewegungsarbeit mit Kindern ähnliche Tätigkeiten durch. In diesen Arbeitsfeldern lassen sich Überschneidungen orten, die zur interdisziplinären Zusammenarbeit genutzt werden sollten.

Physiotherapeuten begleiten Projekten, wie z.B. das der „Gesunden Schule“ im interdisziplinären Team. Das scheint aber nur in Einzelfällen so zu sein und betrifft nicht alle derartigen Projekte. Als Kooperationspartner oder Ansprechpartner scheinen Physiotherapeuten zunehmend auf, das sollte in Zukunft vermehrt der Fall sein. Für die befragten Experten stellt die Finanzierung der Tätigkeiten oft eine Hürde dar. Es wird als sehr mühsamer Weg dargestellt, Interventionen umzusetzen und sich Kooperationspartner zu suchen.

Insgesamt besteht ein breites Angebot, das aber immer noch zu wenig beworben wird, überregional kaum verbreitet wird und sehr oft weder den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen noch den Stellen, die es nutzen könnten, in ausreichendem Maß bekannt zu sein scheint.

Auf die Einflussebenen

Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen

Beeinflussung des sozialen Umfeldes

Lebens- und Arbeitsbedingungen

zielen die meisten Angebote ab.

Auf der Einflussebene der ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen haben physiotherapeutische Angebote bislang keine Bedeutung. Aber auch hier können sich die Experten Tätigkeitsbereiche vorstellen.

Kategorie 2: Vermittlungspraxis

K 2/a Gesundheitsziele/Ansätze und Wirkorte der physiotherapeutischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

Physiotherapeuten sind es gewohnt, gemeinsam mit dem Patienten/Klienten Ziele aufzustellen. Aus der fachlichen Kompetenz heraus können Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche definiert werden. Als ein wichtiges Ziel in der Gesundheitsförderung und Prävention formulieren alle Experten in ähnlicher Weise, die gesunde Bewegungs- und Haltungsentwicklung der Kinder zu ermöglichen. In dem Zusammenhang soll auf die Bewegungsbedürfnisse der Kinder eingegangen werden, die Freude an der Bewegung gefördert und erhalten bleiben, um die Bewegung bereits im Kindesalter zu etablieren, auch im Hinblick auf die gesundheitsförderliche und präventive Wirkung der Bewegung in der Zukunft der Kinder.

Diese Ziele sind daher auch von Interesse für die Verantwortlichen im Gesundheitswesen.

Mit physiotherapeutischen Interventionen wird laut Experten auf der körperlichen Ebene angesetzt, mit Auswirkung auf die Psyche und das soziale Umfeld. Diese Aussagen lassen den Rückschluss auf

eine ganzheitliche Sicht des Kindes zu. Funktionalität wird immer mehr in ein System eingeordnet und der Erfolg der Interventionen an der Handlungsfähigkeit der Kinder gemessen. Dabei sollen sie selbsttätig, experimentierend lernen, Unterstützung in ihrer Identitätsentwicklung erfahren und grundmotorische Fähigkeiten ausbilden.

Ähnliche Ziele und Ansätze finden sich in den Beschreibungen von gesundheitsfördernden und präventiven Projekten, in Lehrbüchern und auch in der Literatur der Bezugswissenschaften der Physiotherapie, wie z.B. in der Psychomotorik/Motopädagogik. Die Experten der Kinderphysiotherapie sehen ihre Einflussmöglichkeiten an allen Wirkorten, nach Antje Hüter-Becker, an den Funktionen des Bewegungssystems, an der Bewegungsentwicklung und -Kontrolle, an den Funktionen der inneren Organe und am Verhalten und Erleben. Wobei ein direkter Ansatz an dem Wirkort Verhalten und Erleben nur über die Gestaltung von Gruppenprozessen, geleitet durch psychomotorische oder motopädagogische Kenntnisse, vorstellbar zu sein scheint. Dieser Bereich wird traditionell nicht der „Urprofession“ der Physiotherapie zugeordnet. Da sich aber gerade in der Gesundheitsförderung und Prävention die Tätigkeitsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen überschneiden, und von einem umfassenden Verständnis der Bewegung auszugehen ist, wird eine Auseinandersetzung und fachliche Qualifikation für den Wirkansatz Verhalten und Erleben anzustreben sein.

K 2/b Kompetenzen der Entwicklungsbegleiter

Bei den persönlichen Kompetenzen handelt es sich um die Bereitschaft, sich auf Kinder einzulassen, kindliche Bedürfnisse zu verstehen und zu respektieren und Kinder in der Entwicklung zu begleiten. Gerade in der Gesundheitsförderung und Prävention wird Teamfähigkeit verlangt, da auch das Umfeld der Kinder betreut werden muss. Einige Experten finden eine Abgrenzung im Engagement für die Kinder schwierig, und sehen sich oft in der Situation, sich über das erforderliche Maß hinaus einzubringen. So ein Engagement wird durch persönliche Zufriedenheit belohnt, finanziell aber nicht abgegolten.

Fachlich kompetent sehen sich die Experten durch ihr Fachwissen im Bereich der Kinderphysiotherapie und auf Grund der Berufserfahrung. Ob das Basiswissen nach der Grundausbildung für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern ausreicht, wird unterschiedlich gesehen. Dass für den Tätigkeitsbereich in der Ausbildung Grundlagenwissen vermittelt wird und bei Interesse auch entsprechend genutzt werden kann, sehen einige Experten. Trotzdem würde die Mehrzahl der Experten eine Zusatzausbildung empfehlen. Ein Vorschlag wäre, eine Zusatzausbildung zum „Präventiv-Kinderphysiotherapeuten“ zu entwickeln und anzubieten. Im Bereich der Ausbildung könnten Schwerpunkte gesetzt werden.

Gesundheitsförderung baut auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff auf. Der Blick auf den Menschen ist ressourcenorientiert. Das salutogenetische Denken hat in der Physiotherapie schon einen gewissen Stellenwert erhalten und wird in der Ausbildung vermehrt zu berücksichtigen sein. Die Umsetzung wird von den einzelnen Personen abhängen, Vorgaben seitens der Lehrpläne gibt es bislang noch nicht.

Im Vergleich mit den, aus der Theorie entwickelten Kompetenzen von Entwicklungsbegleitern in der Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern, findet man Übereinstimmung mit den geforderten Kompetenzen der Experten. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Kinderphysiotherapeuten auf Grund ihrer fachlichen Kompetenzen auf jeden Fall für das Tätigkeitsfeld Gesundheitsförderung und Prävention geeignet sind. Zusatzausbildungen, über die man

pädagogische, didaktische und entwicklungsspezifische Kenntnisse erlangen kann, sind aber Voraussetzung.

K 2/c Methoden/ Konzepte in der Gesundheitsförderung und Prävention

Zur Umsetzung der Ziele in der Gesundheitsförderung und Prävention, können die Physiotherapeuten auf unterschiedliche methodische Zugänge und Konzepte (wie schon in der Kategorie fachliche Kompetenz beschrieben) zurückgreifen.

Alle Experten beraten ihre Patienten und Klienten, aber auch die Menschen in deren Umfeld, in Gesundheitsförderung und Prävention. Das Angebot beinhaltet Einzelberatung, Gruppenbetreuung und Vortragstätigkeit. Neben der gewohnten Einzeltherapie, in der natürlich auch gesundheitsfördernde und präventive Entwicklungsbegleitung angeboten wird, sind Physiotherapeuten als Bewegungsexperten oft mit der Leitung von unterschiedlichen Kindergruppen betraut.

Alle Angebote sind kindgerecht, entwicklungsspezifisch, bedürfnisspezifisch und auf neurobiologischen Grundlage basierend aufgebaut und verlangen in der Durchführung nach pädagogischem Hintergrundwissen. Dadurch wird gewährleistet, dass Kinderphysiotherapeuten nicht einfach Konzepte für Erwachsene auf Kinder übertragen, sondern die Angebote an kindliche Lernformen und an die Art, wie Kinder lernen anpassen.

Der Ansatz des Empowerments wird zwar umgesetzt, vielfach aber empirisch, als normaler Umgang mit Kindern bezeichnet, ohne Empowerment als definierten Ansatz in der Gesundheitsförderung zu kennen. In der Gesundheitsförderung wird der Ansatz des Empowerments umfassender gesehen als es die Experten der Kinderphysiotherapie beschreiben.

Partizipation wird von den Experten in jedem Alter der Kinder berücksichtigt. Es hängt vom ihrem Entwicklungsstand ab, in welcher Weise sie miteinbezogen werden können. Da die Kinder und Jugendlichen Kompetenzen ihre Gesundheit betreffend entwickeln sollen, müssen sie in ihrer Entscheidungsfähigkeit begleitet werden.

Physiotherapeuten sind besonders geeignet settingverändernde Maßnahmen durchzuführen. Sie tun das auch, in dem sie z.B. Hausbesuche machen und in Schulen und Kindergarten beratend tätig sind. Insgesamt wird dieser Bereich noch aber noch zu wenig abgedeckt. (siehe Kategorie Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention)

Für Planung, Ablauf und Evaluation aller Interventionen zeigt sich, dass es von Vorteil ist, prozessgeleitet zu denken und zu handeln. Dazu bietet der physiotherapeutische Prozess eine brauchbare Grundlage.

K 2/d Bedeutung der Bewegung in der kindlichen Entwicklung (Zusammenhang von Bewegung und Bildung)

Die Zusammenhänge von Bildung und Bewegung sind den Physiotherapeuten klar, sie transportieren diese vielleicht nicht so deutlich. Gerade im Kindesalter haben die verschiedenen Dimensionen von Bewegung eine große Bedeutung die Persönlichkeitsentwicklung und für das Lernen. Physiotherapeuten unterstützen, geleitet von hoher fachlicher Kompetenz, die Vielfalt von Bewegung. Um aber wirklich Bewegung ins Bildungssystem zu bringen, bedarf es gerade in dem Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Pädagogen, mit Experten aus Sport, Psychologie und mit Experten der Psychomotorik. (siehe Herausforderungen der Zukunft)

K 2/e Vernetzung ressourcenorientierter und defizitorientierter Ansätze

Aus der Tradition heraus arbeiten Physiotherapeuten defizitorientiert. Die Gesundheitsförderung baut auf einer salutogenetischen Grundhaltung auf, die bisher nur langsam in die physiotherapeutische Arbeitsweise einfließt. In der Kinderphysiotherapie scheint aber die Arbeit an den Stärken der Kinder bereits eine therapeutische Grundhaltung zu sein.

