

Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 3 Juni 2015



inform

physioaustria

P.b.b. Verlagspostamt 8000 Graz 02Z031875 M 6,50 EUR

IM MITTELPUNKT FÜR SIE
physiotherapie bewegt
1 PhysioPoster

inform exklusiv

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

Faktor Mensch in der Physiotherapie

Alles rund um (Multi)Kulturalität, Partizipation,
soziale und kommunikative Kompetenzen und Supervision.

Willkommen in der Hands-Free-Zone von Enraf-Nonius!

Neu: Sonopuls 190 mit StatUS™ Paket 100

StatUS™ (Statischer Ultraschall) ist ein revolutionär neues Verfahren, um therapeutischen Ultraschall so einzusetzen, wie es bei weitem am effektivsten ist, nämlich: HANDS-FREE!

„hands-free“ Ultraschall-Anwendung:

- ✓ einfache ‚smartphone‘ Bedienung
- ✓ Favoritenfunktion und medizinische Bibliothek
- ✓ optimierte Schallübertragung durch maximale Nutzung der Kontaktfläche

ad rem team – therapie 4 you, T. 01 710 31 65,
therapie4you@ad-rem-team.com, **exklusiv im www.therapieshop.at**



AUSTRIA SKI TEAM PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you
www.ad-rem-team.com

Sie machen die beste Therapie! Warum wollen Sie sich mit weniger zufrieden geben?

Die neue Manumed Optimal Therapieliege – wieder einen Schritt voraus!



- ✓ Elektrische Dachstellung
- ✓ 200 kg dynamische Hublast
- ✓ +24°/-85° verstellbares Kopfteil
- ✓ Rollhubsystem zentral bedienbar
- ✓ Rundumschiene zur Höhenverstellung
- ✓ Einbringung – bis in den Therapieraum!!!

ad rem team – therapie 4 you, T. 01 710 31 65,
therapie4you@ad-rem-team.com, **exklusiv im www.therapieshop.at**

AUSTRIA SKI TEAM PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you
www.ad-rem-team.com



Liebe LeserInnen,

Im Mittelpunkt jeder Handlung steht der Mensch. Physiotherapie ist die Arbeit mit Bewegung an und mit Menschen. Entsprechend ist dieser mit all seinen Komponenten natürlich auch im Zentrum jeder Therapiesituation. Für dieses Inform mit dem Schwerpunkt »Faktor Mensch in der Physiotherapie« bedeutet dies, dass wir uns sowohl mit den PhysiotherapeutInnen selbst, ihren TeamkollegInnen in einem multiprofessionellen Arbeitsumfeld und vor allem auch mit der Zusammenarbeit mit PatientInnen, KlientInnen und deren Angehörigen beschäftigen.

Los geht es mit unserem spannenden Leitartikel zum Thema [Mehrwert durch Vielfalt](#), der sich insbesondere mit Kultursensibilität in der Physiotherapie am Beispiel türkisch-muslimischer Migrantinnen in Österreich befasst. Gerade die Sensibilität für Kultur und Diversität sind zentrale Erfolgsfaktoren für eine zielführende und gelingende Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn und damit entscheidend für das Behandlungsergebnis. Behandlungs-Ziele der PatientInnen orientieren sich vielfach an ihren kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten. So führen standardisierte Behandlungsverfahren nicht zwangsläufig zu gleichen Ergebnissen. Ausgeprägte Sensibilität für Diversität und gute Kenntnisse kulturspezifischer Unterschiede erhöhen die therapeutische Kompetenz und lassen noch bessere Outcomes erwarten. Im Anschluss an den Beitrag gibt es zudem die Chance, eine Schmerzskala von Physio Austria zu gewinnen.

In [Gemeinsam zum Ziel](#) werden dann die Voraussetzungen für eine gemeinsame Zielvereinbarung erläutert. Wesentlich sind hierbei eine positive Einstellung zu partizipativen Zielvereinbarungen sowie Geduld und Vertrauen. Des Weiteren finden Sie in diesem Inform u.a. ein [Interview](#) mit dem niederösterreichischen PatientInnen- und Pflegeanwalt Gerald Bachinger. Er erzählt über seine Erfahrungen mit PhysiotherapeutInnen im Rahmen seiner Tätigkeit und über die Wichtigkeit der Einbindung von betroffenen PatientInnen in den »Patientensicherheitsstrategieprozess«. [TherapeutInnen sind auch nur Menschen](#) widmet sich schließlich den selbst- und sozialkomunikativen Kompetenzen in der Physiotherapie. Ebenfalls thematisiert werden [Therapeutischer Humor](#) oder auch der Bereich [Krisen und Supervision](#) sowie [Empathie](#).

Seien Sie ganz Mensch, packen Sie das Inform in Ihre Strandtasche oder den Urlaubskoffer, erfreuen Sie sich an den vielfältigen Artikeln und genießen Sie die Sommermonate! Ich wünsche Ihnen eine sonnige bewegte Lektüre mit der vorliegenden Ausgabe des Inform und freue mich wie immer über Anregungen (chefredaktion@physioaustria.at).

Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed.
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

Mag. Patricia Otuka-Karner
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: 6,50 Euro;

Abo (5 Ausgaben/Jahr): 29 Euro

(Inland), 50 Euro (Ausland).

STORNO schriftlich 2 Monate

vor Ablauf des Abos.

OFFENLEGUNG

GEMÄSS MEDIENGESETZ

einzusehen unter

www.physioaustria.at/

[impressum](http://www.physioaustria.at/)



Themenschwerpunkt **Faktor Mensch** in der **Physiotherapie**



06
**Mehrwert durch Vielfalt
Kultursensibilität in der Physio-
therapie am Beispiel türkisch-musli-
mischer Migrantinnen in Österreich**
Simone Hofer, BSc

16 INTERVIEW
**Über die Durchlässigkeit
von Emmentaler
Die Sicherheit der PatientInnen
steht im Mittelpunkt**
Mag. Patricia Otuka-Karner



16

**Mag. Patricia
Otuka-Karner**
Ressort Öffentlichkeits-
arbeit Physio Austria,
Chefredaktion inform

12
**Gemeinsam zum Ziel
Wo liegen die individuellen
und organisatorischen Heraus-
forderungen?**
Angelika Brugger

15
**Chancen für die
Physiotherapie
Internationale Klassifikation
der Funktionsfähigkeit, Behinderung
und Gesundheit (ICF)**
Beate Salchinger, MSc, MSc

20
**Literatur zum
Schwerpunkt**

21
**Last und Lust in der Arbeit
Das Menschsein als Physiothera-
peutIn birgt Risiken, aber auch
Ressourcen in sich**
Martina Sorge

22
**TherapeutInnen sind
auch nur Menschen
Selbst- und sozialkommunikative
Kompetenzen in der Physiotherapie**
Mag. Sabine Monsberger, BSc



21

Martina Sorge
Ressort Berufspolitik,
Verbandsbüro Physio
Austria



12

Angelika Brugger
Physiotherapeutin
bei Metagil in Lienz/
Osttirol sowie frei-
beruflich tätig



26

Claudia Dum BSc, BA
Physiotherapeutin im
Onkologischen Rehabilitati-
onszentrum St. Veit im
Pongau, Pädagogin



06

Simone Hofer, BSc
Physiotherapeutin in der
Abteilung für Neurologie
im Reha Zentrum Münster,
freiberuflich in Schwaz



36

Mag. Birgit Luxbacher, BSc
Geschäftsführerin des Öster-
reichischen Berufsverbands
der Biomedizinischen Analy-
tikerInnen biomed austria



38

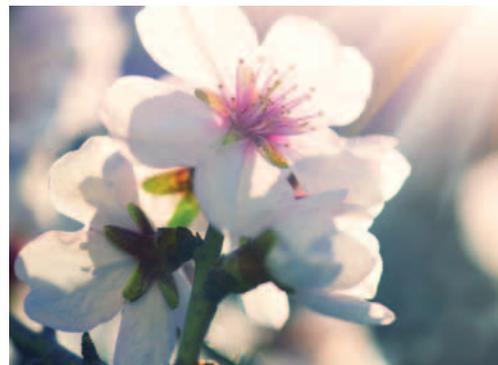
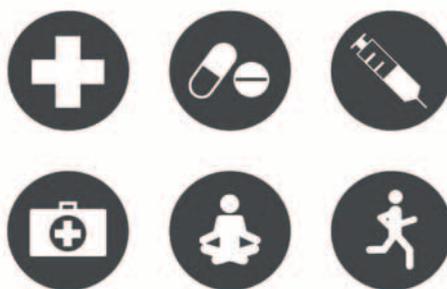
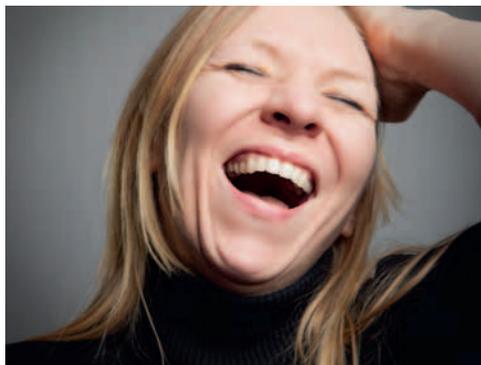
Eva Müllauer
Lektorin für respiratorische
Physiotherapie FH Campus
Wien, Mitglied AG Kardio-
respiratorischen Physio-
therapeutInnen in der ÖGP



28

Katrin Mansbart
Physiotherapiestudentin
im 6. Semester an der
FH Joanneum

inform Inhalt Juni 2015



24
Macht Lachen gesund?
 Die heilsame Wirkung von
 Humorinterventionen mit
 PatientInnen und im Team
 Mag. Simone Sassenrath

34 FORSCHUNG
**Schnittstelle Public Health
 und Physiotherapie**
 Neue Perspektiven durch den
 Wandel im Gesundheitswesen
 Johanna Strempl, MA

INFORM EXKLUSIV
Gesundheit als Menschenrecht
 Rahmenbedingungen für körperliches
 und geistiges Wohlbefinden.
 Nur in der Ausgabe für Mitglieder
 von Physio Austria enthalten

26
Zuschauen und Hinhören
Über Einfühlungsvermögen
in der Physiotherapie
 Claudia Dum BSc, BA

28
Ein Rucksack an Erfahrung
Reflexionen aus Sicht
einer Praktikantin
 Katrin Mansbart

30
Supervision – Ein Appell
Betrachtungen aus der Praxis
anhand eines Fallbeispiels
 Mag. Agnes Hove-Christensen,
 Bernhard Taxer, MSc

36 MTD
Biomedizinische
Analytik – quo vadis?
Herausforderungen und Chancen
für eine der sieben MTD-Berufs-
gruppen Österreichs
 Mag. Birgit Luxbacher, BSc

38 ASSESSMENTS
Gut durchatmen
Assessments in der Pulmologie –
ein Bestandteil des physiothera-
peutischen Alltags
 Eva Müllauer

e2 Umfassendes Wohlbefinden
 Mag. Helmut Sax

e5 Ein Inkubator für das St. Anthony's Hospital
 Julia Michlbauer, BA
PHYSIOFACES

e6 Sachwalterschaft
 Mag. Christian F. Freisleben-Teutscher

e8 §7 – Liberalisierung der Berufsausübung
 Mag. Agnes Görny

e10 Prävention: Mission possible
 Karl Lochner

e12 Erster PhysioTalk in Kärnten
 Nicole Toniutti
PHYSIOWORLD

e14 SERIE ARBEITSRECHT
Fragen rund um Mutterschaft
 Valid Hanuna

e15 SERIE STEUERTIPPS
Die »Arbeitnehmerveranlagung«
 Mag. Wolfgang Leonhart



22

Mag. Sabine Monsberger, BSc, Psychologin und Physiotherapeutin, seit 2006 in Lehre und Forschung an der fng – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol



15

Beate Salchinger, MSc, MSc, Präsidiumsmitglied Physio Austria, Studiengangsleiterin Physiotherapie FH Joanneum



24

Mag. Simone Sassenrath Psychologische Beratungsstelle für Studierende Wien



28

Johanna Strempl, MA Physiotherapeutin und Hochschullehrerin an der FH Burgenland im Bereich Lehre und Forschung



30

Bernhard Taxer, MSc Physiotherapeut und lehrt an der FH JOANNEUM; **Mag. Agnes Hove-Christensen** Physiotherapeutin, u.a. mit Schwerpunkt Psychiatrie in Innsbruck





Mehrwert durch Vielfalt

**Kultursensibilität in der Physiotherapie
am Beispiel türkisch-muslimischer
Migrantinnen in Österreich**

»KULTUR BEEINFLUSST NICHT NUR
DIE ERWARTUNGEN VON PATIENTIN UND
PHYSIOTHERAPEUTIN, SONDERN AUCH
DEREN KRANKHEITSVERSTÄNDNIS,
KOMMUNIKATION UND DIE PATIENTINNEN-
PHYSIOTHERAPEUTINNEN-INTERAKTION.«



© sip_londen - Fotolia.com

Aufgabe der Anamnese als Bestandteil der Befundung

Neben der Aufklärung werden wichtige Informationen über Erwartungen und Vorstellungen ausgetauscht und Vertrauen aufgebaut. Nur auf dieser Basis können PatientInnen von ihren Mitbestimmungsansprüchen Gebrauch machen.

In dieser Phase entwickelt sich auch die therapeutische Beziehung zum/zur PatientIn, die grundlegend für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis ist. Als ideal gelten mündige, aktiv agierende PatientInnen im Sinne von Adhärenz, die sich und ihre Anliegen in die Therapie einbringen. Adhärenz, die Einhaltung der gemeinsam von PatientInnen und dem medizinischen Fachpersonal gesetzten Therapieziele, hat der Compliance (Therapietreue) durch den Wertewandel der letzten Jahre den Rang abgelaufen, wodurch aus „folgsamen PatientInnen“ selbstwirksame mitgestaltende PatientInnen werden. In der Interaktion mit PatientInnen mit Migrationshintergrund kann es besonders an dieser Stelle zu strukturellen Unterschieden kommen. Herausforderungen in der Kommunikation können die Diagnosestellung erschweren und den Therapieablauf ineffektiv gestalten, aber auch die PatientInnenzufriedenheit maßgeblich beeinflussen. Die/der PhysiotherapeutIn ist dazu aufgefordert im Sinne einer professionellen Qualifizierung eine neutrale Perspektive auch gegenüber Werthaltungen zu entwickeln.

Während in anderen Disziplinen kultursensible Versorgungskonzepte bereits vielfach analysiert werden, finden sich im physiotherapeutischen Bereich lediglich erste Ansätze einer Auseinandersetzung. Gerade mit zunehmender Diversität innerhalb der Gesellschaft wird eine Berücksichtigung des kulturellen Kontexts immer wesentlicher.

Im Jahr 2013 gaben rund 1,63 Millionen ausländische Staatsangehörige ihren Hauptwohnsitz in Österreich an. Mit nahezu 268.000 Personen bildeten türkische ZuwandererInnen die drittgrößte MigrantInnengruppe. Es sind auch zunehmend größere Religionsgemeinschaften vertreten, so zum Beispiel 550.000 Muslime im Jahr 2012, denen der Staat mit Gesetzen wie dem Islamgesetz begegnet. Dies spiegelt sich auch im österreichischen Gesundheitssystem wider, wo das PatientInnenklientel immer internationaler wird und neue Herausforderungen mit sich bringt. Aus dem statistischen Jahrbuch für Migration und Integration 2014 geht beispielsweise hervor, dass 15 Prozent der türkischen und elf Prozent der ex-jugoslawischen Staatsangehörigen zwischen 2010 und 2012 ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht bewerteten, hingegen aber nur acht Prozent der österreichischen Staatsangehörigen. Vergleicht man hierzu die Inanspruchnahme präventiver Vorsorgeprogramme oder ärztlicher Institutionen, fällt auf, dass Personen mit Migrationshintergrund diese deutlich seltener nutzen. Multikulturalität ist somit im Gesundheitswesen Österreichs ein brennend aktuelles Thema, nicht zuletzt durch das gesellschaftliche Klima, in dem Bedürfnisse von Menschen anderer soziokultureller Herkunft nur zögerlich zur Kenntnis genommen werden.

