

Renaissance der Bader – Physikopraktik und Somatopraktik

von Barbara Bawart

Schriftliche Arbeit für den Abschluss des Lehrganges Master of

Physikopraktik

des

Interuniversitären Netzwerkes für Integrative

Gesundheitswissenschaften

in Neusiedl am See, September 2009

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	4
Vorwort	5
Einleitung	7
I Kulturgeschichtlicher Hintergrund	
1. Geschichte der Badekultur in Europa und und im Nahen Osten	9
1.1. Badekultur im Mitteleuropäischen Raum	11
1.1.1. Badewesen	11
1.2. Bader, kleine Chirurgie, Betreiber von Badestuben	12
1.2.1. Handwerk und Zunft	13
1.2.2. Unterschiedliche Spezialisierungen, ihre Bezeichnungen und Tätigkeiten	13
2. Gesundheitswesen und seine Entstehung als staatliche Institution	16
2.1. Die Bader und ihre Stellung im traditionellen Gesundheitswesen	16
2.2. Medizinalordnung	17
2.3. Handwerkszunft	17
2.4. Bedarf der Bevölkerung nach Gesundheit	18
II Das Konzept Somatopraktik als Teil des Programms	
Physikopraktik	19
1. Forschung	21
2. These	
3. Sanitologie-Modell nach Antonius Wolf	23
4. Hygiogenese und Salutogenese	24
4.1. Hygiogenetische Regulation	24

4.2. Hygiodynamische Prozesse – Wechselwirkung zwischen Ergotropie und Trophotropie	25
4.3. Adaptation und Äquiibrierung	26
4.4. Hygiogenese, Gesundheit & Physikopraktik	27
III Theorie und Praxis – eine Annäherung	29
1. Wie sieht eine sinnvolle Verknüpfung von Theorie und Praxis aus?	29
2. Operationalisierung	33
3. Messinstrumente für die Quantitative Sozialforschung	34
4. Evaluationsforschung und Grundlagenforschung: Abgrenzung und Gemeinsamkeiten	35
Conclusio	40
Literaturangabe	41

Danksagung

Meine Danksagung gilt all jenen Personen die mich ermutigt haben nach so vielen Jahren, endlich meine oder eine schriftliche Arbeit zu vollenden. Die das Vertrauen in mich bis heute erhalten haben, obwohl ich es ihnen alles andere als leicht gemacht habe.

Erwähnen möchte ich Antonius Wolf der mir bis zuletzt zuredete endlich abzuschließen und mir noch wichtige Details mitteilte, Maria Aschauer die meinte ich könne sicherlich gut schreiben. Gabriele Glück als meiner Tutorin, der ich meine Rohfassung als erstes zu lesen gab. Aber natürlich auch meinen KollegInnen im IUN-Lehrgang, die durch unsere gemeinsame Präsentation in der 2. Wissenschaftlichen Konferenz mir immer wieder mitteilten, dass mein Thema sehr wichtig sei. Aber auch durch ihre schriftlichen Arbeiten zeigten, dass es durchaus realisierbar ist.

Natürlich möchte ich auch Heidi Miholich danken, die mich immer wieder sanft aber doch bestimmt darauf hinwies, ob ich den Abgabetermin jetzt einhalte oder nicht.

Weiters danke ich Monika Kranzl, meiner Ethnologie-Studienkollegin die meine Arbeit Korrektur las und viele grammatikalische Ungereimtheiten, die ich gar nicht mehr wahrnehmen konnte, verbesserte.

Natürlich möchte ich auch meinen Eltern danken, die mich nach vielen Studienjahren, vor allem auch darin unterstützten, einen neuen Karriereweg einzuschlagen.

Vorwort

Bereits vor Jahren habe ich mir die Aufgabe gestellt, meine Diplomarbeit über ein Thema in Europa zu schreiben. Nach einem Auslandsaufenthalt in Kolumbien und vielen Diskussionen und Auseinandersetzungen mit Universitätsdozenten verschiedenster Wissenschaftsrichtungen erwachte in mir als Europäerin und Österreicherin die Idee, die eurozentrische Sichtweise zu nutzen und ein kulturgeschichtliches Thema aus Europa zu suchen. Damals studierte ich noch Ethnologie (-Völkerkunde; heute Institut für Sozialanthropologie) in Wien. Ich hatte Probleme, meine Richtung zu finden. Politik, Frauenrechte – Menschenrechte, auch Entwicklungs- und Aktionsanthropologie säumten meinen Weg. Natürlich wurde mir auch immer wieder sehr bewußt, wie theoretisch die Wissenschaft ist. Hier ist die Ethnologie zumindest eine Ausnahme, da sie sich mit einseitigen, eurozentrischen aber auch egozentrischen Blickwinkeln und Herangehensweisen im Feld auseinandersetzt. Mich fasziniert an der Ethnologie nicht die Anderen zu erkennen, sondern die Entstehungsgeschichte verschiedenen Denksysteme zu verstehen, um auch Handlungskompetenzen zu entwickeln und falls es notwendig ist, auch einzusetzen.

Zwischenzeitlich wurde ich schwanger. Der Zeitpunkt war günstig oder ungünstig gewählt. Aber die Schwangerschaft scheint doch meiner Sehnsucht nach mehr Praxis nachgekommen zu sein. Mein Sohn wurde geboren und damit auch meine Entscheidung einen neuerlichen Richtungswechsel, nämlich Ethnomedizin bzw.

Medizinanthropologie, durchzuführen. Bald wußte ich mein Diplomarbeitsthema. Ich wollte über die Bader schreiben. Meine Betreuerin akzeptierte das Thema, was mich sehr freute und auch bestärkte.

Das Thema begann mich deshalb zu interessieren, da ich eine Ausbildung begonnen hatte. Ich wurde Medizinische Masseurin und Medizinische Bademeisterin. Im System Physikopraktik und Praktopädie bildete ich mich weiter zur Typologischen©Gesundheitsentwicklerin. Hier handelt es sich um ein Integratives System auf Grundlage der Klassischen Chinesischen Medizin und modernen westlichen Wissenschaften. Die Typologische©Gesundheitsentwicklung versteht sich als Health Advicer aber auch als Praktiker für Menschen, die ihre Gesundheit und Lebensqualität selbst in die Hand nehmen und entwickeln wollen. Da ich doch einige Jahre Ethnologie studiert hatte, war mein Interesse geweckt, nach den europäischen Wurzeln zu suchen, als es noch kein Gesundheitssystem gab, in dem Biomedizin, Sozialversicherungen und Pharmakonzerne die Gesundheit des Menschen bestimmten, geweckt.

