

Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 2 April 2017



inform

physioaustria

P.b.b. Verlagspostamt 8000 Graz, 02Z031875 M 7,50 EUR

inform exklusiv
Nur in der Ausgabe für Mitglieder
von Physio Austria enthalten:
16 Seiten Berufspolitik, Tipps und
Services für PhysiotherapeutInnen

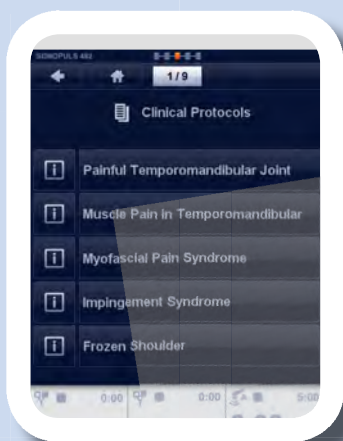
Multikulturalität in der Physiotherapie

Aufgaben, Anforderungen und Achtung.

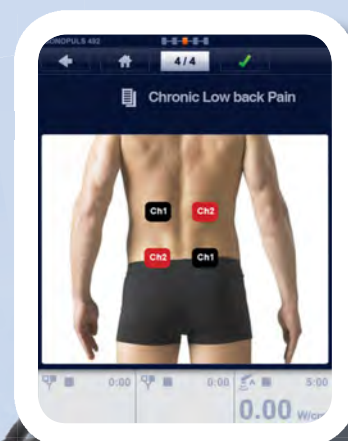


VON ENRAF-NONIUS: ENDOMED • SONOPULS • VACOTRON

NEU: jetzt mit ‚hands-free‘ Ultraschall!



69 evidenz-basierte
Behandlungsprotokolle
alle nieder- und
mittelfrequenten Ströme



klare anatomische
Lokalisation
und Behandlungs-
information



sicher in der Behandlung
intuitiv in der Bedienung
perfektes Preis- Leistungsverhältnis



ad rem team gmbh
therapie4you@ad-rem-team.com
exklusiv im www.therapieshop.at
oder rufen Sie uns an: 01 710 31 65

AUSTRIA *SKI TEAM* PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you

www.ad-rem-team.com



Liebe LeserInnen,

Sie öffnen hiermit ein Inform, das jenen Kosmos an Vielfalt widerspiegelt, dem wir PhysiotherapeutInnen im alltäglichen Leben begegnen. Es rückt ein für uns besonders relevantes Thema ins Zentrum: Multikulturalität in allen Formen und Farben der physiotherapeutischen Praxis. Der Fokus dieser Ausgabe liegt auf Menschen unterschiedlicher Nationalitäten und Muttersprachen – sowohl als PhysiotherapeutInnen und KollegInnen im multiprofessionellen Betreuungsteam als auch als PatientInnen.

Über Migration und Flucht als Herausforderung für PhysiotherapeutInnen schreibt Verena Grünstäudl, die für die Koordination der Flüchtlingsintegration Zuständige im Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, im Leitartikel. Andrea Nießner erzählt von ihrer besonderen Berufserfahrung im Rahmen eines Aufenthalts in Ecuador. Auch Manuela Treppner weiß Spannendes zu berichten: Sie absolvierte ein Auslandspraktikum in Zanzibar. Die Wichtigkeit von kulturellen Kompetenzen und interkulturellem Wissen bringen uns unter anderem Izolda Pristojkovic und Julia Haschke näher.

Physiotherapie ist auf allen Ebenen vielseitig, auch in berufspolitischer Hinsicht. Es ist ausgesprochen wichtig, dass Sie an der Informationsoffensive Direktzugang teilnehmen und mit uns diskutieren, wie sich die Physiotherapie in Zukunft entwickeln kann. Lesen Sie Näheres im Inform exklusiv.

Wir freuen uns über Ihre Anregungen und Rückmeldungen an chefredaktion@physioaustria.at

Silvia Mériaux-Kratochvila, MEd
PRÄSIDENTIN PHYSIO AUSTRIA

Impressum

MEDIENINHABER, HERAUSGEBER
UND REDAKTION

physioaustria

Bundesverband der
PhysiotherapeutInnen Österreichs
Linke Wienzeile 8/28, 1060 Wien
Tel. (01) 587 99 51-0, Fax DW-30
www.physioaustria.at
ZVR 511125857

GESCHÄFTSFÜHRUNG
Mag. Stefan Moritz, MSc
office@physioaustria.at

REDAKTIONSSCHLUSS
Beiträge, Inserate und bezahlte
Anzeigen für das mit Monatsbeginn
erscheinende *inform* müssen
bis spätestens 5. des Vormonats
im Verbandsbüro eingelangt sein.
Ist dieser Tag ein Samstag, Sonn-
oder Feiertag, so gilt der nächste
darauf folgende Werktag.

CHEFREDAKTION
Julia Stering, BA BA MA
chefredaktion@physioaustria.at

GESTALTUNG
Dechant Grafische Arbeiten
FOTOS Helmut Wallner/
© Physio Austria, ausgenommen:
wo gesondert angegeben
FARBKORREKTUR UND RETUSCHE
Helmut Wallner
DRUCK Steiermärkische
Landesdruckerei, Graz

BEZUGSPREISE Einzelheft: 7,50 Euro;
Abo (5 Ausgaben/Jahr): 31 Euro
(Inland), 53 Euro (Ausland).
STORNO schriftlich 2 Monate
vor Ablauf des Abos.

OFFENLEGUNG
GEMÄSS MEDIENGESETZ
einzusehen unter
[www.physioaustria.at/
impressum](http://www.physioaustria.at/impressum)

inform 2017

THEMEN DER INFORM-AUSGABEN IN DIESEM JAHR

Februar

Physiotherapie und Menschen mit Behinderung

April

Multikulturalität in der Physiotherapie

Juni

Gendermedizin in der Physiotherapie

September

Mental Health und Physiotherapie

Dezember

Kinder und Physiotherapie



06
Flucht und Migration
Steigerung der Kultursensibilität, um die Physiotherapie integrationsfit zu machen
Mag. Verena Grünstäudl

16
Sensible Physiotherapie
Umgang mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen
Julia Haschke, BSc

12
¿dónde está el dolor?
Befundung auf Spanisch
Andrea Nießner

21 SERIE GESUNDHEITSPOLITIK
Gesundheitsziel
Chancengerechtigkeit
Gesundheitliche Ungleichheiten verringern
Mag. Nicole Muzar

22
Bedeutung von Migrationsbewegungen von und für PhysiotherapeutInnen
Kompetenz zu Kommunikation und Ethik in einem globalisierten Miteinander
Martina Sorge, MSc



21
Mag. Nicole Muzar
Ressort Berufspolitik
Physio Austria



22
Martina Sorge, MSc
Ressort Berufspolitik
Physio Austria



28
Mag. Dr. Renate Csellich-Ruso
Kommunikationspädagogin,
Lehrfähigkeit u. a. an Universitäten und Fachhochschulen, Leiterin fachspezifischer Kommunikationsseminare im Gesundheitswesen



36
Dr. Ursula Danner, MSc
Physiotherapeutin Österreich, Italien, Schweiz, Doktorat Medizinische Wissenschaft
Medizinische Universität Graz



06
Mag. Verena Grünstäudl
stv. Leiterin Referat Koordination Flüchtlingsintegration BMEIA, Studium Internationale Entwicklung und Afrikawissenschaften, Mediatorin, Autorin



16
Julia Haschke, BSc
Physiotherapeutin im Gesundheitszentrum der WGKK, Studierende an der WSO

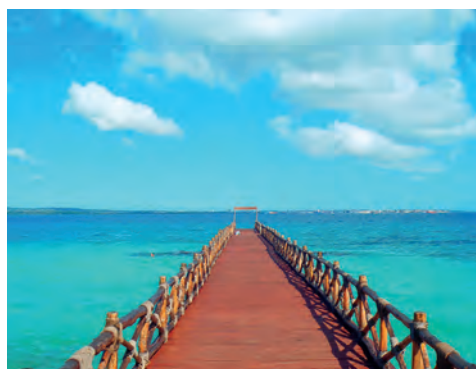


34
Emil Igelsböck, MAS, MEd
Studiengangsleiter FH Gesundheitsberufe OÖ, Leiter fachliches Netzwerk Hochschulbildung, Mitglied der Education Working Group des ER-WCPT

inform Inhalt April 2017

Themenschwerpunkt

Multikulturalität in der Physiotherapie



24
Mein Inselabenteuer
Ein Auslandssemester in Zanzibar
 Manuela Treppler, BSc



30
Die schwere Last
der Schultasche
Wie stellen wir uns dieser Problematik?
 Mag. Claudia Schume



INFORM EXKLUSIV
Direkt und selbstständig
 Zukunft gemeinsam gestalten.

28
Fremdkulturell
geprägte PatientInnen
Eine Herausforderung für
PhysiotherapeutInnen
 Mag. Dr. Renate Csellich-Ruso
 Izolda Pristojkovic, BSc

32
Von der Freiheit, zu helfen
Engagierte leisten Hilfe

34
Horizontenerweiterung
Internationalisierung an den
Fachhochschulen in Österreich
 Emil Igelsböck, MAS, MEd

36 **PHYSIO STUDIEN**
Studiert und kommentiert
Considering the Role of Physical
Therapists Within the Treatment
and Rehabilitation of Individuals
With Eating Disorders
 Ursula Danner, MSc

38 **ASSESSMENTS**
Muskuloskeletale Assess-
ments in der Physiotherapie
Ausführungen anhand eines
Beispiels für akute Rückenschmerzen
 Mag. Meike Klinger, Bakk.
 Mag. Niels Ruso

e2 Direktzugang zur Physiotherapie
Die Informationsoffensive startet jetzt!
 Constance Schlegl, MPH

e5 PHYSIOFACES

e6 Erster pädiatrischer Hospizkongress
 Nadja Kadnoska

e8 Cross-Cultural Adaptation
Vom Umgang mit Assessments
in unterschiedlichen kulturellen Settings
 Martina Sorge, MSc

e10 EINLADUNG Gründungstreffen
des Fachlichen Netzwerks Neurologie

e11
Gemeinsam diskutieren
 PhysioTalks in Ihrer Nähe

e12
Verhandlungserfolge
 Mag. Agnes Görny

e13 PHYSIOWORLD

e14 SERIE ARBEITSRECHT
Fragen rund um den Kollektivvertrag 2
 Valid Hanuna

e15 SERIE STEUERTIPPS
Endlich eine Verwaltungsvereinfachung
 Mag. Gerhard Morawetz



38

Mag. Meike Klinger,
Bakk. Physiotherapeutin
 Sportwissenschaftlerin,
 Lehrende FH Campus
 Wien, freiberufliche
 Praxis



12

Andrea Nießner
 freiberufliche Physio-
 therapeutin, Autorin
 in Salzburg, 1976
 Diplom AKH Wien



28

Izolda Pristojkovic, BSc
 Physiotherapeutin, Absol-
 ventin Masterstudiengang
 »Management im Gesund-
 heitswesen« FH Burgenland



38

Mag. Niels Ruso
 Physiotherapeut und
 Sportwissenschaftler,
 Lehrender FH Campus
 Wien, freiberufliche
 Praxis



30

Mag. Claudia Schume
 Lehrende FH Campus Wien, Mitarbeit
 fachliches Netzwerk Arbeit, Gesundheit
 und Prävention sowie bei Präventions-
 projekten z. B. Fachberatung INTERSPAR,
 Kids enorm in Form



24

Manuela Treppler, BSc
 Physiotherapeutin seit 2013,
 Arbeit in verschiedenen
 Fachbereichen, unter
 anderem Psychiatrie,
 Pädiatrie und Neurologie

»IM PHYSIOTHERAPEUTISCHEN
ALLTAG WERDEN TRANSKULTURELLE
KOMPETENZEN UND BESONDERE
KOMMUNIKATIONSFERTIGKEITEN
IMMER BEDEUTSAMER.«

Flucht und Migration

**Steigerung der Kultursensibilität,
um die Physiotherapie integrationsfit zu machen**



© Gundolf Renze - fotolia.com

PhysiotherapeutInnen sehen sich aufgrund demografischer Veränderungen neuen Herausforderungen gegenübergestellt, die nach kultursensiblen Versorgungskonzepten verlangen.

Österreichs Bevölkerungsstruktur hat sich in den letzten Jahren durch die wachsende Migration sehr deutlich verändert: Mehr als jede fünfte Person in Österreich hat mittlerweile einen sogenannten Migrationshintergrund (ca. 1,8 Millionen Menschen). Hinzu kommt, dass die Anzahl an Flüchtlingen, einer besonders vulnerablen Gruppe, in den letzten beiden Jahren sehr stark angestiegen ist.

2015 lebten zirka 1,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich. 1,3 Millionen davon waren »MigrantInnen der ersten Generation«, das heißt, dass sie im Ausland geboren wurden und nach Österreich zugewandert sind. Zirka 500.000 Personen waren »MigrantInnen der zweiten Generation«, was bedeutet, dass sie bereits in Österreich geboren wurden, aber beide Elternteile nach Österreich immigriert sind. Im Jahr 2015 wurden in Österreich 88.340 Asylanträge gestellt. Im Jahr 2016 betrug diese Zahl 42.073. In beiden Jahren hießen die antragsstärksten Nationen Afghanistan, Syrien und Irak. 2015 waren rund 72 Prozent der Antragsstellenden männlich. Unter den Antragsstellenden befanden sich 2015 zirka 8.200 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Im Jahr 2016 waren rund 67 Prozent der Antragsstellenden männlich. Etwa 4.500 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge befanden sich unter den Antragsstellenden in diesem Jahr.