Kultursensible Zugänge in der Physiotherapie

In pflegewissenschaftlicher und soziologischer Fachliteratur wurden kultursensible Versorgungskonzepte vielfach analysiert. Im physiotherapeutischen Bereich findet man lediglich erste Ansätze einer Auseinandersetzung. So wird evidenzbasierte Physiotherapie zunehmend mit kulturellem Kontext in Verbindung gebracht. Die praktische Ausübung involviert neben qualitativem Clinical Reasoning, fachlichem Wissen und PatientInnenanliegen stets den bestehenden Kontext einer Person, der unter anderem kulturelle Aspekte aufgreift. Demnach beeinflusst Kultur nicht nur die Erwartungen von PatientIn und PhysiotherapeutIn, sondern auch deren Krankheitsverständnis, Kommunikation und PatientInnen-TherapeutInnen-Interaktion, wodurch PhysiotherapeutInnen dazu aufgefordert sind, diese zu berücksichtigen.

München
oder
Radolfzell

HAUPTSACHE FiHH!

Medizinisch-therapeutische Fort- und Weiterbildung



FiHH

DAS FORTBILDUNGSINSTITUT

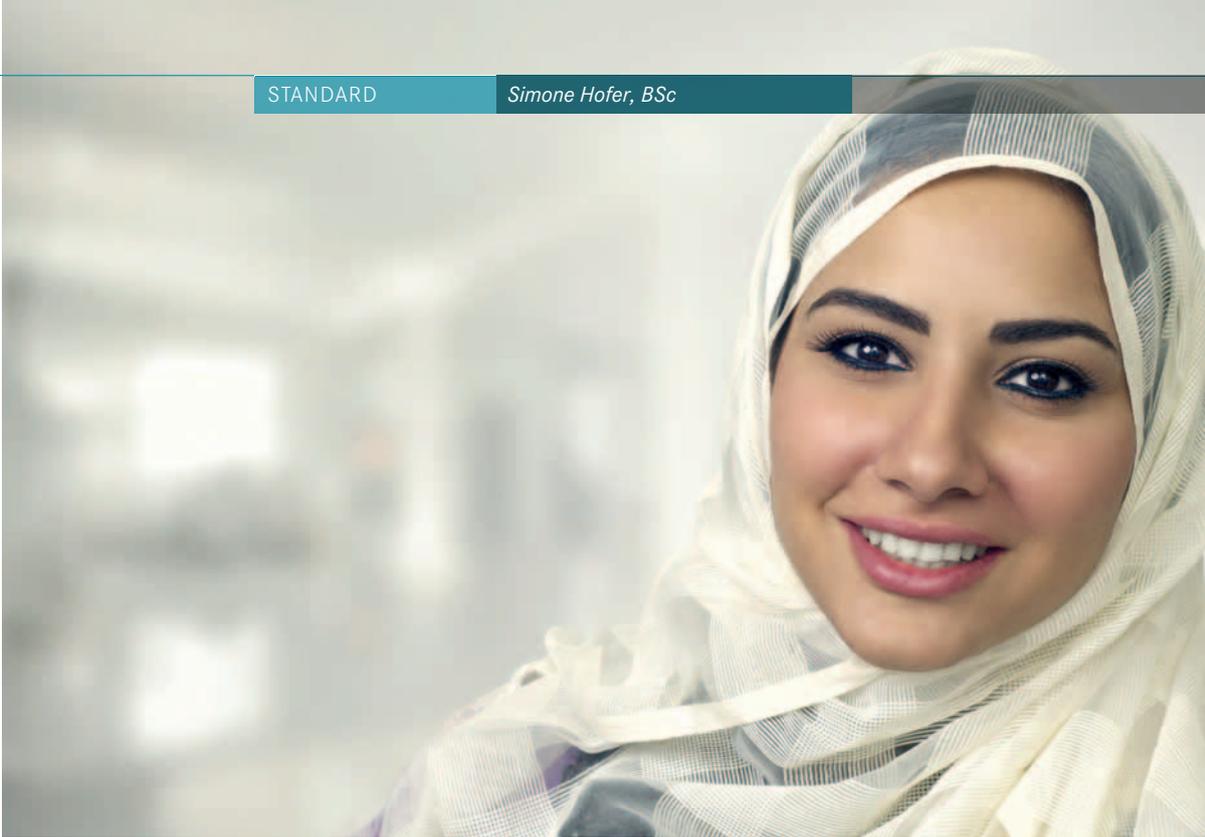
fhh.de

**Infos und
Anmeldung
fhh.de oder**

+49-40-232705

Wandalenweg 14-20 20097 Hamburg

bezahlte Anzeige



Interkulturelle Kompetenzen

Im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund sind zur Wahrung einer hohen Versorgungs- und Kommunikationsqualität Fähigkeiten gefordert, die unter dem Sammelbegriff »interkulturelle Kompetenzen« zusammengefasst werden. Diese beinhalten selbstreflexive Prozesse zur eigenen Kultur, Bereitschaft zur Interaktion, den Abbau von Ängsten und den Wissenserwerb kultureller sowie kommunikativer Aspekte. In der therapeutischen Interaktion kann dadurch gewährleistet werden, dass PatientInnen wertneutral erfasst werden. Im interkulturellen Kontext gewinnt Empathie vermehrt an Bedeutung. Trotzdem werden die Ausbildungsschwerpunkte häufig auf die Wahrung von professioneller Distanz gelegt, anstatt aufzuzeigen, wie man empathische Nähe herstellen kann. Der Wissenserwerb über Wertesysteme, Verhaltensmuster, Kommunikationsregeln und Krankheitskonzepte anderer Kulturen können in der praktischen Arbeit ebenfalls sehr hilfreich sein.

Die Wahrung der Kommunikationsqualität bei PatientInnen mit Migrationshintergrund kann von PhysiotherapeutInnen neue Kompetenzen einfordern. Kommunikation kann als sozialer Prozess der Verständigung betrachtet werden, in dem gesellschaftlich vereinbarte Zeichensysteme benutzt werden. Hierbei müssen sich beide GesprächspartnerInnen auf Grund von Sprachbarrieren und unterschiedlichen Sozialisations- und Wertevorstellungen um eine gemeinsame Verständigung bemühen, wodurch eine kompetente Behandlung ermöglicht wird.

Türkisch-muslimische Patientinnen in Österreich

Grundsätzlich handelt es sich bei türkisch-muslimischen Patientinnen um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. Es gilt zu berücksichtigen, dass religiöse oder kulturelle Gruppenzugehörigkeiten auf keinen Fall alleine für die Bedürfnisse unserer PatientInnen bestimmend sind. In der therapeutischen Arbeit mit Patientinnen türkisch-muslimischen Hintergrundes kann sich allerdings eine Reihe von Herausforderungen ergeben. Unter türkischen MigrantInnen sind mit 54 Prozent unterdurchschnittlich wenige Personen berufstätig, wobei besonders die Frauen mit einer Beschäftigungsquote von 39 Prozent eine sehr niedrige Erwerbsbeteiligung aufweisen. Das Leben dieser Frauen wird dadurch häufig durch ökonomische Abhängigkeit, soziale Isolation und ungenügende Schulbildung geprägt.



GEWINNSPIEL

Gewinnen Sie eine Schmerzskala!

Schreiben Sie uns mit dem Kennwort

»Schmerzskala« an

inform@physioaustria.at

Die ersten 50 erhalten ein Exemplar.



»MULTIKULTURALITÄT IST IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESEN EIN BRENNEND AKTUELLES THEMA, NICHT ZULETZT DURCH DAS GESELLSCHAFTLICHE KLIMA, IN DEM BEDÜRFNISSE VON MENSCHEN ANDERER HERKUNFT NUR ZÖGERLICH ZUR KENNTNIS GENOMMEN WERDEN.«

Zudem scheint die Sprachbarriere auch heute noch einen Schlüsselfaktor im Versorgungssystem darzustellen. In Studien zeichnet sich ab, dass nicht nur die sprachliche Kompetenz der Patientinnen häufig eingeschränkt ist, sondern auch, dass dies durch medizinisches Fachpersonal inkompetent kompensiert wird. So zeigt sich, dass die Anamnese bei türkischen Patientinnen in Studien im Vergleich zu deutschen Patientinnen meist kürzer ausfällt, diese häufig zudem lückenhaft ist und mehr psychosomatische Diagnosen gestellt werden. Professionelles Arbeiten ermöglicht in diesem Fall einzig eine Unterstützung durch eine/n DolmetscherIn. Hierbei sollten keine Familienmitglieder eingesetzt werden, da diese häufig filternd auf das Gespräch einwirken. Zu empfehlen wären DolmetscherInnen, die beide Sprachen beherrschen und auch im medizinischen Bereich Grundkenntnisse aufweisen, welche in Österreich derzeit nur marginal zur Verfügung stehen.

Auch das Krankheitsverständnis der Patientinnen kann abweichend sein. Krankheiten werden nicht auf eine Körperregion bezogen. Vielmehr zeigt sich oft eine ganzheitliche Sichtweise, wodurch nicht ein Körperteil sondern der ganze Mensch betroffen ist. Im Rahmen einer Studie wurden 183 TürkInnen, 94 türkische MigrantInnen in Deutschland und 91 Deutsche mittels Fragebögen zur Somatisierung mit Hilfe einer Liste von 52 Krankheiten befragt. Türkische MigrantInnen und türkische StaatsbürgerInnen gaben über alle Indizes hinweg mehr somatoforme Beschwerden an als Deutsche. Türkische MigrantInnen und TürkInnen unterschieden sich nicht voneinander, was den Einfluss von Migration relativiert und kulturelle Aspekte als mögliche Begründung für die gesteigerte Somatisierung in den Vordergrund stellt. Da Symptome und Grunderkrankung in der türkisch-muslimischen Gesellschaft meist ident gesehen werden, gilt die Krankheit oder Funktionsstörung als geheilt, wenn das Symptom verschwindet, wodurch die häufig beklagte schlechte Compliance verständlicher wird. Diese Annahmen sollten bereits in der Anamnese mit muslimischen PatientInnen verbalisiert werden.

Zu deutlichen Abweichungen kann es auch im Rahmen der Schmerzanamnese kommen. Als Schmerz wird nicht wie im europäischen Kulturkreis rein die sensorische Reizung bezeichnet, sondern vielmehr das gesamte Krankheitsgeschehen. Im türkisch-muslimischen Kulturkreis weist die Äußerung von Schmerz auch eine soziale Komponente auf. Das laute Äußern von Schmerz, das kulturell akzeptiert ist, signalisiert den Wunsch nach Zuwendung durch Familie aber auch durch medizinisches Fachpersonal. Auch verkörpert die Signalisierung von Schmerz häufig die Angst vor neuen Schmerzen, worauf vor allem im therapeutischen Bereich eingegangen werden sollte. Hierbei könnten die Verbalisierung der geplanten Maßnahmen und eine ausführliche Aufklärung hilfreich sein. Potentiale zur transparenteren Schmerzerhebung ergeben sich hier vor allem durch die Zuhilfenahme von Bodycharts oder Dolometern. Im Rahmen einer Studie mit 116 türkisch-muslimischen PatientInnen konnte festgestellt werden, dass die Einbeziehung von kulturellen Aspekten, die Auseinandersetzung mit Migration, Motivation zur Integration zwar keinen Einfluss auf das direkte Krankheitsgeschehen hatte, jedoch die Lebensqualität der PatientInnen signifikant gesteigert werden konnte. So zeigen sich ein verbessertes Schlafverhalten sowie ein deutlich gesteigertes Bewegungsverhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Richtet man den Blick in die Zukunft, wird deutlich, dass es einem Handlungskonzept auf breiter Basis bedarf. Laut der Österreichischen Akademie der Wissenschaften wird im Jahr 2050 der Anteil der muslimischen Bevölkerung auf 14 Prozent der Gesamtbevölkerung ansteigen, im Jahr 2012 lag er bei sieben Prozent. Daran sieht man, dass eine kultursensible Versorgungsausrichtung bereits eine große Public Health-Relevanz hat, die in Zukunft noch stark ansteigen wird.

Simone Hofer, BSc

LITERATUR

David, M. & Borde, T. (2001). Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Elzer, M. (2009). Kommunikative Kompetenzen in der Physiotherapie; Lehrbuch der Theorie und Praxis verbaler und nonverbaler Interaktion. Bern: Verlag Hans Huber.

Garmer, H. (2009). Migration – Kultur – Pflege, Was ist kultursensible Pflege? In: Ilhan, I. (Hrsg.). Kultur und Kommunikation im Krankenhaus-Kultursensibel pflegen. Mainz: Thiemeverlag.

Zimmermann, E. (2000). Kulturelle Missverständnisse in der Medizin – Ausländische Patienten besser versorgen. Bern: Verlag Hans Huber.

Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind somatoforme Beschwerden und Kausalattributionen bei türkischen Migranten durch den kulturellen Hintergrund oder den Migrationsprozess bestimmt? Zeitschrift für medizinische Psychologie, 18 (9), 135 – 139.

© ramzi hachicho - Fotolia.com

Europäische Kernstandards für die physiotherapeutische Praxis

In den Europäischen Kernstandards für die Physiotherapeutische Praxis, die vom Weltverband für Physiotherapie (WCPT) entwickelt wurden, wird der Respekt für die Person des Patienten/der Patientin in den Mittelpunkt der TherapeutInnen-PatientInnen-Beziehung gestellt.

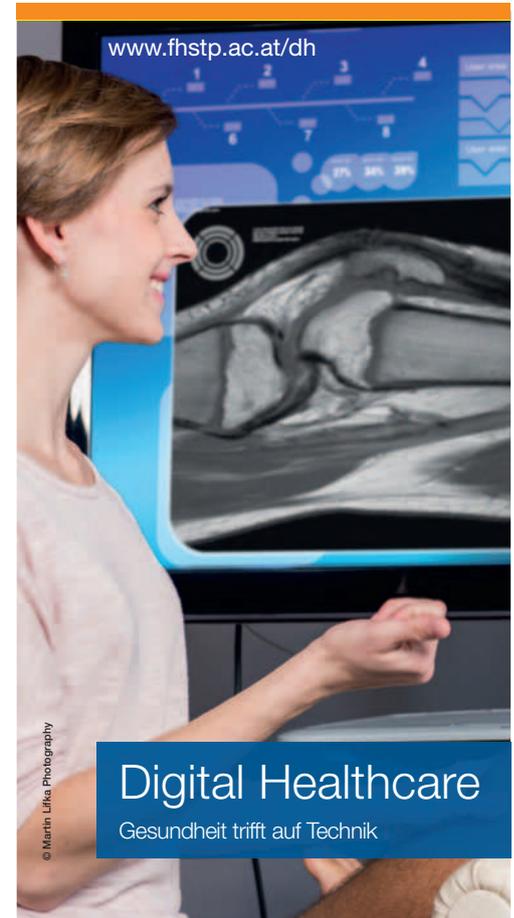
Die Grundlagen besagen, dass einE PhysiotherapeutIn u.a. die Pflicht hat, den »Respekt vor den Rechten und der Würde aller Menschen« anzuerkennen: »PhysiotherapeutInnen sollen jeden Patienten/ jede Patientin als Person respektieren und entsprechende aktive Handlungen setzen. Der/die PhysiotherapeutIn soll den sozialen, beruflichen, persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen eines Patienten/einer Patientin sowie seiner/ihrer Kultur, ethnischen Zugehörigkeit, Geschlecht, sexuellen Orientierung, Religion, Behinderung, Alter, Ansichten, Werten, Fähigkeiten und mentalen Gesundheit Rechnung tragen, da sich diese auf das physische und psychologische Wohlbefinden eines Patienten auswirken können.«

Auch die »Ethischen Grundsätze für PhysiotherapeutInnen« des WCPT formulieren klar: »Alle Personen, welche die Leistungen von PhysiotherapeutInnen in Anspruch nehmen, haben ein Recht darauf, unabhängig von Alter, Geschlecht, Rasse, Nationalität, Religion, ethnischer Zugehörigkeit, Glauben, Hautfarbe, sexueller Orientierung, Behinderung, gesundheitlicher Verfassung und politischer Orientierung versorgt zu werden.«

**»Europäische Kernstandards für die Physiotherapeutische Praxis«
»Ethischen Grundsätze für PhysiotherapeutInnen«
www.physioaustria.at**

St. Pölten University
of Applied Sciences

fh
st. pölten



www.fhstp.ac.at/dh

Digital Healthcare
Gesundheit trifft auf Technik

**Bilingualer, berufsbegleitender
Master Studiengang**

Prozesse im Gesundheitswesen mit Medientechnologie unterstützen.