Einleitung

Mit meiner schriftlichen Arbeit möchte ich die Bedeutung der Bader beleuchten. Als ich begann, war es sehr schwer neutrale objektive Literatur zu finden. Zumeist waren es medizinhistorische Bücher in denen die Bader als Quacksalber und unehrliche Leute bezeichnet wurden. Das kann ich jedoch jetzt differenzierter betrachten.

Ich beleuchte die Zeit des frühen bis späten Mittelalters, der Neuzeit bis in die Gegenwart. Ich gehe auf die Bedeutung der Bader ein, die für die medizinische Versorgung der Menschen sorgten, noch bevor es im mitteleuropäischen Raum Ärzte gab. Es ist mir ein Anliegen, aufzuzeigen, dass die medizinische aber auch die soziale Komponente von Menschen im Gesundheitsdienstleistungssektor auch außerhalb des Krankheitssystems existiert und auch funktioniert.

Weiters beschreibe ich das Konzept der Somatopraktik, und die Anforderungen die es erfüllen muss, um auf einem zukunftsorientierten Gesundheitsmarkt auf wissenschaftlicher Basis Anwendung finden zu können. Hier ist auch die Begründung meiner These zu finden.

Natürlich ist es auch wichtig in meiner Arbeit auf das Problem Theorie und Praxis einzugehen, da die Somatopraktik als praktikorientiertes Konzept im Rahmen des Programms Physikopraktik den Anspruch birgt, wissenschaftlich anerkannt zu werden. Hier stelle ich mir die Frage, wodurch dies erreicht werden kann. Die Haptik ist eine geeignete wissenschaftliche Disziplin, um das Vermögen des Menschen, wahrzunehmen und zu fühlen, zu

beschreiben, darauf möchte ich jedoch in einer anderen Arbeit eingehen.

Diese schriftliche Arbeit ist ein Versuch, einen kurzen geschichtlichen Abriss der Bader, Handwerkschirurgen und Wundärzte in Deutschland und in Wien/Österreich zu verfassen. Es ist schwer Literatur zu finden, die meiner Ansicht nach, eine neutrale Quelle darstellt. Mein Anliegen ist es, anhand der Geschichte der Bader auch das Etablieren eines Gesundheitswesens in Österreich aber auch in Deutschland zu verfolgen. In weiterer Folge interessiert mich auch das Wissen der Bader, wie sie es erlangten und weitergegeben haben.

Renaissance der Bäder – Physikopraktik und Somatopraktik

I) Kulturgeschichtlicher Hintergrund

1. Geschichte der Badekultur und Körperpflege in Europa und im Nahen Osten

Körperpflege und Haarpflege wurzeln 5-6000 v. Christus in den Völkern des Vorderen Orients, Kleinasiens, Chinas und Indiens.

Römer und Griechen legten großen Wert auf ein harmonisches Körperbild. Baden und Frisieren waren keine von der heutigen Körperpflege losgelöste Tätigkeit, sondern man pflegte im Altertum den gesamten Körper. Die Körperpflege umfasste rasieren, Haare schneiden, Massagen, Hand- und Fußpflege und ähnliches.

In Griechenland gab es bereits Heißluft, Dampf- und Warmwasserbäder.

Die Römer entwickelten diese Kultur weiter. Neben Thermen, Kaltwasserbecken, Heißwasserabteilungen, Warmwasserzellen und Dampfbäder wurden auch Gymnastikräume, Bibliotheken, Versammlungsräume, Ruheräume und Sportplätze eingerichtet.

„In einem gesunden Körper wohnt ein gesunder Geist“ sagten die Römer. In ihren Bädern gab es politische Vorträge und Gespräche, Musik, Schauspiel und Dichterlesungen, Sport und Gymnastik.

Je nach gesellschaftlicher Stellung wurde man von einem Sklaven oder einem Freund eingeölt, eingepudert und mit einem metallig gekurvten Eisen gescrabbt oder man machte es selber. Nach gymnastischen Übungen wurden die einzelnen Badestationen in aufsteigender Temperatur besucht. Bevor man anschließend schwimmen ging, seifte man sich ein und wurde massiert. Schon die Römer sagten, dass die Regeneration im Tageszyklus für die Erhaltung der Gesundheit unverzichtbar sei.

Die Bäder waren öffentlich zugänglich und wurden vom Staat erhalten.

Sowohl in Griechenland als auch in Rom badeten die Männer und Frauen, je nach Region und Glaube bzw. Ritualen, gemeinsam oder getrennt.

Hamam ist eine byzantinische Bezeichnung und wurde bei uns als Türkisches Bad bekannt. Der Hamam ist ein Dampfbad, in dem Männer und Frauen getrennt ihrer Körperpflege nachgehen.

Der Tellakb ist ein Bademeister und Masseur. Bereits in seiner Jugend ging der Tellak in die Lehre. Alles was er über seinen Beruf wissen musste, hatte er sich in jahrelanger Erfahrung und Lehre angeeignet. Er führt die sogenannte Gelenkwäsche und das Peeling durch. Die Gelenkwäsche ist eine Manipulation jedes Gelenks am Körper und Bedarf einer hohen Fertigkeit und Erfahrung.

Das Peeling wird mit einem Handschuh aus Wildseide oder Ziegenhaar durch Reiben des gesamten Körpers durchgeführt. Anschließend wird der Körper vom Kopf bis zur Fußsohle mit einem Pinsel eingeseift und man spülte ihn selber ab. Die abschließende Ruhephase findet in einem kühleren Raum statt.

1.1. Badekultur im Mitteleuropäischen Raum

Neben dem Klerus, der eine hochentwickelte Badekultur mit Dampfkammer pflegte, existierten auch an den Höfen, und somit für den Adel, Bäder in gemauerten Becken.