MIGRATIONSANAMNESE

Folgende Faktoren sollten im Zuge der Behandlung von MigrantInnen idealerweise abgefragt werden:

Herkunftsgeschichte

- Biografische Daten
- Ausbildung
- Berufserfahrung
- Rechtliche, soziale und ökonomische Situation

Migrationsgeschichte

- Motivation zur Migration
- Verlauf der Migration, Flucht
- Traumatisierungen

Integrationsgeschichte

- Rechtlicher Status
- Soziale und ökonomische Situation
- Gesundheitsverhalten

Spezifische Fragen

- Wie nennt man Ihre Beschwerden in Ihrer Muttersprache?
- Was hat nach Ihrer Ansicht Ihre Beschwerden verursacht?
- Was hat Ihnen in der Vergangenheit am meisten bei diesen Beschwerden geholfen?

Gesundheitssektor im Wandel

All diese gesellschaftlichen Veränderungen stellen das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Der Kontakt mit anderen Lebenswelten, Sprachen, Kulturen und Religionen nimmt in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu. Auch im physiotherapeutischen Alltag werden transkulturelle Kompetenzen und besondere Kommunikationsfertigkeiten immer bedeutsamer. Zu wissen, wie sich die Lebens- und Gesundheitsbedingungen von MigrantInnen gestalten, ist unabdinglich. An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass es sich bei MigrantInnen generell um eine sehr heterogene, mannigfaltige Gruppe handelt und natürlich auch innerhalb dieser Gruppe schichtspezifische Unterschiede bestehen.

Die Gesundheit eines Menschen wird durch sämtliche Lebensbereiche und Erfahrungen beeinflusst. Nicht nur kulturelle Aspekte wie Religion, Anschauungen über Krankheit und Schmerz, Traditionen und Bräuche im Herkunftsland beeinflussen, wie es MigrantInnen gesundheitlich geht. Auch der Migrationsprozess an sich mit all seinen Unsicherheiten und eventuell traumatischen Ereignissen, die soziale Isolation, die oft damit einhergeht, sowie die Lebensbedingungen, die MigrantInnen im Zielland vorfinden, haben Einfluss.

LITERATUR

Kilcher, A. & Spiess, R. (2003). Die hausärztliche Betreuung von MigrantInnen mit chronischem Schmerzsyndrom. Schweizerische Ärztezeitung 84.10: 452-460.

Sabbioni, M. & Salis Gross, C. (2006). Die migrationsspezifische Anamnese. In P. Eeuwijk & B. Obrist, Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis (S. 166-221). Zürich: Seismo.

Statistik Austria & Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. (2016). migration & integration.

zahlen.daten.indikatoren 2016. Online verfügbar unter: www.bmeia.gv.at

BMI (2016). Vorläufige Asylstatistik. Dezember 2016. Online verfügbar unter: www.bmi.gv.at



© auremar – fotolia.com

PROPRIOZEPTIVE PODOLOGIE
AUSBILDUNG
www.pro-podo.at

PODO
GOES

FASCIA CENTER VIENNA
www.fascia-center-vienna.at

bezahlte Anzeige

Gesundheit der MigrantInnen

Derzeit ist die Datenlage zu unzureichend, um ein breites Bild über die Gesundheitssituation von MigrantInnen zeichnen zu können. Wir wissen jedoch, dass MigrantInnen, insbesondere TürkInnen und jene aus Ex-Jugoslawien, ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Nicht-MigrantInnen; MigrantInnen häufiger täglich rauchen; Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) und der Türkei sich häufiger als adipös bezeichnen; MigrantInnen weniger häufig präventive Gesundheitsleistungen oder notwendige Arztbesuche in Anspruch nehmen, häufiger starke Schmerzen und depressive Symptomatik aufweisen und ihre Lebensqualität schlechter einschätzen.

Diese Ergebnisse sind sicherlich auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen, wie u. a. auf das geringe Durchschnittseinkommen und die damit einhergehende deutlich stärkere Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung bzw. schlechtere Wohn- und Lebenssituation von im Ausland Geborenen, auf die häufig geringere Gesundheitskompetenz, den oft geringer ausgeprägten Präventions- und Gesundheitsförderungsgedanken im Herkunftsland oder auf Akkulturationsstress. Hinzu kommt, dass sich Menschen, die erst kürzlich nach Österreich zugewandert sind, in einem unbekanntem System sowie in einer neuen Gesellschaftsordnung wiederfinden und erst Orientierung gewinnen müssen. Darüber hinaus fehlt es oft an Vertrauen, teils aufgrund schlechter Erfahrungen im Herkunftsland, teils aufgrund von Diskriminierungserfahrungen.

Um den Bedürfnissen im Zuge der Behandlung von MigrantInnen gerecht zu werden, ist es vorrangig wichtig, viel Offenheit an den Tag zu legen, Stereotype und Vorurteile auszublenden und sich vollkommen auf die PatientInnen einzulassen. Aufgrund der vielen bereits genannten Einflussfaktoren auf die Gesundheit und den Therapieerfolg wäre es ratsam, im Zuge der Möglichkeiten eine möglichst umfassende sogenannte »Migrationsanamnese« vorzunehmen.

Kulturelles Verständnis

Es muss sichergestellt werden, dass jeder Mensch die medizinische Behandlung erhält, die er benötigt – unabhängig von Herkunft, Geschlecht, sozioökonomischer Stellung oder Sprache. Kommunikationsschwierigkeiten, Unkenntnis über medizinische Angebote sowie beispielsweise Vorbehalte, bestehende Angebote zu nutzen, dürfen keine Barrieren in der medizinischen Versorgung von MigrantInnen darstellen. Dies kann nicht nur zu einer Fehl-, Unter- oder Überversorgung führen, sondern verursacht neben menschlichem Leid auch deutliche Mehrkosten und negative Langzeitfolgen, die es zu vermeiden gilt.

Ein wichtiger Faktor in der physiotherapeutischen Behandlung von MigrantInnen ist daher die Einbeziehung von kulturellen Aspekten. MigrantInnen haben häufig ein ganz anderes Verständnis von Krankheit und Schmerzen. Dies kann zu anderen Symptombeschreibungen und deren Missdeutungen führen. Durch die Berücksichtigung kultureller Aspekte kann man zwar keinen Einfluss auf das direkte Schmerzgeschehen nehmen, jedoch die Lebensqualität der PatientInnen signifikant steigern. So konnten Studien bereits zeigen, dass daraus ein verbessertes Schlafverhalten sowie ein deutlich gesteigertes Bewegungsverhalten erreicht werden kann, was wiederum dem Therapieerfolg entgegenkommt. Sensibilität für Kultur und Diversität und gute Kenntnisse kulturspezifischer Unterschiede sind entscheidend für das Behandlungsergebnis.

Es kann zudem bei rein praktischen Dingen wie der Einhaltung von Terminen, Pünktlichkeit etc. zu kulturellen Missverständnissen kommen. Wichtig ist, diese Dinge klar verständlich anzusprechen und ein wenig Geduld aufzubringen. Auch die Erwartungshaltungen an den/ die TherapeutIn bzw. die Behandlungsziele sind kulturell geprägt. Daher sollten der Wert und die Wichtigkeit von Maßnahmen und Eigeninitiative möglichst offen besprochen werden. PatientInnen müssen die Ziele verstehen und mit ihnen einverstanden sein, sonst hilft die beste Maßnahme nichts. Standardisierte Behandlungsverfahren werden nicht zwangsläufig zu gleichen Ergebnissen führen. Es braucht von beiden Seiten die Bereitschaft, sich auf etwas Neues einzulassen. Da viele Modelle und Ansätze eher westlich geprägt sind, ist es sinnvoll, bestehende Konzepte im Austausch mit der Zielgruppe anzupassen.

»ZEICHNUNGEN, BILDER,
PIKTOGRAMME UND
WÖRTERBÜCHER KÖNNEN
IN DER BEGEGNUNG
MIT MIGRANTINNEN
HILFREICH SEIN.«

Miteinander kommunizieren

Im Kontakt mit MigrantInnen scheitert es häufig an der Kommunikation und ein klärendes Erstgespräch ist nicht möglich. Da eine Anamnese jedoch die Grundlage aller weiteren Therapieschritte darstellt und ausschlaggebend dafür ist, wie sehr PatientInnen die Therapie mitbestimmen und die vereinbarten Maßnahmen einhalten, ist es wichtig, sich in diesem Schritt ausreichend Zeit zu lassen. Sofern es möglich ist, wäre selbstverständlich die Einbeziehung von DolmetscherInnen von Vorteil, häufig fehlt jedoch noch der Zugang zu diesen. In diesen Fällen können folgende Handlungsanregungen in der Begegnung mit MigrantInnen hilfreich sein:

- Verwenden Sie eine einfache Sprache
 - kurze Sätze
 - Fachjargon vermeiden
 - Begriffe mit einfachen Wörtern und Synonymen umschreiben
 - nicht mehr als ein Thema auf einmal besprechen
- Beachten Sie Mimik und Gestik
- Beziehen Sie Zeichnungen, Bilder, Piktogramme ein
- Verwenden Sie ein Wörterbuch
- Lokalisieren Sie diffuse Beschwerden mittels Anatomieatlas gemeinsam

Darüber hinaus ist es zweckmäßig, bereits vorhandene relevante Materialien in verschiedenen Sprachen oder in einfacher Sprache zentral zu erfassen beziehungsweise auf Sprachkurse und bestehende Programme zur Orientierung im Gesundheitssystem hinzuweisen. Auch die Anwendung von Schmerzskaalen kann ein Instrument sein, um die Kooperation von Personen mit Migrationshintergrund zu fördern. Freiwillige Erhebungen und mehr Austausch zu den spezifischen Problemlagen, Wünschen und Good Practices der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen wären sehr spannend als Grundlage zukünftiger Arbeiten mit der Zielgruppe. Es bedarf eines ausreichenden Angebots an Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Themenkomplex der transkulturellen Kompetenz sowie Unterstützungsmaßnahmen, um die beschriebenen wachsenden Qualifikationsanforderungen an PhysiotherapeutInnen sicherstellen und die Zielgruppe adäquat behandeln zu können.

Außerdem sollte weiterhin daran gearbeitet werden, MigrantInnen verstärkt selbst als Arbeitskräfte in diesem Bereich zu gewinnen und das Angebot der Physiotherapie durch Vernetzung, MultiplikatorInnenprojekte, Programme etc. der Zielgruppe näherzubringen und eventuell vorhandene Vorbehalte aufzulösen. Im Rahmen dieser Maßnahmen sollen PatientInnen auch über den Unterschied von Wahl- und VertragstherapeutInnen, über Selbstbehalte und die Möglichkeiten der Rückforderungen aufgeklärt werden. Verbesserte Forschung und Sensibilisierung für dieses Thema sind langfristig notwendig, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Österreich zu erreichen. ■



¿dónde está el dolor?

Befundung auf Spanisch

Anfang 2012 stieß ich auf die Webseite der Freiwilligenorganisation voluntaris. Schon lange wollte ich abseits touristischer Routen nach Lateinamerika reisen und im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes meine Berufs- und Lebenserfahrung einbringen. Als PhysiotherapeutIn braucht man nicht viel mitzunehmen: Als Werkzeuge genügen Hände, Kopf und Sprachkenntnisse.

Nach einem Vorbereitungskurs und ausführlicher Beratung durch das Team von voluntaris entschied ich mich für einen dreimonatigen Einsatz in Salinas de Guaranda, einem Bergdorf in den Anden Ecuadors. Dort war vom italienischen Salesianerpater Antonio Polo in den 1970er-Jahren eine landwirtschaftliche Kooperative gegründet worden. Zur Pfarre gehören 28 Gemeinden, die sich zwischen der subtropischen Zone (800 m) und dem Hochgebirge der Anden (4.700 m) erstrecken. In dem auf 3.500 m Höhe gelegenen Dorf gab es 85 Prozent Analphabeten und eine Kindersterblichkeit von fast 50 Prozent. Die Lebensverhältnisse sind bis heute einfach, vor allem in den kleineren Dörfern wohnt man noch in Lehmhütten mit offener Feuerstelle, was bei der starken Rauchentwicklung und nächtlichen Minustemperaturen oft zu chronischer Bronchitis führt.

Meine Arbeit mit den adultos mayores

Das Projekt für SeniorInnen war gerade erst gegründet worden: Dreimal wöchentlich fanden Zusammenkünfte statt, an denen meist 20 bis 30 Personen (von 50 Registrierten) teilnahmen. Zu Beginn wurde Aktuelles besprochen (Vorträge, Veranstaltungen), dann gab es einen Block mit Gruppen- und Einzeltherapie (parallel), am Schluss eine warme Mahlzeit.