Eine Ausbildung für Bachelor AbsolventInnen aus den klassischen Gesundheitsberufen und aus dem Medientechnikbereich.

Führen Sie ein persönliches Gespräch mit Studiengangsleiter Dr. Helmut Ritschl
E: helmut.ritschl@fhstp.ac.at

Hinweis
Studiengebühr /
Semester:
EUR 363,36

Komm besser studieren.



Gemeinsam zum Ziel

Wo liegen die individuellen und organisatorischen Herausforderungen?

Ziele sind ein kennzeichnendes Merkmal bewussten menschlichen Verhaltens und Handelns zur Erreichung einer erwünschten Situation oder eines Zustandes. Dem zufolge beginnt erfolgreiches Handeln mit bewusstem Setzen von Zielen. In der physiotherapeutischen Fachwelt besteht Einigkeit, dass eine effektive Zielsetzung einen bedeutsamen Bestandteil der Behandlungsplanung sowie der Behandlung selbst darstellt und unerlässlich für deren Erfolgsbeurteilung ist.

Gemeinsame Zielvereinbarungen werden als Kernkomponente im Rehabilitationsprozess angesehen und gelten bereits seit Jahren als Qualitätsmerkmal der Physiotherapie. Trotzdem werden partizipative Zielvereinbarungen in der gegenwärtigen Praxis nur selten angewandt, was individuellen und organisatorischen Barrieren zugeschrieben werden kann.

»VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE GEMEINSAME ZIELVEREINBARUNG SIND VOR ALLEM EINE POSITIVE EINSTELLUNG ZU PARTIZIPATIVEN ZIELVEREINBARUNGEN SOWIE GEDULD UND VERTRAUEN.«

Barrieren seitens der PatientInnen können sein:

- Überforderung und instabile/falsche Erwartungen in Richtung Zielfestlegung am Beginn einer Therapie (Meyer et al. 2009). Sie haben teils keine Idee, bei welchen ihrer Probleme PhysiotherapeutInnen überhaupt helfen können (Parry 2004).
- »Sprachlosigkeit« in Richtung Zielthematik, da sie mit dem Begriff »Ziel« nichts anfangen können (Glattacker et al. 2008).
- Berührungängste gegenüber ihren BehandlerInnen.
- Rentenbegehren, ein laufendes Rentenverfahren oder unfreiwillige Rehabilitationstherapie (Dudeck et al. 2011).
- Beeinträchtigungen durch kognitive, neurologische oder psychische Störungen oder Erkrankungen, aber auch Sprachbarrieren oder Minderjährigkeit.

Barrieren seitens der PhysiotherapeutInnen können sein:

- Sie sind mit der Erstellung von Zielvereinbarungen, die »SMART« (Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch, Terminiert) sind, überfordert, fühlen sich unvorbereitet und mutlos (Baker et al. 2001). Ihnen fehlt die notwendige Vorbereitung durch ihre Aus- und Weiterbildung.
- Zweifel werden gehegt, dass PatientInnen in die Zielthematik miteinbezogen werden wollen oder dazu fähig sind.
- Sie scheuen sich, Probleme mit ihren PatientInnen zu besprechen und lehnen eine gemeinsame Zielvereinbarung ab, wenn ein Fortschritt fraglich erscheint (Parry 2004).

Organisatorische Barrieren zeigen sich vor allem durch eine Ressourcenproblematik. Rehabilitations- und Krankenanstalten stehen oft vor der Herausforderung, dass gemeinsame Zielvereinbarungen einen größeren Zeitaufwand beanspruchen, da sie im Team kommuniziert und laufend aktualisiert werden müssen (Dudeck et al. 2011). Außerdem bedeutet der höhere Zeitaufwand auch eine größere finanzielle Belastung.

Um die Wichtigkeit einer gemeinsamen Zielsetzung nicht nur im Bezug auf hindernde Aspekte zu beleuchten, sollen Voraussetzungen aufgezeigt werden, die zu einem guten Gelingen derselben führen. Dabei ist vor allem eine respektvolle PatientInnen-BehandlerInnen Kooperation als Fundament anzuführen.

Voraussetzungen seitens der PatientInnen sollen sein:

- Volljährigkeit, Compliance und der Wille mitzuarbeiten.
- Sprachliche und kognitive Fähigkeiten für Verständnis und Bedürfnismitteilung.
- Psychische Belastbarkeit sowie das Wissen über ihre Probleme und ihre Möglichkeiten.
- Informationen, Zeit und Vertrauen in sich und die Therapie.
- Eigenverantwortung der PatientInnen für ihre Ziele und das Erreichen derselben (Glattacker et al. 2008).





© Romolo Tivani - Fotolia.com

Voraussetzungen für eine gemeinsame Zielvereinbarung sind auf Seiten der PhysiotherapeutInnen vor allem eine positive Einstellung zu partizipativen Zielvereinbarungen sowie Geduld und Vertrauen in die PatientInnen und Teamfähigkeit. Dabei ist zusätzlich empathische Kommunikationsfähigkeit gefragt, um Fachwissen verständlich und individuell zu vermitteln. Da dies in der physiotherapeutischen Ausbildung einen eher geringen Stellenwert hat, liegt es in der Eigenverantwortung der PhysiotherapeutInnen, selbst- und sozialkommunikative Kompetenzen zu erwerben.

Durch eine gelingende Kommunikation kann nicht nur das Wissen patientInnenfreundlich zu gemeinsamen Zielen führen, sondern auch die Formulierung alltagstauglicher Ziele und Teilziele gefördert werden.

Neben den PatientInnen und den PhysiotherapeutInnen brauchen auch Organisationen bestimmte Voraussetzungen bzw. Ressourcen:

- DolmetscherInnen bei Sprachbarrieren.
- Gutes Zeitmanagement: Die Zielthematik soll in der Therapieeinheit, im Therapieprozess und in (interdisziplinären) Teambesprechungen integriert und verschriftlicht werden.
- Konstante BehandlerInnen und eine angenehme ruhige Behandlungsumgebung für eine symmetrische PatientInnen-PhysiotherapeutInnen-Beziehung.

Abschließend gilt zu sagen, dass das Erreichen einer gemeinsamen Zielvereinbarung ein individueller Prozess der Kommunikation und Interaktion aller beteiligten Personen ist. Je nach PatientInnenanliegen, Rahmenbedingungen und Kompetenzen gestaltet sich dieser stets anders und ist somit einzigartig. Aber trotz der vielen Voraussetzungen, die es für dieses wichtige Qualitätsmerkmal gibt, lohnt sich der finanzielle und zeitliche Mehraufwand für mehr PatientInnenzufriedenheit und Professionalität der PhysiotherapeutInnen.

Angelika Brugger

LITERATUR

Baker, S. M. et al. (2001). Patient Participation in Physical Therapy Goal Setting. *phys ther* 81, 1118-1126.

Dierckx, Katrine; Deveugle, Myria; Roosen, Philip & Devisch, Ignaas (2013). Implementation of Shared Decision Making in Physical Therapy: Observed Level of Involvement and Patient Preference. *phys ther*, 93, 1321-1330.

Dudeck, A. et al. (2011). Reha-Zielvereinbarungen – gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 50, 316-330.

Glattacker, M. et al. (2008). Zielvereinbarungen in der Rehabilitation von PatientInnen mit Diabetes mellitus. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 82, 282-290.

Meyer, T., Pohontsch, N. & Raspe, H. (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Rehabilitation* 48, 128-134.

Parry, R. H. (2004). Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clin Rehabil*, 18, 670-681.



**UPLEDGER
INSTITUT
ÖSTERREICH**

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

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



bezahlte Anzeige

Chancen für die Physiotherapie

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICF als ein von der WHO entwickeltes Klassifikationssystem hat zum Ziel, eine einheitliche und standardisierte Form der Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit sowie mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Im Gegensatz zu der ICD-10 (Kurzbezeichnung für die Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision), in der hauptsächlich Gesundheitsprobleme klassifiziert werden, werden in der ICF Funktionsfähigkeiten und Behinderungen, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, codiert.

Die spezifischen Ziele der ICF sind:

- Eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustandes und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten herzustellen.
- Eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen verschiedenen BenutzerInnen, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, ForscherInnen, PolitikerInnen und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern.
- Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf zu ermöglichen.
- Ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereitzustellen.

Die ICF liefert eine Beschreibung von Situationen in Bezug auf menschliche Funktionsfähigkeiten und ihrer Beeinträchtigungen und dient als Organisationsrahmen dieser Informationen. Sie wird in zwei Hauptkomponenten unterteilt: zum einen die Komponenten der Funktionsfähigkeit und der Behinderung

und zum anderen die Komponente der Kontextfaktoren. Erstere erfasst die Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie die Bandbreite der Aktivitäten und Partizipation, die die Funktionsfähigkeit aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive beschreiben. Die Zweite erfasst Umweltfaktoren beziehungsweise personenbezogenen Faktoren, die Funktionsfähigkeiten beeinflussen können.

Relevanz für die Physiotherapie

Für die PhysiotherapeutInnen bietet ein konsequentes Einbeziehen aller Teilbereiche der ICF die Chance, nicht im Struktur- oder Funktionendenken hängen zu bleiben, sondern dieses immer mit den dazugehörigen Aktivitäten des für die PatientInnen alltäglichen Lebens in Bezug zu stellen. So können Interventionen auf Struktur- und Funktionsebene besser erklärt und für PatientInnen verstehbar gemacht werden. Barrieren und Chancen aus dem Bereich der persönlichen Ressourcen und Umweltfaktoren können erkannt, angesprochen, bei Bedarf verändert oder einfach genutzt werden. Das physiotherapeutische Vorgehen wird dadurch individualisiert und personenzentriert.

Dieser umfassende Blick auf die Herausforderungen, denen sich eine Person und ein Team rund um die PatientInnen stellen müssen, stellt eine enorme Chance für den Therapieprozess dar. Professionenübergreifendes Handeln erhält mit der ICF eine gemeinsame Sprache. So kann auch das Analysieren und Handeln fokussiert auf die Ziele der PatientInnen in den Mittelpunkt eines gemeinsamen Vorgehens rücken. Veränderungen im Gesundheitszustand der PatientInnen erhalten eine Sprache, die nicht nur im Team sondern über die Grenzen der Einrichtungen hinaus verstanden wird. Somit wird zum Beispiel ein Vergleich von Behandlungserfolgen über Institutionen und regionale Gesundheitssysteme hinweg möglich.

LITERATUR

»International Classification of functioning, disability and health (ICF)«
www.who.int/classifications/icf/en/

»Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (deutsche Fassung)
www.dimdi.de

»International Classification of Diseases (ICD)«
www.who.int/classifications/icd/en/

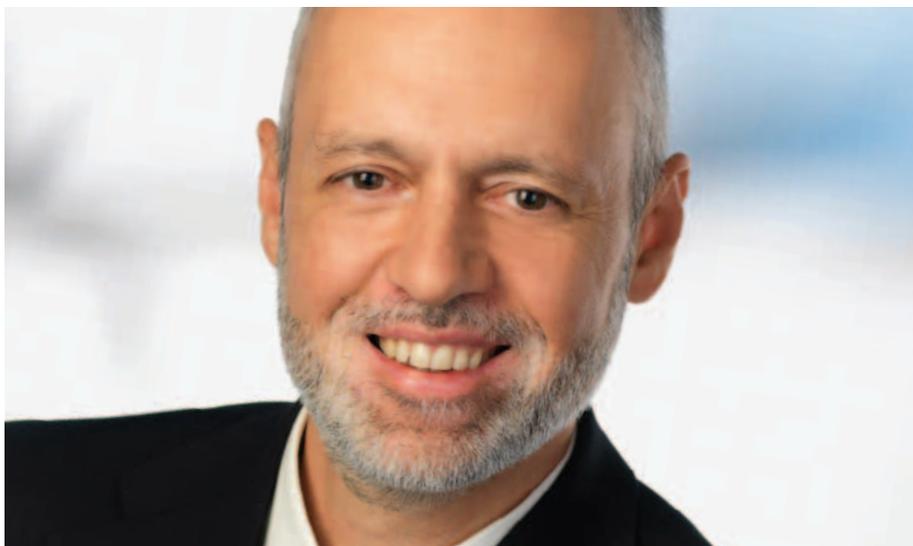
Beate Salchinger, MSc, MSc



Über die Durchlässigkeit von Emmentaler

Die Sicherheit der PatientInnen steht im Mittelpunkt

Der niederösterreichische PatientInnen- und Pflegetherapeut Dr. Gerald Bachinger berichtet im Gespräch mit Inform über seine Erfahrungen mit PhysiotherapeutInnen im Rahmen seiner Tätigkeit, über die Wichtigkeit der Einbindung von betroffenen PatientInnen in den »Patientensicherheitsstrategieprozess« und das »Schweizer-Käse-Modell« von James Reason.



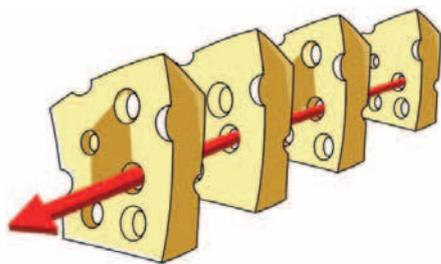
© Gerald Bachinger

In welchen Fällen können sich Betroffene an Sie bzw. Ihre KollegInnen in den Bundesländern wenden?

Die PatientInnenanwaltschaften sind, wie so viele Bereiche in Österreich, föderal auf Landesebene organisiert. Mit einem Satz: Sie haben auch in jedem Bundesland andere Zuständigkeiten. Darüber hinaus gibt es aber noch eine Arbeitsgemeinschaft der PatientInnenanwaltschaft auf Bundesebene, deren Sprecher ich auch bin. Hier werden u.a. Stellungnahmen erarbeitet, die für alle gültig sind. Als Sprecher der Arbeitsgemeinschaft bin ich auch stimmberechtigtes Mitglied in der Bundesgesundheitskommission. Auf erster Stufe, auf Landesebene, geht es um individuelle Beschwerden, die sich oft auf Behandlungsfehler beziehen oder auch kommunikative unterschiedliche Auffassungen. Auf zweiter Stufe, auf Bundesebene, geht es vor allem um strukturelle Dinge wie die Gesundheitsreform, ELGA oder Primary Health Care.

Was sind die grundsätzlichen Aufgaben der PatientInnenanwaltschaft und gibt es hier Unterschiede in den Bundesländern?

Ja, leider gibt es Unterschiede in den Bundesländern. Auf Landesebene werden ja einzelne Beschwerden bearbeitet sowie Konfliktfälle im Gesundheitswesen, aber auch hier hat nicht jedes Land die gleiche Zuständigkeit. Die Krankenanstalten als Kerngebiet, aus dem die PatientInnenanwaltschaft entstanden ist, haben alle als Zuständigkeit. Aber zum Beispiel haben wir in NÖ, Wien und Burgenland auch den Rettungsdienst, niedergelassene PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen oder Apotheken dabei. Manche dann auch noch das Sozialwesen wie die Pflegeheime. Ergänzend zum Beschwerdemanagement gibt es seit 2002 auch den PatientInnenentschädigungsfonds, deren Geschäftsführer ich in Niederösterreich auch bin. In anderen Bundesländern sind die PatientInnenanwaltschaften (länderweise unterschiedlich) in der Kommission des Entschädigungsfonds vertreten. Ich sage gleich dazu, dass wir das nicht gut finden. Wir wollen eine möglichst umfassende Zuständigkeit. Für die Sicherheit der PatientInnen wäre es wesentlich, hier eine Einrichtung zu haben, die sie als Gesamtes vertritt.