Für das Volk wurden erst im 13. Jahrhundert wieder öffentliche Badestuben eingerichtet. Die "Schwitzstuben" in den spätgotischen Dampfbädern waren Ausdruck der Blütezeit einer europäischen Badekultur.

In den Badestuben gab es Zuber mit heißem Wasser. Bader und Barbieri betrieben diese Badestuben. Schrepfer und Later als medizinische Hilfskräfte, sowie Badeknechte und Bademägde, Wasserzieher, Reiber – die die Leute trockneten - halfen ihnen dabei.

1.1.1. Badewesen

Das Badewesen stand im späten Mittelalter in Blüte. So existierten zum Beispiel in Nürnberg im 15. Jahrhundert 13 öffentliche Dampfbäder nach asiatischem Vorbild. In Hamburg gab es 12 Bäder, in Lübeck 16 und in Wien 29. Auch auf dem Lande gab es Badestuben. Der Besuch eines Bades war in allen Gesellschaftsschichten sehr beliebt.

Die medizinische Indikation fürs Baden war vor allem die Vorbeugung gegen Aussatz.

Für die Bader waren eigene Badestuben sehr teuer und deshalb meist in Besitz von Städten. Die Bader pachteten und verpflichteten sich, die Badestuben an festgesetzten Wochentagen zu heizen. Es

gab neben Wannenbädern, auch Dampf- und Schwitzbäder. Kopfwaschen, Kämmen, Haarschneiden und Rasieren bei Männern (scheren, balbieren, barbieren) gehörte zum Repertoire. Äußerlich und innerlich wirkende Medikamente wurden angewendet.

Medizinische Arbeiten waren Blutentziehen (Schröpfen, Aderlassen) und dienten der Prophylaxe und Therapie, sowie der Wundversorgung.

1.2. Bader, kleine Chirurgie, Betreiber von Badestuben

Der Bader, (balneator, stupenator, badstover) der in Badestuben beschäftigt war, diente vor allem der Sauberkeit und somit auch der Vorstellung dieser Zeit, der Gleichgewichtserhaltung der Humoraltheorie, also des Ausgleiches der Körpersäfte. Das tat er vor allem durch Peitschen der Haut mit Laubbüschel oder Badewedel, zur Anregung der Durchblutung und somit der Ausdünstung. Er setzte jedoch auch Klistiere zum Abführen und führte den Aderlass durch.

Er behandelte Krankheiten und Gebrechen, vor allem Wunden und Verletzungen, die eine Behandlung mit Hilfe der Hände erforderten.

Barbiere pflegten noch zusätzlich Bärte, schnitten und pflegten Haare geschnitten und verabreichten Kräuter.

Die Barbiere massierten und enthornten auch die Fußsohlen, um Kopfweh zu vermindern.

1.2.1. Handwerk und Zunft

Bader, Barbieri und Friseure bildeten schon damals ein handwerkliches Gewerbe.

Die Zubereitung von Salben, Ölen, Parfums, Färbemittel waren Tätigkeiten der Bader und Barbieri aber auch von anderen Handwerkern, wie auch das Herstellen von Geräten wie Scheren, Schnüren usw.

Körperpflege und (wund)ärztliche Versorgung der Bevölkerung vom Mittelalter bis zum 19 Jh. waren in den Händen von Badern und Barbieren.

Bader waren seit dem Hochmittelalter selbständige Betreiber öffentlicher Badestuben, vor allem in deutschen Städten. Sie waren in Bruderschaften und Zünften organisiert. Seit dem 14. Jh. gab es eine offizielle Ordnung.

1.2.2. Unterschiedliche Spezialisierung, ihre Bezeichnungen und Tätigkeiten

Wundärzte: Tätigkeiten der Wundärzte: Operationen von Abszessen, Tumoren, Hämorrhoiden und Krampfadern.

Der Aderlass war eine eigene Wissenschaft. Auf Tafeln wurde erklärt, welche Venen zum Anritzen am besten geeignet sind. Es wurden jedoch auch Alter, Geschlecht, Windrichtung Jahreszeit und einiges mehr beachtet.

Außerdem führten sie Starstiche durch, entfernten Blasensteine und richteten Brüche und Gelenke ein, führten Amputationen durch, zogen Zähne oder stellten Prothesen her.

Chirurgen studierten an der Medizinischen Fakultät um folgende Spezialisten zu werden:

Augenarzt oder ocularmedicus, okulista – Starstechen und andere chirurgische und konservative Behandlungen am Auge, wie Anpassen einer Brille.

Zahnarzt oder dentista: Sie zogen Zähne, behandelten defekte Zähne und die Mundschleimhaut, Hasenscharten und stellten Zahnersatz ein.

Weiters gab es Bruch- und Steinschneider: Sie behandelten Leisten- und Narbenbrüche verabreichten Bruchgürtel.

Wundärzte, Chirurgen oder Barbieri bekleideten öffentliche Ämter z.B.: im herzoglichen Dienst als Leibchirurgen bzw. Barbieri Hofchirurg bzw. Barbier. Oder beim Militär als Regimentschirurg oder Feldscher.

Ab dem 16.Jh. gewannen die Barbieri mehr an Bedeutung und das Badewesen wurde in den Hintergrund gedrängt. Gründe hierfür waren unter anderem Ansteckung mit Syphilis und anderen Infektionskrankheiten, vor denen die Ärzte warnten. Der Holzmangel, der zu einem Ansteigen der Preise führte, aber auch das Reisen zu Mineralquellen, werden als Gründe angegeben.

Ein Stich aus dem 16. Jh. Von Jost Amman veranschaulicht und beschreibt diese Tätigkeit des Baders folgendermaßen:



Folget ins Bad Reich und Arm
Das ist gesund geheuet warm
Mit wohlschmacker laug euch wäscht
Dann auf die Oberbank euch setzt
Erschwitzt, dann werdet zwagn und griebn
Mit lattu das übrige Blut auftrieb
Dann mit dem Wannenbad erfreut
Darnach geschorn und abgefleht

2. Gesundheitswesen und seine Entstehung als staatliche Institution

2. 1. Die Bader und ihre Stellung im traditionellen Gesundheitswesen

Das Collegium Medicum¹ wurde im Heiligen Römischen Reich zur Weiterentwicklung der Inneren Medizin und zur Verbesserung und Vereinheitlichung der chirurgischen Ausbildung ins Leben gerufen. Im Konzil von Tours, das im 12. Jh. stattfand, wurde die Trennung der Inneren Medizin und der Chirurgie beschlossen. Die Geistlichen wollten keine chirurgischen Eingriffe mehr durchführen, da die Sterblichkeitsrate nach Eingriffen hoch war, und sie konnten dies nicht mehr mit ihrem Gewissen vereinbaren. Die Chirurgie wurde von der universitären medizinischen Ausbildung ausgeschlossen und dem Handwerk zugeordnet. An der Hochschule wurde die Innere Medizin als theoretische Ausbildung etabliert.