Bei der Vorbesprechung hatten die Projektleiterin Mercedes und ich vereinbart, die Personen in drei Gruppen einzuteilen. Um mir einen Überblick zu verschaffen, nahm ich schon beim ersten Kontakt die wichtigsten Beschwerden auf. Gruppengymnastik und Tanz zu ecuadorianischer Musik leiteten meinen »Einstieg« ein. Der erste Tanz ging hart an meine Grenzen: Während die kleinen, wendigen Indígenas fröhlich herumhüpften, ging mir schnell die Luft aus. Nach erst einer Woche in dieser Höhenlage kein Wunder. Bei den Einzeltherapien der SeniorInnen konstatierte ich am häufigsten Kopf- und Nackenschmerzen, gefolgt von Gelenks- und LWS-Problemen. Ein Patient hatte Parkinson. Die Gruppentherapie beinhaltete Gymnastik für alle, die Instruktion ökonomischer Sitz- und Arbeitshaltungen und eine Anleitung für einfache Selbstbehandlungen. Ich verteilte Olivenöl und Zitronen zum Einreiben schmerzhafter Gelenke. Medikamente oder Salben sind zu teuer.



»DER ERSTE TANZ
MIT DEN INDÍGENAS
FÜHRTE MICH AN
MEINE GRENZEN.«



Die Leiterin machte (ohne jegliche Ausbildung) Massagen, Wärmeanwendungen und Paraffinbäder, ihre Helferin war Masseurin. Aus Guaranda kam manchmal ein Physiotherapeut, für den es aber kaum ein Budget gab. Mercedes und ich mussten erst die Wasserleitung reparieren, um uns die Hände waschen zu können. Erst nach einem Großeinkauf (finanziert durch Spenden aus Österreich) gab es Leintücher, Sterilium und Putzmittel. Einmal wöchentlich gab ich für Mercedes und zwei interessierte Frauen Anatomie- und Massageunterricht. Meine Anregung, sie mögen doch eine qualifizierte Ausbildung absolvieren, war aufgrund der Abgeschlossenheit des Dorfes nicht umsetzbar.

Hausbesuche

Eine Heimbehandlung erhielten ein Krebspatient, eine Patientin mit Schlaganfall, ein Patient mit Knieproblemen und ein nach Schädelhirntrauma schwer spastisches Kind. Des Weiteren behandelte ich Padre Antonio, Büroangestellte, italienische Volontäre und Strickerinnen, mit denen ich Ausgleichsübungen erarbeitete. Mit »StrichweiberIn« zu Papier gebracht, haben wir die Übungen als Plakat im Betrieb aufgehängt. Abgesehen davon betreute ich den Gemüsegarten und legte mit Kindern einen Komposthaufen an. Mit Padre Antonio teilte ich mein Interesse für Botanik, lernte die Vielfalt der Fauna und Flora Ecuadors kennen, die Tradition und Kultur dieser Menschen – und wie ausgelassen Fiestas gefeiert werden. Für mich war es eine wunderbare Erfahrung und die Herzlichkeit dieser Menschen hat mich tief berührt. ■



ALS PHYSIOTHERAPEUTIN MIT VOLUNTARIS NACH PERU

Derzeit sucht voluntaris nach Freiwilligen für eine Partnerorganisation in Peru. Auch Einsätze in Moldawien, Uganda und Tansania sind möglich.

KONTAKT

Georg Primas
0664 8831 6583
info@voluntaris.at

www.voluntaris.at

Besuchen Sie uns auch auf Facebook!

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

www.salinerito.com

Webseite der Organisation
in Salinas de Guaranda

www.andreaniessner.at

unter Hinweise und Links findet sich
ein ausführlicherer Bericht:
»Mein Freiwilligeneinsatz in Ecuador«

www.bibliothekderprovinz.at

»Arme Haut«, Andrea Nießner

»ICH VERTEILTE OLIVENÖL
UND ZITRONEN ZUM
EINREIBEN SCHMERZHAFTER
GELENKE. MEDIKAMENTE
ODER SALBEN SIND ZU
TEUER.«

Sensible Physiotherapie

Umgang mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen



© Photographee.eu - fotolia.com

Dass das menschliche Schmerzverhalten bereits in der Kindheit durch unser Umfeld geprägt und dadurch in unterschiedlichen Kulturkreisen sehr different wahrgenommen und ausgedrückt wird, ist schon lange bekannt. Doch welche Schwierigkeiten zwischen TherapeutInnen und PatientInnen aus aller Welt gilt es in einer 25-minütigen Therapieeinheit noch zu bewältigen? Ein persönlicher Einblick.

**Fall 1**

Eine Patientin kommt mit Nackenschmerzen. Ihr Gatte begleitet sie, um bei sprachlichen Differenzen zu übersetzen. Im Laufe des Gesprächs ergibt sich die Notwendigkeit, ihr zu erklären, dass gezielte Aktivität hilfreich wäre. Zum Glück wiederholt der Mann das Erklärte immer zuerst auf Deutsch, bevor er es auf Serbisch an seine Frau weitergibt. »Du sollst mehr putzen, sagt sie. Siehst du!«

**Fall 2**

Über ein Jahr nach einer konservativ versorgten Radiusfraktur kann meine Patientin ihr Handgelenk nicht alltags-tauglich belasten. Mehrere ÄrztInnen sehen eine eindeutige OP-Indikation. Ergriffen sehe ich in die verweinten Augen meiner Patientin. Sie hat Angst davor, sich operieren zu lassen. Warum? Aus religiöser Überzeugung möchte sie von keinem Mann nackt gesehen werden.

**Fall 3**

Es ist Ramadan. Ein junger, sportlicher Patient klagt über einschießende LWS-Schmerzen beim Beten. Fünfmal am Tag übt er dieselben Positionsabfolgen im Stand und auf dem Boden aus. Dürfen wir die Positionen ein wenig abändern? Nein. Darfst du Pausen einbauen? Nein.

© Tim UR - fotolia.com

Eines der grundlegenden Ziele der Charta der Vereinten Nationen ist, »die Achtung vor den Menschenrechten und Grundfreiheiten für alle ohne Unterschied der Rasse, des Geschlechts, der Sprache oder der Religion zu fördern und zu festigen.« Nach diesem Grundsatz wollen auch wir als TherapeutInnen all unsere PatientInnen gleich behandeln. Doch wenn wir uns ehrlich sind, ist das wesentlich leichter gesagt als getan.

Ich habe mich immer schon für unterschiedliche Kulturen interessiert, reise gerne durch ferne Länder und versuche so auch meinen beruflichen Weg möglichst vielfältig zu gestalten. Bei Praktika in unterschiedlichen Bundesländern und auch in Spanien ist mir schnell klar geworden, dass man nicht besonders weit reisen muss, um kulturelle Unterschiede im zwischenmenschlichen Umgang – wie auch im Therapiesetting – zu entdecken.

Über 38 Prozent der Wiener Bevölkerung stammen aus einer Familie mit Migrationshintergrund. So bringt auch mein momentaner Arbeitsalltag in einem Wiener Rehasentrum jede Menge Herausforderungen mit sich. Im Folgenden möchte ich einen ganz persönlichen Einblick bieten, Geschichten erzählen und wiederholt in Erinnerung rufen, dass wir immer Individuen und niemals Kulturkreise behandeln.

Kommunikation

»Serbisch?«, fragt mich ein Patient, gleich nachdem ich ihn aufgerufen habe. »Leider nein, sprechen Sie Englisch?«, erwidere ich. Er wirkt enttäuscht und schüttelt den Kopf. Na gut. Probieren wir es mit Deutsch. Eine angenehme, vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, fällt mir ohne die Verwendung von verständlichen Worten wesentlich schwerer. Oft ist dann die Anamnese, die mittlerweile schon aus Gewohnheit mit auffälliger Gestik und Mimik unterstützt wird, mehr als lückenhaft. Ich muss daher nicht selten darauf hoffen, dass meine funktionelle und manuelle Untersuchung aussagekräftiger für die Befunderhebung sein wird. Fragen, die mir gestellt werden, verstehe ich oft nicht. Ob die Information, die ich dem Patienten mitgeben möchte, korrekt aufgenommen wird, bleibt mir schleierhaft. Die Sprachbarriere begleitet mich durch viele Therapien und ist oft nur die auffälligste aller Schwierigkeiten, die sich im Laufe der Zeit noch zeigen. Besondere Aufmerksamkeit gebührt auch dem Bezug zum eigenen Körper, den ein Individuum erst durch unterschiedliche Umwelteinflüsse entwickelt. Das Verständnis von Gesundheit entspricht keiner globalen Norm. Deutlich festmachen lässt sich dies unter anderem an Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Schulische Turnstunden oder betriebliche Gesundheitsförderung sind außerhalb Europas eine Rarität. In manchen Kulturen ist es immer noch üblich, dass Kranke und Verletzte ruhen, bis es ihnen wieder besser geht. Hier die Compliance für eine sinnvolle, aktive Therapie zu erarbeiten, erfordert daher größeres Engagement.



© volodyar - fotolia.com

Gender- und Wissensaspekte

Frauen, die aus religiösen Gründen ihren Körper verschleiern, bitten zumeist bereits im Vorhinein um eine weibliche Therapeutin. Männer, die mit demselben Wertesystem aufgewachsen sind, werden ebenso von mir behandelt. Ob ich verheiratet bin, wird häufig in der ersten Einheit gefragt – manchmal aus Neugier, manchmal zur Absicherung. Sich (vor dem anderen Geschlecht) auszuziehen oder gar berührt zu werden, setzt in einigen Kulturkreisen enorme Intimität und Vertrautheit voraus. Es liegt an mir, persönliche Grenzen frühestmöglich zu erkennen und Maßnahmen zu wählen, welche mit den Werten meines Gegenübers zu vereinbaren sind.

In Spanien werden PatientInnen oft mit Küssen auf die Wange begrüßt, in Teilen Indiens darf die Begrüßung nicht von der Frau ausgehen und es gilt als unhöflich, einem muslimischen Mann die Hand zu schütteln. Kleinigkeiten, die wir nicht in unserer Ausbildung gelernt haben, aber im Umgang mit einem multikulturellen PatientInnenklientel von essenzieller Bedeutung sind. Neugier, Akzeptanz und Respekt für Brauchtümer und Verhaltensmuster uns fremder Kulturen sind das Um und Auf, um unseren PatientInnen auf Augenhöhe zu begegnen.

Unsere Aufgabe

Unser Fokus muss stets auf die individuelle psychosoziale Situation von PatientInnen gelegt werden. Eine Kulturalisierung darf nicht stattfinden. Als Kernstandard gilt trotz der Differenzen immer eine gemeinsame Zielsetzung, wobei wir wertneutral auf die Erwartungen unserer PatientInnen eingehen müssen, ohne zu kategorisieren. Wenn sprachliche Barrieren vorherrschend sind, erlangt die Kommunikation auf nonverbaler Ebene, das Deuten und bewusste Einsetzen von Mimik, Gestik, Körperhaltung und Stimmklang sowie die Inanspruchnahme von visuellen Hilfsmitteln (Visuelle Analog Skala, Bodycharts) einen noch größeren Stellenwert. Besonders die Vermittlung von Fachwissen muss individuell und ebenso unter Verwendung von Anschauungsmaterial gewährleistet werden, wobei häufiges Rückfragen noch wichtiger ist als bei deutschsprachigen PatientInnen.

Es gilt einen Weg zwischen professioneller Distanz und einfühlsamer, verständnisvoller Nähe zu finden, um Ängste und Barrieren zu überwinden, Missverständnisse zu vermeiden und gemeinsame Ziele zu erreichen. ■

»WIR BEHANDELN
IMMER INDIVIDUEN
UND NIEMALS
KULTURKREISE.«



Entdecken Sie die Manuelle Therapie nach dem **Maitland® Konzept**

Neue Kurse

Das Maitland® Konzept ist ein Konzept der Manuellen Therapie. Die Besonderheit liegt in der Verknüpfung der individuellen und angepassten Befunderhebung und Behandlung von Funktionsstörungen im Gelenk-, Muskel-, und Nervensystem mit den klinischen Erfahrungen des Therapeuten und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

In allen Kursen inklusive:

- praxisnahes Kurshandbuch aus dem Thieme Verlag
- kostenloser Zugang zur IMTA Videoplattform
- professionelle Videoclips mit Darstellung aller Techniken

Das IMTA Kurssystem ist Basis für die OMT Ausbildung nach IFOMPT Standard und Bestandteil einiger Master Studiengänge für Muskuloskeletale Therapie.

25 Jahre
IMTA

Höchste Qualität in Ausbildung und Praxis

IMTA ist eine internationale Vereinigung von derzeit 28 engagierten Lehrern, die Fortbildungskurse in Manueller Therapie nach dem Maitland® Konzept unterrichten. Die Standardisierung, Entwicklung und Verbreitung des Maitland® Konzeptes und die Unterstützung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Anwendung ist seit 25 Jahren unser Bestreben.



Neuerscheinungen



Hengeveld, E./Banks, K. (Hrsg.) (2017)
Maitland. Manuelle Therapie und Manipulation der peripheren Gelenke.
Behandlung neuromuskulo-
skelettaler Funktionsstörungen
München: Elsevier Urban & Fischer



Seper, Ute (Hrsg.) (2017)
Bildung in den Gesundheitsberufen weiter denken.
Weiterbilden – Weiterdenken – Weiterkommen
Graz: Leykam

Neue Fachbereiche in der Online-TherapeutInnensuche

Nutzen Sie die Gelegenheit, in der Online-TherapeutInnensuche von Physio Austria nun auch anzugeben, ob Sie als PhysiotherapeutIn im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und/oder betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention am Arbeitsplatz tätig sind.