Welche Erfahrungen haben Sie mit PhysiotherapeutInnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit als PatientInnenanwalt?

Ich habe sehr wenige Erfahrungen mit PhysiotherapeutInnen im Rahmen meiner Tätigkeit. Ab und zu kommt es vor, dass uns aus dem niedergelassenen Bereich oder Krankenanstalten Beschwerden erreichen, die die Physiotherapie betreffen. Etwa, wenn der Nagel nach einem genagelten Bruch gebrochen ist und die Vermutung besteht, dass dies im Rahmen einer physiotherapeutischen Behandlung passiert ist. Aber das hat wirklich Seltenheitswert.

Warum ist das Ihrer Meinung nach so?

In diesem Bereich treten einfach viel weniger Konflikte auf. Die Ausbildung und Tätigkeit der PhysiotherapeutInnen in Österreich ist aus meiner Sicht auch im europaweiten Vergleich sehr gut. Dennoch würde ich die minimalen Beschwerden nicht als Qualitätsbewertung sehen. Generell treten aus dem niedergelassenen Bereich weniger Beschwerden auf, aber auch das ist keine Qualitätsfrage. Gerade aus dem »schneidenden Bereich« der Krankenanstalten, wo die häufigen Beschwerden auftreten, sind die Aspekte für die PatientInnen oft einsichtiger. Ich wage zu behaupten, dass man mit einem Medikament etwa 20 Jahre lang fehlbehandelt werden kann, es aber nicht merkt. Ähnliches gilt vielleicht für die Physiotherapie, wo das Gefährdungspotential nicht so unmittelbar ist und daher weniger Konflikte auftreten. Entsteht aber nach einer Operation eine Infektion, dann ist das umgehend ersichtlich.

Worin sehen Sie in den letzten Jahren wichtige Entwicklungen hinsichtlich der PatientInnensicherheit im Gesundheitswesen und wo sehen Sie noch Verbesserungspotentiale?

Ganz allgemein – und das betrifft auch die Physiotherapie – ist es für uns wichtig, abgesehen vom individuellen Beschwerdemanagement auch Lernpotenziale zu heben und dies im Sinne der Qualitätssicherung auf struktureller Ebene einzubringen. Ich bin auch Vorstandsmitglied in der »Plattform Patientensicherheit«, wo wir uns intensiv mit diesen Themen beschäftigen. Was mir wirklich am Herzen liegt, ist das Verhältnis TherapeutIn und PatientIn. Es gibt eine neue Initiative in Österreich, in der diese Thematik neu aufgegriffen wird. Wir plädieren für eine offene Fehlerkultur. Es ist notwendig, dass, wenn ein Fehler mit Schaden vorfällt, dieser nicht unter den Tisch gekehrt sondern offen kommuniziert wird. Wir fordern dazu auf, proaktiv zu kommunizieren und sich auch zu entschuldigen.

Diese proaktive Transparenz ist im individuellen Beziehungsverhalten essentiell, aber auch auf struktureller Ebene (wie etwa Qualitätstransparenz). Hier sind wir in Österreich noch weit hinten. In Deutschland etwa gibt es den Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung oder das Ranking auf www.qualitätskliniken.de.

Arge Selbsthilfe Österreich

Der Verein ARGE Selbsthilfe Österreich ist ein Zusammenschluss der unterschiedlichen Formen der Selbsthilfe in Österreich (themenübergreifende Selbsthilfe-Dachverbände und –Kontaktstellen und themenbezogen, bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen). Fast 250.000 Menschen besuchen österreichweit 1.700 Selbsthilfegruppen. Die ARGE Selbsthilfe Österreich sammelt und bündelt die Interessen dieser Selbsthilfegruppen. Zu ihrem Aufgabenbereich gehört unter anderem, die Bedürfnisse und Interessen der Selbsthilfegruppen im Sozial- und Gesundheitsbereich zu bündeln und in Entscheidungsstrukturen einzubringen.

Die ARGE Selbsthilfe Österreich gibt einen guten Überblick über die Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen und stellt gleichzeitig sicher, dass nicht Einzelinteressen sondern Anliegen einer breiten Basis vertreten werden.

Bundesgeschäftsstelle

Arge Selbsthilfe Österreich

01/740402855

arge@selbsthilfe-oesterreich.at

www.selbsthilfe-oesterreich.at

Sie waren an der Entwicklung der österreichweiten

»Patientensicherheitsstrategie« beteiligt:

Welche Ziele werden damit verfolgt?

Ich halte sehr viel von einer »Patientensicherheitsstrategie«, die österreichweit gültig ist. Bisher gab es vielfach Inselaktionen, wo eine nichts von der anderen wusste. Eine übergreifende Strategie, die gewisse Ressourcen zur Verfügung hat und die Prioritäten innerhalb des weiten Feldes der PatientInnensicherheit setzt, und wo Dinge gemeinsam angegangen werden, ist sinnvoll. Ganz wichtig – und das wird bei der »Patientensicherheitsstrategie« auch thematisiert – ist die Einbindung der betroffenen PatientInnen. Sie sind eine zusätzliche Ressource und oft die einzigen – aufgrund der häufigen Dienstwechsel – die den Behandlungsvorgang von vorne bis hinten überhaupt erleben. Dazu erwähne ich gerne das »Schweizer-Käse-Modell« (Swiss Cheese Model) des englischen Psychologen James Reason, in dem er bildhaft das latente und aktive menschliche Versagen als Beitrag zum Zusammenbruch von komplexen Systemen darstellt. Es vergleicht Sicherheitsebenen mit hintereinander liegenden Käsescheiben. Die Löcher im Käse, wie beim Emmentaler, stehen für die Unvollkommenheit der Sicherheitseinrichtungen in einem Krankenhaus etwa. Liegen alle Löcher an der gleichen Stelle, marschieren die Fehler durch. Legt man eine neue Scheibe – die Sicht der betroffenen PatientInnen etwa – darüber, ändert sich das Ergebnis.

Mag. Patricia Otuka-Karner

Kurse, die Sie weiter bringen: beruflich und persönlich.

Als führendes Therapie- und Ausbildungszentrum für Lymphologie genießen wir internationales Renommee. In unseren (Intensiv)-Kursen lehren wir die Manuelle Lymphdrainage/KPE nach der Dr. Vodder-Originalmethode, die weltweit Achtung und Anerkennung findet. Wer uns verlässt, zählt zur Elite. Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung.



Alle Kurstermine für Österreich, weitere Infos und Anmeldung finden Sie unter:
www.vodderakademie.com
Tel. +43 (0) 5374-5245-0

Dr. Vodder Akademie – Wittlinger Therapiezentrum, 6344 Walchsee/Tirol, Alleestraße 30, Tel. +43 (0) 5374-5245-0, office@vodderakademie.com, www.vodderakademie.com | Int. anerkanntes Aus-, Fort- und Weiterbildungszentrum für Ärzte, Physiotherapeuten und Masseur.



ISO 9001:2008 zertifiziert
Unser Qualitätsmanagement-System
ist zertifiziert nach ISO 9001:2008

DR. VODDER AKADEMIE



WALCHSEE / TIROL

bezahlte Anzeige

FÜRS LEBEN LERNEN

OSTEOPATHIE – 150 JAHRE
SANFTE MEDIZIN



In 5 Jahren zum

**Master of Science
in Osteopathie**

an Europas führender
Akademie für Osteopathie

The International Academy of Osteopathy

Postfach 662314, 81220 München | Tel. +49 221 13086 28 | info@osteopathy.eu | **www.osteopathy.eu**

bezahlte Anzeige

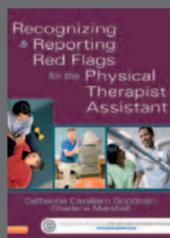
Neuerwerbungen der Bibliothek



P. Schwind (2014)

Faszien – Gewebe des Lebens.

Das geheimnisvolle Netzwerk des Körpers und seine Bedeutung für unsere Gesundheit. München: Irisiana Verlag.



C. C. Goodman/C. Marshall (2014)

Recognizing and Reporting Red Flags for the Physical Therapist Assistant.

Philadelphia: Saunders Elsevier.



M. Eisenburger (2012)

Aktivieren und Bewegen von älteren Menschen.

Schulung der Sinne.
Aachen: Meyer & Meyer.

Literatur zum Schwerpunkt

K. Fröhlich-Gildhoff/M. Rönnau-Böse (2014)

Resilienz.

3. aktual. Auflage. München:
Ernst Reinhardt Verlag.

A. Sendera/M. Sendera (2013)

Trauma und Burnout in helfenden Berufen.

Erkennen, Vorbeugen, Behandeln - Methoden,
Strategien und Skills. Wien: Springer Verlag.

W. Schmidbauer (2002)

Helfersyndrom und Burnout-Gefahr.

München/Jena: Urban & Fischer.

R. Lorenz (2005)

Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.

2., durchges. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kurse zum Schwerpunkt

Supervision für therapeutische Tätigkeit

- o Verbesserung und Entlastung der beruflichen Fähigkeiten
- o Reflexion der Interaktionen des eigenen beruflichen Handelns und Umfeld
- o Erweiterung der persönlichen und beruflichen Kompetenz
- o Erweiterung der diagnostischen Perspektiven für PatientInnen durch Fallsupervision
- o Erarbeitung von konstruktiven Lösungsmöglichkeiten

10.10.2015

Wien, Physio Austria Kurszentrum

Therapeutischer Humor

Bewusster Einsatz von Humorinterventionen mit PatientInnen und im Team.

27. – 28.11.2015

Wien, Physio Austria Kurszentrum

Um eine verbindliche Anmeldung per Mail bildungsreferat@physioaustria.at mittels Fax **01/5879951-30** oder online unter www.physioaustria.at/kursprogramm wird gebeten.



© Zarya Maxim - Fotolia.com

LITERATUR

Girbig, S. et al. (2013). Arbeitsbedingte Belastungen, Beschwerden und Erkrankungen von Physiotherapeuten in Deutschland - Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion. *physioscience*, 9: 66-71.

Brattig, B. et al. (2014). Occupational accident and disease claims, work-related stress and job satisfaction of physiotherapists. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9-36.

Last und Lust in der Arbeit

Das Menschsein als PhysiotherapeutIn birgt Risiken, aber auch Ressourcen in sich

In der aktuellen Publikation der Statistik Austria »Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme – Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013« scheinen PhysiotherapeutInnen unter dem Aspekt »Schwierige Arbeitshaltungen bzw. Bewegungsabläufe« als eine der zehn am häufigsten betroffenen Berufsgruppen auf. Dass unser Beruf mitunter »körperliche Schwerarbeit« darstellt, wird auch in der entsprechenden Liste der Sozialversicherung zumindest für die weiblichen Angehörigen attestiert. Im Sinne der Verordnung über besonders belastende Berufstätigkeiten werden hier Physiotherapeutinnen (Verbrauch von mindestens 1.400 Arbeitskilokalorien/nicht überwiegend Organisationstätigkeiten o.ä.) berücksichtigt. Ganz allgemein hält die Arbeitsinspektion als arbeitsbedingte Belastungen z.B. fortgesetztes Heben/Tragen schwerer/unhandlicher Lasten, Zwangshaltungen, aber auch psychische Faktoren (z.B. geringer Handlungsspielraum, Zeitdruck, Überforderung, zu geringe Anforderungen) fest, deren Folgen arbeitsbedingte Erkrankungen sein können. Die häufigsten sind muskuloskeletale und Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungsapparates sowie psychische und Herz-Kreislaufkrankungen.

Girbig et al. beschäftigten sich 2013 mit arbeitsbezogenen Belastungen und Erkrankungen von PhysiotherapeutInnen (freiberuflich/angestellt) in Deutschland. Als Ergebnis identifizierte hier eine ExpertInnengruppe muskuloskeletale und psychische Belastungen als größte Risikofaktoren, relevant sind u.a. aber auch dermale und infektiöse Belastungen. Nicht zu unterschätzen ist jedoch der Hinweis auf das salutogene, also das (gesundheits-)fördernde Potential der physiotherapeutischen Arbeit: Freiräume und Kreativität bei der Behandlung, die praktische Tätigkeit an sich, Bewegung, Vielfalt, Behandlungserfolg und positive Rückmeldungen der PatientInnen. Auch Brattig et al. (2014) kommen mit ihrer Analyse zum Schluss, dass trotz hoher Anforderungen und vorhandener Stressfaktoren die Mehrheit der PhysiotherapeutInnen mit ihrer Arbeit zufrieden ist.

Das PhysiotherapeutIn-Sein unterliegt trotz gemeinsamer Basis einer sehr vielfältigen, nahezu individuellen »Interpretation«. Nicht nur dass die Belastungen schon durch die mögliche Fokussierung auf Fachbereiche variieren, gerade in der körperbetonten und häufig zwischenmenschlich belebten Arbeit spielen die persönlichen Ressourcen auf allen Ebenen eine wichtige Rolle. Oft wird unterschätzt, wie stark diese von unterschiedlichen »privaten« Faktoren beeinflusst werden können. Der Werdegang von PhysiotherapeutInnen ist durch das Erlernen von Kompetenzen geprägt, die den Umgang mit Belastungen schulen. Diese haben auch das Potential zur Eigenanwendung etwa im Sinne der »betrieblichen Gesundheitsförderung« mit ergonomischer Arbeitshaltung. Für die Handhabung konkret »therapeutischer« Belastungen kann der Fokus auf die sogenannte Resilienz gerichtet werden, die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sich durch persönliche aber auch sozial vermittelte Ressourcen zu entwickeln.

Martina Sorge

www.sozialversicherung.at
www.arbeitsinspektion.gv.at
www.statistik.at

»TROTZ DER HOHEN ANFORDERUNGEN UND VORHANDENER STRESSFAKTOREN IST DIE MEHRHEIT DER PHYSIOTHERAPEUTINNEN MIT IHRER ARBEIT ZUFRIEDEN.«



»PHYSIOTHERAPEUTINNEN
SCHÄTZEN FORTSCHRITTE IHRER
PATIENTINNEN, DAS ARBEITEN
MIT MOTIVIERTEN MENSCHEN
UND DAS ERLEBEN EINER
PRODUKTIVEN THERAPEUTI-
SCHEN BEZIEHUNG IN IHRER
BERUFS AUSÜBUNG WERT.«

LITERATUR

»RIS - Gesamte Rechts-
vorschrift für FH-MTD-
Ausbildungsverordnung -
Bundesrecht«
www.ris.bka.gv.at

Lindquist, I. et al. (2006).
Development pathways
in learning to be a
physiotherapist.
Physiotherapy Research
International, 11 (3),
129-139.

Peham, D. & Monsberger,
S. (2012). Veränderung
von Selbst- und sozial-
kommunikativen Kompe-
tenzen in der Frühphase
der physiotherapeuti-
schen Ausbildung.
physioscience, 8 (02),
50-59.

TherapeutInnen sind auch nur Menschen

Selbst- und sozialkommunikative Kompetenzen in der Physiotherapie

Der FH-Bachelorstudiengang Physiotherapie der Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (fhg) beschäftigt sich in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychologie der Leopold-Franzens-Universität mit den Selbst- und sozialkommunikativen Kompetenzen von PhysiotherapeutInnen.