Der Vorteil, beide Ansätze zielführend zu verbinden, wird als Chance für die Physiotherapie gesehen. Es zeigt sich einerseits, dass Physiotherapeuten Ursachen und Auswirkungen von Defiziten gut einschätzen können und andererseits die Gesamtentwicklung mit all ihren Facetten und Ausprägungen verstehen. So kann generell an den Ressourcen der Kinder gearbeitet werden und wenn ein Problem auftaucht, fällt es der Physiotherapeutin oft auch ohne gezielt danach zu suchen auf. Der Umgang mit einem Defizit kann auch in einer gesundheitsfördernden Weise geschehen.

Prinzipiell sollten aber die Definitionen, Begrifflichkeiten und theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention geklärt sein, um die eigenen Ansätze einordnen und transportieren zu können.

K 2/f Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention & K 2/g Qualitätssicherung und Evaluation

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sollen nachhaltig wirken. Um dieser Forderung gerecht werden zu können, müssen bestimmte Kriterien erfüllt werden. Die Kriterien leiten sich aus den Erfahrungen der im Gesundheitsbereich tätigen Professionen und aus der Forschung ab.

Zunächst müssen, Ziele definiert, Maßnahmen konzipiert und Überprüfungsinstrumente ausgewählt werden. Dieses Vorgehen im Prozess gleicht der Arbeitsgrundlage der Physiotherapeuten und muss nur an die jeweiligen Zielgruppen angepasst werden. Physiotherapeuten haben also gute Voraussetzungen, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zu planen, zu gestalten, durchzuführen und zu evaluieren.

In der Gesundheitsförderung geht es um die Beeinflussung der Verhaltens- und Lebensweisen der Einzelnen, um die Unterstützung und Beeinflussung des Umfelds des Einzelnen, um die Beeinflussung der Lebensbedingungen und Arbeitsbedingungen und den Zugang zu Einrichtungen und Diensten und um die Beeinflussung der ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen im Hinblick auf Ressourcenstärkung. In der Prävention spielt die Risikosenkung eine maßgebliche Rolle. Die einzelnen Interventionen überschneiden sich, besonders dann, wenn den ihnen ein umfassender Gesundheitsbegriff zugrunde liegt. Ein umfassender Gesundheitsbegriff leitet auch in der Physiotherapie das Denken und Handeln.

Daraus ergibt sich für die Physiotherapeuten, in der Arbeit mit Einzelnen oder mit Zielgruppen, dass sie alle Bezugspersonen ihrer Patienten/Klienten miteinbeziehen müssen, und deren Lebenswelten zu berücksichtigen haben. Das bedeutet im Setting und Settingverändernd tätig zu sein. Diese Tätigkeiten müssten nach Meinung der Experten noch verstärkt werden.

Die Interventionen müssen sozial gerecht aufgebaut sein, möglichst viele Menschen erreichen, und zur überregionalen Verbreitung geeignet sein. Den Zugang zur Physiotherapie, vor allem im präventiven Bereich haben nicht alle Menschen. Gerade in der freien Praxis lassen sich gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen nicht abrechnen und wären für manche Menschen kaum zu finanzieren. Angebote in Kindergärten und Schulen werden meistens für eine Einrichtung konzipiert und dann nicht zur weiteren Verbreitung angeboten. Dazu fehlt es an zeitlichen und finanziellen Ressourcen.

Außerdem muss, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten interdisziplinär gearbeitet werden, da die Physiotherapeuten nicht alle Aufgaben eines derart komplexen Vorgehens bewältigen können. In der Zusammenarbeit ist es auch möglich, andere Professionen als Multiplikatoren einzusetzen. Dasselbe gilt auch für die Physiotherapeuten. In der interdisziplinären Arbeit sehen die Experten noch Mängel seitens der Physiotherapie, aber auch seitens anderer Berufsgruppen, besonders der Pädagogen.

Jede Intervention muss im Verlauf evaluiert und hinsichtlich der Zielvorgaben überprüft werden und die Qualität muss entsprechend gesichert sein.

Hinsichtlich der Evaluation sprechen die Experten sich über die Möglichkeiten der Physiotherapeuten unterschiedlich aus. Prinzipiell sind Physiotherapeuten mit der Evaluation vertraut, ob sie aber über die geeigneten Messinstrumente für den Tätigkeitsbereich verfügen, ist fraglich. Da muss es noch Fortbildungen geben. Insgesamt ist die Physiotherapie da auf einem guten Weg. Die Evaluation, Qualitätssicherung und Forschung wird sich erst etablieren müssen. Der erste Schritt dazu wird in der Akademisierung der Ausbildung in der Physiotherapie gesehen. Über Forschungsergebnisse wird es möglich sein, Evidenzen für Wirksamkeit der physiotherapeutischen Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention zu erbringen und Standards auf wissenschaftlicher Basis zu entwickeln.

Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter haben Bewegungskonzepte eine große Bedeutung für die allgemeine Entwicklung der Kinder. Um nachhaltige Arbeitsergebnisse zu gewährleisten, muss besonders die interdisziplinäre Arbeit mit Experten der Bezugswissenschaften der Physiotherapie forciert werden.

Da die Finanzierung der Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention ein Problem darstellt, wäre es eine Möglichkeit, Projekte, die auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff basieren, zu entwickeln und bei den entsprechenden Institutionen um Förderung anzusuchen. Solche Ansuchen müssen gewissen Kriterien erfüllen, wie Formulierung der Projektziele, Klärung des zugrundeliegenden Gesundheitsbegriffs, Beschreibung der Ausgangslagen und theoretische Konzepte, Beschreibung der Methoden, Einhaltung der Grundsätze Partizipation, Evaluation, usw.

In diesem Bereich fehlt es den Experten an Informationen und an zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Unterstützung würden sie sich auch vom Verband der Physiotherapeuten Österreichs in irgendeiner noch nicht genau definierten Form wünschen.

In der Zusammenarbeit mit anderen Professionen, die schon erfahren sind im Umgang mit einschlägiger Projektarbeit, könnte hier effektiver gearbeitet werden, indem schon vorhandene Ressourcen genutzt werden.

Wenn es eine zeitliche, finanzielle und informative Unterstützung gäbe, würden sich sicher Physiotherapeuten finden, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern ihren Arbeitsschwerpunkt legen.

K 2/h Herausforderungen in der Zukunft

Die größten Herausforderungen sind neue Tätigkeitsfelder zu erschließen, die Qualität in der Arbeit mit Kindern zu erhalten und Finanzierungsmodelle für die Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln.

Wenn die Physiotherapie sich diesen Bereichen etablieren möchte, muss zunächst aufgezeigt werden, welche Ressourcen sie zur Verfügung stellen kann. Die Informationen müssen den politischen Entscheidungsträgern und den Verantwortlichen im Gesundheitssystem zur Verfügung stehen. Lobbying und Präsenz bei relevanten Veranstaltungen ist hier unabdingbar.

Außerdem sollten Netzwerke gegründet und bespielt und die interdisziplinäre Arbeit intensiviert werden. Mit der Gründung eines Netzwerkes für präventiv tätige Physiotherapeuten kann ein Grundstein gelegt werden.

Diese Bestrebungen gibt es bereits europaweit. In der Professional Issues Working Group der Europaregion des Weltphysiotherapieverbandes besteht eine Aufgabe im Aufbau eines Netzwerkes über Initiativen zur Prävention und für einen gesunden Lebensstil innerhalb der nationalen Verbände, in Koordination mit WHO-Aktivitäten zu diesem Thema. In dieser Arbeitsgruppe ist Österreich vertreten.

Es wird aber auch an den Einzelnen liegen, sich zu engagieren und an Netzwerken zu beteiligen und interdisziplinär Projekte zu entwickeln.

Die zukünftigen Physiotherapeuten müssen bereits in der Ausbildung für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sensibilisiert werden. Als Schwerpunkt sollten weiterhin Projekte an den Ausbildungsstellen durchgeführt und von fachlich kompetenten Lehren begleitet werden.

Fortbildungen, über die man sich speziell für das Tätigkeitsfeld qualifizieren kann, müssen erst entwickelt werden.

Um die Leistungen entsprechend honoriert zu bekommen, müssen für Physiotherapeuten neue und eventuell ungewohnte Möglichkeiten der Finanzierung gefunden werden.

5. CONCLUSIO UND KRITISCHER AUSBLICK

Aus den Ergebnissen der Expertenbefragung lässt sich die Forschungsfrage „Inwieweit wird Erziehung und Beratung Gesunder in der Kinderphysiotherapie in Österreich umgesetzt“ beantworten. Da die Experten ein breites Feld innerhalb der Kinderphysiotherapie abdecken und insgesamt über langjährige Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verfügen, konnte durch ihre Aussagen ein Überblick in die Praxis und die Anforderungen an Physiotherapeuten im Kinderbereich gegeben werden.

Durch die Vergleiche der Aussagen der Experten mit den, im ersten Teil der Forschungsarbeit entwickelten Kategorien ergibt sich eine, aus den Ergebnissen ablesbare, Standortbestimmung über die derzeitige Ausgangslage in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Kinderphysiotherapeuten. Auf diese Weise wird aufgezeigt, welche Bereiche bereits gut abgedeckt sind und welche Herausforderungen zukünftig auf die Kinderphysiotherapie, will sie sich in diesen Tätigkeitsfeldern etablieren, zukommen.

Hervorzuheben sind zwei Aspekte, einerseits sind Kinderphysiotherapeuten auf Grund ihrer Qualifikation für die Arbeit in der Prävention äußerst kompetent, indem sie Entwicklungsverläufe beurteilen können und über geeignete Konzepte verfügen, Störungen zu begegnen und mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten. Dieser Zugang basiert auf einer defizitären Sichtweise, die traditionell in der Physiotherapie verankert ist. Andererseits verlangt die Gesundheitsförderung eine Ressourcenorientierung, auf dem Hintergrund der Salutogenese und die ist noch zu gering in der Physiotherapie etabliert. Da die Gesundheitsförderung als Tätigkeitsfeld in der Zukunft für die Physiotherapie eines darstellen soll, müssen die zugrundeliegenden Konzepte deutlich transportiert werden und die entsprechenden Interventionen ressourcenstärkend konzipiert werden. Das heißt für den Kinderbereich, Entwicklungsräume schaffen, im Setting zu arbeiten und Settingverändernd tätig zu sein. Besonders wichtig ist dabei kindgerechte Angebote zu entwickeln, die auf aktuellen Lerntheorien und auf neurophysiologischen Grundlagen aufbauen. Das beinhaltet auch, keine Erwachsenenkonzepte auf Kinder zu übertragen und eine „Förderung“ kritisch zu betrachten.