Wir werden zukünftig über neue Möglichkeiten von Angaben informieren, damit Sie Ihre eigenen Einträge im Sinne einer optimalen PatientInnen- bzw. KlientInnen-Information auf dem aktuellen Stand halten können.

Wir ersuchen Sie auch um regelmäßige Wartung Ihrer Daten, um sicherzustellen, dass Ihre Angaben, z. B. zu Kassenverträgen, im Sinne einer korrekten PatientInnen-/InteressentInneninformation stets aktuell sind.

Informationsoffensive Direktzugang

Direct Access bedeutet direkter Zugang für PatientInnen zur Physiotherapie ohne ärztliche Verordnung.

In ganz Österreich finden derzeit Informationsveranstaltungen statt. Nehmen Sie teil und sprechen Sie mit uns über die Entwicklungen unseres Berufs in der Zukunft!

Nähere Informationen finden Sie unter www.physioaustria.at



Gesundheitsziel Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Ungleichheiten verringern

Die zehn Gesundheitsziele Österreich bilden einen wichtigen Orientierungsrahmen für die aktuelle österreichische Gesundheitsreform. Eines der zentralen Prinzipien der Gesundheitsziele ist die Chancengerechtigkeit, welches aufgrund seiner hohen Bedeutung explizit im Rahmen-Gesundheitsziel 2: »Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen« verfolgt wird.

Ziel ist es, dass alle Bevölkerungsgruppen über gerechte Chancen verfügen und ihre Gesundheit gefördert, erhalten beziehungsweise wiederhergestellt wird. Dabei ist neben Sozialstatus und Einkommen Bildung ein zentraler Einflussfaktor. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist die Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen, womit sowohl die gesunde Lebenserwartung erhöht als auch die Krankheitslast verringert werden soll.

Zur Bearbeitung des Ziels wurde im Herbst 2013 eine Arbeitsgruppe installiert, in welcher MTD-Austria und Physio Austria durch Gabriele Jaksch, Präsidentin von MTD-Austria, und Sabine Stögerer, Präsidium Physio Austria, vertreten waren. Das breite Feld der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wurde darin aus unterschiedlichen Blickwinkeln diskutiert. Es wurden drei Wirkungsziele sowie zugehörige Indikatoren und konkrete Maßnahmen definiert.

Die Wirkungsziele sind »sozialen Aufstieg im Lebensverlauf und über die Generationen zu ermöglichen«, »soziale und gesundheitliche Ungleichheiten systematisch zu verringern« sowie die »Wirksamkeit des gesundheitlichen und sozialen Schutzes zu erhöhen und für alle sicherzustellen«. Dabei beschreiben gesundheitliche Ungleichheiten die Unterschiede, die sich in Krankheits- und Sterberisiko nach sozialen Schichten, sozialem Status oder anderen sozioökonomischen Maßzahlen ergeben. Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, den Bewältigungsressourcen, den Erholungsmöglichkeiten, der gesundheitlichen Versorgung und die Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten führen zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmere. Der Bericht der Arbeitsgruppe wurde bereits 2015 veröffentlicht, die darin beschriebenen Maßnahmen befinden sich aktuell zu einem großen Teil in Umsetzung. ■

Quellen und nähere Informationen:

www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Bundesministerium für Gesundheit:

Rahmen-Gesundheitsziel 2 - Bericht der Arbeitsgruppe, Wien, August 2015

... TWEET 1 ... TWEET 1 ... TWEET 1 ...

Gesundheits- und Frauenministerin Rendi-Wagner angelobt

Am Weltfrauentag wurde Pamela Rendi-Wagner als Nachfolgerin der kürzlich verstorbenen Gesundheits- und Frauenministerin Sabine Oberhauser angelobt. Rendi-Wagner, welche habilitierte Medizinerin ist, hat in ihrer bisherigen Tätigkeit als Sektionschefin und Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit im Gesundheitsministerium höchste sachpolitische, inhaltliche sowie soziale Kompetenz bewiesen.

... TWEET 2 ... TWEET 2 ... TWEET 2 ...

Forum der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Am 23. März fand das Ligaforum statt, in welchem u. a. auch der Strategie- und Entwicklungsprozess Kinderliga 2020 vorgestellt und die Strategie abgestimmt wurde. Zudem wurden das Jahresthema 2017/2018 der Kinderliga »Seelische Gesundheit« abgestimmt.

Nähere Informationen:

www.kinderjugendgesundheit.at

... TWEET 3 ... TWEET 3 ... TWEET 3 ...

Diabetesstrategie

Um der Herausforderung Diabetes in Österreich langfristig zu begegnen, initiierte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) Anfang 2016 die Entwicklung einer österreichischen Diabetes-Strategie.

Die Ergebnisse der österreichischen Diabetes-Strategie wurden nun am 29. März 2017 im BMGF präsentiert.

Nähere Informationen:

www.bmgf.gv.at

Bedeutung von Migrationsbewegungen von und für PhysiotherapeutInnen

Kompetenz zu Kommunikation und Ethik in einem globalisierten Miteinander

Wie gehen wir damit um, dass unsere KollegInnen oder PatientInnen/ KlientInnen andere kulturelle Hintergründe haben? Oder wenn wir einen anderen kulturellen Hintergrund haben als unsere KollegInnen oder PatientInnen/KlientInnen? Welche Wechselwirkungen ergeben sich aus dem (kulturellen) Umfeld in seinen unterschiedlichen Färbungen und wie gehen wir damit um?

PhysiotherapeutInnen stellen eine verhältnismäßig mobile Gruppe der reglementierten Berufe dar (siehe Grafik). Daher müssen sie sich zutiefst individualisierten und zugleich globalen Herausforderungen des professionellen Miteinanders stellen. Die Werkzeuge, die sie hierfür in die Hand bekommen, sind mitunter aufgrund der jeweiligen Ausbildung unterschiedlich. Aber es gibt auch Bestrebungen, international eine Orientierung zu geben.

Basiskompetenz

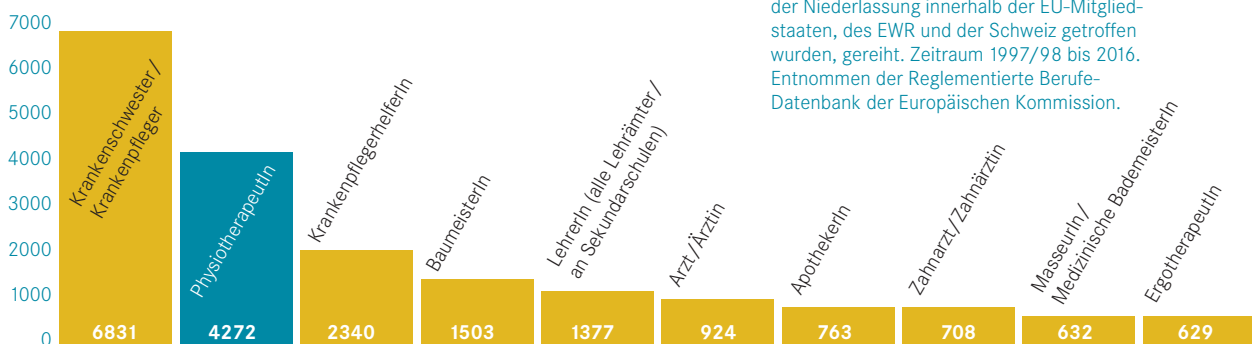
Sozialkommunikative und persönliche Kompetenzen werden als Teil der Grundausbildung von PhysiotherapeutInnen in Österreich vermittelt und sind in der FH-MTD-Ausbildungsverordnung festgehalten. Zudem wird versucht, die grundsätzlichen Basisfähigkeiten hierzu bereits im Rahmen des Aufnahmeverfahrens zum Physiotherapiestudium zu ermitteln. Das Kompetenzprofil der PhysiotherapeutInnen (Physio Austria, 2016) beschreibt die Rolle des Kommunikators/ der Kommunikatorin dahingehend, dass Berufsangehörige vertrauensvolle Beziehungen in ihrem Umfeld ermöglichen und Informationen zielgruppenorientiert weitergeben.

Im der Physiotherapie zugrunde liegenden Studium sollen demnach folgende Kompetenzen erworben werden:

- Effektive Kommunikation mit PatientInnen/ KlientInnen und Angehörigen zur Entwicklung einer professionellen, therapeutischen Beziehung
- Effektive Kommunikation und Entscheidungsfindung in intra- und interprofessionellen Teams
- Professionelles Auftreten gegenüber Stakeholdern zur Repräsentanz der eigenen Profession

Das heißt auch, dass AbsolventInnen sich einer adressatInnenadäquaten Sprache bedienen, geeignete Kommunikationsstrategien auswählen, angemessene verbale, non-verbale, schriftliche und elektronische Kommunikationstechniken anwenden und sich einer respektvollen und empathischen Grundhaltung verpflichtet fühlen sollen. Aber auch in den anderen Rollen, welche PhysiotherapeutInnen im Rahmen ihrer Berufsausübung erfüllen, haben Aspekte des reflektierten Miteinanders – mit Berücksichtigung individueller und umfeldbezogener Kultur – Einfluss auf das Erreichen gesetzter Ziele.

ABB. **Rangfolge der Niederlassungen reglementierter Berufe** aus den europäischen Ländern in Österreich





Grundsatzerklärung des Weltverbandes für Physiotherapie WCPT

Für den Umgang miteinander und eine qualitätsvolle Umsetzung der Physiotherapie aus einer globalen Perspektive können mitunter auch die Ethischen Grundsätze der World Confederation for Physical Therapy WCPT herangezogen werden. Von PhysiotherapeutInnen wird demnach erwartet, dass sie

- die Rechte und die Würde jeder und jedes Einzelnen respektieren.
- die Gesetze und Bestimmungen einhalten, welche die Berufsausübung in dem Land, in dem sie praktizieren, regulieren.
- verantwortungsvoll fundierte Beurteilungen erstellen.
- ehrlich, kompetent und verantwortungsvoll professionelle Dienstleistungen erbringen.
- qualitativ hochwertige Dienstleistungen erbringen.
- eine Vergütung in angemessener und fairer Höhe entgegennehmen.
- präzise und sorgfältige Informationen über Physiotherapie und physiotherapeutische Dienstleistungen für PatientInnen/KlientInnen, Behörden und das Gemeinwesen bereitstellen.
- zur Planung und Entwicklung von Dienstleistungen, die sich auf die Gesundheitsbedarfe in der Gesellschaft beziehen, beitragen. ■

Ethische Grundsätze des Weltverbandes für Physiotherapie WCPT

Ethische Verantwortlichkeiten von PhysiotherapeutInnen und WCPT-Mitgliedsorganisationen wurden ursprünglich bereits auf der 13. Generalversammlung des WCPT im Juni 1995 beschlossen, 2007, 2011 und 2015 überprüft und erneut beschlossen und nach einer Übersetzung durch Physio Austria 2007 nun in der aktuellen Version einer Übersetzung durch den deutschen Verband der PhysiotherapeutInnen zugeführt.

www.wcpt.org
www.physio-deutschland.de

QUELLEN

Physio Austria (Hrsg.). (2016). Die Physiotherapeutin/ Der Physiotherapeut. Kompetenzprofil. Online verfügbar: www.physioaustria.at

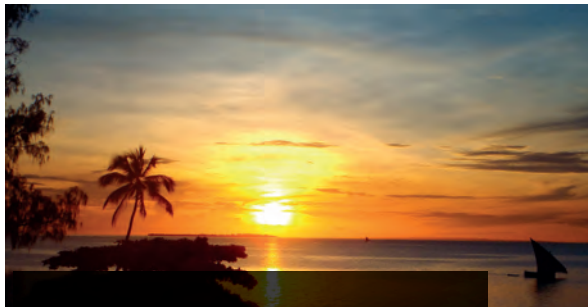
Europäische Kommission: Reglementierte Berufe Datenbank unter <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/>

Mein Inselabenteuer

Ein Auslandssemester in Zanzibar

Die Zeit in Ostafrika erweiterte meinen Horizont und stellte mich vor Herausforderungen. Ich übte mich in Selbstständigkeit, sah Armut und niedrige Lebensstandards, fühlte die Kulturunterschiede und häufig auch die Einsamkeit.

Im Rahmen meines Studiums an der FH St. Pölten nutzte ich 2013 die Möglichkeit, ein Praktikum im Ausland zu absolvieren. Nach längerer Suche bin ich auf die Organisation »World Unite!« in Tansania und das auf Zanzibar gelegene Krankenhaus »Mnazi Mmoja General Hospital« gestoßen. Ich war voller Erwartungen, offen für Neues und bereit, einen erlebnisreichen Teil meines Lebens zu bestreiten. Bewusst habe ich mich für ein Low Developed Country entschieden. Ich war gewappnet, mich auf niedrigere Hygienestandards und selbstständigeres Arbeiten einzulassen. Für meine Zeit im Ausland hatte ich mir vorgenommen, für mein Leben zu lernen und mich persönlich weiterzuentwickeln.