Die österreichische Ausbildungsverordnung subsumiert darunter insbesondere Kommunikations-, Kritik- und Konfliktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Rollendistanz, Frustrationstoleranz, Selbstbestimmungs-, Selbstreflexions-, Gestaltungs-, Mitbestimmungs- und Teamfähigkeit sowie professionelles Selbstverständnis für die Berufsausübung. Im Vergleich zu anderen Professionen wie Pflege, Psychotherapie oder dem ärztlichen Dienst hinkt die Physiotherapie in der empirischen Untermauerung der Bedeutung Selbst- und sozialkommunikativer Kompetenzen noch hinterher.

Beruflicher Sozialisationsprozess

Mit dem Ziel, die Studierenden möglichst effektiv auf den hohen Anspruch vorzubereiten, den die berufliche Praxis an ihre Selbst- und sozialkommunikativen Kompetenzen stellt, findet am FH-Bachelorstudiengang Physiotherapie der fhg schon im ersten Ausbildungssemester ein Unterrichtsmodul statt, in dem diesbezügliche Inhalte vermittelt werden. Studierende sollen sensibilisiert und in ihrem beruflichen Sozialisationsprozess gefördert werden. In einer ersten Untersuchung wurde in diesem Zusammenhang der Frage nachgegangen, ob sich bei den Studierenden hinsichtlich dieser Kompetenzen im Laufe des ersten Semesters Veränderungen feststellen lassen. Die Ergebnisse sprechen für eine früh in der Ausbildung ansetzende Integration von Lehrinhalten zu diesen Fähigkeiten. Es verdeutlichte sich aber der Bedarf an mehr Informationen darüber, welche Bedeutung Selbst- und sozialkommunikativen Kompetenzen tatsächlich in der Ausübung der physiotherapeutischen Tätigkeit zukommt (Peham & Monsberger 2012).

Forschungsprojekt gestartet

Ein weiterführendes längerfristiges Forschungsprojekt wurde gestartet. In einer größer angelegten Untersuchung wurde versucht, das Forschungsgebiet klarer abzugrenzen und relevante Zusammenhänge mit berufsbezogenen Merkmalen (z.B. psychische Belastung, Arbeitszufriedenheit von PhysiotherapeutInnen usw.) aufzuzeigen. Das methodische Vorgehen integrierte

qualitative und quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Es fanden psychologische Tiefeninterviews zur Bedeutung von Selbstkompetenzen in der physiotherapeutischen Praxis statt. Weiters wurden Fragebögen (zu Emotionserleben und -regulation, psychischer Belastung, Burn-Out, emotionalen Anforderungen der beruflichen Tätigkeit sowie Arbeitsgestaltung und -zufriedenheit) von den 75 TeilnehmerInnen beantwortet. Um den unterschiedlichen Anforderungen in je unterschiedlichen Stadien der Berufserfahrung Rechnung zu tragen, wurden drei Gruppen untersucht: PhysiotherapeutInnen in Ausbildung, PhysiotherapeutInnen am Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit und berufserfahrene PhysiotherapeutInnen. Die Datenerhebung ist mittlerweile abgeschlossen und die Auswertung der gewonnenen Daten läuft.

Erste Interviewanalysen arbeiten heraus, welche Bereiche der physiotherapeutischen Tätigkeit als positiv bzw. als negativ wahrgenommen werden. Vorläufige Zwischenergebnisse geben Hinweise, wonach PhysiotherapeutInnen etwa Fortschritte ihrer PatientInnen, das Arbeiten mit motivierten Menschen und das Erleben einer produktiven therapeutischen Beziehung in ihrer Berufsausübung wertschätzen. Gleichzeitig haben sie vor allem aufgrund bestimmter PatientInnenmerkmale Schwierigkeiten in ihrer Berufstätigkeit. Es sind z.B. psychosozial schwierige Personen mit belastenden Krankengeschichten, die die TherapeutInnen an ihre Grenzen bringen. Damit findet sich ein Phänomen wieder, das auch die Fachliteratur als Problem der »schwierigen PatientInnen« diskutiert. Weiter scheinen auch formale Aspekte der Tätigkeit eine Herausforderung darzustellen. Es lassen sich bei diesen Ergebnissen auch bereits Unterschiede im Zusammenhang mit der praktischen Berufserfahrung erkennen. Ein weiterer Analysestrang beschäftigt sich aktuell mit wesentlichen Aspekten des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulation der befragten PhysiotherapeutInnen in den schwierigen Situationen ihres beruflichen Alltags. Auch hier steht die Frage nach dem Einfluss der Berufserfahrung im Vordergrund und sowohl in den erlebten Gefühlen als auch in den bevorzugten Regulierungsstrategien zeichnen sich spannende Unterschiede zwischen Studierenden, BerufsanfängerInnen sowie berufserfahrenen TherapeutInnen ab.

Mag. Sabine Monsberger, BSc



Individuelles Atem- und Entspannungstraining, das mittels **Akustisierung der Ein- und Ausatmung** zu einer besseren Bauchatmung bzw. zu einer wohltuenden Entspannung führt.

AudiBreath

ermöglicht ein Atem- und Entspannungstraining **MIT** oder **OHNE** geführter **Reduzierung der Atemfrequenz**.

AudiBreath

informiert nach jedem Atem- bzw. Entspannungstraining mit einer umfassenden Trainingsauswertung **über den Erfolg des Trainings**.

AudiBreath

Anwendungsbereiche

- + **Entspannungstraining**
- + **Trainieren und Vertiefen erlernter Atemübungen**
- + **Trainieren der Bauchatmung bzw. der Tiefatmung**, im Besonderen zur
 - + **Ergänzung einer Asthmatherapie**
 - + **Verbesserung der Atemtätigkeit bei Lungenerkrankungen**
 - + **Unterstützung des Heilungsprozesses bei Bournout-Erkrankungen sowie Stimmerkrankungen**
 - + **Ergänzung von Therapien gegen Stress, Schlafstörungen oder Angstzuständen**



Institut für Stimmanalyse, Stimmberatung und Stimmbildung sowie Biofeedbacktraining für Stimme, Atmung und Entspannung
 Prof. Werner Jocher, Dipl.-Päd.,
 Pollheimerstraße 26, 4020 Linz

Infos www.voce.at
werner.jocher@voce.at
 +43 699 11617965

bezahlte Anzeige

Macht Lachen gesund?

Die heilsame Wirkung von Humorinterventionen mit PatientInnen und im Team

Der Sinn für Humor spiegelt die ganze Vielfalt des Menschen wider. Simone Sassenrath erläutert, warum Humorinterventionen helfen Stress zu reduzieren, Gesundheit zu fördern und Bewältigungsstrategien auszubauen.

Was bedeutet »therapeutischer Humor« für Sie?

Therapeutischer Humor ist eine bewusst geplante Art, Humor im (Berufs-)Alltag einzubauen. Dies ist für viele oft ein Widerspruch, da Humor meist ausschließlich mit spontanen Situationen in Zusammenhang gebracht wird. Mir geht es jedoch darum, Humor als zusätzliches Handwerkzeug einzusetzen, so wie PhysiotherapeutInnen ja auch einen individuellen Plan für die einzelnen PatientInnen erstellen, sich also im Vorfeld etwas überlegen. Humor ist ein Werkzeug, das man immer mit dabei hat und oft brachliegt. Es fördert auf beiden Seiten Kreativität, neue Perspektiven und ein entspannteres Arbeitsklima. Für die einen mag es kitschig klingen, für die anderen lächerlich/bedrohlich, aber es geht um ein in-Kontakt-Treten mit seinem »inneren« Kind. Hier gibt es bei Erwachsenen oft eine große schambesetzte Grenze. Wenn man die jedoch lernt, in passenden Situationen zu überschreiten, sind oft Dinge möglich, die vorher undenkbar waren.

In welchen Bereichen können Ihrer Meinung nach bewusste Humorinterventionen eingesetzt werden?

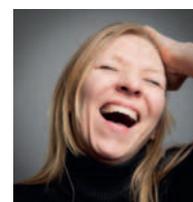
Grundsätzlich können aus meiner Erfahrung heraus Humorinterventionen in allen Bereichen eingesetzt werden. Das Wichtigste ist, immer individuell zu schauen, was zur Situation bzw. zu mir als professionelleM HelferIn und zu den PatientInnen passt. Dies setzt klarerweise voraus, dass man möglichst viel von sich selber und von seinem Gegenüber in Erfahrung bringt. Mit gezielten Humorinterventionen kann man sowohl die »therapeutische« Beziehung als auch die Compliance, sprich die Motivation, der PatientInnen positiv beeinflussen.

Wo/wie kann therapeutischer Humor in der Physiotherapie angewandt werden?

Die Berücksichtigung der einzelnen PhysiotherapeutInnen, ihrer individuellen Arbeitssituation (Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeit) und den sehr unterschiedlichen PatientInnen samt ihrer einzigartigen Lebensgeschichten lässt erahnen, dass diese Frage nicht auf die Schnelle zu beantworten ist. Grundsätzlich würde ich so weit gehen zu behaupten, dass dem »wo und wie« fast keine Grenzen gesetzt sind. Zumindest sind die meisten Grenzen im Kopf und diese können überwunden werden. Dazu gehört Mut und die Bereitschaft, etwas Neues auszuprobieren bzw. gesetzte Handlungen bewusster zu reflektieren, Routinen zu durchbrechen und nicht zu Letzt auch sich selbst besser kennen und einschätzen zu lernen. Authentisch bleiben in seiner Arbeit ist für mich das Wesentliche, wenn man mit therapeutischem Humor arbeiten möchte: Der Auftrag lautet nicht, Entertainer oder Clown zu sein, therapeutischer Humor der wirklich alltagstauglich ist, spielt sich meist auf subtile Art und Weise in der Beziehung zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn ab.

Wie wirkt therapeutischer Humor in der Physiotherapie?

Therapeutischer Humor kann auf sehr vielfältige Art und Weise wirken. Wie in allen Bereichen in denen man intensiv mit Menschen arbeitet, gibt es für nichts eine fixe Garantie, aber vieles was sich bewährt hat. So gibt es auch für die Humorarbeit mit PatientInnen kein universelles Rezept, sondern es ist immer ein individuelles Herangehen.





»DER AUFTRAG
LAUTET NICHT,
ENTERTAINER
ODER CLOWN
ZU SEIN.«

Wie wichtig es ist, dass die PatientInnen mitarbeiten, ist klar. Wie viel leichter es jedem fällt, sich in einer entspannten Umgebung mit Schwächen, Gebrechen und Defiziten zu konfrontieren, ist auch nachvollziehbar. In der Physiotherapie, wo man oft mit Einschränkungen, Leid, Schmerz und Frustration in der eigenen Leiblichkeit konfrontiert ist, kann therapeutischer Humor eine unterstützende, zusätzliche Möglichkeit darstellen, sowohl der professionellen Seite als auch den PatientInnen neue Handlungsspielräume zu eröffnen.

Plakativ gefragt: Macht Lachen gesund?

In vielen populärwissenschaftlichen Büchern wird mit der heilenden Kraft des Lachens gewonnen. Wenn man das Phänomen rein wis-

senschaftlich untersucht, fehlen bisher statistisch signifikante Ergebnisse, die diese Aussage untermauern. Lachen ist ein sehr vielschichtiges Phänomen. So weiß jeder von uns, dass es Situationen gibt, in denen wir lachen, obwohl uns vielleicht eher zum Weinen zumute wäre. Andererseits kennt auch jeder die Momente, in denen ein herzhaftes Lachen sich sowohl körperlich als auch psychisch unglaublich gut und befreiend anfühlt. »Lachen als Medizin« wird einer lebensbejahenden, positiven Einstellung zugeordnet, so unterstützt ein »echtes« Lachen sicherlich eine konstruktive Lebenseinstellung, die wiederum neue Perspektiven und Zuversicht ermöglicht.

Mag. Simone Sassenrath

KURSANKÜNDIGUNG

Therapeutischer Humor

Bewusster Einsatz von Humorinterventionen mit PatientInnen und im Team
27. bis 28. November 2015
Physio Austria Kurszentrum, Wien
Mag. Simone Sassenrath



**8. Internationale Fachtagung
der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC)**
in Kooperation mit FH Campus Wien, Physio Austria und dem Österreichischen Roten Kreuz

**Case Management – Anforderungen, Rahmenbedingungen und
Hürden bei der Umsetzung**

**Dienstag, 20. Oktober 2015
Veranstaltungsort: FH Campus Wien**

Tagungsgebühr: € 90,-
Mitglieder und MitarbeiterInnen von Institutionen mit Mitgliedschaft bei der ÖGCC: € 50,-
Studierende (hauptberuflich): € 50,-

Information und Anmeldung: Tagungsbüro der ÖGCC, Frau Sarah Antl,
c/o OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, A – 4021 Linz, Österreich
Tel.: +43 (0)5 78 07 – 10 23 00, Fax: +43 (0)5 78 07 – 66 10 23 00
E-Mail: office@oegcc.at

Zuschauen und Hinhören

Über Einfühlungsvermögen in der Physiotherapie

Die Bachelorarbeit von Claudia Dum am Studiengang Physiotherapie an der FH Salzburg gewann den »Zukunftspreis des Verbandes der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen Salzburgs« 2014 für ihre besonders aktuelle und innovative Thematik. Eine Literaturrecherche über Empathie im therapeutischen Prozess.

Miteinander zu sprechen heißt nicht, sich auch unbedingt zu verstehen. Das gegenseitige Verstehen zwischen PatientIn und TherapeutIn spielt jedoch eine wichtige Rolle für eine erfolgreiche zwischenmenschliche Interaktion. Ein zentrales Element für dieses Gelingen ist die Empathie, das Einfühlungsvermögen.

Das System der Spiegelneurone

Die Neurobiologie der Einfühlung kann durch das System der Spiegelneurone erklärt werden. Unter dem Begriff »Spiegelneurone« werden jene Nervenzellen im Gehirn verstanden, welche einen bestimmten Vorgang, zum Beispiel eine Handlung oder eine Empfindung, steuern können, zugleich aber auch dann aktiv werden, wenn der gleiche Vorgang bei einer anderen Person nur beobachtet wird. Diese Resonanz setzt spontan, unwillkürlich und ohne Nachdenken ein. Durch dieses Phänomen kann der/die BeobachterIn spüren, was in anderen vorgeht. Spiegelung und Resonanz gelten in der Medizin als eines der wirksamsten Mittel zur Heilung, in der Psychotherapie stellen sie eine wesentliche Basis für den therapeutischen Prozess dar. Sowohl Empathie und Intuition, als auch das spontane Verstehen und Vertrauen zwischen Menschen wären ohne Spiegelneuronen nicht möglich.

Empathische Kommunikation

Die personale Präsenz und emotionale Aufmerksamkeit hinter dem gesprochenen Wort, wodurch sich die Einfühlung ausdrückt, sind die Basis einer empathischen Kommunikation. Diese beginnt also nicht nur mit dem Sprechen. Das aktive Zuhören bildet einen zentralen Punkt in der empathischen Kommunikation. Hierbei geht es um das »Hören« von Nicht-Gesagtem, da Gefühle nur selten in Worte gefasst werden. Das Entschlüsseln und Deuten von Zwischentönen und nonverbalen Zeichen wie Gesten, Mimik und der Klang der Stimme spielen eine wichtige Rolle. Die Voraussetzung dafür sind Achtung und Akzeptanz gegenüber der Person.

Aktueller Stand der Literatur

In der aktuellen Literatur findet die Thematik »Empathie in der Physiotherapie« nur wenig Aufmerksamkeit. Die meisten Untersuchungen beziehen sich auf das psychotherapeutische und klinische/ärztliche Umfeld. In der Psychotherapie zeigen Untersuchungen, dass durch empathisches Verhalten der TherapeutInnen die Therapieergebnisse positiv beeinflusst werden können. Im klinischen/ärztlichen Setting wirkt sich Empathie seitens der ÄrztInnen auf Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe, persönliche Bewältigungsressourcen und das Gesundheitsverhalten der PatientInnen positiv aus (Neumann et al. 2010). Des Weiteren zeigt sich eine positive Auswirkung hinsichtlich Schmerz und Angst (Dibbelt et al. 2009), Dauer und Intensität einer Erkältung (Rakel et al. 2011), Glucosegehalt und LDL-Cholesterin im Blut bei Diabetes-PatientInnen (Hojat et al. 2011), krebspezifischer Lebensqualität und Depression bei KrebspatientInnen (Neumann et al. 2007) und der PatientInnenzufriedenheit (Pollak et al. 2011).