Ohne den interdisziplinären Austausch mit Experten der Bezugswissenschaften der Physiotherapie wird es nicht gelingen, da der Bereich der Gesundheitsförderung ein sehr komplexer ist und Physiotherapeuten traditionell nicht alle Bereiche abdecken können. Dieser Austausch findet nach Meinung der Experten in der Praxis noch zu wenig statt. Die Ursache dafür ist aber nicht nur im Bereich der Physiotherapeuten zu suchen.

International gesehen zeigen sich in vergleichbaren Staaten ähnliche Entwicklungen innerhalb der Physiotherapie. Die Interessen gehen dahin, neue Tätigkeitsfelder zu erschließen und qualitätsvolle Arbeit auf Basis wissenschaftlicher Forschungsergebnisse zu leisten. Die Ausbildung im tertiären System unterstützt diese Vorhaben grundlegend. Um nachhaltige Konzepte in der Gesundheitsarbeit mit Kindern auch zukünftig entwickeln zu können, müssen Trends aus den Gesundheitswissenschaften in die Ausbildungskonzeption integriert werden.

Der Stellenwert der Kinderphysiotherapie darf im Gesamtkonzept nicht übersehen werden, da gerade der Gesundheitsarbeit mit Kindern eine wichtige gesellschaftliche Bedeutung zugeschrieben wird. Wenn die fachliche Qualifikation auf diesem Gebiet nicht erreicht werden kann, würde ein breites Betätigungsfeld für die Physiotherapie unerschlossen bleiben.

Zusätzlich sollten Salutogenese und der Ansatz des Empowerments und verschiedene Modelle der Verhaltensänderung curricular aufgenommen und in der Ausbildung transportiert werden.

Um in der Gesundheitsförderung und Prävention wirklich gute Qualität zu bieten, wäre es günstig, dass sich Kinderphysiotherapeuten eventuell über eine Zusatzqualifikation spezialisieren und ihren

beruflichen Schwerpunkt ausschließlich in diese Bereiche legen, sich vernetzen und neue Finanzierungsmodelle suchen.

Erste vorhandene Strukturen, Projektdesigns und Kontakte könnten durch Vernetzung und Austausch gewinnbringend genutzt werden. Obwohl der Bekanntheitsgrad der Physiotherapie sich in den letzten Jahren gesteigert hat, wird es an den einzelnen Akteuren liegen, die Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Kinderphysiotherapie zu etablieren, mit ihren Angeboten an die Öffentlichkeit zu gehen und ein gezieltes Lobbying dort zu betreiben, wo die Entscheidungen im Gesundheitswesen zum Wohle der Kinder getroffen werden. Diese Aufgabe müsste von engagierten Kinderphysiotherapeuten und ihren Netzwerkpartnern koordiniert und durch den Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs gestützt wahrgenommen werden.

Es wäre sinnvoll Kooperationen mit Krankenkassen einzugehen, da diese auch Gesundheitsleistungen finanzieren müssen.

Um sich den Aufgaben in den Tätigkeitsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter kompetent stellen zu können, müssen einschlägige Fortbildungen für Physiotherapeuten installiert werden. Der interdisziplinäre Austausch mit den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist für eine Weiterentwicklung der eigenen Arbeit besonders wichtig.

In vorliegenden Arbeit wurden nur wenige Experten befragt, daher konnte nur ein Ausschnitt aus den Tätigkeiten und Angeboten, die in Österreich von Physiotherapeuten durchgeführt werden, analysiert und beschrieben werden. Unter Umständen würden sich durch die Befragung weiterer Experten die Ergebnisse um zusätzliche Erkenntnisse erweitert darstellen.

Es ist anzunehmen, dass sich die Anforderungen in der Kinderphysiotherapie in der Zukunft verändern, da der Bereich der Gesundheitsförderung immer mehr an Bedeutung gewinnt und die Bewegungsräume der Kinder zunehmend eingeschränkt sein werden. Daher kann diese Arbeit für die Entwicklung von Konzepten in der Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern herangezogen werden. Sie bietet einen Einblick über die Möglichkeiten aus kinderphysiotherapeutischer Sicht, über den Informationsstand von Physiotherapeuten und über die momentan vorhandenen Ressourcen von Kinderphysiotherapeuten in Österreich.

Als weiterführende Forschungsarbeiten wären die Entwicklung von Standards für die Tätigkeitsbereiche oder die Konzipierung von weiteren Angeboten in Betracht zu ziehen. Aus den Ergebnisse der Expertenbefragungen lassen sich auch Erkenntnisse für die Lehrpläne in der Ausbildung der Physiotherapeuten gewinnen. Außerdem wird ein Bedarf an Fortbildungsangeboten in diesen Bereichen aufgezeigt.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Die Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- Albrecht, U. (2007). KiLo – Kinder im Lot. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*. 59 (9), 852-860
- Balster, K. (2005). Kinderwelt = Bewegungswelt. In Fischer, K. & Knab, E. & Behrens, M. (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005*. (S. 337-346). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Bassler, D. & Antes, G. (2000). Wie erhalte ich Antworten auf meine Fragen? In Kunz, R. & Ollenschläger, G. & Raspe, H. & Jomitz, G. & Kolkmann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierter Medizin in Klinik und Praxis*. (S. 88-97). Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst*. München: Heyne Verlag
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. (S. 23-41). Göttingen: Hogrefe
- Magistratsabteilung 10 (Hrsg.). (2005). Bildungsplan der Stadt Wien. (Wiener Kindergärten). unveröffentlichte amtliche Mitteilung. Wien: Magistrat Wien
- Bös, K. & Brehm, W. & Huber, G. & Ungerer-Röhrich, U. (1999). Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Zielgruppen im Kontext von „Public Health“ und Gesundheitssport. *Dvs-Informationen* 14 (2), 19-22
- Borgetto, B. & Höppner, H. (2007). Den Wandel mitgestalten. *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 59. (7), 666-675
- Bollert, G & Geuter, G (2007). Das Rad nicht neu erfinden. *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 59. (8) , 794-798
- Braun, K. (2006). Auf den Anfang kommt es an. Wie Gehirne laufen lernen. In Fischer, K. & Knab, E. & Behrens, M. (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005*. (S. 13-32). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Buchriegler, Ch. (2007). *Freude an der Bewegung im Kindergarten – Kinder entwickeln Verständnis für ihr Körperbewusstsein*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Steyr: Akademie für Physiotherapie
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 2. *Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-Ausbildungsverordnung)*. 2006.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich: 70. *Bundesgesetz: Änderung des MTD-Gesetzes und des Hebammengesetzes*. (NR: GP XXII RV 950 AB961 S. 113. BR: AB 7321 S. 723.), 2005.
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) vom 1.9.1992 (BBGL 460/1992)
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. *Erlassung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG), Aufhebung des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Fonds „Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ und Änderung des Gesundheitsförderungsgesetzes*. (NR: GP XXII RV 1430 AB 1496 S150 Einspr. d BR: 1622 AB 1631 S. 160. BR: AB 7602 S. 736)
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, (2002). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen*. Wien: BMSG
- Bundesverband der Diplomierten Physiotherapeuten Österreichs. (Hrsg.). (2004). Berufsprofil der/ des diplomierten Physiotherapeuten. *Fachzeitschrift-Physiotherapie* 1a/2004, 12-14
- Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs. (Hrsg.). (2004). Arbeitsgemeinschaft „Ausbildung“ (B). Diploma Supplement. Information über die Ausbildung zum/zur PhysiotherapeutIn in Österreich. Wien: Facultas
- Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs (Hrsg.). (2001). *Physiotherapeutisches Berufsbild*. Wien: Facultas.
- Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs, Kraft haben und geben. *Inform* 12/07. 6-8
- Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs. (2007). *Jahresbericht 2006* Wien: Physio Austria
- Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs. (2008). *Geschäftsbericht 2007* Wien: Physio Austria

- Dick, A. & Weitbrecht, W.U. & Lindroth, M. (1998). Prävention von Entwicklungsstörungen bei Frühgeborenen. München: Pflaum
- Dieschburg, C. (2005). Fitifax. Persönlichkeits- u. Sprachentwicklung im Rahmen der gesundheitsfördernden Volksschule (4-6 Jahre). *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005.* (S. 271-279). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System internationaler Klassifikationen (Hrsg.). (2005). (Copyright: WHO. Genf). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.* Druck: DIMDI
- Dordel, S. & Breithecker, D. (2003). Bewegte Schule als Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit. In *Haltung und Bewegung* 23 (2), 5-15
- Dür, W. (2007). *Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich.* Vortrag anlässlich der 9. Gesundheitsförderungskonferenz, Salzburg. 4.6.2007
- Eggert, D. (2005). Selbstkonzept und Therapieverlauf. *Zeitung für Physiotherapeuten* 57 (7), 1076-1085
- Elflein, P. (2006). Bewegung–Bildung–Gesundheit. Analysen und Verbindungsversuche in pädagogischem und didaktischem Ansinnen. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.) *Bewegung Bildung Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007* (S. 101- 116). Schorndorf: Hofmann
- Eschenbeck, H. & Kohlmann, C.W. (2004). Ernährungsverhalten von Grundschulern: Zusammenhänge mit Geschlechtszugehörigkeit und problemorientierter Bewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 167-171
- Europäische Region World Confederation for Physical Therapy, (Hrsg.). (2003). *Das europäische Benchmark-Statement für Physiotherapie.* Angenommene Endversion (2003). Barcelona
- Fthenakis, W.E. (2006). Bildung von Anfang an Perspektiven zur weiteren Bildung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder unter sechs Jahren in Deutschland. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.) *Bewegung Bildung Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007* (S. 42-58). Schorndorf: Hofmann
- Fischer, K. (2006). Die Bedeutung der Bewegung für Salutogenese und Resilienz. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.) *Bewegung Bildung Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007* (S. 117-125). Schorndorf: Hofmann
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung.* Hamburg: Rowohlt
- Fries, J.F. (1989). Compression of morbidity. *The Milbank quarterly*, Vol 67, No 2, pp 208-232
- Frühwirth, N. (2007). *Erfassung der Grundlagenausdauer im Kindergartenalter.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Steyr: Akademie für Physiotherapie
- Gasse, M. (2006). Individuelle Perspektive von Bewegung und Lernen in Bildungseinrichtungen. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.) *Bewegung Bildung Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007* (S. 136-140). Schorndorf: Hofmann
- Geene, R. & Halkow, A. (2004). Strategien der Gesundheitsförderung. In Geene; R. & Halkow, A. (Hrsg.). *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung.* (S. 16-18). Frankfurt am Main: Marbuse Verlag
- Geuter, G & Lehmann, G. (2007). Stärken – stärken. *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 59. (6), 597-604
- Glaser, B & Strauss, A (2005). *Grounded Theory.* Bern: Hans Huber
- Gruber, E. (2001). *Physiotherapie - Trends und Perspektiven eines Berufs.* Wien: Universitätsverlag
- Graf, C. & Koch, B. & Klippel, S. & Büttner, S. & Coburger, S. & Christ, H. & Lehmacher, W. & Bjarnason-Wehrens, B. & Platen, P. & Hollmann, W. & Predel, H.G. & Dordel, S. (2003). Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und Konzentration im Kindesalter – Eingangsergebnisse des CHILT-Projektes. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 54 (9), 242-246
- Haas, R. (2006). Chancen des neuen Präventionsgesetzes für eine psychomotorisch orientierte Bewegungsförderung. *Motorik - Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie.* 29 (6), 75-84