Zanzibar

Zanzibar ist ein halbautonomer Teilstaat von Tansania und besteht aus den zwei Inseln Zanzibar (südlich) mit der Hauptstadt Zanzibar-Town und Pemba (nördlich). 50 Prozent der Menschen leben unterhalb der Armutsgrenze. Arbeitstätige verdienen durchschnittlich weniger als einen US-Dollar pro Tag. Auf der streng muslimisch geprägten Insel sind Swahili und Englisch Amtssprache. Die höchste Erhebung, der Kilimandscharo, ist auf dem Festland Tansanias zu finden. Auf 2.650 Quadratkilometern wohnen rund 1,2 Millionen Menschen. Als Währung verwendet man den Tansania Schilling. Ein Euro entspricht etwa 2400 TSH.

Gewohnt Ungewöhnliches

Angekommen auf Zanzibar hatte ich kaum Zeit, mich zu akklimatisieren. Ich startete gleich meinen ersten Tag im Krankenhaus. Vormittags wurden ambulante PatientInnen physiotherapeutisch behandelt (montags und mittwochs Erwachsene, dienstags und donnerstags Kinder), nachmittags wurden die unterschiedlichsten Stationen abgearbeitet. Freitags durfte ich mit der einzigen Ergotherapeutin der Insel in entlegene Dörfer fahren und PatientInnen in Krankenhäusern behandeln. Krankenhäuser sind auf Zanzibar einfache, fünfmal fünf Meter große Blechhütten ohne jegliches Inventar. Mein Praktikumsanleiter und gleichzeitig mein einziger Arbeitskollege Mohammed sprach perfekt Englisch und nahm mich in der ersten Woche noch etwas an der Hand, da mich das First Contact Practitioner-Prinzip etwas überforderte. Mein Swahili reichte für einfache Konversationen aus – wenn nicht, wurde mit Händen und Füßen kommuniziert.

Mir stand ein großer Therapieraum mit drei Betten und zwei kleinen Kabinen mit Therapieliege zur Verfügung. Behandelt wurde täglich nach dem »First come, first serve«-Prinzip, bis der oder die letzte PatientIn die Praxis verlassen hat. Einen genauen Plan gab es nicht. Therapiematerialien gab es kaum. Desinfektionsmittel und Handschuhe existierten nicht – zum Glück hatte ich genügend aus Österreich mitgebracht. Das nächste Waschbecken befand sich im Nebengebäude. Die Leintücher auf den Therapieliegen wurden nur einmal wöchentlich gewechselt. Weder für PatientInnen noch für MitarbeiterInnen gab es ein WC.

Auf den Stationen waren die PatientInnen ungefähr nach dem entsprechenden Fachgebiet aufgeteilt. Sie lagen teilweise zu zweit in Betten mit Plastikmatratzen oder auf dem Fußboden. Pflegekräfte oder ÄrztInnen waren nur sehr selten zu sehen.



© iStockphoto.com - Fotolia.com





ERFAHRUNGSWERTE

Manuela Treppner, BSc



Bewegendes

Die Arbeit war mit Sicherheit in jeglicher Hinsicht eine große Herausforderung für mich, jedoch konnte ich viel Erfahrung sammeln. Stark in Erinnerung geblieben ist mir das Schicksal der kleinen Fatma: Das sieben Jahre alte Mädchen, dessen Haut zu etwa 50 Prozent verbrannt war, habe ich gleich an meinem ersten Arbeitstag auf der Kinderstation kennengelernt und sofort in mein Herz geschlossen. Fatma verbrachte mehrere Monate alleine im Krankenhaus. In ihrem Alltag war meine Therapieeinheit ein Highlight. Sie öffnete sich mir gegenüber, lachte und durfte spielen. In der Therapie konnte sie gute Fortschritte erzielen. Ich wurde Zeugin des Vorgangs, wie der jungen Patientin die Verbände gewechselt wurden. Pflegepersonen versorgten die Wunden kaum und somit wuchsen die Verbände mit der Haut zusammen. Die ohne Betäubung, bei vollem Bewusstsein durchgeführte Entfernung der Verbände brachte das Mädchen zum Weinen. Als Bestrafung setzte es eine Ohrfeige. Es war nicht leicht, tatenlos zuzusehen.

Menschen mit Behinderung sind für die Familien eine große Belastung und bedeuten viel Arbeit, da es keine staatliche Unterstützung gibt. Rollstühle oder andere Hilfsmittel sind unbezahlbar. PatientInnen sind auf alte, aussortierte Hilfsmittel aus Europa und Amerika angewiesen. Diese kommen einmal pro Halbjahr per Schiff und werden dann an die Familien verschenkt. Langjährige PatientInnen schätzen die Arbeit der PhysiotherapeutInnen sehr und sind dankbar für die Hilfe – in ländlichen Gebieten ist diese Art der Therapieform kaum bekannt. Eine Einheit Physiotherapie kostet 15 TSH, das entspricht nicht einmal einem Euro-Cent. Eine kurze, einfache Fahrt mit dem Verkehrsmittel Daladala kostet hingegen schon 30 TSH. Viele PatientInnen können sich den Transport zur Therapie leider nicht leisten.



Herausforderungen

In meiner Freizeit habe ich die gesamte Insel mehrfach bereist und unzählige Ausflüge gemacht. Zanzibar besitzt wundervolle Strände, kleine Inseln, Regenwälder, Gewürzplantagen und eine artenreiche Tierwelt. Für Touristen gibt es hier einiges zu sehen. Meine Wochenenden habe ich oft in Hotels auf der Insel verbracht, da die Strände auf Zanzibar öffentlich zugänglich sind und man sich als Frau dort nicht zeigen darf. Ich musste also auf Hotels ausweichen. Dort war es auch erlaubt, Bademode zu tragen, und ich fühlte mich wohl.

Nicht das Essen oder die Mücken stellten die größte Herausforderung für mich dar. Vielmehr waren es die anders geprägte Kultur und der strenge muslimische Glaube, der mir mein Äußerstes abverlangte. Als allein reisende, weiße, blonde und unverheiratete Frau war ich eine Rarität. Meist wurde ich nur Mzungu (»Weiße«) genannt und auch so vorgestellt. Einige PatientInnen wollten sich von mir nicht behandeln lassen, weil ich weiß war, andere wollten hingegen nur von mir behandelt werden. So manch ein Kind schien Angst vor mir zu haben. Mir ist es sehr schwer gefallen, Freundschaften zu knüpfen. Zanzibaris sind zwar mittlerweile an Touristen gewöhnt und offen diesen gegenüber – und doch wurde ich mehr toleriert als akzeptiert. Immer wieder wurde ich von Fremden wegen meiner Religion angesprochen und kritisiert. Mitarbeiter des Krankenhauses oder auch fremde Menschen auf der Straße versuchten, mich vom Islam und dem Kopftuch zu überzeugen. Mit diesen Situationen musste ich lernen umzugehen, auch wenn sie die Grenze zur Privatsphäre deutlich überschritten. Würde ich, jetzt auf die Zeit zurückblickend, wieder ein Auslandssemester in Zanzibar machen? Ja, das würde ich. Die dort gesammelte Erfahrung will ich nicht missen. Ich kann jedem und jeder Interessierten nur empfehlen, sich auf derartige Abenteuer einzulassen. ■

»EINIGE PATIENTINNEN WOLLTEN SICH VON MIR NICHT BEHADELN LASSEN, WEIL ICH WEISS WAR, ANDERE WOLLTEN HINGEGEN NUR VON MIR BEHADELNT WERDEN.«



Lehrinstitut
für Manuelle Lymphdrainage,
Komplexe Physikalische Entstauungstherapie



**Intensiv-
Workshops
2017
Österreich**



4 wöchige Basiskurse sowie Workshops zu aktuellen Themen

Alle Kurse sind

- stark praxisbezogen und bieten viel Raum für Erfahrungsaustausch
- auf dem aktuellsten medizinischen und therapeutischen Stand

Über unser umfassendes Kursangebot
informieren Sie sich auf unserer Website

www.foeldischule.de
oder per Telefon
0049 761 40 69 21



Földischule GmbH • Zum Engelberg 18 • D-79249 Merzhausen • Tel. 0049 761 40 69 21 • E-mail: info@foeldischule.de

bezahlte Anzeige

Berufsbegleitend studieren (Diplom/Master)

Sie haben es in der Hand

Viele gute Gründe für ein Osteopathie-Studium an der IAO:



#5

State-of-the-Art

Seit 30 Jahren Trend-
setter der Osteo-
pathieausbildung
in Deutschland. An-
erkannt und ISO 9001
qualitätsgeprüft.

Oft kopiert und nie
erreicht. Das Original,
für mich erste Wahl!



The International Academy of Osteopathy (IAO) | www.osteopathie.eu/gutegrunde

bezahlte Anzeige

Fremdkulturell geprägte PatientInnen

Eine Herausforderung für PhysiotherapeutInnen

Probleme bei Behandlungen von PatientInnen aus anderen Kulturen treten dann auf, wenn interkulturelles Wissen fehlt. Die Globalisierung hat in den letzten Jahren das Gesicht der Physiotherapie geprägt und verändert. Dadurch können potenzielle Schwierigkeiten in der Kommunikation entstehen. In folgendem Interview wird eine Situation aus der Praxis dargestellt.

PRISTOJKOVIC Zu meiner Behandlung kam eine Kopftuch tragende muslimische Patientin mit sehr geringen Deutschkenntnissen. Sie klagte über Probleme mit der Hals- und Lendenwirbelsäule. Trotz meiner mehrfachen Bitte, den Oberkörper freizumachen, kam sie dieser nicht nach. Sie erweckte den Eindruck, dass sie den Inhalt meiner Erklärungen nicht verstand. Die Patientin verstand nur, dass sie ihr Kopftuch ablegen sollte. Daher habe ich mich entschlossen, die Halswirbelsäule passiv zu behandeln. Sobald ich einen Schmerzpunkt berührte, begann sie leise vor sich hinzusprechen. Meiner Meinung nach hat sie gebetet. Obwohl ich versuchte nachzufragen, ob der Schmerzpunkt zu unangenehm ist, kam keine Antwort von ihr.

CSELLICH-RUSO Da kommen viele Aspekte zusammen. Diese Frau dürfte aus einer sehr traditionellen, autoritären und patriarchalisch geprägten Familie stammen. Sie hat bestimmte Erwartungen. Dazu zählen auch das Einhalten religiöser Regeln und das Tragen des Kopftuches. Es hilft, wenn Sie sicherstellen und der Patientin glaubhaft vermitteln können, dass kein Mann den Behandlungsraum betreten kann. Üblicherweise macht sie sich erst dann frei oder legt das Kopftuch erst dann ab, wenn sie sich dessen absolut sicher sein kann. Zugleich gibt es die Vorstellung unter zahlreichen muslimischen Männern, dass Frauen des Geschlechts wegen nicht kompetent sein können. Für sie ist es schwierig, von einer Therapeutin behandelt zu werden. Da bedarf es klarer Regeln.

LITERATUR

Csellich-Ruso, R. (2015)
Transkulturell Kompetent.
Erwachsenenbildung;
Wien: E. Dörner.

PRISTOJKOVIC Hat ihre Verhaltensweise einen kulturellen Hintergrund?

CSELLICH-RUSO Ihr Verhalten spiegelt die Vorstellungen für angemessenes Verhalten in einer Kollektivgesellschaft wider. Diese PatientInnen wollen von gleichgeschlechtlichen TherapeutInnen behandelt werden. Das wird nicht immer möglich sein. In einem ersten hausinternen Schritt wäre es hilfreich, zu klären, wie mit derartigen Vorstellungen umzugehen ist. Es gilt, den PatientInnen die Vorgehensweise zu erklären und gemeinsam Wege zu finden, um mit dieser Situation bestmöglich umzugehen. Außerdem geht es um im gesamten Nahen und Mittleren Osten allgemein bekannte Ehrvorstellungen. Würde unvorhergesehen ein Mann den Raum betreten, würde dies eine Ehrverletzung darstellen. Zusätzlich ist das Freimachen der Lendenwirbelsäule und auch das Berührtwerden ein Eingriff in den Intimbereich und daher mit Scham verbunden.

PRISTOJKOVIC Warum hatte sie geringe Deutschkenntnisse?

CSELLICH-RUSO Frauen dürfen oft nur in männlicher Begleitung außer Haus. Da diese Frauen vorwiegend nur mit Frauen des großfamiliären Netzwerks oder Frauen aus der eigenen Volksgruppe Kontakt haben, können sie kaum Deutsch. Zugleich ist das auch eine Frage der Macht des Mannes über die Frau.

PRISTOJKOVIC Aus welchem Grund hat sie nur gemurmelt?

CSELLICH-RUSO Sie meinten, die Patientin hätte gebetet, also möglicherweise aus religiösen Gründen gemurmelt. Ihre Annahme ist vermutlich richtig.

PRISTOJKOVIC Während meiner Bemühungen, ihr die wichtigsten Übungen zu erklären, welche ich mit Bildern dargestellt und vorgemacht habe, hatte ich den Eindruck, dass sie nicht aktiv mitmachen möchte.