LITERATUR

- Dibbelt, S. et al. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatments results. *Patient Education and Counseling*, 76, 328-335.
- Hojat, M. et al. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*, 86, 359-364.
- Hoos-Leistner, H., Balk, M. (2008). Gesprächsführung für Physiotherapeuten. Theorie - Techniken - Fallbeispiele. Stuttgart: Georg Thieme.
- Kidd, M. O., Bond, C. H. & Bell, M. L. (2011). Patient's perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study. *Physiotherapy*, 97, 154-162.
- Lotzgeselle, M. (2004). Ärztliche Untersuchung und Therapie. In: Hüter-Becker, A., Dölken, M. (Hrsg.). (2004). *Physiotherapie in der Psychiatrie* (S. 69-79). Thieme Verlag: Stuttgart.
- Neumann, M. et al. (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Elsevier - Patient Education and Counseling*, 69, 63-75.
- Neumann, M. et al. (2010). Relevance and barriers of physician empathy in daily practice - Current state of research and qualitative survey of physicians. In: *Rehabilitation*, 49/2010, S. 326-337.
- Pollak, K. I. et al. (2011). Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med*, 24 (6), 1-13.
- Rakel, D. et al. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns*, 85, 390-397.
- Schmid, P. F. (2001). Personenzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In: Frenzel, P. et al. (Hrsg.) (2001). *Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie - Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57-95). Wien: Facultas Universitätsverlag.



In der »personzentrierten« Physiotherapie spielt empathisches Verhalten des/der TherapeutIn aus Sicht der PatientInnen eine zentrale Rolle (Kidd et al. 2011). Die »Personzentrierung« geht zurück auf Carl Ransom Rogers, den Begründer des klientInnen-beziehungsweise »personzentrierten« Ansatzes in der Gesprächspsychotherapie. Der Fokus der Aufmerksamkeit von TherapeutIn und KlientIn wird hier auf die innere Erlebniswelt der KlientInnen gelegt. Die bedingungs-freie Wertschätzung, die Empathie und die Authentizität zählen unter anderem zu den zentralen Punkten einer Psychotherapie, welche die Persönlichkeitsentwicklung fördern soll (vgl. Schmid 2001).

Die Person, welche in der Physiotherapie gerade behandelt wird, steht ebenso im Zentrum der Aufmerksamkeit der TherapeutInnen. Die Sichtweise der »Personzentrierung« in der Physiotherapie geht über die körperliche Behandlungsebene hinaus und umfasst das gesamte Erleben der PatientInnen, wie zum Beispiel die im Augenblick der Behandlung ablaufenden inneren Veränderungsprozesse. Geben PhysiotherapeutInnen den PatientInnen im Rahmen des Gesprächs das Gefühl, dass es in Ordnung ist, Gefühle wie Trauer über die chronischen Beschwerden oder Freude über den Therapiefortschritt auszudrücken, bringt dies in der Regel eine große Erleichterung und die Person kann sich dadurch selbst besser verstehen und ihre Erfahrungen akzeptieren (vgl. Hoos-Leistner & Balk 2008).

Von zentraler Wichtigkeit sind eine annehmende und wertschätzende Haltung gegenüber den PatientInnen. Es soll versucht werden, einführend zu verstehen (Empathie) und glaubwürdig zu sein. Durch nonverbale Signale wie intensiven Blickkontakt oder offene Körperhaltung kann ebenso Einfühlung gezeigt werden.

Claudia Dum BSc, BA

»BEIM THERAPEUTEN SETZT VERSTEHEN [...] DIE BEREITSCHAFT UND FÄHIGKEIT VORAUSSICH GANZ AUF DEN FLUSS DER ERFahrungen BEIM PATIENTEN EINZULASSEN. WICHTIG DABEI IST, DASS DER THERAPEUT NEBEN ALLEM MITGEFÜHL DEN ÜBERBLICK NICHT VERLIERT UND AUF SEIN EIGENES WOHLBEFINDEN ACHTET.« Lotzgeselle 2004

Ein Rucksack an Erfahrung

Reflexionen aus Sicht einer Praktikantin

»MICH BEGEISTERT
DER UMGANG MIT
MENSCHEN!«

Wir PraktikantInnen sind eigentlich auch wie PatientInnen, die ein gewisses Maß an Funktion und Können, sowie Erfahrung mitbringen. Man kann uns auf unserem individuellen, funktionellen Niveau abholen, um den größten Erfolg in jeder Therapie zu erreichen - aus Sicht der PatientInnen und der TherapeutInnen.

Mit voll bepacktem Rucksack, samt Goniometer, Maßband und Praktikumskleidung stehen wir PraktikantInnen am ersten Tag eines Praktikums vor der Tür zur Physiotherapie. Uns gehen dabei einige Gedanken durch den Kopf: »Wie nehmen mich die PhysiotherapeutInnen an? Welchen Eindruck mache ich? Und, wie wird meinE BetreuerIn?« Weiter geht es den Flur entlang in Richtung »Zuhause« für die nächsten vier Wochen. Schwupp, die Türe geht auf, einE flotter MitarbeiterIn, weiß angezogen - meist in Turnschuhen - macht die Tür auf und begrüßt einen mit einem freudigen: »Hallo, bist Du der/die neue PraktikantIn?« Es folgt ein Durchreichen an viele PhysiotherapeutInnen, man hört Namen, die man sich nicht merkt, und landet zu guter Letzt in den Armen einer Betreuerin oder eines Betreuers. Rasch umgezogen und los geht's. Jetzt schaut man aus wie alle anderen TherapeutInnen, jetzt ist man eineR von ihnen. Seite an Seite mit dem/der BetreuerIn durchläuft man den Alltag und fühlt sich aktiv sowie passiv mittendrin.

Aus einem Praktikum nehmen wir weit mehr mit als eine Note oder ein Feedback. Meist wird unser Rucksack, der am ersten Tag nur Goniometer, Kleidung und Maßband beinhaltet, weiter befüllt mit Erfahrungen, Erlebnissen, neuem Wissen, Kontakten, neuen FreundInnen und Lebenszielen. Jedes Praktikum bringt uns näher an die Selbstständigkeit, die wir später an unseren PatientInnen erleben dürfen. Mit einem großen Rucksack oder - um ergonomisch zu bleiben - einem Ziehkoffer gefüllt mit Praktikumserfahrungen, der unsere Entscheidungen leitet und jeden von uns zu einzigartigen PhysiotherapeutInnen macht, führt unser Berufsweg zum Erfolg. Das Praktikum ist für Studierende eine der wenigen Möglichkeiten, Physiotherapie im Kontext mit anderen Berufsgruppen zu erleben. Wir orientieren uns im Heilungsprozess an dem subjektiven Ziel der PatientInnen. Dies bedarf einmal mehr, einmal weniger der heilenden Zusammenarbeit. Durch die Kooperation der »Physios« mit ÄrztInnen, Pflege, Sozialarbeit, Ergotherapie, Logopädie oder anderen Berufsgruppen ist der Weg zum Ziel oft kürzer.

Am ehesten ist die Interdisziplinarität in Besprechungen zu sehen. Es ist auch für uns PraktikantInnen spannend, bei einer Besprechung dabei zu sein, da man Einblicke in andere Berufsbilder bekommt. Auch wenn es manchmal so scheint, als würden wir uns an einer Besprechung nicht beteiligen, ist es spannend zuzuhören. Wenn wir zu Wort kommen, ist es aufregend, vielleicht stottert man kurz, aber es ist lehrreich und man fühlt sich wohl und in gewisser Weise respektiert und gleichberechtigt. In einem Praktikum lernen wir unseren späteren Berufsalltag kennen, Meetings oder Besprechungen gehören hier dazu. Die tolle Möglichkeit eines Praktikums ist Teil des Studiums in Österreich und ich denke ein sehr wesentlicher Teil. Ich kann persönlich von sehr guten und »heimeligen« sowie weniger förderlichen Erfahrungen berichten. In Erinnerung bleibt mir hierbei besonders der Umgang der BetreuerInnen auf Augenhöhe. Die Interaktion in jeder Therapie, das Austauschen von Fachwissen und das Übergeben von Verantwortung haben mich in jeder Art des Lernprozesses gefördert. Die Prägung unserer persönlichen Berufsbilder erfolgt für mich durch die BetreuerInnen und weniger durch »das Institut« oder »die Klinik«. Ich denke, es liegt daher an allen PraktikumsanleiterInnen und bald auch an mir, den PraktikantInnen für ein paar Wochen zu einer unvergesslichen, lehrreichen und erfolgsbringenden Zeit in ihrer Stelle zu verhelfen.

Katrin Mansbart

Das Erfolgsmodell in der Rückentherapie

Effizient • Erfolgreich • Profitabel

Segmentale Stabilisation

- leichtere Reaktivierung von M. transversus und M. multifidus durch kleinste sensorüberwachte Bewegungen

Effiziente Therapie

- erprobte Therapiepläne
- Gruppentraining ohne Qualitätsverlust
- 1-Jahres Rückenprogramm

Erprobtes Marketing

- zielgruppengerechte Marketingkampagnen
- vielfältige Werbematerialien
- Online-Terminplaner und Evaluationstool
- Gebietsschutz



www.FEHLWEISS-werksaetze.at



Multifidus-Trainer



Transversus-Trainer



Standing-Stabilisation



Lateral-Shifting



Standing-Rotation

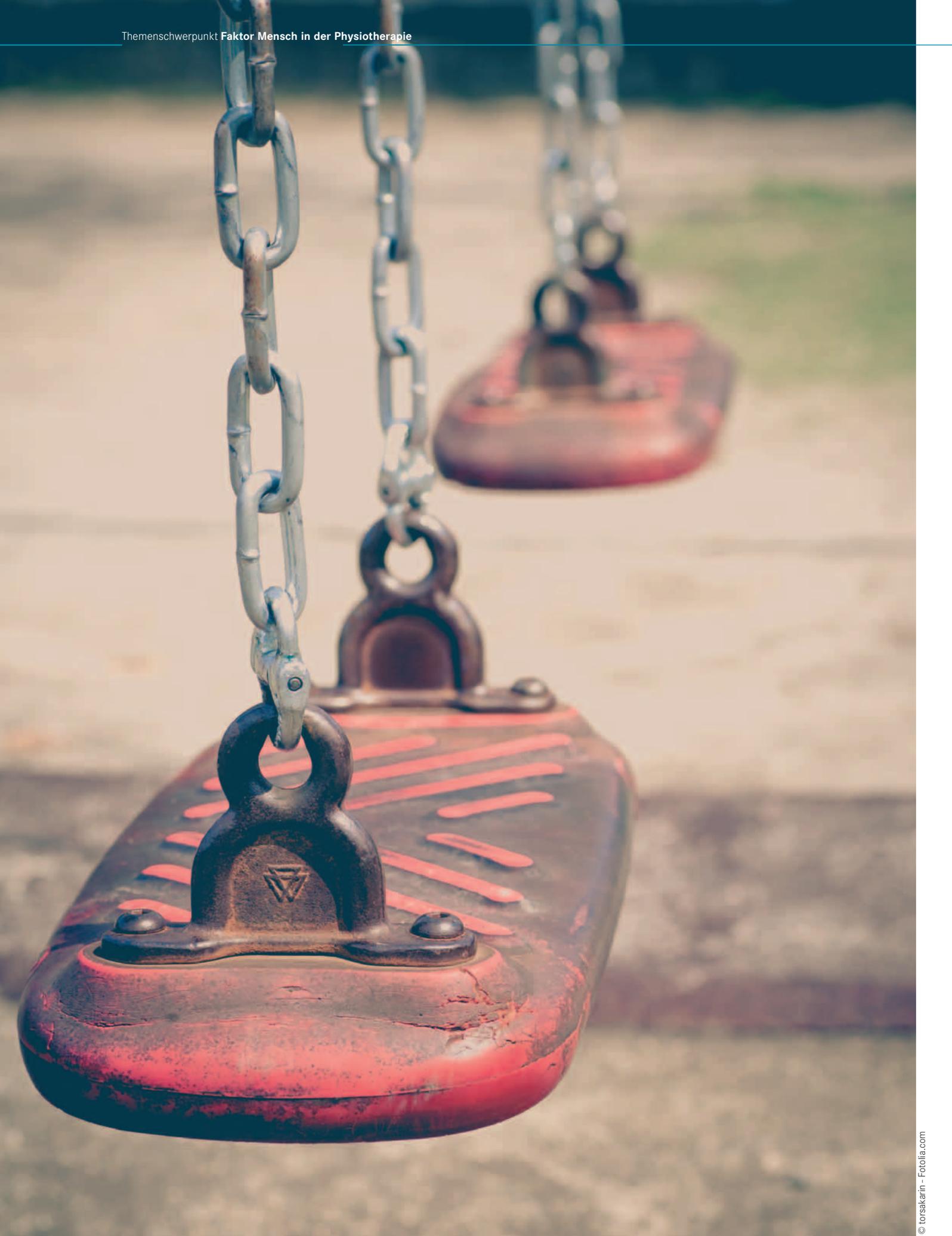
Videos zum Thema



Domitner GmbH, Herrgottwiesgasse 149, A-8055 Graz
Tel: +43 316 27 12 00 | office@domitner.com

 **Domitner**
Your Partner for Health & Prevention

bezahlte Anzeige



Supervision – Ein Appell

Betrachtungen aus der Praxis anhand eines Fallbeispiels

In der Physiotherapie sind wir dazu angehalten nach gewissen Richtlinien und Standards wie der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) oder der International Classification of Diseases (ICD) im Sinne der PatientInnen sicherheit zu arbeiten bzw. uns zum Wohle der PatientInnen daran zu orientieren. Wie aber bleiben wir als PhysiotherapeutInnen selbst gesund in unserer professionellen, qualitativ hochwertigen und wissenschaftlich belegten Arbeit? Sind wir nur Teilfaktoren, die nach Zuweisungen, PatientInnen wie Maschinen und nach rein biomechanischen Maßstäben bearbeiten? Oder sind wir biologische, organische, neurologische, vernetzt denkende, mitfühlende Personen mit Körper, Psyche, Geist und Seele, die die Fähigkeit haben empathisch und reflektiert zu handeln? Wie weit kann man den eigenverantwortlichen Dialog und eine Beziehung zu PatientInnen und Mitmenschen eingehen und gleichzeitig im Stande sein, sich bewusst abzugrenzen?

Um eine adäquate Gesundheitsförderung zu bieten, erscheint es wesentlich, dafür Sorge zu tragen, an der eigenen Gesundheit zu arbeiten und Bedingungen zu schaffen, die diese erhalten oder noch verbessern. Belastungssituationen im physiotherapeutischen und privaten Umfeld führen zu körperlichen und psychischen Herausforderungen. Folgendes Fallbeispiel aus dem therapeutischen Alltag soll Möglichkeiten und Fragen aufzeigen, um ein Verständnis für Coping-Strategien zu schaffen.