Es gab nun zwei medizinische Berufe. Die Chirurgie wurde bis ins 19. Jh. von handwerklich ausgebildeten Badern, Barbieren, Feldscher und Wundärzten ausgeübt.

Die städtische Aufsichtsbehörde wurde als Collegium Medicum gegründet. Später ging das Gesundheitsamt daraus hervor.

Das war eine Einrichtung zur Kontrolle der theoretischen und praktischen Unterweisung von Ärzten und Wundärzten, sowie einer städtischen Aufsichtsbehörde für medizinische und pharmazeutische Berufe

¹ http://de.wikipedia.org/wiki/Collegium_medico-chirurgicum

2.2. Medizinalordnung

Vom frühen bis ins späte Mittelalter waren vor allem die Bader die wichtigsten autorisierten Heiler im traditionellen Gesundheitswesen. In Zeiten als die Seuchen und Epidemien in Mitteleuropa die Zahl der Bevölkerung immer wieder dezimierte und es noch wenig Ärzte gab, waren sie diejenigen, die Menschen mit Medikamenten und Lebensmittel versorgten.

Die Pest führte im 15. Jahrhundert zur Erweiterung von medizinischen und hygienischen Einrichtungen in den Städten.

Bereits seit dem 13. Jh. regelten so genannte Medizinalordnungen die Tätigkeiten von Ärzten, Apothekern und Badern. Sie enthielt sowohl die Gebühren, als auch Vorschriften der Ausbildung und ihre Aufgaben. Das preußische Sanitätsgesetz entwickelte sich aus dem Scherer- und Badertum.

Im Gesundheitswesen hatten die Bader und Handwerkschirurgen, neben den Ärzten, die Aufgabe die Kranken in Spitäler zu zuweisen. Sie führten jedoch auch die Gerichtsmedizin und sämtliche chirurgischen Eingriffe durch.

2.3. Handwerkszunft

Die Handwerkerlehre war in der Zunft der Bader/Barbiere in der Berufsordnung geregelt. Die Handwerkszunft als ständische Körperschaft von Handwerkern entstand im Mittelalter zur Wahrung gemeinsamer Interessen und existierte bis ins 19. Jh. Hier wurden

wirtschaftliche Belange, aber auch kulturelle wie Religion, soziale und militärische Aufgaben geregelt und festgeschrieben.

Vor allem in den Städten waren alle Handwerker Mitglieder dieser Zunft.

Auch konnten sie sich ihr Wissen selbst aneignen oder auch vererben. Sie absolvierten dann ebenfalls eine Prüfung vor dem Collegium Medicum.

Vom frühen bis ins späte Mittelalter waren vor allem die Bader, die wichtigsten autorisierten Heiler im traditionellen Gesundheitswesen. In Zeiten als die Seuchen und Epidemien in Mitteleuropa die Zahl der Bevölkerung immer wieder dezimierte, waren sie diejenigen, die die Menschen mit Medikamenten und Lebensmittel versorgten.

Zusammenfassend möchte ich den Bader als „mittelalterliche Gesundheitsanbieter“ für die breite Bevölkerung bezeichnen. Er war in Zeiten, in denen Ärzte noch rar waren, sowohl in der Stadt aber vor allem am Land der wichtigste autorisierte Heiler im traditionellen Gesundheitswesen und wie o.e. für viele gesundheitliche Maßnahmen verantwortlich.

2.4. Bedarf der Bevölkerung nach Gesundheit

Gesundheit ist durch die WHO definiert:

„Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“.

Weiters hat aber jeder Mensch, je nach körperlichen, geistigen oder seelischen Vermögen seine/ihre eigene Definition von Gesundheit.

Also hat Gesundheit eine objektive und subjektive Dimension.

Die öffentlichen Angebote reichen nicht mehr aus. Neben dem staatlich organisierten Gesundheitssystem bestehend aus Ärzten und Ärztinnen, Sozialversicherungen und Pflegeberufe, soll sich auch ein Markt für private Gesundheitsanbieter etablieren können, um der Nachfrage nach eigenständigen und selbstverantwortlichen Maßnahmen der Bevölkerung für die eigene Gesundheit nachkommen zu können. Hinzu kommt, dass sich immer weniger Ärzte am Land ansiedeln wollen.

Die Nachfrage nach kompetenten, privaten Gesundheitsdienstleistern ist daher gegeben

II Das Konzept Somatopraktik als Teil des Programms

Physikopraktik

Die Somatopraktik betrachtet Gesundheit als einen aktiven Prozess der Lebenspflege.

Ähnlich wie der Bader bündelt der Somatopraktiker heute in einer Person die Kompetenz, die individuell am besten geeigneten physikalischen und körpertherapeutischen Maßnahmen auszuwählen und im Rahmen seiner rechtlichen Befugnis, auch anzuwenden oder insoweit zu betreuen, dass ein Experte je nach Bedarf, empfohlen werden kann.

Somatopraktik ist nämlich ein auf jedes Individuum abgestimmtes

Befundungs- und Interventionskonzept im Rahmen der physikalischen Biologie und physikalischen Therapien zur Gesundheitsvor- und Nachsorge.

Im Netzwerk von Gesundheitsdienstleistern entwickelt er/sie Kompetenz durch

1. Exploration - Befundung
2. Differenzierung – Zusammenhänge und Feststellung von Kontraindikationen
3. Intervention – Methodenkombinatorik
4. Examination – fortlaufende Beübung unter Berücksichtigung des Verlaufs
5. Evaluation – Ergebnisüberprüfung

Dieser prozessorientierte Zugang lässt mehrere Konzepte und seine Methoden zu. Ziel ist nicht die Betrachtung, welches Konzept besser wirkt, sondern das Ergebnis als Gesamtes.