- Haas, R. (2007). Psychomotorische Gesundheitsförderung *Motorik - Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie*. 30 (9), 124-128
- Halkow, A. (2004). Mut zum Dialog! Partizipative Evaluationsstrategien und ihre Potentiale für die Gesundheitsförderung. In Luber, E. & Geene, R. (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. (S.177-196). Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag
- Hartmannsgruber, R. & Wenzel, D. (1999). Pädiatrie, Band 12 In A. Hüter-Becker, H. & Schewe, W. & Heipertz, W. (Hrsg.). *Physiotherapie. Lehrbuchreihe*. Stuttgart: Thieme.
- Haverkamp, F. (2005). Körperliche Bewegung und ihre Bedeutung für die Gesundheit. *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005*. (S. 291-306). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Heck, Raabe, Stehle, Weiß, (2004). *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*. Würzburg: Universität Bochum und Universitätsklinik
- Hentig, H. (1996). *Bildung*. München: Hanser
- Höppner, H. (2007). Therapie im Wandel. *Physiopraxis* (2). Glossar
- Höppner, H. (2007). Gesundheitswissenschaften: Orientierung für Physiotherapeuten in Prävention und Gesundheitsförderung. In Hüter-Becker, A & Dölken, M (2008). *Prävention*. Stuttgart: Thieme
- Hollmann, W & Strüder, H.K. (2003). Gehirn und Sport. Standards der Sportmedizin
Gehirngesundheit, –leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. *Deutsche Zeitung für Sportmedizin*. 54, 265- 266
- Hörhan, C.& Christ, R. & Gajar, P. & Kichler, R. & Mikl, M. & Rohrauer, G. & Rohrer E. & Ropin, K. (2007). *Arbeitsprogramm 2008*. Wien: Fonds Gesundes Österreich
- Hörhan, C.& Christ, R. & Gajar, P. & Kichler, R. & Mikl, M. & Rohrauer, G. & Rohrer E. & Ropin, K. (2007). *Jahresbericht 2006*. Wien: Fonds Gesundes Österreich
- Hörhan, C.& Christ, R. & Gajar, P. & Kichler, R. & Mikl, M. & Rohrauer, G. & Rohrer E. & Ropin, K. (2007). *Arbeitsprogramm 2007*. Wien: Fonds Gesundes Österreich
- Hüter-Becker, A. (2002). Bewegungssystem. Band 1 *Lehrbuch zum neuen Denkmodell*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Hüther, G. (2006). Sich bewegen lernen, heißt fürs Leben lernen! Die erfahrungsabhängige Verankerung sensomotorischer Repräsentanzen und Metakompetenzen während der Gehirnentwicklung. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.) *Bewegung Bildung Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007* (S. 12-22) Schorndorf: Hofmann
- Illi, Urs. (1996). Bewegte Schule - gesunde Schule. In Bundesverband der Diplomierten Physiotherapeuten Österreichs. (Hrsg.). (1996). *Haltung und Bewegung durch die Lebensabschnitte. Referateband über den Kongress in Baden vom 1./2. Mai 1996* (S.26-39) Wien: Facultas
- Irmischer, T. (2004). Die Bedeutung der Bewegung und die Aufgaben der Bewegungserziehung. In Irmischer, T. & Hammer, R. & Wendler, M. & Hoffmann, S. (Hrsg.). *Spielen in der Psychomotorik*. (S. 21-28). Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien.
- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention. In Schwartz, F W. (2003). *Public Health. Das Buch*. München: Urban & Fischer Verlag
- Kempf, H-D. (2005). Sinnvolle Spiele für die Minis. *Physiopraxis* 05 (5), 43-37
- Kempf, H-D. (2005). Prävention von Anfang an. *Physiopraxis* 05 (3), 28-30
- Klemme, B. & Siegmann, G. (2006). *Clinical Reasoning*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Kolbe, M. (2004). Gesund leben lernen - eine Kooperation für mehr Gesundheit in der Schule. In Geene; R.& Halkow, A. (Hrsg). *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung*. (S. 53-54). Frankfurt am Main: Marbuse Verlag
- Kromerey, H (2004). Evaluation, Evidenzbasierung, Qualitätssicherung- Wovon reden wir. In Luber, E. & Geene, R. (Hrsg). *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. (S. 74-85) Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag
- Küng, C. (2007). Zitat in Havelka, O. (2007). Kraft haben und geben. *Inform* 12/07, 6-8
- Kühn, H. (1993). *Healthismus*. Berlin: Edition Sigma, WZB

- Langness, A. et al. (2005). Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Ergebnisse der internationalen Studie „Health Behaviour in school aged children“. *Gesundheitswesen* 67, 422-431
- Lehmann, G. (2005). Kinderrückenschule- Physiotherapie in der Primärprävention. In Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.). *Physiotherapie in der Pädiatrie*. (S.465-487). Stuttgart: Thieme
- Lengauer, R. (2008). Sport ist Spaß. Unveröffentlichte Informationsschrift. Steyr: Lengauer
- Leygraf, D. (2002). Kontakt- Spiel der Gesten und der Körpersignale. In Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hrsg.). *Verspieltheit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie*. (S.141-147). Gießen: Psychosozial-Verlag
- Luber, E. & Geene, R. (2004). Gesundheitsförderung und Qualitätsmessung. In Luber, E. & Geene, R. (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. (S. 9-12). Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag
- Luber, E. (2004). Wessen Qualität ist gemeint. In Luber, E. & Geene, R. (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. (S. 37-57). Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag
- Lohaus, A. & Ball, J. (2006). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*. Göttingen: Hofgreffe Verlag
- Lutgeharm, R. (2006). Körperlich fit - fit in der Schule. In Hunger, I. & Zimmer, R (Hrsg.). *Bewegung. Bildung .Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress2007*. (S. 335-338). Schorndorf: Hofmann
- Marktscheffel, M. (2006). Fitte Kids in Spiel und Sport. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.) *Bewegung. Bildung .Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007*. (S. 319-320). Schorndorf: Hofmann
- Marti, B. & Bühlmann, U. & Hartmann, D. & Ackemann-Liebrich, U. & Hoppeler, H & Martin, B & Seiler, R. & Kriemler, S. & Stüssi, CH. & Narring, F. & Birrer, D & Jimmy, G & Imhof, U & Vuille, J-C. (1999). Fakten zur gesundheitlichen Bedeutung von Bewegung und Sport im Jugendalter. *Schweizerische Zeitung für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 47 (4), 175-179
- Mayer, S. & Van Hilten, E. (2007). *Einführung in die Physiotherapieforschung*. Wien: Facultas Verlags und Buchhandels AG
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim und Basel: Beltz
- Meriaux-Kratochvilowa, S. (2006). *Physiotherapieausbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Unveröffentlichte Thesis. Derby: University of Derby.
- Merkinger, K. (2007). *Säuglingsbehandlung der Physiotherapeutinnen am Landeskrankenhaus Steyr*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Steyr: Akademie für Physiotherapie
- Mielk, A. (2004). Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. In Geene; R. & Halkow, A. (Hrsg.). *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Marbuse Verlag
- Mieg, H.A. & Näf, M. (2006). *Experteninterviews in den Umwelt- und Planungswissenschaften*. Lengerich: Pabst Science Publisher
- Mösch, B. (2006). Lasst Kinder gelassen lernen. *Praxis der Psychomotorik*. 31 (5), 80-86
- Müller, B. (2006). Hüpfdotzchen –Kindergarten in Bewegung. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.). *Bewegung. Bildung .Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007* (S. 141-145). Schorndorf: Hofmann
- Mulder, T. (2005). *Das adaptive Gehirn*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). Erste deutsche Auflage. *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), (2003). *Projekt MTD Qualitätssicherung. Berufsprofil der/des diplomierten Physiotherapeutin Physiotherapeuten. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen*. Wien: Eigenverlag
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), (2005). *Curricula MTD Physiotherapeutischer Dienst*. Wien: Eigenverlag.
- Orth, B. (2004). Entwicklung und Lernen. In Biewald, F. (Hrsg.). *Das Bobath-Konzept*. (S.32-54). München: Elsevier. Urban & Fischer Verlag

- Paulus, P. (2004). *Anschub.de - Mit Gesundheit gute Schule machen!* In Geene, R. & Halkow, A. (Hrsg.). *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Marbuse Verlag
- Pfaff, J. (2006). *Evaluierung des Langzeiteffektes des Therapieaufenthaltes für Kinder und Jugendliche zum Thema Kräftigung des Bewegungs- und Stützapparates im Jugendparadies (Lindenhof) in Spital am Pyhrn (Sommer 2005)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Steyr: Akademie für Physiotherapie
- Räbinger, J. (1998). Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung in Forschung und Lehre an deutschen Hochschulen und in der Praxis. In Larisch, A. & Prümel-Phillippsen, U. & Troschke, J. (Hrsg.). *Bedarf und Transfer von Public Health-Forschung in der Praxis der Gesundheitsförderung*. Freiburg: Druckwerkstatt in Grün
- Rattay, P. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Geschlechtersensibilität als Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In Lubert, E. & Geene, R. (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag
- Reitzinger, A. (2007). *Primärprävention in der Ausbildung zur Dipl. KindergartenpädagogIn, Chancen und Möglichkeiten der Prävention am Beispiel des haltungsschwachen Kindes*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Steyr: Akademie Für Physiotherapie
- Riener, B. & Häuselmann, J. & Schlagerl, G. & Lengenfelder, P. & Klinger, TH. & Wallner, A. & Gautsch, S. (2006). *Lehrlingen den Rücken stärken. Eine sportsoziologische Studie über das Bewegungs- und Gesundheitsverhalten von Salzburger Lehrlingen*. Wien: Fit für Österreich, Österreichische Bundessportorganisation
- Rosenbrock, R. & Michel, C. (2007). *Primäre Prävention*. Berlin: Med. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Rosenbrock, R. (2004). Qualitätssicherung und Evidenzbasierung - Herausforderung und Chancen in der Gesundheitsförderung. In Lubert, E. & Geene, R. (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. (S. 58-73). Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag
- Samitz, G. & Baron, R. (2002). Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In Samitz, G. & Mensik, G. (Hrsg.). *Körperliche Aktivität in der Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis*. S. 11-31. München: Hans Marseille
- Samitz, G. (2002). Körperliches Aktivitätsverhalten in Österreich. In Samitz, G. & Mensik, G. (Hrsg.). *Körperliche Aktivität in der Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis*. S. 57-64. München: Hans Marseille
- Schäfer, G. (2005). Bewegung als Grundlage von Bildung und Gesundheit. *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005*. (S. 291-306). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Schäfer, G. (2006). Bewegung bildet. In Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.) *Bewegung Bildung Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an. Das Buch zum 5. Osnabrücker Kongress 2007*. (S. 30-41). Schorndorf: Hofmann
- Schämann, A. (2006). *Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Ausbildung“*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Schneider, C. (2007). Prävention puscht Physiotherapie. *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 59. (7), 678-679
- Schmölzer, J. & Senkyr, A. (2003). *Die präventive Physiotherapie - gelebte Realität oder Steifkind mit Zukunftschancen?* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Akademie für Physiotherapie, Kaiser Franz Josef Spital
- Schörner, B. (2001). Erstellung des Berufsprofils für Diplomierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. In Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten. Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs. (2004). S. 5-8
- Schomacher, J. (2007). Gefangen im Modell. Wie bewusst sind Physiotherapeuten der Erklärungsmodelle, die ihrem Handeln zugrunde liegen. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*. 59 (9), 1021-1024
- Schwartz, F.W. (2003). 2. Auflage. *Public Health. Das Buch*. München: Urban & Fischer Verlag