»WO BEGINNT DIE REGEL-
MÄSSIGE REFLEXION SCHWIE-
RIGER UND BELASTENDER
SITUATIONEN BEI PHYSIO-
THERAPEUTINNEN UND WO
DARF SIE AUFHÖREN?«

Mordfall im Arbeitsalltag

Zehn Sitzungen war Herr M. schon wegen langjährigen Rückenschmerzen in Behandlung bei einem seit fünf Jahren selbständig arbeitenden Physiotherapeuten. Im Zuge der einzelnen Einheiten konnte ein sehr gutes Verhältnis zwischen Patient und Physiotherapeut entstehen. Das klinische Bild erschien klar, die Prognose langwierig aber positiv und die hervortretenden psychosozialen Faktoren (yellow flags) bestätigten zusätzlich die Hypothese einer Veränderung der Schmerzwahrnehmung. »Empathie«, dieses teilweise sehr salopp verwendete Schlagwort, schien in dieser Situation jedenfalls ein Schlüssel zum »Erfolg«. Es stellte sich Besserung ein und die Schmerzsituation reduzierte sich soweit, dass Herr M. wieder leichte Aktivitäten aufnehmen konnte. Die erste Serie wurde pünktlich und zeitgerecht bezahlt. Mit der Fortsetzung der Therapie sollte nun nach Zuweisung einer Neurologin eine weitere Verbesserung der gegenwärtigen Situation erzielt werden. Zudem erbat sich auch die Ehefrau von Herrn M. einen Termin, da sie seit einer Hüftoperation auch immer Schmerzen hätte: »Kein Problem, man kann die Termine auch gerne gleich hintereinander legen.«

Trotz Vereinbarung kam dieser Termin schließlich nicht zu Stande. Unpünktlichkeit war bisher nicht die Art des Ehepaars. Zudem waren weder Herr M. noch Frau M. telefonisch zu erreichen. Es könnte ja ein Stau sein oder einfach nur verschlafen? Oder ist gar etwas passiert?

Zwei Tage später - und immer noch ohne Antwort - kommt es durch Zufall dazu, dass dem Physiotherapeuten in einer Kaffeepause eine Zeitung mit reißerischer Aufmachungen in die Hände fällt. Die Zeitung ist vom Vortag. Darin ist das Bild von Frau M. abgebildet und ein Artikel zu ihrer Ermordung durch den Ehemann, Herrn M. Erdrosselt. Scheinbar im Affekt.

Der Physiotherapeut ist erschüttert. Außer einem E-Mail mit der behandelnden Neurologin und einem kurzen Gespräch mit einem Freund beim Mittagessen kommt es an diesem Tag jedoch zu keinerlei »Verarbeitung«. »Braucht es ja schließlich nicht, da muss man durch.« Muss man das?



© Jürgen Fätsche - Fotolia.com

Advertorial

Cosa Active/Junior schafft Bewegungsfreiheit

Orthese für Patienten mit neuromuskulären Funktionsstörungen

Die Cosa Active/Junior ist eine Hüftabduktionsorthese für Patienten mit neuromuskulären Funktionsstörungen wie zum Beispiel Diplegie oder Tetraplegie, sowie Hüftdysplasie und angeborener Hüftgelenksluxation. Sie reduziert die Hüftadduktion signifikant. Dies verbessert die Rumpfkontrolle und erhöht die Stabilität beim Stehen und Sitzen.

Die Abduktionspolster, die im Bereich der oberen Adduktoren positioniert werden, ermöglichen mehr Kniefreiheit. Dies bewirkt eine Minderung des Scherengangs. Gehfähige Patienten müssen dank der Orthese weniger Kraft aufwenden, um größere Entfernungen zurückzulegen.

Rollstuhlnutzer profitieren von der Orthese durch eine breitere Sitzbasis, die ein höheres Maß an Bewegungsfreiheit für die Hände ermöglicht.

Darüber hinaus macht die Orthese separate Abduktionskeile für den Rollstuhl überflüssig.

Um den höchsten Nutzeffekt zu erzielen, ist die individuelle Anpassung des Hilfsmittels an den Patienten von großer Bedeutung. Auch der Tragekomfort der Cosa Active/Junior lässt sich optimieren, indem die Abduktionspolster individuell geschliffen und die entsprechend positionierbaren Gurte vernäht werden.

Die Cosa Active/Junior ist in zwei verschiedenen Versionen für Kinder und Erwachsene erhältlich. Während die Cosa Junior (ohne Reißverschluss) ein Kindergrößen-Spektrum von 80-116 abdeckt, ist die Cosa Active (mit Reißverschluss) ab Kindergröße 128 bis zur Unisex-Größe L erhältlich.

Hilfe durch Supervision

Am darauf folgenden Tag kommt es zu einem Telefonat mit einer ehemaligen Kollegin. Gemeinsam hatte man drei Jahre in einer psychiatrischen Klinik gearbeitet und viele positive wie negative Erfahrungen erlebt und geteilt. Man war vertraut mit belastenden Situationen: PatientInnen begehen Suizid, nachdem sie entlassen wurden, PatientInnen begehen Suizid, obwohl sie in den geschlossenen, scheinbar sicheren, Bereich kommen, PatientInnen kommen am nächsten Tag nicht zur Gruppe, weil sie 15 Kilometer weiter östlich tot in einem Fluss gefunden werden.

Besagtes Telefonat war bereits der erste Schritt eines Supervisionsgesprächs, welches dem betroffenen Physiotherapeuten klar machte, dass weitere professionelle Maßnahmen notwendig wären. Was sind nun aber die Möglichkeiten in so einer Situation? Sind welche vorhanden? Nicht nur eine gewisse Abhärtung im Zuge der Arbeit trägt dazu bei, dass es einem »gut« gehen kann. Gerade im psychiatrischen Rahmen war es sehr gut möglich, regelmäßige Supervisionen zu besuchen. Sowohl Einzel- als auch Gruppen-Supervision wurde ermöglicht und in Anspruch genommen. Sie waren ein wesentlicher Beitrag dazu, nicht nur »abzuhärten« und »Geschehenes zu schlucken« sondern auch adäquat darauf zu reagieren und mit allen Berufsgruppen zu reflektieren. Welche Möglichkeiten haben PhysiotherapeutInnen in anderen klinischen Bereichen? Wie ist die Situation für freiberuflich Tätige? PsychotherapeutInnen müssen sich bereits während ihrer umfangreichen, oft langwierigen Ausbildung und auch im Anschluss daran Supervisionen unterziehen. Zum Eigenschutz und zum Schutz der KlientInnen. Auch für PhysiotherapeutInnen wäre es wichtig, bereits während der Ausbildung dafür zu sorgen, Studierenden in vergleichbaren Situationen zur Seite zu stehen. Das ist nur möglich, wenn man als LehrtherapeutIn selbst, sei es an Fachhochschulen oder in Praktikumeinrichtungen, weiß, wo man sich Hilfe oder Unterstützung holen kann, um adäquate Coping-Strategien zu entwickeln. Gerade in Zeiten von »Burn-Out« erscheint dies ein wesentlicher Schritt in Richtung Professionalisierung und Prävention im eigenen Berufsfeld zu sein.

Im vorliegenden Fall, war es dem behandelnden Physiotherapeuten spätestens nach dem Gespräch mit seiner Kollegin bewusst, dass er nicht unverwundbar ist und sich zur Verarbeitung dieses Ereignisses professionelle AnsprechpartnerInnen suchen muss. Ein Psychiater, welcher schon bei früheren Situationen behilflich war, hatte dann auch für diesen Fall die geeigneten Strategien parat.

Mag. Agnes Hove-Christensen, Bernhard Taxer, MSc



ottobock.



Unauffällig effektiv

Bei neuromuskulären Funktionsstörungen der unteren Extremitäten wird bei Verwendung der Hüftabduktionsorthese Cosa Active/Cosa Junior eine signifikant erhöhte Steh- und Sitzbasis erzielt.

Der Einsatz von anpassbaren Abduktionspolstern zwischen den Beinen ermöglicht mehr Kniefreiheit, eine verbesserte Rumpfkontrolle und ein deutlich verbessertes Gangbild durch Minderung des Scherengangs. In verschiedenen Größen für Kinder und Erwachsene erhältlich.

Quality for life



Schnittstelle Public Health und Physiotherapie

Neue Perspektiven durch den Wandel im Gesundheitswesen

Wissenschaftliche Tätigkeit im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Masterarbeit von Johanna Strempl gewann den 3. Platz beim Health Research Award 2015.

Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer und epidemiologischer Herausforderungen und durch den demographischen Wandel zunehmend an Bedeutung. Auch die Physiotherapie wird die Konzepte Gesundheitsförderung und Prävention stärker als Forschungs- und Handlungsfelder aufgreifen müssen, um einen Beitrag zu einem transdisziplinären ressourcenorientierten Gesundheitsverständnis zur Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderungen zu leisten.

Die Physiotherapeutin Johanna Strempl beschäftigt sich im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit mit der Schnittstelle Physiotherapie und Public Health vor dem Hintergrund des Forschungsbereichs Prävention und Gesundheitsförderung. Um transdisziplinäre Forschungsfelder zu definieren und zukünftig bearbeiten zu können, wird untersucht, welche Perspektiven sich für die Physiotherapie hinsichtlich einer zukünftigen Annäherung mit Public Health ableiten lassen und welche Schnittstellen sich zwischen Prävention und Gesundheitsförderung ergeben.

Methodisches Vorgehen

Es wurde eine umfangreiche systematische Literaturrecherche durchgeführt und daraus die theoretischen Inhalte abgeleitet. Diese wurden anschließend empirisch in Form von vier qualitativen Leitfadeninterviews mit ExpertInnen zu Physiotherapieforschung und Public Health diskutiert. Die Ergebnisse wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und entsprechend der Fragestellung aufbereitet.

Ergebnisse

Als gemeinsame inhaltliche Forschungsfelder in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung wurden von den ExpertInnen konsensual die Bereiche Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsplatzergonomie und Schulische Gesundheitsförderung identifiziert. Essentiell sind dabei für beide Disziplinen die Prinzipien des Empowerments und der Partizipation, wobei Empowerment an den vorhandenen Stärken und Ressourcen eines Individuums ansetzt und Partizipation den Grad der Beteiligung ausdrückt. Erreicht werden soll dies insbesondere durch die Vermittlung von Information bzw. Wissen und gesundheitsbezogener Bildung (»Health Literacy«).

»DIE PHYSIOTHERAPIE WIRD DIE KONZEPTE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION STÄRKER ALS FORSCHUNGS- UND HANDLUNGSFELDER AUFGREIFEN MÜSSEN.«

Als Rahmen für die Umsetzung dieser Interventionen hat sich in der Gesundheitsförderung der Setting-Ansatz, also das Wirken in den Lebenswelten der Beteiligten und Betroffenen, in denen diese leben und arbeiten, bewährt. Für die Physiotherapie bedeutet dies, dass lebensstilsozierte Determinanten (z.B. niedriger Bildungsstand) durch die Adaption von zielgruppenspezifischen Übungs- oder Informationsblättern berücksichtigt werden sollen. Interessant gestalten sich die unterschiedlichen Herangehensweisen der Physiotherapie und der Public Health an ihre jeweiligen Zielgruppen: Im Gegensatz zum populationsbezogenen Ansatz der Public Health verfolgt die Physiotherapie einen individualtherapeutischen. Dieser stellt laut ExpertInnen im Vergleich zum bevölkerungsbezogenen einen Vorteil hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppen dar. Die Physiotherapie arbeitet im therapeutischen Setting meist »nur« mit einer Person, sie kann diese Person jedoch wirklich erreichen und physische sowie verhaltensbezogene Veränderungen bewirken. Im Unterschied dazu zielen, nach Meinung der ExpertInnen, Maßnahmen der Public Health auf Zielgruppen ab, wirklich erreicht werden können jedoch nur wenige daraus.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Prävention und Gesundheitsförderung können als gemeinsames Forschungsfeld der Physiotherapie und der Public Health definiert werden. Dies geht einher mit dem Auftrag an gesundheitspolitische Strukturen, die strukturellen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Dazu zählen Maßnahmen wie die generelle Stärkung der Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen oder die Schaffung von bundes- bzw. länderfinanzierten Master- oder PhD-Studiengängen für PhysiotherapeutInnen. Individueller und zielgruppenspezifischer Ansatz ergänzen sich in den jeweiligen Forschungsstrategien und stellen einen nicht zu unterschätzenden Mehrwert für beide Disziplinen dar. Die Physiotherapie kann die Perspektive der Symptomorientierung mit der der Zielgruppe verknüpfen, die individuelle Anamnese von PatientInnen durch den Aspekt der Zugehörigkeit zu einer Kohorte erweitern und dadurch evidenzgesichertes Handeln ermöglichen.

Johanna Strepfl, MA



Rolyan® Smart Handle

a Patterson Brand

Beseitigt Unsicherheiten bei Gymnastikübungen durch Echtzeit-Rückmeldung der ausgeübten Kraft und der Anzahl der Wiederholungen. So erhalten Sie verlässliche Messwerte für eine gesteigerte Motivation und bessere Zielüberwachung.



Das Gymnastikband im Griff:
Messung, Sicherheit, Motivation

Messung

Digitalanzeige der Therapieergebnisse

Sicherheit

Audio- und visuelle Signale kontrollieren ROM und die ausgeübte Kraft

Motivation

Verständliche Werte dokumentieren den Patientenfortschritt

AUSTRIA SKI TEAM PARTNER FÜR THERAPIE

therapie 4 you

www.ad-rem-team.com

ad rem team – therapie 4 you, T. 01 710 31 65, therapie4you@ad-rem-team.com, exklusiv im www.therapieshop.at

Biomedizinische Analytik – quo vadis?

Herausforderungen und Chancen für eine der sieben MTD-Berufsgruppen Österreichs

Fragt man PatientInnen, welche Rolle Biomedizinische AnalytikerInnen für ihre Gesundheitsversorgung spielen, werden sie im besten Fall darüber Bescheid wissen, dass diese Berufsgruppe vorwiegend in medizinischen Labors arbeitet und vor allem etwas mit Blutbefunden zu tun hat. Das ist grundsätzlich richtig, denn über 70 Prozent aller gestellten Diagnosen beruhen auf Laboranalysen, die von Biomedizinischen AnalytikerInnen durchgeführt wurden. Als diagnostischer Gesundheitsberuf drängen wir aber immer mehr auch in Bereiche mit engem PatientInnenkontakt und vor allem auch in die Domäne der Gesundheitsprävention vor.

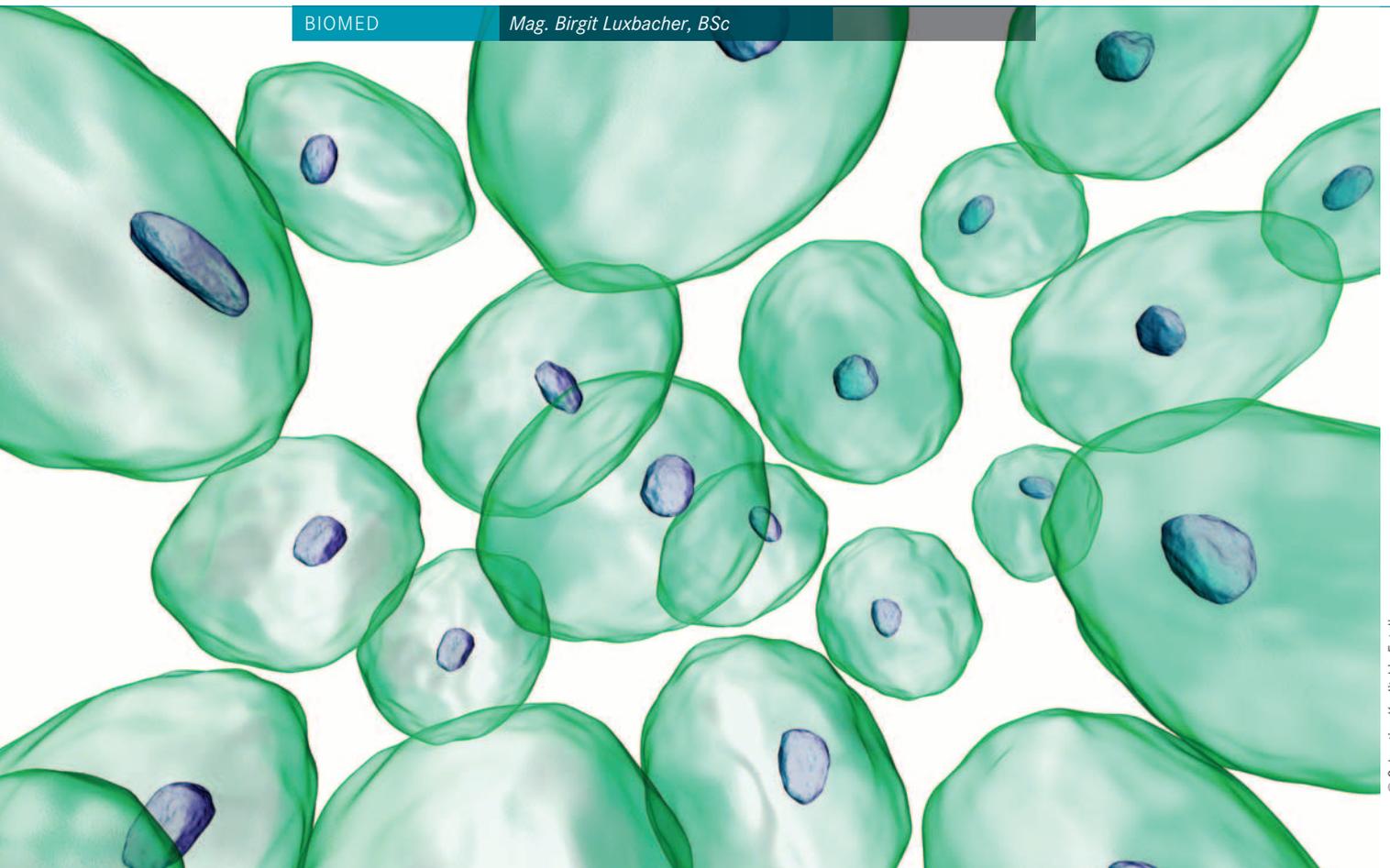
Im gesellschaftspolitischen Wandel

Über die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich berufsspezifischer Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität hinaus ist in den vergangenen Jahren insbesondere auch die Erwartungshaltung der – großteils medizinisch immer besser aufgeklärten – Bevölkerung in Bezug auf die Leistungs- und Servicebereitschaft von Gesundheitsberufen kontinuierlich gestiegen. Daher ist es für alle Health Professionals wichtig, ihre Stellung innerhalb des Gesundheitssystems zu reflektieren und ihr Profil – vor allem durch die Erweiterung ihrer Aufgaben und Verantwortungen – in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit zu schärfen.