Der Somatopraktiker oder die Somatopraktikerin ist sozusagen VermittlerIn, BeraterIn und BetreuerIn für den Klienten, die Klientin, also ist er oder sie GesundheitsmanagerIn.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Wo befindet sich die Schnittstelle mit der die Kombination aus Physiotherapie und Somatopraktik Wirkung zeigt?

1. Forschung

Im Unterschied zum Bader, hat der/die SomatopraktikerIn den Anspruch erkenntnistheoretische Grundlagenforschung durchzuführen. Dieser wissenschaftliche Anspruch erfordert neben nachvollziehbaren und lückenlosen Dokumentationen evaluierbare Daten.

Die Somatopraktik als Konzept, geht im Programm Physikopraktik vor allem folgenden Fragen nach:

- wie verändern sich durch thermische oder physikalische Reize physiologische Vorgänge im Körper.
- lassen sich durch zielgerichtete Interventionen auch hygienetische Faktoren feststellen.

Daher gibt es folgende Forschungsschwerpunkte:

- Wirkung von physikalischen Anwendungen
- Wirkung von thermischen und physikalischen Reizen auf den Menschen
- Messbarkeit der individuellen Reizreaktionen
- Verknüpfung sozial- und naturwissenschaftlicher Messdaten im Sinne des psycho-sozio-bio-funktionalen Modells (Befindlichkeit, Kohärenz & Anomie, Lebensqualität, Somatopraktische Befunderhebung, biofunktionale Messungen wie Herzfrequenzvariabilität)

2. These

Die Zunft der Bader und auch die freien Bader hatten im Vergleich zu den wissenschaftlich konstuierten Ärzten keine beweisbaren Forschungsdaten. Dadurch ging ihre Stellung im öffentlichen Gesundheitswesen unter, bzw. formierte sich im späteren Gewerbe der FußpflegerInnen, KosmetikerInnen und MasseurInnen.

Es ist eine Arbeitshypothese. Es bleibt die Frage, ob die Beweisbarkeit sinnvoll ist. Ich denke allerdings eher, dass sie untergegangen sind, weil sie selber ihre Bedeutung als Gesundheitsmanager nicht erkannt haben.

3. Sanitologie-Modell nach Antonius Wolf

Forschung und Lehre nach gesundmachenden Faktoren

Kausale ursächliche Faktoren für Gesundheit

	Potenzielle Kompetenz	Responisivität	Immunität	
Jin	Protektive Faktoren	Tropho-plastische Adaptation	Umwelt Faktoren	Seele
Shen	Kohärenz	Aquilibrierungs-Faktor	Risiko Faktoren	Geist
Qi	Widerstands-Ressourcen	Erholungsfaktor	Genetische Faktoren	Körper
	Salutogenese	Hygiogenese	Pathogenese	

PATH	Tuinaerpraktik	Somatopraktik
Synthesische	Chinesische	Allostase
Praktik	Praktik	Westl. Prinzipien

4. Hygiogenese und Salutogenese

Diesen Abschnitt habe ich im wesentlichen von Sue Ling übernommen, wie in Fußnote 2 zitiert.

Der Name leitet sich von der griechischen Göttin der Gesundheit, Hygieia, ab. Als zweites ist in dem Wort die Genese, die Entstehung, der Verlauf von etwas, enthalten. Mit dem Wort Hygiogenese ist daher nichts anderes als die Entstehung von Gesundheit gemeint. Damit erweist sich dieses Wort als ebenso gebräuchlich, wie das heutzutage viel weiter verbreitete Wort Salutogenese. Anstatt, wie in der Pathogenese (von griech. Pathos, das Leiden; die Entstehung von Krankheiten) üblich, den Krankheitsverlauf zu beobachten und zu erforschen, nehmen Hygiogenese und Salutogenese daher den entgegengesetzten Weg: Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit. (www.hygiogenese.de)

4.1. Hygiogenetische Regulation

In der Zeitschrift „Therapiewoche 27, 5384-5397 (1977)“ ist erwähnt, dass Louis Radcliff Grote (1886-1960) Hygiogenese und Responsivität schon früher erkannt hat.

Er schrieb:

“Wir können uns kein anderes Ziel einer vernünftigen Behandlung denken, als das der Hygiogenese, eine Behandlung, die Gesundheit aus sich selbst entstehen lassen soll.“

Er verstand, dass hygiogenetische Regulation, als primäre homöostatische Mechanismen, eine gewisse Anpassungsbereitschaft beinhaltet. Die Fähigkeit, die durch dauernde Anpassungsleistungen eine innere Ordnung aufrechterhält, nannte er „Responsivität“. Durch Mangel an Anpassung oder Minderung der Responsivität wird die Regulationslage verändert. Diese Veränderung wird durch eine Krankheit angezeigt. Die Krankheitssymptome sind Ausdruck gesteigerter oder insuffizienter hygiogenetischer Regulation.

4.2. Hygiodynamische Prozesse – Wechselwirkung zwischen Ergotropie und Trophotropie

Unter dem hygiodynamischen Prozess versteht man den Schlaf-Wach-Rhythmus. Ergotropie und Trophotropie wechseln einander rhythmisch ab. Ergotropiezustand bedeutet Leistungsphase, Trophotropie Erholungsphase. Im Erschöpfungszustand schaltet der Körper, um sich zu erholen, selbst auf Trophotropiephase. Ist der Trophotropiestatus niedrig, bedeutet das, ein starkes Erholungsdefizit.

Sympathikotonie (Synonym: Ergotropie) und Vagotonie (Synonyme: Parasympathikotonie, Trophotropie) beschreiben Regulationszustände des vegetativen Nervensystems. Sympathikus und Parasympathikus (Vagus) stehen in einem Spannungsverhältnis (Tonus) zueinander, mit dem die vegetativen Funktionen des

Organismus den Erfordernissen der Umwelt angepasst werden.