© Johannes Unverricht

CSELICH-RUSO Zum Teil haben PatientInnen andere Vorstellungen und Erklärungsansätze für das Entstehen von Krankheiten und dadurch auch andere Erwartungen an Sie als Therapeutin. Ihre Patientin vertraut darauf, dass Sie wissen, was ihr fehlt und darauf, dass Sie sie rasch gesund machen. Sie selbst kann, so glaubt sie, nichts dazu beitragen und macht auch deshalb nicht mit.

PRISTOJKOVIC Das Kommunizieren mit solchen PatientInnen kann sich als schwer erweisen. Warum?

CSELICH-RUSO Deutsch ist eine sehr schwierige Sprache. Sowohl die Laute als auch die Grammatik sowie Ihre Wortwahl als Therapeutin können eine Herausforderung sein. Das hängt auch vom eigenen Sprachgebrauch und Sprachstil ab. Hilfreich für PhysiotherapeutInnen ist es, ganz bewusst kurze Sätze zu bilden und auf Fachbegriffe wie zum Beispiel Rotation zu verzichten.

PRISTOJKOVIC Obwohl ich den Migrationshintergrund sowie die Religion dieser PatientInnen berücksichtige, frage ich mich trotzdem, wie meine interkulturelle Kompetenz gefördert werden kann.

CSELICH-RUSO Um all diese Verhaltensweisen nachzuvollziehen, braucht es Hintergrundwissen über Gesellschaftssysteme, Glaubensvorstellungen, Ehre, Scham, über Schicht-, Rollen- und geschlechtsspezifische Vorstellungen sowie Stolpersteine beim Kommunizieren. Wir sprechen dabei von inter- oder transkultureller Kompetenz, die es zu entwickeln gilt. ■

»ZUM TEIL HABEN PATIENTINNEN ANDERE VORSTELLUNGEN UND ERKLÄRUNGSANSÄTZE FÜR DAS ENTSTEHEN VON KRANKHEITEN UND DADURCH AUCH ANDERE ERWARTUNGEN AN SIE ALS THERAPEUTIN.«

Die schwere Last der Schultasche

Wie stellen wir uns dieser Problematik?

Es gibt Normen und Gütesiegel für die Beschaffenheit von Schultaschen – und dennoch bleibt das Thema ein Dauerbrenner. Eltern beklagen das hohe Gewicht, das den Rücken ihres Kindes belastet, und suchen Rat beim Konsumentenschutz sowie in Produktinformationen. Auch wir PhysiotherapeutInnen werden dann und wann (glücklicherweise) von Firmen, Schulen und Eltern kontaktiert, um eine Expertensicht einzubringen. Aber wie positionieren wir uns, um Eltern aufzuklären und der Evidenz gerecht zu werden?

Die Schultasche ist ein Arbeitsmittel der Kinder. Die Verhältnisprävention verlangt es, auf ergonomische Must-haves bei Schultaschen zu achten. In Verwendung sind herkömmliche formstabile Schultaschen, Schulrucksäcke und Trolleys. Mit 95 Prozent macht der Typus »Backpack« bei Volksschulkindern den häufigsten aus. Essenzielle Details dabei sind der gepolsterte Rückenteil, vier Zentimeter breite, weiche sowie verstellbare, s-förmige Gurte und eine Unterteilung des Innenraums zur körpernahen Lastplatzierung. Für das Leergewicht der Schultasche werden 1.200 Gramm als Richtwert angegeben. Beladen sollte sie 10 bis 12,5 Prozent (ÖNORM) des kindlichen Körpergewichts nicht überschreiten. Dieses relative Gewicht fällt jedoch oft höher aus. Gemäß einer deutschen Untersuchung aus 2007 betrug es im Mittel 13,32 Prozent. Eine Bachelorarbeit, die 2015 im Rahmen eines Kids-Prevention-Projekts an einer Wiener Volksschule das Schultaschengewicht ermittelte, stellte sogar punktuell noch höhere Werte fest.

Ist der Grenzbereich haltbar und wie sieht es mit der Evidenz hinsichtlich Überlastung aus? Tatsache ist, dass der Richtwert aus dem ersten Weltkrieg stammt und hier die Last von Rekruten bei langen Märschen regelte. Die VerfasserInnen der deutschen Studie stufen diese Richtlinie als fragwürdig ein und gehen sogar davon aus, dass es erst bei Lasten ab einer Höhe von 30 Prozent des Körpergewichts zu Überlastungen kommt.

Was spricht für und gegen den Trolley?

PRO

- ⊕ Last wird gerollt und nicht getragen
- ⊕ Umrüstbar zum Tragen am Rücken

CONTRA

- ⊖ Last muss beim Einsteigen in Verkehrsmittel gehoben werden
- ⊖ Last wird beim Stiegensteigen meist am Tragegriff (einseitig) getragen
- ⊖ Zumeist höheres Leergewicht als Schultaschen
- ⊖ Asymmetrische, rotatorische Haltung der Wirbelsäule beim Ziehen
- ⊖ Eingeschränktes kindliches Bewegungsverhalten, z. B. Laufen nicht möglich

Folgen dorsaler Lasten

Dorsale Lasten von 20 Prozent des Körpergewichts bewirken einen Trunc Forward Lean. Je nachdem, ob der nach dorsal verschobene Rumpfschwerpunkt anterior oder posterior des Hüftgelenkzentrums zu liegen kommt, wird die vordere muskuläre Schlinge (M. iliopsoas, M. recus femoris, M. rectus abdominis) oder die hintere (M. biceps femoris, M. gluteus maximus, M. erector spinae), gemessen mittels Oberflächen-EMG, aktiviert. Eine Zunahme der muskulären Aktivität in unterschiedlichen Regionen ist eine logische Folge von Drehmomenten und nicht zwangsläufig mit einer Überlastung gleichzusetzen.

Auf das Verhalten kommt es an

Die Reaktionen des Bewegungssystems auf dorsale Lasten hängen von der kindlichen Konstitution und von entwickelten Haltungsmustern ab. Die Beanspruchung des Kindes ist eng mit seinem konditionellen Zustand verknüpft. Demnach sind individuelle Inspektion sowie Handlungs- und Bewegungsanalysen mit angelegter Schultasche erforderlich, um Abweichungen und muskuläre Ausgleichsstrategien zu erkennen. Darin besteht eine Schlüsselkompetenz von PhysiotherapeutInnen! Darüber hinaus können wir in einem verhaltenspräventiven Ansatz durch Schulung der korrekten Anlage am Rücken, der ergonomischen Packweise sowie des ökonomischen Aufhebens/Abstellens potenziell schädigenden Einflüssen vorbeugen.

Ein Plädoyer für das Tragen der Schultasche als Training

Die Universität Saarland kam zu dem Ergebnis, dass oft nicht die Tragelast zu hoch, sondern die Muskulatur des Kindes insuffizient ist. Auch hier sind wir PhysiotherapeutInnen auf den Plan gerufen: einerseits in beratender Form, um die elterliche Angst der Überlastung einzudämmen und Eltern darin zu bestärken, dass die getragene Schultasche, auch wenn ihr relatives Gewicht über der 10-Prozent-Marke liegt, eine Trainingsform am täglichen Schulweg darstellt; andererseits im Anbieten zielgerichteter Trainings- und Ausgleichsprogramme, da ein hohes Aktivitätslevel die beste Prävention vor Überlastung darstellt. ■



Checkliste Verhaltensergonomie

- schwere Dinge wie Bücher rückennahe packen
- auf ausgewogene Gewichtsverteilung rechts/links achten
- zum Packen die Tasche auf einen Tisch oder einen Sessel abstellen, um mehrmaliges Bücken zu vermeiden
- zum selbständigen Anlegen der Schultasche: zuerst auf Tisch abstellen, um leichter in die Schultergurte einzusteigen
- genaues Abwägen, was transportiert werden muss (gemeinsam mit Eltern packen)

LITERATUR

Lasota A. (2014). Schoolbag weight carriage by primary school pupils. *Work*: 48(1):21-26

Dordel S., Breithecker D., Jung U., Graf C. (2007). Schulranzen-TÜV – eine Studie zum Trageverhalten und Gewicht der Schulranzen von Grundschulkindern. *Haltung und Bewegung*: 27(3): 9-18

Kotz I. (2015). Schultaschengewicht bei Volksschulkindern in Wien. Eine experimentelle Querschnittstudie. Bachelorarbeit, FH Campus Wien

Götz, C. (2014). Der passende Schulranzen. *physiopraxis*,12(05): 32-34.

Wagner S. (2014). Handlungsveränderungen bei SchülerInnen der 5. Klasse durch das Tragen von unterschiedlich schweren Schulranzen. Doctoral thesis

Wolf B., Greisberger A., Widhalm K., Hurkmans E. (2015). Handlungsänderungen bei Volksschulkindern beim Tragen von dorsalen Lasten. Wissenschaftlicher Kongressbeitrag.

Ludwig O., Ruffing, J. (2009). Einfluss des Schulranzengewichtes auf haltungs- und gleichgewichtsrelevante Parameter bei Grundschulern im Stehen. *Haltung und Bewegung*.,29(4): 5-17

Checkliste Verhältnisergonomie

- gepolsterter, ergonomisch geformter Rückenteil
- Leergewicht von max. 1.200 g
- stufenlos verstellbare Trageriemen, die mindestens 40 mm breit und gepolstert und von den Kindern selbst bei geschulterter Schultasche anpassbar sind (s-Form)
- keine scharfen Ecken und Kanten
- mittige Aufhängeschlaufe, um die Tasche an der Schulbank aufhängen zu können
- gepolsterter Tragegriff
- Brust- und/oder Beckengurt, um Last fest am Körper zu verankern
- formstabile Trennwand im Inneren für eine ergonomische Packordnung
- Formstabilität, Standfestigkeit im leeren Zustand und weit aufklappbarer Deckel, um das Packen zu erleichtern
- Schultasche reicht max. von Sacrum-Basis bis zum Schulterniveau (Gehen, Laufen sowie Kopffrotation dürfen nicht eingeschränkt sein)
- Breite der Schultasche geringer als Schulterabstand
- symmetrisch angebrachte Außentaschen für Brotdose und Flasche (immer ungefüllt transportieren)

Upledger Institut Österreich

führend in den Ausbildungen:
Upledger CranioSacral Therapie®
Viszerale Manipulation nach Barral®
Osteopathische Therapie und Heilkunde



Von der Freiheit, zu helfen

Engagierte leisten Hilfe



Ein Kursprogramm im Besonderen für die tägliche Praxis der Physiotherapie.

NEU im Programm: Die Osteopathieausbildung mit freier Modulwahl. Kostenlos anfordern unter: www.upledger.at

Upledger Institut Österreich
Sparbersbachg. 63 | 8010 Graz
Tel.: 0316/84 00 50-0
E-Mail: office@upledger.at
www.upledger.at
www.barral.at
www.osteopathie-institut.at

bezahlte Anzeige

Es war im Februar 2013, als Nina Krickl und Theresa Wiplinger Bilder verletzter, frierender und hungernder Kinder aus Syrien erreichten. Aus einer kleinen privaten Initiative der beiden PhysiotherapeutInnen entstand innerhalb weniger Wochen eine Gruppe von Menschen, die diesen Kindern helfen wollte. Seither hat der daraus entstandene Verein »KEEP ON – Verein für Kinder in Not« Hilfstransporte nach Syrien organisiert.

Durch die Kontakte zu ÄrztInnen, Krankenhäusern und BandagistInnen konnte auch medizinisches Equipment für Kinderkrankenhäuser in Syrien und der Ukraine lukriert werden. Aktuell unterstützt KEEP ON eine Schule für Flüchtlingskinder im türkisch-syrischen Grenzgebiet, eine pädiatrische Klinik im Flüchtlingslager Bab al Salam sowie ein Straßenkinderprojekt in Rumänien. Die Möglichkeiten zu helfen sind vielseitig. So ist das jährlich stattfindende Punschfest im Advent in Nina Krickls Praxis in Niederösterreich zum beliebten Fixpunkt für einen guten Zweck geworden.

www.keepon.or.at



Viele PhysiotherapeutInnen halfen und helfen Flüchtlingen in Österreich, um ein angenehmes Miteinander zu ermöglichen. Alexander Baillou ist einer von ihnen. Nina Krickl und Theresa Wiplinger lindern die Not jener, die das Kriegsgebiet noch nicht verlassen konnten.



Im Sommer und Herbst 2015 hat sich Alexander Baillou für Flüchtlinge – speziell aus Syrien und Afghanistan – engagiert. Vom einfachen Sammeln von Hygienepaketen in seiner Praxis über regelmäßige Besuche der Erstaufnahmezentren in Traiskirchen und Erdberg bis hin zur logistischen Leitung zweier Spendenlager: Seine Tätigkeiten spielten sich auf vielerlei Ebenen ab. Eine seiner Devisen lautete stets, Flüchtlinge in Aktivitäten einzubinden. Eine Gruppe von fünf Vertriebenen ist ihm dabei besonders ans Herz gewachsen: Drei syrische Geschwister (zwei Schwestern und ein Bruder), der Verlobte einer der Damen und ein Freund waren dankbar für die gemeinsamen Freizeitaktivitäten und Hilfestellungen bei Deutschkursen oder Arztbesuchen, die Baillou gemeinsam mit seiner Freundin, mit Nachbarn und seiner Familie organisierte. Die intensive Arbeit warf auch für ihn als Health Professional einige Herausforderungen mit sich. »Wir haben miteinander gekocht, viel miteinander unternommen und ich wollte auch gemeinsam trainieren. Warum sich die Begeisterung darüber in Grenzen hielt, war schnell klar: Es war traditionell in ihren Familien nicht üblich, dass die Mädchen mit den Jungs gemeinsam Sport treiben«, erzählt Alexander Baillou. Jedes Training, jeder Arztbesuch, jede physiotherapeutische Behandlung und jedes Gespräch über körperliche Themen musste geschlechtergetrennt geführt werden. Da die fünf jungen Menschen sehr westlich orientiert waren, kam es jedoch rasch zu Kompromissen. »Beide Seiten waren tolerant und mit ein wenig Feingefühl, gerade für die Situation der Flüchtlinge, war es nach ein paar Monaten dann doch einfach, auf einen grünen Zweig zu kommen. Mittlerweile sind meine fünf Schützlinge alle asylberechtigt, haben teilweise kleine Jobs und wohnen in zwei von mir und Freunden organisierten Wohnungen.« ■

Der Existenzgründungskredit.