- Seewald, J. (2005). Gesundheitsförderung als neues Paradigma der Motologie?. *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005.* (S. 282-289). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Shepherd, K. (1999). Misshandelte und vernachlässigte Kinder. In Burns, Y. & MacDonald, J. (Hrsg.). *Arbeitsfeld der Pädiatrie. Physiotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 372-381). Stuttgart: Thieme Verlag
- Spitzer, M. (2003). (korrigierter Nachdruck von 2002). *Lernen. Gehirnforschung und Schule des Lebens.* Heidelberg. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung.* Weinheim: Beltz Verlag.
- Strübing, J. (2004). *Grounded Theory.* Köln: VS Verlag
- Tomkinson, G.R. & Olds, T.S. (2007). *Pediatric Fitness.* Basel: Karger
- Teuchert-Noodt, G. (2000). Informationen aus der Neurobiologie. Teil 1: Neurodidaktik – eine neue Taktik? *Biologie in der Schule.* 49 (1), 49-51
- Tutschek, E. (1996). Modell Kinderrückenschule. In Bundesverband der Diplomierten Physiotherapeuten Österreichs. (1996). *Haltung und Bewegung durch die Lebensabschnitte. Referateband über den Kongress in Baden vom 1./2. Mai 1996.* (S.6). Wien: Facultas
- Ungerer-Röhlich, U. (2007). Schatzsuche im Kindergarten - ein ressourcenorientierter Ansatz zur Förderung von Gesundheit und Bewegung. *Motorik - Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie.* 30 (3), 27-43
- Urlicic, V. & Wocelka, A. & Rotter, M. (2006). *Leben in der Schule.* Wien: bm:bwk, AUVA
- Voelcker-Rehage, C. (2005). Der Zusammenhang zwischen motorischer und kognitiver Leistung im frühen Kindesalter. Ein Teilergebnis der MODALIS-Studie. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin.* 56.(10), 358-363
- Vogelsinger, J. (2005) "Bewegte Klasse". *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005.* (S. 265-269). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Weiß, O. et al. (1999). *Sport und Gesundheit. Die Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit – eine sozio-ökonomische Analyse.* BMSG
- Weiß, A. & Weiß, W. & Stehle, J. & Zimmer, K. & Heck, H. & Raab, P. (2004). Beeinflussung der Haltung und Motorik durch Bewegungsförderungsprogramme bei Kindergartenkindern. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin.* 55 (4), 101-105
- Withehead, M. (2007). Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa. Warum sollten wir sie reduzieren und wie kann das gelingen. Vortrag anlässlich der 9. Gesundheitsförderungstagung in Wien: 15./16. 11.2007
- Wolf, H. (2007). *Geschlecht, Gesundheit und soziale Benachteiligung.* Vortrag anlässlich der 9. Gesundheitsförderungstagung 15/16.11. 2007 in Wien
- World Confederation of Physical Therapy, (1995). *Standards of practice.* London: Elsevier
- Zimmer, R. (2007). Bildung durch Bewegung - Bewegung in der Bildung. *Motorik - Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie.* 30 (3), 3-11
- Zimmer, R & Dzikowski, P. (2007). Sozialkompetenz stärken – ein Beitrag aus dem Projekt „Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. *Motorik - Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie.* 30 (3), 35-43
- Zimmer, R. (2005). Die Bedeutung der Bewegung für Gesundheitsförderung und Resilienz. *Bewegung in Bildung und Gesundheit. Ausgewählte Zusammenfassungen der Vorträge, Seminare und Workshops des Kölner Kongresses, 6.-8. Oktober 2005.* (S. 306-312). Köln: AVMZ der Universität zu Köln
- Zirolì, S & Döring, W. (2003). Adipositas – kein Thema an Grundschulen mit Sportprofil? Gewichtsstatus von Schülerinnen und Schülern an Grundschulen mit täglichem Sportunterricht. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin.* 54 (9), 248-253
- Zukunft- Huber, B. (2005). *Der kleine Fuß ganz groß.* München: Elsevier, Urban & Fischer
- ZVK; (2007). Gesunde KiTas – Starke Kinder. *ZVK Journal* (6), 22-24

World Confederation of Physical Therapy, (2007). *CD of Abstracts*, 15th International Congress of the World Confederation of Physical Therapy, UK: Published in partnership with Elsevier publishers and the *Physiotherapy* journal

Brainbridge, D. & Gleason, J. (2007). Funfitness: A new paradigm of fitness and health promotion for people with intellectual disabilities. *Physiotherapy* 2007; 93(S1):S735

Dwyer, G. & Baur, L. & Hardy, L. & Higgs, J. (2007). Developing an instrument to measure sedentary behaviour in preschool age children. *Physiotherapy* 2007, 93(S1):S693

Kuo, Y. & Liao, H. & Hwang, A. & Chen, P. & Hsieh, W. (2007). The influence of wakeful prone positioning on motor development during early life. *Physiotherapy* 2007; 93(S1):S402

Lyons, A. & Amazeen, L. (2007). Bendy kids Yoga. The therapeutic yoga activities including breathing, range of motion, strength and balance for children living with cancer. *Physiotherapy* 2007; 93(S1):S710

Rakestraw, A. (2007). Physical Therapy in the international adoption clinic: A public and global health service. *Physiotherapy* 2007; 93(S1):S802

Literatur aus dem Internet

Adamus, J. & Kalka, D. (2007). *Physical activity in prevention of cardiovascular disease* Pol. Merkur Lekarski.2007 Jan;22(127):5-8 <http://www.pubmed.de> [20.7.2007, 10:35]

Bao, X. & Sun, S. & Wei, S (1999). Chinese Medical Journal. Jun; 112(6):520-523. *Early Intervention promotes intellectual development of premature Infants*.

Verfügbar unter <http://fmweb01.ucc.usyd.edu.au/pedro/FMPro?=dbpedrom.fp5&-ormat=basic%5frecord2> [20.07.2007, 10:40]

Dahlgren, G & Withehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Verfügbar unter

[http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf) [20.2.08,11:01]

Damiano, D.L. (2006). *Activity, activity, activity, rethinking our physical Therapy approach to cerebral palsy*. Phys. Ther. 2006; Nov;86(11):1534-40. Verfügbar unter:

<http://www.pubmed.de> [20.7.2007, 10:35]

Davis, CL. & Tkacz, J. & Gregoski, M. & Boyle, CA: & Lovrekovic, G. (2006). *Obestiy* Nov;14(11):1985-1991. Verfügbar unter

<http://fmweb01.ucc.usyd.edu.au/pedro/FMPro?=dbpedrom.fp5&-ormat=basic%5frecord2> [20.07.2007, 10:41]

Everke, J. & Nemeckova, E. (2007). *Abgeschlossene Projekte: CoMiK-Studie. Cognition und Motorik im Kindesalter*. Verfügbar unter.

<http://www.uni-konstanz.de/Forschung/zwn/Projekte/Abgeschlossen/Comik/> [16.4.08, 9:40]

Epstein, L.H.& Coleman, K.J. & Myers, MD. (1996). *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1996Apr; 28:428-435 *Exercise in treating obesity in children and adolescents*. Verfügbar unter

<http://fmweb01.ucc.usyd.edu.au/pedro/FMPro?=dbpedrom.fp5&-ormat=basic%5frecord> [20.07.2007, 10:40]

Lister-Shap, D. & Chapman, S. & Sowden, A. (2007). *Health promoting schools and health promoting in schools: two systematic reviews (structured abstract)*. *Database of Abstracts of Reviews*. University of York. Vol. 3 2007 no page

Verfügbar unter <http://gateway.txovid.com/gw1/ovidweb.cgi> 22.10.2007 [22.10.2007, 20:18]

Luebker, et al. (1996). *Jama* 1996 Mar 13; 275 (10): 768-776. *Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity Child and Adolescent Trial for cardiovascular Health*. Verfügbar unter