Der Sympathikus aktiviert bei Einwirkung von Stressreizen alle Notfallfunktionen des Organismus, die diesen in eine erhöhte Handlungsbereitschaft versetzt:

- Puls und Blutdruck steigen an,
- der Blutglukosespiegel steigt, um eine rasch verfügbare
- Energiequelle zu erschließen,
- der Aufmerksamkeitslevel ist hoch
- Ergotrope Reaktionen des Körpers werden gesteigert

Ist die Situation vorüber, gewinnt der Parasympathikus das Übergewicht:

- Puls und Blutdruck verlangsamen sich,
- die im Blut zirkulierende Glukose sinkt wieder ab

Der Organismus ist auf Ruhe geschaltet, um Erholung für zukünftige Ereignisse zu gewährleisten. (Kneipp Lexikon)

4.3. Adaptation und Äquilibration

Hygiogenetische Reaktionen wie der Schlaf-Wach-Rhythmus von weniger als 24 Stunden dienen überwiegend dem Ausgleich alltäglicher Störungen und Belastungen und daher in erster Linie der Erholung und Gesunderhaltung des Organismus. Funktionelle Adaptation fasst alle Prozesse der vorwiegend autonom bestimmten

Selbstordnung und Normalisierung zusammen, die mit einer langzeitigen Äquilibration des vegetativen Systems einhergehen bzw. ausgelöst werden. In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff „Langzeiterholung“ genannt.

Ein weit größerer Zeitbedarf wird bei den Vorgängen mit überkompensierenden adaptativen Charakter benötigt (z.B. immunologische Abwehrreaktionen, kompensatorische Wachstumsvorgänge). Zugleich verändert sich die vorwiegend vegetative-nervöse Steuerung hin zu hormonalen Steuerungsmechanismen. Wir sprechen von tropho-plastischer Adaptation.

Diese Anpassung wird nicht nur von autonomen Normen bestimmt, sondern führt auch zu heteronom bestimmten, überkompensierenden Vorgängen. Bei hygiogenetischen Reaktionen spielen daher Klima, Jahreszeit, Höhenlage usw. eine große Rolle.

4.4. Hygiogenese, Gesundheit & Physikopraktik²

Für Gesundheit werden stets beide Komponenten hygiogenetischer Reaktionsformen benötigt. Einerseits Erholung und Adaptation in einem ausgewogenen Gleichgewicht, das aber andererseits mit den Umwelteinflüssen ständig wiederhergestellt und eingehalten werden muss. Mittlere Normen und labile Gleichgewichte des Organismus können eingehalten werden, wenn die Anpassungsmechanismen

² Artikel von Sue Ling; Hygiogenese

optimal funktionieren. Da Funktionsoptima aber nur aus dem Gesamtzusammenhang des Organismus in der Abstimmung mit allen anderen Funktionen ermöglicht werden, können auch Normen nur aus einem ganzheitlichen Gefüge heraus, gesetzt und verstanden werden. Hygiogenetische Prozesse haben nicht nur einen unterschiedlichen Zeitbedarf, sondern auch eine kennzeichnende periodische Zeitstruktur mit unterschiedlicher Periodendauer.

Das Prinzip komplexer synchronisierter Reaktionen als Grundlage der Hygiogenese wird durch die Erhöhung der Wirksamkeit von Abwehr-, Reparations- und Regenerationsleistungen durch Synchronisation dieser einzelnen Funktionen erklärt. Je umfassender die Synchronisation durch den Reiz, umso generalisierter und darum wirksamer können die hygiogenetischen Leistungen werden. Die adaptionsphysiologische und chronobiologische Betrachtung hygiogenetischer Prozesse nimmt eine wichtige Stellung im Rahmen einer Intervention ein.

Dies stößt eine weitere Türe forschungsrelevanter Bereiche auf.

III Theorie und Praxis – eine Annäherung

In diesem Artikel ziehe ich eine Mitschrift einer Vorlesung über Evaluation und Forschungsmethoden I von Frau Univ. Prof. Spiel im Wintersemester 2000/01 heran.

Ein Teil dieser Vorlesung behandelt eine Annäherung der Theorie an die Praxis. In der Somatopraktik haben wir einen Praxisalltag mit KlientInnen und auf der anderen Seite, die Anforderung an Dokumentation, Forschung mittels Fragebögen und Evaluation. Zum einen beschreibt letzteres unser Interventionssetting, also Praktiksetting, zum anderen gibt es wenig Praktiker, die diese Ansprüche auch erfüllen. Damit meine ich dokumentieren, Fragebögen ausfüllen und ihre Arbeit evaluieren.

1. Wie sieht eine sinnvolle Verknüpfung von Theorie und Praxis aus?

Ich nehme an, hier handelt es sich um ein Grundproblem in der Physikopraktik.

Betrachten wir uns die beiden Begriffe näher:

Theorie ist ein Aussagesystem (Popper, 1968) welches Allaussagend beinhaltet, die empirisch bewährt sind.

Diese sind auf einen gewissen Geltungsbereich beschränkt. Das heißt, es gibt keine generell gültigen Allaussagend. Sie haben eine implikative Form. (– wenn x geschieht, dann tritt y ein).

Theorien setzen sich aus mehr oder weniger empirisch bewährten Hypothesen und theoretischen Konstrukten zusammen.

Praxis ist Handeln in alltäglichen Lebenszusammenhängen.

- bestimmte Handlungen und Verhaltensweisen haben bestimmte Ziele
- ein Ereignis hat ein anderes zur Folge
- Alltagshypothese sagt mir, wie ich eine Handlung setzen muss um ein bestimmtes Ziel zu erreichen
- in der Praxis beschäftigen wir uns mit Einzelfällen. Entscheidungen orientieren sich an einem Einzelfall, wobei ein Einzelfall nicht mit einer Einzelperson gleichgesetzt werden muss.

PraktikerInnen orientieren sich an subjektiven Methoden.

Anspruch der Wissenschaft jedoch ist objektivierbare Daten zu generieren.

Perrez (1991)

Unterschiede liegen im Erfahrungstyp und somit im unterschiedlichen Geltungsbereich.

Die wissenschaftliche Erfahrung prüft Vermutungen und zwar systematisch.

z.B.: 3 Prinzipien in der Alltagspraxis

- a) „je mehr, desto besser“
- b) „je weniger, desto besser“
- c) „Nicht zuviel und nicht zuwenig (umgekehrt U-förmiger Zusammenhang)“

Theorien können in bestimmten Situationen etwas anderes Aussagen. Hypothesen gelten sowohl in einem positiven als auch in einem negativen Zusammenhang.