Die flexible und günstige Finanzierung für akademische Therapeutinnen und Therapeuten – und Ihre Ideen werden Wirklichkeit.

BIS
75.000
EURO*

* 3-Monats-EURIBOR (aufgerundet auf die nächsten 1/8 %) zzgl. Aufschlag von 1 %

UniCredit Bank Austria AG,
Schottengasse 6-8, 1010 Wien

unternehmerbank.bankaustria.at

Willkommen bei der
Bank Austria
Member of **UniCredit**

bezahlte Anzeige

Postgraduale Universitätslehrgänge für TherapeutInnen & MedizinerInnen

Neurorehabilitation MSc

Information: www.donau-uni.ac.at/neuro/rehab

Neurorehabilitationsforschung MSc

Information: www.donau-uni.ac.at/neuro/forschung

Start der Lehrgänge: 6. November 2017



Donau-Universität Krems. Zentrum für Neurorehabilitation.
andrea.muellner@donau-uni.ac.at | Tel. +43 (0)2732 893-2631



bezahlte Anzeige



DIE FACHHOCHSCHULE, DIE MEHR KANN.

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ganzheitliche Therapie und Salutogenese

Ihr Master. Für Ihren Gesundheitsberuf.

www.fh-campuswien.ac.at/gts_ml

bezahlte Anzeige

Horizontenerweiterung

Internationalisierung an den Fachhochschulen in Österreich

Die Thematik der Internationalisierung im Ausbildungsbereich ist ein wichtiger und wesentlicher Bestandteil aller Fachhochschulen und Universitäten in Österreich. Eine Beschreibung der Praxis an der FH Gesundheitsberufe Oberösterreich.

Dieser Artikel hat zum Ziel, die verschiedenen Facetten der Internationalisierung in den Fachhochschulen aufzuzeigen. Durch ein konkretes Beispiel soll gezeigt werden, wie Internationalisierung am eigenen Fachhochschulstandort stattfinden kann. Im Vordergrund der Internationalisierung stehen vor allem die aktive Teilnahme am europäischen Hochschulraum und die Stärkung der internationalen Netzwerke im Gesundheitsbereich. Damit die angestrebte internationale Hochschulpolitik an den Fachhochschulen umgesetzt werden kann, ist an den meisten Fachhochschulen ein »International Office« eingerichtet.

Zu den Aufgaben des International Office zählen unter anderem:

- die Förderung der Mobilität von Studierenden für ein Praktikum oder für ein ganzes Semester
- die Förderung der Mobilität von Lehrenden
- die Organisation von »International Weeks« und/oder Summer Schools

Eine Mobilität von Studierenden oder von Lehrenden ist immer in beide Richtungen zu verstehen. Die Rede ist von sogenannten »Outgoings« (wenn Studierende ins Ausland gehen) oder von »Incomings« (wenn Studierende aus dem Ausland nach Österreich kommen). Durch diese wechselseitigen persönlichen Beziehungen wird der Aufbau einer Wissensallianz zwischen den Ländern gefördert. Bei all diesen Aktivitäten besteht die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung über einen Erasmus-Mobilitätzuschuss. Welche Aufgaben Fachhochschulen im Rahmen der Internationalisierung ebenso wahrnehmen, wird im Folgenden beschrieben.

Inklusion von KollegInnen mit Ausbildung anderer Herkunft

Laut §6 Absatz 7 des Fachhochschul-Studiengesetzes sind die Fachhochschulen verpflichtet, Nostrifikationsanträge von PhysiotherapeutInnen aus Ländern, die nicht Mitglied der Europäischen Union sind, zu bearbeiten. Dies bedeutet, dass vermehrt Menschen aus folgenden Ländern Anträge auf Anerkennung der im Ausland erworbenen Qualifikation stellen: Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Serbien und seit einigen Monaten vermehrt Syrien, Afghanistan oder Iran.

Die Aufgabe der Fachhochschulen besteht nun darin, die Ausbildungen der Herkunftsländer mit der österreichischen Ausbildung zu vergleichen und wesentliche Unterschiede festzustellen. Wenn wesentliche Unterschiede festgestellt wurden, müssen diese Personen verschiedene Prüfungen und Praktika nachholen, damit im Endeffekt von einer gleichwertigen Ausbildung gesprochen werden kann. In weiterer Folge werden die NostrifikantInnen bestimmten Jahrgängen zugeordnet und absolvieren als außerordentliche Studierende Lehrveranstaltungen und die entsprechenden Prüfungen. Die DozentInnen an den Fachhochschulen werden über die Anwesenheit der NostrifikantInnen vorab informiert und auch aufgefordert, diese aktiv in die Lehrveranstaltung einzubinden. Durch den Dialog zwischen den Studierenden und den NostrifikantInnen ergeben sich häufig interessante Diskussionen über Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Gesundheitssystem und im Gesundheitsverständnis und natürlich in der praktischen und theoretischen Ausbildung von PhysiotherapeutInnen in den jeweiligen Ländern.

Worin liegt nun der Mehrwert für die aus Österreich stammenden Studierenden an den Fachhochschulen?

Nach unseren Erfahrungen ist die Aufmerksamkeit der Studierenden für Berichte und Diskussionen aus anderen Ländern sehr hoch und es erweitert sich der Blick der Studierenden auf den Gesundheitsbereich. Wir erkennen auch, dass das eigene berufliche Verständnis für die Physiotherapie in Österreich durch solche Diskussionen gestärkt wird.

In welcher Form profitieren die NostrifikantInnen durch diese Art der Einbindung?

Die NostrifikantInnen gewinnen an Sicherheit, weil sie sehr wohlwollend in die Gruppe aufgenommen werden. Sie fühlen sich bestärkt, da sie als ausgebildete PhysiotherapeutInnen in der Gruppe vorgestellt werden und über ihre Erfahrungen in ihrem Herkunftsland berichten können. Beide Gruppen profitieren von dieser Form der Einbindung, da die sozialkommunikativen Kompetenzen geschult werden und dieser internationale Austausch einen Teil der wichtigen und notwendigen Integration von gut ausgebildeten Menschen in die europäische Gesellschaft darstellt. ■

LITERATUR

<http://erasmusprogramme.com/>
 FHStG – Fachhochschulstudien-
 gesetz in der geltenden Fassung
 (www.ris.bka.gv.at)

»EINE AUFGABE DER FACHHOCHSCHULEN
BESTEHT DARIN, DIE AUSBILDUNGEN
DER HERKUNFTSLÄNDER MIT DER
ÖSTERREICHISCHEN AUSBILDUNG ZU
VERGLEICHEN UND WESENTLICHE
UNTERSCHIEDE FESTZUSTELLEN.«



© Riccardo Piccinini - Fotolia.com



Wissen.schafft.Gesundheit

Jetzt für unsere Master bewerben!

Master-Studiengang

- ▶ Management for Health Professionals -
Schwerpunkt Krankenhausmanagement

Master-Lehrgang

- ▶ Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe

Online-Bewerbung: bis 15.6.2017

www.fh-gesundheitsberufe.at

fh
GESUNDHEITS
BERUFE OÖ

bezahlte Anzeige

: für Sie
EINE AKTUELLE WISSENSCHAFTLICHE
STUDIE MIT ERLÄUTERNDEN KOMMENTAR

Studiert und kommentiert

Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorders: An International Survey of Expert Clinicians.

Soundy A, Stubbs B, Probst M, Gyllensten AL, Skjaerven LH, Catalan-Matamoros D, Vancampfort D. *Physiother Res Int.* 2016 Dec;21(4):237-246.

Aufgrund der wachsenden Erkenntnis, dass Physiotherapie für Menschen mit Essstörungen einen positiven Einfluss auf die physische wie psychische Gesundheit bringt, sollte im Rahmen der vorliegenden Studie der Stand von Erfahrung, Praxis und Wissen internationaler ExpertInnen erhoben werden.

Hintergrund

Essstörungen (Eating Disorders) wie die Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) und Fressattacken (Binge Eating Disorder) stellen für Betroffene schwere Einschränkungen im physischen wie psychosozialen Bereich dar.

Studiendesign

Eine Querschnittsstudie mit PhysiotherapeutInnen, die im Bereich Mental Health mit Schwerpunkt Eating Disorders (ED) arbeiten, wurde durchgeführt. Alle Mitglieder der International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH), einer Untergruppe der World Confederation for Physical Therapy, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen: zirka 480 Mitglieder aus 39 Ländern der sechs Kontinente. Die Studie wurde von der Ethikkommission der University of Birmingham genehmigt. Die Befragung der PhysiotherapeutInnen wurde im April 2013 unter Verwendung des online Tools QUALTRICS durchgeführt. Im englischsprachigen Fragebogen wurden Basisdaten (Land, Berufserfahrung, Frequenz von Kontakt mit ED-PatientInnen) erhoben und die folgenden vier offenen Fragen gestellt:

- Welche Behandlungsmethoden wenden Sie an?
- Welche Messmethoden wenden Sie an?
- Welche Rolle spielt die körperliche Aktivität in der Behandlung?
- Welche Faktoren sind hindernd beziehungsweise förderlich für die Durchführung von körperlicher Aktivität und Training?

Bei Frage 3 wurde zusätzlich eine Likert-Skala hinzugefügt. Die Daten wurden anhand deskriptiver Statistik, quantitativer Inhaltsanalyse sowie qualitativen Methoden ausgewertet.

Ergebnisse

An der Studie nahmen 28 PhysiotherapeutInnen teil (23 aus Europa, vier aus Afrika, eineR aus Nordamerika). Laut ihren Angaben sind 16 von ihnen in der PatientInnenbehandlung, vier in der Forschung, zwei in der Lehre tätig, weitere sechs Personen in allen drei Bereichen; ihre durchschnittliche Erfahrung in der Behandlung von PatientInnen mit ED beträgt 6,9 Jahre. Knapp die Hälfte der Behandlungen findet im stationären Setting statt. Am häufigsten arbeiten sie mit Anorexia nervosa (ca. 74 %), gefolgt von Binge Eating Disorder (26 %).

Zur Anwendung kommen vor allem funktionelle und manuelle Therapie sowie Bewegungs- und Trainingstherapie. Einige PhysiotherapeutInnen lassen außerdem folgende Elemente einfließen:

- psychologische Ansätze wie Entspannungstechniken (Anzahl der TherapeutInnen n=3) und Achtsamkeitstraining (n=1) bzw. Techniken aus der Verhaltenstherapie (n=1)
- Schulung zum Bewegungsverhalten und zum Verstehen von körperlichen Symptomen (n=2)
- Basic Body Awareness Therapy, ein in Skandinavien entwickeltes Physiotherapie-Konzept zur Veränderung von Bewegungsmustern (n=7).

Als Messinstrumente werden die Body Awareness Rating Scale (n=5) und der Body Attitude Test (n=2) am häufigsten verwendet. 73 Prozent der Befragten stufen die Wichtigkeit von PhysiotherapeutInnen bei Bewegungsprogrammen für ED als sehr hoch ein. Als größte Hindernisse für PatientInnen mit ED in der Therapie werden folgende Punkte angegeben: zwanghaftes Bewegen, negative Einstellung zum Körper, niedriger Selbstwert, Schamgefühle und mangelnde Selbstakzeptanz. Die StudienteilnehmerInnen berichten, dass physiotherapeutische Behandlungen eine große Bandbreite an positiven Einflüssen für die Betroffenen darstellen wie die Verbesserung der Körperwahrnehmung, des Körperbildes und des Selbstwertes sowie des Verständnisses für ein gesundes Bewegungsverhalten.

Kommentar

Die vorliegende Studie gibt einen wichtigen Einblick in die Arbeit von PhysiotherapeutInnen, die PatientInnen mit ED behandeln. Die geringe Anzahl an TeilnehmerInnen an der international ausgeschriebenen Erhebung zeigt, dass die Entwicklung der Physiotherapie im Bereich der ED noch am Anfang steht. Außerdem ist zu beachten, dass die Ergebnisse aufgrund der überdurchschnittlich hohen Teilnahme von PhysiotherapeutInnen aus nordeuropäischen Ländern nicht die Situation in anderen Ländern widerspiegeln. Möglicherweise deutet die verstärkte Studienteilnahme in Nordeuropa auf eine größere Bereitschaft zu evidenzbasierter Physiotherapie im Bereich Mental Health hin. Daraus ist jedoch nicht zu schließen, dass beispielsweise in Österreich keine qualitativ hochwertigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden. Es besteht jedoch Bedarf, diese anhand wissenschaftlicher Kriterien zu überprüfen.