<http://fmweb01.ucc.usyd.edu.au/pedro/FMPro?=dbpedrom.fp5&-ormat=basic%5frecord>

- [20.07.2007, 10:45]
- Mahoney, MC. & Cohen, MI. (2005). Effectiveness of development intervention in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Physical Therapy* 2005 Fall;17(3):194-208 Verfügbar unter <http://fmweb01.ucc.usyd.edu.au/pedro/FMPro?=dbpedrom.fp5&-ormat=basic%5frecord> [20.07.2007, 10:45]
- Ottawa-Charter for Health Promotion, 1986.
Verfügbar unter http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 [14.4.08, 15:02]
- Physioaustria, (2004). Volksschulprojekt: „Kids enorm in form“: *Gesundheit macht Schule*.
Verfügbar unter www.physioaustria.at/s.php?op=vs&artid=478 [28.6.2007, 14:07]
- Summerbell, CD et al, (2005). *Interventions for obesity in children (Cochrane review)*. Verfügbar unter <http://fmweb01.ucc.usyd.edu.au/pedro/FMPro?=dbpedrom.fp5&-ormat=basic%5frecord> [20.07.2007, 10:45]
- Waade, Nina Riis, (2004). Exercise improves self-esteem in children and young people. *Australian Journal of Physiotherapy* 50 (2), 2004, p 117.
Verfügbar unter <http://gateway.txovid.com/gw1/ovidweb.cgi> 22.10.2007 [22.10.07, 20:18]
- Wikipedia, *Grounded Theory oder gegenstandsverankerte Theoriebildung*. Verfügbar unter http://de.wikipedia.org/wiki/Grounded_Theory. [03.10.2007, 10:17]
- WHO (2002). *Health Behaviour in School-aged Children*. BMGFJ
Verfügbar unter <http://www.hbsc.org/>
- 5th National Conference Paediatric Physiotherapy. Abstracts. *Promotion, Prevention and Quality* 22-24.9.03. Verfügbar unter <http://www.physiotherapy.asn.au/AJP/50-2/AustPhysiotherv50i2Abstracts.pdf> [6.9.2007, 20:13]
- Durrington, J & Water (2002). *Measuring praxis in normal boys and those with developmental co-ordination disorder (DCD) using two of cratty`s tests*. University of Queensland Australian Journal of Physiotherapy Vol. 48 S 148
- Easton, P & Watter. (2002). *Manual skill and hand preference in normal children and those with development co-ordination disorder*. University of Queensland. Australian Journal of Physiotherapy 2002 Vol. 48 S 148
- Harris, S (2002). *Fitness in children and adolescents with special needs*. University of British Columbia. Vancouver. Canada. Australian Journal of Physiotherapy 2002 Vol. 48 S 146-147
- Button, B (2002). *Working with Adolescents: Transforming the feral to the friendly Royal Children`s Hospital and The Alfred Hospital, Melbourne*. Australian Journal of Physiotherapy 2002 Vol. 48 S 147
- Matthies, BL. & Bennel, K & Kahn, KM. & Wark, JD. (2002). *Relationship and clinical activity and bone mass in adolescent female novice dancers and controls: A 12 month longitudinal study*, University of Melbourne, The University of British Columbia, Royal Melbourne Hospital. Australian Journal of Physiotherapy 2002 Vol. 48 S 147

Internetseiten:

www.physioaustria.at
www.zipt.de
www.fgoe.at
www.thieme.de/physioonline
www.therapienetze.de
www.kidcheck.de
www.give.or.at
www.sos-koerper.at

7. ABBILDUNGS- und TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Gesundheits- und Krankheitskontinuum nach Antonovsky, (1997) _____	Seite 14
Abbildung 2:	Einflussebenen der Gesundheitsförderung aus Arbeitsprogramm des Fonds Gesundes Österreich 2007 _____	Seite 21
Abbildung 3:	Das neue Denkmodell - Integrative Physiotherapie, von Antje Hüter-Becker, 2002 _____	Seite 35
Abbildung 4:	Der physiotherapeutische Prozess _____	Seite 36
Abbildung 5:	Inhaltliche Strukturierung in Anlehnung an Mayring, 2002 _____	Seite 60
Abbildung 6:	Analyseverfahren nach Mayring, 2002 _____	Seite 62
Abbildung 7:	Übersicht über die Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten _____	Seite 68
Abbildung 8:	Herausforderungen der Zukunft _____	Seite 82
Tabelle 1:	Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz Nach Bassler & Antes _____	Seite 18
Tabelle 2:	Zuständigkeiten des Fonds Gesundes Österreich in Anlehnung an die Tabelle aus dem Arbeitsprogramm 2007 _____	Seite 21
Tabelle 3:	Übersicht über die Tätigkeitsbereiche der Experten _____	Seite 63
Tabelle 4:	Übersicht über die Interviews _____	Seite 63
Tabelle 5:	Kodierleitfaden _____	Seite 62
Tabelle 6:	Entwicklung der Kernaussagen der Kategorien in Anlehnung nach Mayring, 2002 _____	Seite 62

8. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bzw	beziehungsweise
ca	zirka
EMIP	Network Mental Health promotion
EuroHealthNet	Netzwerk europäischer Gesundheits(förderungs) -Agenturen und – Einrichtungen
ECPT	European Region of WCPT
GT	Grounded Theory
HEPA	Europäisches Netzwerk für Bewegung
ICF	International Classification of Health
INHPF	International Network of Health Promotion Foundations
IUPHE	International Union for HealthPromotion and Education
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
US	United States
usw	und so weiter
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WHO	World Health Organisation

9. ANHANG

- I. MDT-Gesetz (1992)**
- II. Informationsbrief an die Interviewpartner**
- III. Interview**
- IV. Beispiel für den Analyseprozess**

I. MTD- Gesetz (1992)

„ § 2. (1) Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. Hierzu gehören insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen. Weiters umfasst er ohne ärztliche Anordnung die Beratung und Erziehung Gesunder in den genannten Gebiete,“(BGBL,)

II. Informationsschreiben an die Interviewpartner

Liebe Kollegin,

Ich beschäftige mich in meiner Thesis mit dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter aus Sicht der Physiotherapie. Aus den bisher durchgeführten Recherchen lässt sich ableiten, dass innerhalb der Physiotherapie zwischen dem Tätigkeitsfeld der Gesundheitsförderung und dem der Primärprävention nicht wesentlich unterschieden wird. Das mag an den verschiedenen Auffassungen in den unterschiedlichen Ländern liegen, tatsächlich bauen beide Bereiche aber auf unterschiedlichen Denk- und Handlungsweisen auf. Die Gesundheitsförderung basiert auf einem ressourcenorientierten Ansatz, die Prävention orientiert sich an defizitorientiertem Denken, auf diese Weise wird es auch vom Fonds Gesundes Österreich vertreten (setzt das österreichische Gesundheitsförderungsgesetz um).

Da bereits einige Untersuchungen zum Thema Prävention (das Tätigkeitsfeld ist innerhalb der Physiotherapie schon teilweise erschlossen) durchgeführt wurden, interessiert ich mich vor allem inwieweit Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter in Österreich umgesetzt wird.

Ich werde anschließend die Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention kurz beschreiben. In dem Interview geht es um Fragen, die es ermöglichen Gedanken, Ideen, Impulse und Erfahrungen zu den Tätigkeitsfeldern auszudrücken. Ziel der Arbeit ist es die derzeitige Umsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Physiotherapeuten darzustellen und künftige Entwicklungen in diesen Bereichen zu unterstützen.

Die Gesundheitsförderung wird nach der Ottawa- Charta wie folgt beschrieben: „*Gesundheitsförderung zielt auf eine Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können*“ (Kickbusch, 2004).

Der Ansatz der Prävention ist krankheitsbezogen zu verstehen, während der Ansatz der Gesundheitsförderung ressourcenorientiert gesehen werden muss. Beide Ansätze dienen der Gesundheit der Menschen und sollten ergänzend betrachtet werden (Schwartz, 2003).

In Österreich wurde ein Gesundheitsförderungsgesetz geschaffen, das die Arbeit der Akteure in diesem Bereich regelt. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurde zur Umsetzung der

Gesundheitsförderung eingerichtet. Vom FGÖ werden Maßnahmen unterstützt, Projekte gefördert, Fortbildungen organisiert und Kriterien, wie diese Arbeit durchgeführt werden soll, erstellt. Außerdem wird auf Qualitätssicherung und Evaluationsmaßnahmen geachtet.

Kriterien zur Durchführung sind:

Projekte müssen auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff aufgebaut sein, sie müssen im Setting stattfinden (also in der Welt wo Menschen leben oder arbeiten), Settings sollten in Richtung „gesund“ verändert werden, .Projekte sollten sich auf große Bevölkerungsgruppen ausdehnen lassen, sie müssen auch die sozial „Schwachen“ erreichen und auf Qualität und Wirksamkeit überprüft werden. Wenn Projekte beim FGÖ eingereicht werden, sollten der Ablauf, von der Sensibilisierung der Zielgruppe bis zur Evaluation, beschrieben werden.

In Österreich stehen Gesundheitsförderung und Prävention nebeneinander, in anderen Ländern wird die Prävention als ein Ansatz innerhalb der Gesundheitsförderung betrachtet und in Deutschland wird die Prävention als Überbegriff für beide Bereiche gehandelt.

International gibt es also keine einheitliche Sichtweisen. Wir müssen uns aber auf österreichische Verhältnisse beziehen, um in den Tätigkeitsfeldern in Zukunft präsent sein zukönnen.

Ich sende Ihnen ca. zwei Wochen vor unserem Termin den Interviewleitfaden zur Vorbereitung.

Das Interview wird aufgezeichnet, anschließend transkribiert und analysiert. Wenn Sie im Moment noch Fragen haben, werde ich sie gerne beantworten.

Ich Danke Ihnen vorerst für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit
und verbleibe mit lieben Grüßen

Inge Mairhofer

III. Interview

Persönliche Daten: **Exp. 5**

Beruflicher Werdegang: **Ausbildung zur Physiotherapeutin 1976-79, Kinderklinik Linz, Heilpädagogische Kindergarten Steyr, Erwachsenenbildung, freie Praxis, Mitarbeit an präventiven Projekten,**

Momentanes Tätigkeitsfeld: **freie Praxis, Abgeordnete zum Nationalrat**

Ich interessiere mich für die Tätigkeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention aus kinderphysiotherapeutischer Sicht. In der Vorinformation habe ich die Begriffe kurz erklärt und die Bereiche skizziert. Ergänzende Erklärungen zur Orientierung sind in den umrandeten Textfeldern zu finden.

Ich werde zunächst einige Fragen zum Bereich der Gesundheitsförderung stellen und anschließend auf die Umsetzung und Arbeitsweise in beiden Bereichen eingehen. Gedanken zur Ausbildung und Qualitätssicherung sollen gegen Ende des Interviews besprochen werden.

Die Fragen sind in „fett“ gehalten.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (Ottawa, 1986.)

1. In der Gesundheitsförderung wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgegangen (bio-psycho-öko-sozialer Gesundheitsbegriff). Es geht darum, ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, eigene Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen.

Welche Einflussmöglichkeiten sehen Sie für KinderphysiotherapeutInnen, die Befähigung (Kompetenzentwicklung) zur Förderung der eigenen Gesundheit im Kindesalter zu unterstützen?

Welches „Mehr“ an Gesundheit wollen/können Physiotherapeuten (bei Kindern) fördern?

Wir schauen in erster Linie auf die körperliche Gesundheit, da wir aber mit Kindern arbeiten, können wir nicht umhin, auch das soziale Umfeld mit einzubeziehen und im Prinzip ist auch die seelische Gesundheit wichtig.

Das heißt Kinder, denen es nicht gut geht, sind sicher nicht gut zu motivieren, sich lustvoll mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen. Aber Status quo der Berufsausrichtung ist derzeit die körperliche Gesundheit, an der wir ansetzen.