Die Folge davon wäre situationsadäquates Handeln.

Somit möchte ich Frau Univ-Prof. Spiel zitieren:

„ Die situationsangepasste Anwendung der richtigen Theorie ist ein reines Kommunikationsproblem. Als Folge dieses Problems ergibt sich oft ein Auseinanderdriften von Wissenschaft und Praxis.“

Die Wissenschaft untersucht für die Praxis keine relevanten Fragen, sondern nur mehr Fragen der Wissenschaft selbst. Auf der anderen Seite hinterfragt die Praxis nichts mehr, und agiert somit abgetrennt von der Wissenschaft.

Ursachen dieses Problems

- Übernahme von Interventionen ohne Überprüfung ihrer spezifischen Wirkung.
- Erfolgreiche „Methoden“ lassen sich vermarkten und ihre Erfinder haben einen finanziellen Gewinn
- Wissenschaft schreibt so kompliziert, dass sie in der Praxis oft unverständlich ist. Es besteht keine Kommunikation seitens der Wissenschaft mit der Praxis.

Forderungen (Brezing, 2000; Bee-Götttsche, 1995):

- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis.
- Praktische Plausibilität von Ergebnissen und ihrer Präsentationen
- Forschung muss auch dem Laien verständlich werden

Fortlaufende Qualitätskontrolle

Es kommt jedoch immer wieder zu einer verfälschten Realität durch Publizierung von signifikanten Ergebnissen. Durch Erwähnung aber vor allem durch Dokumentation von ausschließlich positiven Ergebnissen bei Wirksamkeitsüberprüfungen wird die Signifikanz verändert. Es gibt jedoch immer wieder Personen bei denen Maßnahmen nicht gewirkt haben. Hier obliegt es der Evaluation die Ergebnisse zu dokumentieren.

Praktiker sollen darauf aufmerksam gemacht werden, dass Personen auch vom Programm unabhängige Veränderungen erleben und auch Veränderungen ohne Anwendungen. Auch sollten Praktiker Wirkungen anderer Maßnahmen und auch Nebenwirkungen, in der Dokumentation aufzeigen und wenn möglich auch evaluieren.

Der Bedarf von Aufklärung bei pseudowissenschaftlichen Methoden ist gegeben und notwendig.

Kennzeichen hierfür sind: Einsuggerieren von Erfolgen, Guru-Haftes Auftreten, kritiklose Generalisierung, die Bezeichnung von kritischen Fragen und Prüfungen als störende negative „Energien“, Delegation der Schuld für ein Nichteinwirken an den Klienten.

Der/die forschende PhysikpraktikerIn, muss sich im Feld dieser Mechanismen vergegenwärtigen um zu begreifen, warum gewisse Methoden ungeprüft und oft auch unseriös sind. Hier sind die Ethikregeln für PhysikpraktikerInnen anzuwenden.

2. Operationalisierung

Operationalisieren bedeutet im weitesten Sinne messbare Daten zu entwickeln. Es werden Kriterien definiert, um latente Konstrukte fassbar zu machen, wie in unserem Bereich Physikopraktik.

Testgütekriterien sind

Objektivität → wie unanhängig ist Ergebnis vom Anwender

Reliabilität → Genauigkeit – wie präzise, misst mein
Messinstrument z.B.: Gesundheit, Lebensqualität
oder Gesundheitsentwicklung

Validität → Test misst das, was er zu messen vorgibt bzw.
beansprucht

3. Messinstrumente für die Quantitative Sozialforschung

Short Form 36

Ein Test den wir in der Somatopraktik für die psychosoziale Komponente anwenden ist der Short Form 36 oder kurz SF 36. Dieser Test hat eine hohe Gültigkeit durch die biopsychosoziale Signifikanz. Er wurde vom Robert Koch Institut auf Basis von 8000 Befragungen entwickelt und getestet.

BfS - Befindlichkeits-Skala

Sie misst den augenblicklichen Befindlichkeitszustand, das Zumute-Sein wie

Stimmung	ernst - heiter
Antrieb	frisch - matt
Selbstwernerleben	minder – vollwertig
Vitalgefühl	lebendig – leblos

und einiges mehr

Es ist ein standatisiertes Hilfsmittel zur Aufnahme globaler subjektiver Zustandsänderungen.

Erfassung spontaner und artifizierlicher Abwandlung der inneren Gestimmtheit nach einem psychobiologischen Rhythmus.

Wie misst die BfS -Skala?

In Frageform durch Gegensatzpaare von Eigenschaftswörtern mit 3 Möglichkeiten zur Erfassung des augenblicklichen Zustandes → subjektive Gestimmtheit (- Zumuteseins) im Gegensatz zur Objektivierung eines Beschwerdebildes

Extrem gesteigerte Zustände beeinträchtigen das allgemeine Wohlbefinden.

4. Evaluationsforschung und Grundlagenforschung:

Abgrenzung und Gemeinsamkeiten

a) Entscheidungsorientierte Auftragsforschung:

In der Evaluationsforschung herrscht Ratgeberpflicht, der/die AuftraggeberIn (KlientIn) erwartet sich einen unmittelbaren Nutzen, Setting KlientIn - PraktikerIn

Das führt zu einer differenzierten Betrachtung und aber auch zu Schlussfolgerungen

b) Schlussfolgeorientierte Forschung:

Der Forscher stellt eine Hypothese auf. Eine reine Grundlagenforschung fragt nicht nach dem Nutzen. Vorsicht bei der wissenschaftlichen Interpretation der erhaltenen Daten.³

Es besteht ein fließender Übergang zwischen diesen beiden Forschungsrichtungen.

³ Vgl. hierzu Cronbach & Suppes (1969)

Für die Evaluation ist es wichtig Instrumente zu entwickeln, um eine reine Datensammlung zu vermeiden. Weiters sollte Evaluation immer reziprok sein. Die Beteiligten sollten an der Evaluation beteiligt werden durch Feedback. Das ist die wissenschaftliche Herangehensweise von Evaluation.

Wie sieht nun unser Praxisalltag aus?

Wir haben einen Auftrag, nämlich den des Klienten/der Klientin.