Inzwischen haben andere Berufsgruppen wie PsychologInnen und PflegewissenschaftlerInnen Teile dieses Bereiches in ihren Studien aufgegriffen und weiterentwickelt. Doch sollten die PhysiotherapeutInnen als ExpertInnen für Bewegung und körperliches Erleben ihre Erkenntnisse im Bereich von Mental Health und im Speziellen der ED evidenzbasiert verankern und erweitern. Dies wäre ein wichtiger Grundstein für die Optimierung der Versorgung von Menschen mit ED und für die Mitgestaltung von Präventionsmaßnahmen bzw. eines gesunden Lifestyles - angepasst an die jeweilige Kultur(en-Vielfalt). ■

KURSANKÜNDIGUNG

Wissenschaft in der Praxis –
Eine anwendungsorientierte Einführung

NEUER TERMIN!

9. bis 10. Juni 2017

Wien, Physio Austria Kurszentrum
Gudrun Diermayr, MA, PhD

LITERATUR:

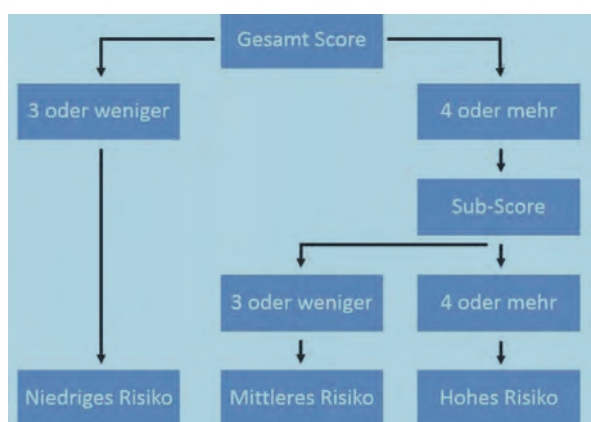
Friis S, Skatteboe UB, Hope MK, Vaglum P. Body awareness group therapy for patients with personality disorders. 2. Evaluation of the Body Awareness Rating Scale. *Psychother Psychosom.* 1989;51(1):18-24.

Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, Vol 3(2), 1995, 133-144.

Muskuloskeletale Assessments in der Physiotherapie

Ausführungen anhand eines Beispiels für akute Rückenschmerzen

Akuter Rückenschmerz (low back pain) ist in der physiotherapeutischen Praxis ein häufig anzutreffendes Krankheitsbild. 33 Prozent aller ÖsterreicherInnen geben an, schon einmal in ihrem Leben die ärztliche Diagnose »low back pain« erhalten zu haben.



Ergebnisermittlung mittels STarT-Back screening tool

Klassischerweise werden in den meisten Guidelines für akute unspezifische Beschwerden die frühe Rückkehr zum Arbeitsplatz und möglichst wenige spezifische diagnostische und physiotherapeutische Maßnahmen empfohlen.

Nach dem Ausschluss spezifischer Ursachen für die Beschwerden besteht die größte Herausforderung darin, mögliche RisikopatientInnen, die zu einer Chronifizierung neigen könnten, so früh wie möglich zu identifizieren und diese Entwicklung abzuwenden. Hier handelt es sich letztendlich um eine relativ kleine Gruppe, die zirka 90 Prozent aller Kosten, die in unserem Gesundheitssystem aufgrund von Rückenschmerzen anfallen, verursachen.

LITERATUR

www.keele.ac.uk/sbst/

Karstens S. et al. (2015). Validation of the German version of the STarT-Back Tool (STarT-G): a cohort study with patients from primary care practices. *BMC Musculoskeletal Disorders* (16):346

Hill, J. et al. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *The Lancet*, Volume 378(9802), 1560-1571.

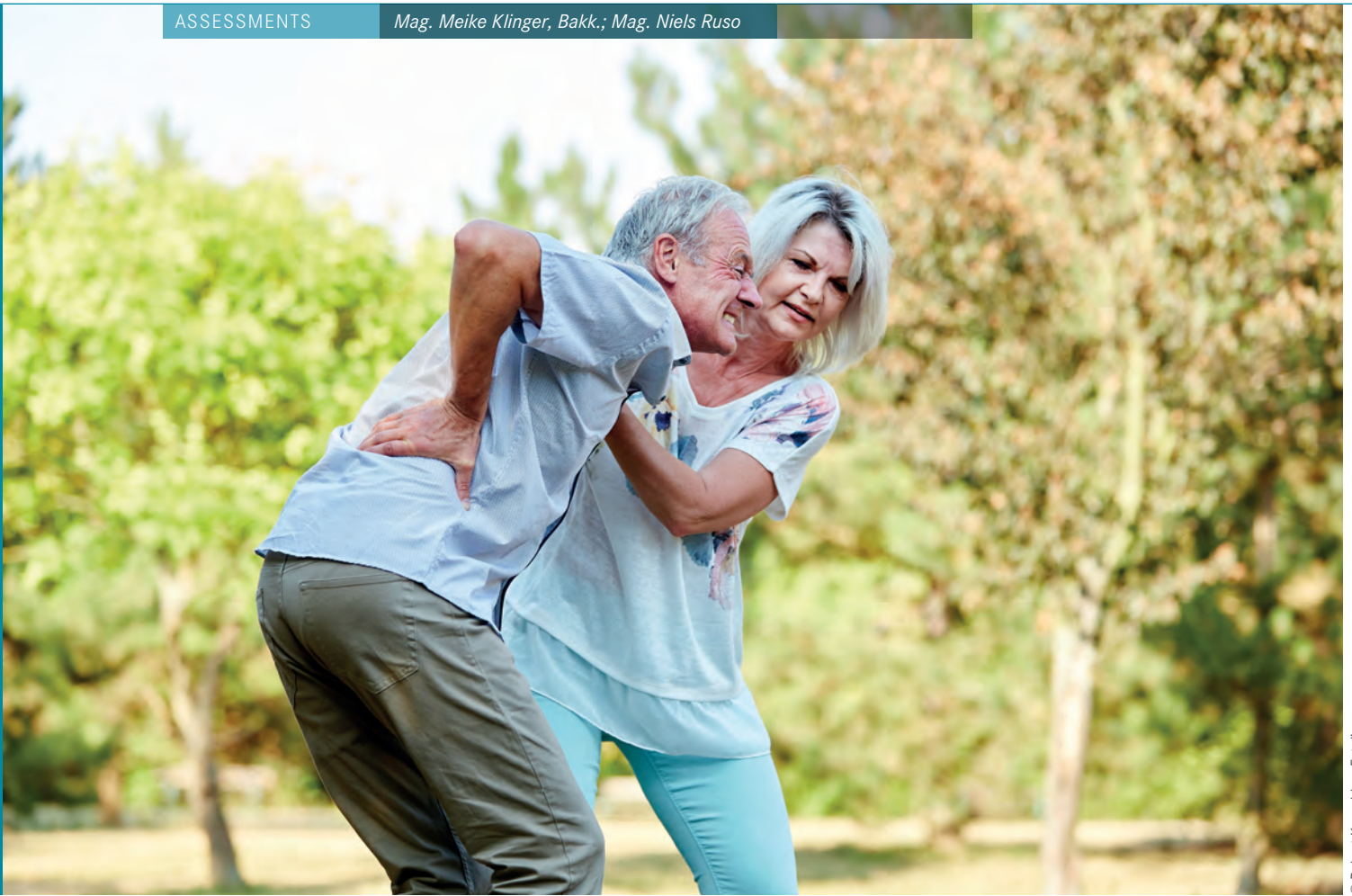
Neues Instrument

Um PatientInnen besser einteilen zu können und ihnen auch möglichst rasch eine erfolgversprechende Behandlung zukommen zu lassen, wurde das STarT-Back screening tool entwickelt. 2015 erfolgte die Übersetzung und Validierung in deutscher Sprache. Bei dem STarT-Back tool handelt es sich um einen einfachen Fragebogen mit neun Items, welcher helfen soll, biomedizinische, soziale und psychologische Risikofaktoren zu identifizieren. Dabei werden acht Fragen mit Ja (1 Punkt) oder Nein (0 Punkte) bewertet. Eine Frage wird mithilfe einer fünfteiligen Likert-Skala beantwortet (Die Antwortmöglichkeit 1 bis 3 entsprechen 0 Punkten, Antwortmöglichkeit 4 und 5 einem Punkt).

Der oder die Untersuchende ermittelt sowohl den Gesamtscore als auch den Subscore für die Fragen 5 bis 9. Anhand der erreichten Punkteanzahl erfolgt eine Einteilung in eine von drei Gruppen: niedriges Risiko, mittleres Risiko, hohes Risiko.

Kategorie eins wird bei drei oder weniger erreichten Punkten zugeordnet. Mittleres Risiko besteht bei mehr als vier Punkten und der Subscore der Fragen 5 bis 9 beträgt drei oder weniger Punkte. Die letzte Kategorie wird mit mehr als vier Punkten und dem Subscore von 4 oder mehr Punkten vergeben (siehe Abbildung). Abhängig von der Gruppe erfolgt die weitere Therapie anschließend mit einem spezifischen Paket an therapeutischen Maßnahmen.

Wichtig ist an dieser Stelle, darauf hinzuweisen, dass das STarT-Back tool NICHT als Ersatz, sondern als Ergänzung der Befundung dient und eher als ein erstes grobes screening tool anzusehen ist. Die bisher veröffentlichten Ergebnisse zeigen nach vier und 12 Monaten signifikante Verbesserungen bei den PatientInnen, welche mit dem STarT-Back tool eingeteilt wurden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.



Therapeutischer Zugang

Für die Gruppe der »high risk«-PatientInnen wird zum Beispiel als Ziel die Reduktion von Schmerzen, eine Verringerung der Behinderung (disability) sowie eine Verbesserung der psychologischen Situation vorgegeben. Hierzu werden unter anderen folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Physiotherapeutische Einzelbehandlungen, in welchen ein kombinierter physiotherapeutischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieansatz verwendet wird.
- PatientInnen dazu befähigen, derzeitige Rückenschmerzen und eventuell zukünftige Schmerzepisoden eigenverantwortlich zu managen.
- Therapeutische Schwerpunkte auf die kognitiven, emotionalen und Verhaltensreaktionen auf Schmerz und deren Auswirkung auf Aktivitäten der PatientInnen.
- Identifikation von eventuellen Hürden in der Rehabilitation (zum Beispiel Yellow & Blue Flags)

Anzumerken ist, dass für eine solche Physiotherapie zusätzliche Qualifikationen der TherapeutInnen sowie Supervision und kontinuierliche fachliche Unterstützung unumgänglich sind. ■

KURSANKÜNDIGUNG

OMT Manuelle Therapie Kaltenborn/Evjenth (Modul: LWS – ISG – Hüfte)

NEUER TERMIN!

14. bis 18. Juni 2017

Wien, (Kursort wird noch bekanntgegeben)
Andreas Gattermeier, MAS

KURSANKÜNDIGUNG

NEU!

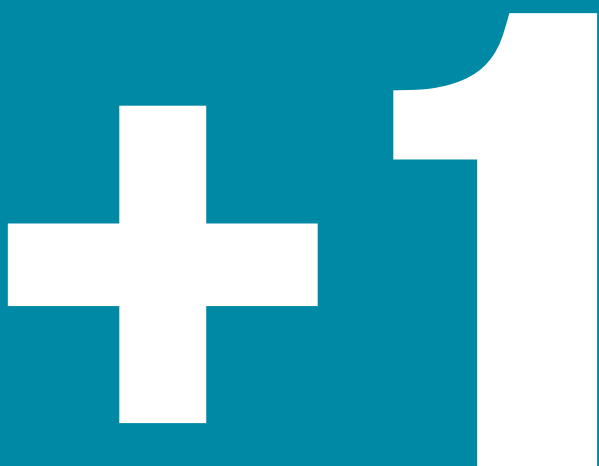
IAOM Workshop: Stabilisation der Lendenwirbelsäule – Integration von Mechanismen des motorischen Lernens

11. Juni 2017

Laab im Walde, Sonderkrankenanstalt der PVA
Phillip S. Sizer Jr., PT, PhD, OCS, FAAOMPT
Der Workshop wird in englischer Sprache abgehalten. Es findet eine sinngemäße Übersetzung statt.

MITGLIEDER WERBEN MITGLIEDER

plus eins



2017

Heuer ist die Physiotherapie in Österreich 100 +1 Jahr alt. Physio Austria nimmt dies zum Anlass, die Aktion »Mitglieder werben Mitglieder« ins Leben zu rufen.

-50%

Wird eine Person durch Sie zu einem neuen zahlenden Mitglied von Physio Austria, erhalten Sie eine Reduktion von 50 % auf Ihren Mitgliedsbeitrag im Jahr 2017. *

-25%

Neue Mitglieder bei Physio Austria erhalten 2017 eine Reduktion von 25 % auf ihren Mitgliedsbeitrag.

www.physioaustria.at

* Die Reduktion erfolgt in Form einer Gutschrift auf Ihrem Mitgliedsbeitragskonto.