Besonders für den Bereich der Kinderphysiotherapie basiert unsere Arbeit auf dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriff. Ein Beispiel wäre: Wenn die Mutter-Kindbeziehung nicht stimmt, dann funktioniert die Arbeit mit dem Kind nicht und wenn das Problem angesprochen (z.B. oft ganz banale Erziehungsfragen) oder behoben ist, kann das Kind viel entspannter sein.

2. In vielen europäischen Ländern wurden nationale Gesundheitsziele für die Bevölkerung festgelegt. Gesundheitsberichte erfassen die Probleme der Gesellschaft. In Gesundheitsberichten über die österreichischen Kinder, sind z.B. die Haltungsprobleme in Zahlen erfasst.

Wäre es angesichts der steigenden Probleme unserer Kinder sinnvoll, Gesundheitsziele aus physiotherapeutischer Sicht, die speziell Kinder und Jugendliche unterstützen würden, aufzustellen und diese als Grundlage für die Arbeit in diesem Bereich heranzuziehen?

Was könnten ihrer Meinung nach sinnvolle Ziele sein?

Obwohl wir aus Sicht unserer „Ur-Profession“ biomedizinisch ausgerichtet sind, möchte ich es so umschreiben „sich in seiner Haut wohlfühlen“, ohne genaue Anleitung, wie man sich bewegen muss. Mein soziales Umfeld nutzen können, wie es sich mir darstellt und die Chancen, die es mit bietet, nutzen können. Die Stärken der Kinder stärken, schauen, dass die

Kinder in dem Umfeld, in dem sie leben gut kommunizieren können und dass keine Überforderungen spürbar werden.

Ziele erreichen dadurch, dass die Neugier geweckt wird, Anreize geboten werden über Spielangebote und Geräte, wobei die Kinder Kompetenzen erwerben, die sie in ihrer Umwelt brauchen, dass sie dann auch Selbstbewusstsein entwickeln und Selbstbestätigung erfahren. Das ist genau das, was die Kinder brauchen.

Als Einflüssebenen, die verändert werden können, werden vom Fonds Gesundes Österreich folgende gesehen (nach Dahlgren und Whitehead, 1991):

1. Die Verhaltens- und Lebensweisen der oder des Einzelnen
2. Die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des oder der Einzelnen, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann
3. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu den Einrichtungen und Diensten
4. Die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie z.B. der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt.

Gesundheitsförderung umfasst demnach auch politische Veränderungen und gesundheitsgezogene Gemeinschaftsaktionen

3. Wo sehen Sie Einflussmöglichkeiten für Kinderphysiotherapeuten? Hätten Sie ev. konkrete Vorschläge/Ideen oder kennen Sie Projekte, an denen KinderphysiotherapeutInnen teilgenommen haben?

Einflüssebene Familie: ist nur dann möglich, wenn das Kind aus irgendeinem Grund zu dir kommt.

Kindergarten/Krabbelstube: erreiche ich sehr viele Kinder aus allen sozialen Schichten. Das ist eine gute Möglichkeit, weil zu Vorträgen und Seminaren nur wenige kommen und im Kindergarten es leichter möglich ist alle zu erreichen.

Eine Möglichkeit, jüngere Kinder zu erreichen, wäre eventuell im Eltern-Kindzentrum oder über die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen (verbunden mit finanziellem Anreiz – ist leider so, dass man oft nur an etwas teilnimmt, weil der Bezug von Geld damit verbunden ist). Die Frage ist auch noch, wie weit man zum Mutter-Kind Pass etwas dazunehmen kann, also z.B. ein Screening mit physiotherapeutischer Beteiligung.

Im Rahmen von Geburtsvorbereitung erreicht man nicht sehr viele Eltern, da eine Geburtsvorbereitung nicht verpflichtend ist.

Politische Ebene: Physiotherapeuten müssen sich einbringen, je länger ich mich in der Politik bewege, umso mehr stelle ich fest, wie wenig die politischen Entscheidungsträger von unseren Tätigkeitsfeldern wissen. (was wir können, lernen, welche Möglichkeiten es gibt). Da heißt es einfach Lobbying zu betreiben und die Leute dafür sensibel zu machen, welche Möglichkeiten Physiotherapie hat, die genutzt werden kann und nicht neu erfunden werden muss. Also die Ressourcen zu nutzen, die es gibt .. man muss genau dort hingehen, wo die Entscheidungen getroffen werden. Das gilt für Einzelpersonen, ist natürlich schwieriger (wenn man nicht in einer Gruppe ist, in Entscheidungsabläufe nicht eingebunden ist), aber mehrere Einzelpersonen bauen Netzwerke. Natürlich soll sich auch der Verband einbringen.

Wege zu den Entscheidungsträgern: Entweder in der Politik über die Zugehörigkeit einer Partei, weil man die Unterstützung braucht, ein anderer Weg wäre, kreativ darüber nachzudenken, welche Stelle eine Physiotherapeutin in einem Ministerium (außer Haltungsturnen mit den Angestellten) besetzen könnte. Man müsste sich verstärkt einbringen und klarlegen, welche Vorteile es für den Staat und die Menschen hätte, wenn eine PT eine Stelle inne hätte. Wie es selbstverständlich auch bei Ärzten oder Apothekern üblich ist.

Standesvertretung: Problem, weil andere an Einfluss verlieren würden. Vielleicht müssten wir uns mit anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zusammenschließen.

Konkrete Projekte: Vorträge an Elternabenden, Gründung eines Heilpädagogischen Kindergartens, Kümern um das Umfeld der Kinder auf Gemeindeebene, Projekt im Kindergarten

Die Salutogenese geht auf Aaron Antonovsky zurück. Er untersuchte, welche Faktoren Menschen gesund erhalten. Auf wichtige Erkenntnisse aus seiner Forschung greifen Gesundheitsforscher heute im Besonderen zurück. Antonovsky erkannte, dass Menschen dann etwas umsetzen, wenn die erforderlichen Maßnahmen für sie verstehbar, handhabbar und bedeutsam sind. Außerdem gibt es kein „Gesund- oder Kranksein“. Auch chronisch kranke Menschen können in der Gesundheitsförderung profitieren, indem sie ihre generellen Widerstandsressourcen entwickeln. So ist es ein Anliegen der Gesundheitsförderung, die individuellen Ressourcen des Einzelnen zu erkennen und zu fördern

4. Gesundheitsförderung baut auf einem salutogenetischen Denken auf. Hat dieses Denken in der Kindertherapie bereits Einzug gehalten und lässt es sich mit einem defizitorientierten Denken (aus den primärpräventiven Ansätzen) verbinden?

Der Mensch ist meiner Meinung nach sehr defizitorientiert und tut erst etwas, wenn er ein Problem hat. Gesundheitsförderung kann ich erst dann mit Kindern machen, wenn ich sie irgendwo zusammen habe. Kinder werden dicker, unbeweglicher und unkoordinierter, dass sie viele Dinge nicht mehr können, die früher selbstverständlich waren, weil sich die Lebensbedingungen geändert haben. (Den Befund bestätigen auch Pädagogen, die Zahl der Kinder mit seelischen, körperlichen und Verhaltensproblemen nehmen ständig zu) daher muss man schon solche Projekte machen, die den Kindern präventiv etwas geben, um besser leben zu können.

Die Defizitorientierung der Physiotherapie ergibt sich aber auch aus der Ausbildung. Entweder hat sich da ganz viel geändert, das kann ich nicht beurteilen, aber das ganze Wesen der Abrechnung mit den Kassen ist defizitorientiert. Die Krankenkassen zahlen nicht für Prävention und Gesundheitsförderung, sondern nur für die Behandlung des Defizits. Falls sich das ändert, sollten wir schauen, dass wir da dabei sind und uns überlegen, wie wir uns einbringen können. Und ein großer Anteil müsste für die Kinder ausgegeben werden, weil die das Leben noch vor sich haben und ihre Schäden noch lange hinausschieben sollen.

Unter partizipativer Entscheidungsfindung ist das gemeinsame Entscheiden, welche Interventionen dem Kind gut tun, einen Vorteil bringen und mit dessen Lebensstrategien übereinstimmen, gemeint. Auch in den UNO-Kinderrechten wird die Partizipation der Kinder in allen Bereichen, die sie betreffen, verlangt

5. Partizipative Entscheidungsfindung wird innerhalb der Physiotherapie immer bedeutender für den Erfolg der gesetzten Interventionen eingeschätzt.

Kindern wird die Entscheidungsfähigkeit oft nicht zugetraut.

Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten, Kinder aktiv in Entscheidungen ihre Gesundheit betreffend einzubeziehen? (unter welchen Umständen? Wie vorbereitet? Wie begleitet? Ab und in welchem Alter sinnvoll?)

Wenn ich weiß, ich muss etwas machen, dann übernehme ich die Entscheidung, weil ich als Erwachsener weiß, wo es hingehet. Ich berücksichtige aber die Reaktion auf meine Intervention, um zu schauen, wie das Kind etwas annimmt und dann kann ich einen Weg finden, wie das Kind die Interventionen gut annehmen kann. Wenn es gilt, aus der therapeutischen Kompetenz heraus beurteilt, Dinge umzusetzen, dann stehe ich dazu. Ältere (Jugendliche) beziehe ich in die Entscheidungen mit ein. Ich kläre sie ganz genau auf, was auf sie zukommt und warum es wichtig ist. Wenn es eine Bedeutung für sie hat, dann sind sie bis jetzt immer zur Mitarbeit bereit gewesen.

6. Gesundheitsförderung soll dort stattfinden, wo die Menschen leben und arbeiten (im Setting). Gesundheitsförderung soll gerade die „sozial schwachen“ Menschen und auch Menschen fremder kultureller Herkunft im Setting erreichen

Wie lässt sich das umsetzen, auch in Welten, in denen Kinderphysiotherapeuten eventuell noch nicht präsent sind?

PT haben die Möglichkeiten, Settings zu gestalten. Ich bin mit vielen Kindern nach Hause gegangen, ich habe in Steyr viele Kinder in einer Schule besucht oder im Kindergarten und habe eigentlich immer das Gefühl gehabt, dass die Kindergärtnerinnen und Lehrer froh sind, wenn man mit praktikablen Vorschlägen kommt, wie man das Umfeld so gestalten kann, dass es passt.

Da haben wir viele Möglichkeiten. Physiotherapeuten sind gerade, wenn es um Kinder geht, um die Entwicklung der Kinder, diejenigen, die etwas davon verstehen.