Um sich in dieses Thema einzuleben, sollten wir uns als PraktikerIn unserer eintrainierten Vorgehensweise der Befundung, nämlich Befragung und Wahrnehmung durch sehen hören riechen fühlen, reflektieren und evaluieren einer gewissen Praxis der Evaluation gewahr sein. Weiters holen wir uns durch Kommunikation auch immer wieder Feedback von unserem Klienten, unserer Klientin.

Wir stellen eine Hypothese der Rezeptur auf. Bei Erfolg ist sie richtig, also evident. Die Interpretation erfolgt über die Reflektion, die auch abschließend an eine Intervention immer wieder stattfindet. Auch hier ist oft der Klient einbezogen, spätestens bei seinem nächsten Termin.

Was will/wollte ich erreichen?

Woran misst sich mein Erfolg?

Wie wird der Erfolg/Mißerfolg sichtbar, erfahrbar, messbar?

Hier ist bei uns der Übergang der Praxis zur Theorie der durch den nächsten Schritt nämlich der Dokumentation gegeben ist.

Die Dokumentation stellt eine weitere wichtige Form für die Forschung dar. Wir sind es gewohnt zu dokumentieren. Allerdings gibt es unterschiedliche Dokumentationsformen im Praxisalltag.

Den Gradmesser für Evaluations-Instrumente finden wir im Qualitätsmanagement. Wie können wir uns Ziele nutzbar machen?

- was wurde mit konkreten Ergebnissen gemacht?
- wie sieht unsere Arbeit bzw. Intervention aus?
- Allgemeine Zustände vermeiden, sonst gib es Datensammlung ohne konkrete Handlungsoption

Während des Settings folgendes beachten:

- Aus unserer Aktualität heraus fragen wir uns: „was will ich machen bzw. was kann ich machen“?
- oder gibt es etwas wichtigeres?

Einsatz von EVALUATIONS - Instrumenten ist der Beginn der Auseinandersetzung (Bewertung)

- Interpretation von Rückmeldungen
- Danach fragen ob alles für mich geeignet ist.
- Welche gemeinsamen Konsequenzen gibt es?

Haben wir bereits Methoden und Instrumente für die Evaluierung?

Evaluierungs – Methoden

- 1) Sammlung von Analysen bereits vorhandener Daten
- 2) Schriftliche Befragung
- 3) Kommunikative (dialogische) Rückmeldeverfahren
- 4) Beobachtungen
- 5) Kreative, expressive Verfahren

Evaluierungs- Instrumente

Ad 1) Statistiken

Protokolle

Berichte

Notizen

Tagebücher

Ad 2) Fragebögen in Form von strukturierten und halbstrukturierten Interviews.

Befragung anhand offener Fragen

Tests

Ad 3) Prozessanalyse

Strukturierte Gespräche und Interviews

Moderierte Supervision

Blitzlicht

Ad 4) Kollegiale Hospitationen/Interdisziplinäre Hospitationen

Teilnehmende Beobachtung

Intervisionen

Ad 5) Malerei

Gedichte

Rollenspiele über Grenzen hinausgehende

Collagen Lösungen

Fotos (Integrativ)

Singen

Schlagen

Conclusio

Hier möchte ich gleich zu Beginn Antonius Wolf zitieren:

„ Die Bader waren sich ihrer sozialen Stellung und der Verantwortung die diese mit sich brachte nicht bewusst. Im Gegensatz dazu haben die PhysikopraktikerInnen den Anspruch Renaissance mit Menschen statt am Menschen mittels Sozialer Forschung durchzuführen.“

Die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Forschungskriterien bringt mich immer wieder zur Praktikabilität von Wissenschaft im Praxisalltag. Die Quantitativen Fragebögen, aber auch Halbstrukturierte Interviews lassen sich noch am ehesten bei vielen PhysikopraktikerInnen in ihrer Praxis verwenden.

Obwohl diese evidenzbasierten Fragebögen gut bei den KlientInnen aufgenommen werden, empfinden viele PraktikerInnen sie als störend.

Viele benötigen bei der Eingabe für die Datenbankanalyse Unterstützung.

Jedoch eigene Dokumentationen mit anschließender Evaluierung lassen sich nur in bereits bewährte Dokumentationsbögen mit den Fragebögen zu validen Daten heranziehen.

Diese schriftliche Arbeit war zum Einen ein Versuch den Sinn von Forschung zu beleuchten aber auch zu verdeutlichen was wir bereits im Praxisalltag in den Settings durch Befragung, Differenzierung, Rezeptur Intervention, Kontrolle und auch Reflexion ohnehin in Dokumentationsform haben sollten.

Literaturangabe

Sander, Sabine; Handwerkschirurgen Bader und Chirurgen,
Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen 1989

Woschitz, Rainer; Die bürgerlichen Bader, Barbieri und
Perückenmacher Wiens in der Barockzeit
Diplomarbeit (Wien 1994)

Vasold Manfred; Pest Not und schwere Plagen; Seuchen und
Epidemien vom Mittelalter bis heute,
Weltbild Verlag GmbH, Augsburg 1999

http://de.wikipedia.org/wiki/Collegium_medico-chirurgicum

M. Bühring/R.Saller (Hrsg.), Wirkprinzipien in der Physikalischen
Therapie – Band 1) „Wirkprinzipien der physikalischen
Therapien“

Alice Aichinger (Hrsg.),
Bericht über die 2. Physikopraktik Gesundheitskonferenz: Themen
aus

Wissenschaft und Praxis vom 29. - 30. Juni 2007

Artikel von Sue Ling; Hygiogenese

Barbara Bawart; Somatopraktik- Die Renaissance der
Bader?

Jens-Uwe Heiden; „Adaptationen“ - Anpassungserscheinungen des

Körpers auf sportliche Belastung - 2005

<http://www.taekpom.com/formulare/TrainerA02.pdf>

Martin Grundwald; „Tastsinn im Griff der Technikwissenschaften?

Herausforderungen und Grenzen aktueller Haptikforschung

von Lifis online 9. 1. 09

www.leibniz-forschung .de ISBN 1864-6972

Univ.Prof. Spiel; Vorlesung WS 2000/01

Evaluationsforschung und Grundlagenforschung: Abgrenzung
und Gemeinsamkeiten

Evaluation und Forschungsmethoden I