Partnerschaftliches Zusammenarbeiten: Also ich kann jetzt nur sagen vom Kindergarten in Steyr, da hat es im Team im Kindergarten interdisziplinär, Kindergartenpädagogin, Logopädin, Psychologin, Ärztin, gut funktioniert. Wir haben wir gemeinsam geschaut, was braucht das Kind. Der Kontakt nach außen mit Ärzten, da ging es s um die Verschreibungen oder Verordnungen von Hilfsmitteln, war nicht so von gegenseitigem Interesse geprägt. Die meisten haben alles verordnet, was wir aufgeschrieben haben. Mit dem Kindergarten im Ort habe ich an sich eine gute Zusammenarbeit, aber wenn es da keine von mir betreuten Kinder gibt, gibt es keinen Austausch oder auch von der Sporthauptschule, es ist noch nie ein Lehrer von sich aus gekommen.

7. Gesundheitsförderung bedeutet aber auch, das Setting gesundheitsfördernd zu gestalten Physiotherapeuten können auf die Umgebung des Menschen einwirken, um Verhältnisse zu verändern.

Welche Veränderungen, durch Physiotherapeuten initiiert, würden Ihrer Meinung nach Kinder unterstützen die Gesundheit zu erhalten oder gesundheitlichen Problemen vorzubeugen?

8. Physiotherapeuten arbeiten über Bewegungsangebote. Bewegung ist ein großes Thema innerhalb der Gesundheitsförderung. Neben den gesundheitsfördernden Effekten von Bewegung gilt Bewegung als Medium für Bildungsprozesse (kindliches Lernen ist von Bewegung abhängig). So ist es enorm wichtig für die Entwicklung des Kindes „bewegungshungrig“ und auch variantenreich in der Bewegung zu bleiben, um beweglich in allen Persönlichkeitsbereichen zu sein.

Wie können Physiotherapeuten diesen Hunger etablieren und fördern?

Das ist für mich eine gesellschaftspolitische Aufgabe, Kinder wachsen nicht mehr in einer Welt auf, in der wir zwei noch aufgewachsen sind, und vor allem denke ich mir, ist das städtische Umfeld in sehr vielen Fällen ein lebensfeindliches. Ich sage das jetzt sehr überspitzt, weil die Kinder ganz viel an den Dingen, die sie früher so selbstverständlich gelernt haben, wie barfuss über eine Wiese rennen, klettern in eine Höhle, klettern was auch immer, also ganz banale Dinge, die sie im Spiel gemacht haben und dabei viele Dinge an Wahrnehmungsimpulsen, an GG, an Koordination, mitbekommen haben. Statt dessen sitzen sie heute vor PC und Kindersitter Fernseher. Die Frage ist deshalb schwer zu beantworten und es wird wieder nur über Institutionen zu machen sein.

Ich denke mir, es gibt Physiotherapeuten, die sich ganz stark auf bestimmte Fachbereiche konzentrieren, warum soll es nicht auch welche geben, die für sich selber die Prävention und Gesundheitsförderung im Vorfeld sehen mit dem Wissen im Hinterkopf, wie sich alles entwickeln kann. Es gibt ja schon viele, die etwas anbieten, ich denke an diese vielen Wirbelsäulen-Trainer oder Gesundheitscoaches. Der Vorteil unsere Ausbildung ist es, dass unsere Ausbildung sehr breit ist und pathologische orientiert ist, eine sehr genaue anatomische Ausbildung beinhaltet und das ist schon etwas anderes, ob ich nur ein Konzept durchziehe oder ob ich immer wirklich ganz genau weiß, warum ich es mache.

Ein Zurück zum natürlichen Umgang mit Bewegung wird es nicht spielen, aber was sind die Alternativen? Erwinnere dich, wie lang sprechen wir schon davon, was die Bewegung angeht, ewig eigentlich, aber es muss alles eine kritische Marke übersteigen, damit es irgendwie wahrgenommen wird.

Empowerment bedeutet Stärken, Befähigen, Ermutigen der Menschen zur Kompetenzsteigerung die eigene Gesundheit betreffend. Dies gilt auch als Ansatz in der Gesundheitsförderung

9. Ein Ansatz innerhalb der Gesundheitsförderung ist das Empowerment (wird auch als Schlüsselkategorie jedes Gesundheitsförderungsprogramms gesehen). Das bedeutet, Kinder befähigen, ermutigen, ihre Kompetenzentwicklung in einem Prozess zu unterstützen.

Finden sich in physiotherapeutischen Konzepten konkrete

Angebote/Zugänge/Methoden/Strategien, über die Physiotherapeuten Kinder und ihre Familien im Entwicklungsverlauf im Sinne von „Empowerment“ zu begleiten?

Empowerment ist Grundlage der Therapie (es ist genau das, wenn ich das Kind lobe, schau was du kannst, wie das schon geht .Das beinhaltet unsere Arbeit sowieso, aber nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen. Ich sage, der Grundsatz und die therapeutische Grundhaltung entsprechen dem Empowerment, da geht es ja darum,, Menschen in bestimmten Fähigkeiten weiterzuhelfen und zu schauen, dass die ihr Leben besser leben können, welche Defizite sie auch immer haben. Menschen befähigen etwas zu tun.

10. Menschen sollen etwas für ihre Haltung tun, sich gut ernähren und möglichst fit sein, usw Im Kindesalter muss der Grundstein für eine gesunde Lebensweise gelegt werden.

In welchem Alter erachten Sie es als sinnvoll/effektiv, mit Kindern gesundheitsfördernd und primärpräventiv zu arbeiten?

11. Sind Kinderphysiotherapeuten gerüstet für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention? Welche Unterstützung, Infrastruktur,.. müsste es geben?

Ohne Zweifel sind die Physiotherapeuten „fit“ für die Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Ob wir ganz fit sind dafür, weiß ich noch nicht, weil ich glaube, gerade da muss man doch mehr die eigene Kommunikationsfähigkeit verstärken. Das erfordert für mich noch mehr Sensibilität. In diese Richtung würde ich schon gehen und es ist wirklich die Frage, ob man es nicht rein berufspolitisch andenken sollte, irgendeine neue Sparte, einen Unterzweig der Physiotherapie, zu installieren. Es müsste natürlich auch noch wesentlich mehr einfließen in die Ausbildung, die Frage ist, wie kommt man jetzt mit gekürzten Stunden auch noch dazu?

12. Wie sehen Sie die zukünftigen PhysiotherapeutInnen durch die Ausbildung persönlich und fachlich für diese Arbeit qualifiziert?

Ich meine eben, dass Kommunikation ein wesentliches Thema ist und ich bin überzeugt davon, dass man überlegen muss, ob man Kindern das Erleben, das Spüren usw wieder geben kann. Andererseits überlegen, wie trage ich den veränderten Lebensbedingungen, den alten Menschen Rechnung und schau, dass sie so lang wie möglich gesund, lebendig usw leben können und wie wir uns als Berufsgruppe da einbringen. Ein Vorteil ist es, gut abschätzen zu können, gibt es da etwas, wo ich aufpassen muss oder nicht. Ich denke mir das sind unsere Stärken, die sollten wir ausspielen.

13. Wie beurteilen Sie die Qualitätssicherung, Evaluierung und Forschung zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Physiotherapie?

Ich tu mir ehrlich gesagt mit allem schwer, das eine zusätzliche Bürokratie bedeutet. „Die Bürokratie erschlägt uns, und sollte auf ein vernünftiges Maß zurückgeschraubt werden“. Das sind Aussagen von vielen Menschen in Sozialberufen. Andererseits muss auch geschaut werden, ob eine Maßnahme etwas bringt .Vielleicht gibt es wirklich relativ einfache Tests, wenn man weiß, dass gute körperliche, seelische und geistige Entwicklung auch immer mit, nicht nur aber doch, auch mit dem Erwerb kognitiver Funktionen zu tun hat. Das kann man ja bei Kindern untersuchen. Vielleicht werden wir dann bei PISA besser. Ich bekomme jetzt das Buch PISA wegen PISA und werde das durchlesen.

Es fehlt uns doch am Netzwerk, um komplexe Dinge zu evaluieren (mit der Frage, mit wem muss ich mich da vernetzen?). Als erstes brauchten wir das Interphysionetzwerk, auch das gibt es ja nicht wirklich, also zumindest weiß ich das nicht. Diese Netzwerke muss man dann auch nutzen und an Konferenzen teilnehmen, wo man sich austauschen kann, mit verschiedenen Berufsgruppen, wäre sehr positiv.

IV. Beispiel für den Analyseprozess

Experte	Fundstelle	Texteinheit	Zusammenfassung u. od. Explikation	Definition der Kategorie Kategorieregul	Kategorie-Kernaussagen; Ankerbeispiele
5	Int S.1	Wir schauen in erster Linie auf die körperliche Gesundheit, da wir aber mit Kindern arbeiten, können wir nicht umhin, auch das soziale Umfeld mit einzubeziehen und im Prinzip ist auch die seelische Gesundheit wichtig. Das Kinder in dem Umfeld, in dem sie leben, gut kommunizieren können wobei sie Kompetenzen erwerben, die sie in ihrer Umwelt brauchen, dass sie dann auch Selbstbewusstsein entwickeln und Selbstbestätigung erfahren	Ansatz auf der Körperebene+ Einbeziehung des sozialen Umfelds und Auswirkungen auf die seelische Gesundheit Kinder im Lebensumfeld gut kommunizieren können, Kompetenzen zur Aneignung der Umwelt erwerben Selbstbewusstsein entwickeln, Selbstbestätigung erfahren	Ansatz/Wirkort= K2/a	K2/a Erster Ansatz körperliche GH, unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds, Ansatz wirkt auf seelische GH Kinder sollen sich umfassend wohl fühlen, sollen Kompetenzen erwerben, Selbstbewusstsein entwickeln und Selbstbestätigung erfahren Kinder in dem Lebensumfeld gut kommunizieren können
5	Int S 1	Besonders für den Bereich der Kinderphysiotherapie basiert unsere Arbeit auf dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriff. „Ur-Profession biomedizinisch ausgerichtet	Unsere Arbeit basiert auf dem bio-psycho-sozialen GH-Begriff Ur-Profession biomedizinisch ausgerichtet	K2/f Basis für Berufsverständnis, Grundlagen für die Ansätze ressourcenorientiert und defizitorientiert	K2/f PT- Arbeit basiert auf dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriff Ur-Profession ist biomedizinisch ausgerichtet
5	Int S 1	soziales Umfeld nutzen können		K2/a Ziele der Interventionen	K2/a Kinder sollen soziale Umfeld nutzen können
5	Int S 1	Die Stärken der Kinder stärken		K2/b Methoden	K2/b Die Stärken der Kinder stärken
5	Int S 1	Ziele erreichen dadurch, dass die Neugier geweckt wird, Anreize geboten		K2/b Methoden	K2/b Ziele erreichbar durch Neugier wecken Anreize bieten ihre Umwelt zu nutzen