Für Biomedizinische AnalytikerInnen kann diese dynamische Entwicklung einen Paradigmenwechsel bedeuten: Ihre für PatientInnen bislang meist unsichtbare Arbeit soll als wesentlicher Beitrag zur gesamtheitlichen PatientInnenversorgung wahrgenommen, unmittelbar erlebbar und sichtbar gemacht werden. Ihre Rolle als »Diagnostic Partners« und Nahtstellenmanager zwischen ÄrztInnen, anderen Gesundheitsberufen und PatientInnen hat sich bereits in vielen europäischen Ländern mit gut ausgebauten Gesundheits- und Versorgungsstrukturen, wie beispielsweise Norwegen, Schweden und Dänemark, als berechtigt und sinnvoll erwiesen.

Im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform werden nun auch in Österreich Strukturen zur so genannten Primary Health Care (PHC) – der dezentralen, niederschweligen Primärversorgung von PatientInnen vor allem in ländlichen Gebieten – erarbeitet und umgesetzt. Für Biomedizinische AnalytikerInnen bietet sich hier die Chance, sich mit eigenen Konzepten aktiv an dieser Weichenstellung zu beteiligen, um an der Etablierung von PHC-Strukturen und somit direkt an der Verbesserung der Versorgungsqualität von PatientInnen mitzuwirken.

»ALS DIAGNOSTISCHER GESUNDHEITSBERUF DRÄNGEN WIR IMMER MEHR AUCH IN BEREICHE MIT ENGEM PATIENTINNENKONTAKT UND VOR ALLEM AUCH IN DIE DOMÄNE DER GESUNDHEITSPRÄVENTION VOR.«



»Diagnostic Partners« in der Primärversorgung

Um PatientInnen eine unverzügliche und adäquate Therapie in PHC-Einrichtungen zu garantieren, wird der Einsatz so genannter Point-of-Care-Test-Geräte (POCT-Geräte) zur patientInnennahen Labordiagnostik vermehrt erforderlich sein. Die qualitätsgesicherte Etablierung neuer Analysegeräte und -systeme zählt zu den Kernkompetenzen Biomedizinischer AnalytikerInnen. Sie sind prädestiniert, die Schlüsselfunktion der POCT-KoordinatorInnen zu übernehmen: Einerseits sind sie dazu befähigt, die erforderlichen qualitätssichernden Maßnahmen zu setzen, um die fehlerfreie Funktion von POCT-Geräten zu garantieren, andererseits sind sie auch qualifiziert, andere – möglicherweise „Nicht-Gesundheitsprofis“ – im richtigen Umgang mit diesen Geräten fachgerecht anzuleiten und gemeinsam mit PatientInnen die notwendigen Schulungen für Patient Self Testing (PST) bzw. Patient Self Monitoring (PSM) durchzuführen, wovon vor allem PatientInnen mit regelmäßig kontrollbedürftigen und therapieintensiven chronischen Krankheiten profitieren.

Trends und Visionen

Aufgrund der kontinuierlichen Etablierung neuer Methoden und Weiterentwicklung bestehender Technologien werden immer häufiger Biomedizinische AnalytikerInnen mit vertiefenden Kenntnissen in hochspezialisierten Aufgabengebieten auf den Plan gerufen werden. Besonders in den Bereichen Gentechnologie und Bioinformatik ist in den kommenden Jahren starkes Wachstum und damit ein steigender Bedarf an hoch qualifizierten MitarbeiterInnen zu erwarten. Innovative Analysemethoden und die zunehmende Bedeutung von Automationsverfahren erfordern die Erfassung, Verarbeitung und Auswertung immer größerer Datenmengen. Durch die Vereinigung technologischer, analytischer und medizinischer Fertigkeiten und Kompetenzen sind Biomedizinische AnalytikerInnen dazu in der Lage, in diesem Bereich als Drehscheibe zwischen den einzelnen Ebenen der Gesundheitsversorgung und zwischen unterschiedlichen Health Professionals zu fungieren.

Mag. Birgit Luxbacher, BSc



© Jürgen Fächle - Fotolia.com

Gut durchatmen

Assessments in der Pulmologie – ein Bestandteil des physiotherapeutischen Alltags

PhysiotherapeutInnen, die auf pulmologischen Abteilungen bzw. in der stationären oder ambulanten pulmonalen Rehabilitation arbeiten, haben in der Regel Zugang zu den Ergebnissen diverser diagnostischer Untersuchungen, die die Behandlungsplanung erleichtern. Die Interpretation von Röntgen- oder CT-Bildern aus physiotherapeutischer Sicht, der Fluss-Volumenkurven oder des Resultats der Blutgasanalyse sind Teil der physiotherapeutischen Befundaufnahme und werden an den Bachelorstudiengängen für Physiotherapie daher auch gelehrt.

Assessmentinstrumente, die in der kardialen und pulmonalen Rehabilitation angewendet werden können, füllen einen ganzen Band der Reihe »Assessments in der Rehabilitation« (Verlag Hans Huber) und beziehen sich auf:

- **Körperfunktionen:** z.B. Peak Expiratory Flow (PEF), max. inspiratorischer Druck (MIP)
- **Leistungsfähigkeit:** z.B. Six Minute Walking Test (6MWT), Shuttle Walking Test (SWT)
- **Atemnot/Dyspnoe:** z.B. (Modified und) Medical Research Council ((M)MRC)
- **allgemeinen oder spezifischen Körperzustand:** z.B. St. Georges's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Eines der am häufigsten national und international angewendeten Instrumente ist der 6MWT, für den die American Thoracic Society (ATS) Guidelines herausgegeben hat, die in vielen Ländern anerkannt und angewendet werden und somit die Vergleichbarkeit garantieren. Dieses Instrument kann sowohl für die Diagnostik als auch für Verlaufskontrollen empfohlen werden. Es wird die körperliche Leistungsfähigkeit anhand der in sechs Minuten maximal zurückgelegten Gehstrecke gemessen. Die Industrie stellt inzwischen mit dem BlueNight® Trainer ein System mit Software zur Verfügung, das die Auswertung und Verarbeitung der Testergebnisse erleichtert. Ähnlich sensibel, aber in Österreich deutlich weniger verbreitet, ist der Incremental Shuttle Walking Test (ISWT), bei dem im Gegensatz zum 6MWT die Gehgeschwindigkeit vorgegeben und nach jeweils einer Minute gesteigert wird. Es wird die submaximale Belastbarkeit ermittelt, die in einer Variante des Tests, dem Endurance Shuttle Walking Test (ESWT) auf den Ausdauerbereich ausgedehnt werden kann.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

können bei der Autorin eingeholt werden:
eva.muellauer@physioaustria.at



»ASSESSMENTINSTRUMENTE, DIE IN DER KARDIALEN UND PULMONALEN REHABILITATION ANGEWENDET WERDEN KÖNNEN, FÜLLEN EINEN GANZEN BAND DER REIHE »ASSESSMENTS IN DER REHABILITATION«.

Extramuraler Bereich

Für den extramuralen Bereich bewährt sich der Sit to Stand-Test (STS) vor allem zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von PatientInnen mit Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Er ermöglicht die Quantifizierung von körperlicher Aktivität bzw. deren Einschränkung und die Erfassung des Aktivitätsgrades im Zeitverlauf. Im Bereich der Erfassung und Beurteilung von Atemnot/Dyspnoe hat sich die (M)MRC als geeignetes Messinstrument für mobile PatientInnen erwiesen, da die Atemnot bei der Ausübungen von Funktionen (gehen, das Haus verlassen oder auch beim An- und Ausziehen) erhoben wird. Bei nicht mobilen PatientInnen oder auch in akuten Atemnotsituationen bewähren sich nach wie vor der Einsatz von Numeric Rating Scale (NRS) und Visual Analog Scale (VAS), um die Intensität der Atemnot zu messen.

Wichtig ist dabei immer zu betonen, dass gerade die Dyspnoe ein subjektiv empfundenes Gefühl ist und den Werten, die die PatientInnen angeben, zu trauen ist, selbst wenn objektive Anzeichen von Atemnot kaum erkennbar sind.

KollegInnen, die im extramuralen Bereich tätig sind, können zusammenfassend folgende Messinstrumente empfohlen werden:

- Fingerpulsoxymeter (Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung)
- NRS oder VAS (Atemnot)
- BORG Skala (Anstrengungsempfinden und/oder Atemnot)
- STS (Sit to Stand-Test)

Eva Müllauer

LITERATUR

Büsching G. et al (2009). Assessments in der Rehabilitation, Band 3: Kardiologie und Pneumologie. Bern: Huber.

ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test (2002). Am J Respir Crit Care Med Vol 166. pp 111–117.

»Diagnostik - Geräte & Zubehör für eine erfolgreiche Therapie«
www.vivisol.at

»COPD - Quintessenz für den Grundversorger 2013«
www.medicalforum.ch

FACHKURZINFORMATION HUMIRA

ZUSAMMENSETZUNG

Jede Einzeldosis-Fertigspritze mit 0,8 ml enthält 40 mg Adalimumab. Jede Einzeldosis mit 0,8 ml des vorgefüllten Pens enthält 40 mg Adalimumab. Jede Einzeldosis-Durchstechflasche mit 0,8 ml enthält 40 mg Adalimumab. Adalimumab ist ein rekombinanter humaner monoklonaler Antikörper, der in Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters exprimiert wird.

ANWENDUNGSGEBIETE

Humira 40 mg/0,8 ml Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen, Humira 40 mg Injektionslösung in Fertigspritze, Humira 40 mg Injektionslösung im vorgefüllten Pen (Injektor, vorgefüllt/FertigPEN): Juvenile idiopathische Arthritis: **Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis:** Humira ist in Kombination mit Methotrexat indiziert zur Behandlung der aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis bei Patienten ab dem Alter von 2 Jahren, die nur unzureichend auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) angesprochen haben. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit gegenüber Methotrexat oder, wenn die weitere Behandlung mit Methotrexat nicht sinnvoll ist, als Monotherapie angewendet werden. Bei Patienten, die jünger als 2 Jahre sind, wurde Humira nicht untersucht.

Enthesitis-assoziierte Arthritis: Humira ist zur Behandlung der aktiven Enthesitis-assoziierten Arthritis bei Patienten indiziert, die 6 Jahre und älter sind und die nur unzureichend auf eine konventionelle Therapie angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit gegenüber einer solchen Therapie haben.

Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen: Humira ist indiziert zur Behandlung der schweren chronischen Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen (ab dem Alter von 4 Jahren), die nur unzureichend auf eine topische Therapie oder Phototherapien angesprochen haben oder für die diese Therapien nicht geeignet sind.

Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen: Humira ist indiziert zur Behandlung des schweren, aktiven Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen (ab dem Alter von 6 Jahren), die nur unzureichend auf eine konventionelle Therapie, einschließlich primärer Ernährungstherapie, einem Glukokortikoid und einem Immunsuppressivum, angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit gegenüber einer solchen Therapie haben oder bei denen eine solche Therapie kontraindiziert ist.

Humira 40 mg Injektionslösung in Fertigspritze, Humira 40 mg Injektionslösung im vorgefüllten Pen (Injektor, vorgefüllt/FertigPEN), Humira 40 mg/0,8 ml Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen

Zusätzliche Indikationen nur für Humira 40 mg Injektionslösung in Fertigspritze und Humira 40 mg Injektionslösung im vorgefüllten Pen (Injektor, vorgefüllt/FertigPEN):

Rheumatoide Arthritis: Humira ist in Kombination mit Methotrexat indiziert zur Behandlung der mäßigen bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die nur unzureichend auf krankheitsmodifizierende Antirheumatika einschließlich Methotrexat angesprochen haben. Behandlung der schweren, aktiven und progressiven rheumatoiden Arthritis bei Erwachsenen, die zuvor nicht mit Methotrexat behandelt worden sind. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit gegenüber Methotrexat, oder wenn die weitere Behandlung mit Methotrexat nicht sinnvoll ist, als Monotherapie angewendet werden. Humira reduziert in Kombination mit Methotrexat das Fortschreiten der radiologisch nachweisbaren strukturellen Gelenkschädigungen und verbessert die körperliche Funktionsfähigkeit. **Axiale Spondyloarthritis:**

Ankylosierende Spondylitis (AS): Humira ist indiziert zur Behandlung der schweren aktiven ankylosierenden Spondylitis bei Erwachsenen, die nur unzureichend auf eine konventionelle Therapie angesprochen haben.

Axiale Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS: Humira ist indiziert zur Behandlung der schweren axialen Spondyloarthritis ohne Röntgennachweis einer AS, aber mit objektiven Anzeichen der Entzündung durch erhöhtes CRP und/oder MRT, bei Erwachsenen, die nur unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika angesprochen haben oder bei denen eine Unverträglichkeit gegenüber diesen vorliegt.

Psoriasis Arthritis: Humira ist indiziert zur Behandlung der aktiven und progressiven Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica) bei Erwachsenen, die nur unzureichend auf eine vorherige Basistherapie angesprochen haben. Humira reduziert das Fortschreiten der radiologisch nachweisbaren strukturellen Schädigungen der peripheren Gelenke bei Patienten mit polyartikulären symmetrischen Subtypen der Erkrankung und verbessert die körperliche Funktionsfähigkeit.

Psoriasis: Humira ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren chronischen Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten, die auf eine andere systemische Therapie, wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, nicht angesprochen haben oder bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit gegenüber einer solchen Therapie vorliegt.

Morbus Crohn: Humira ist indiziert zur Behandlung des mittelschweren bis schweren, aktiven Morbus Crohn bei erwachsenen Patienten, die trotz einer vollständigen und adäquaten Therapie mit einem Glukokortikoid und/oder einem Immunsuppressivum nicht ausreichend angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit gegenüber einer solchen Therapie haben oder bei denen eine solche Therapie kontraindiziert ist.

Colitis ulcerosa: Humira ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf die konventionelle Therapie, einschließlich Glukokortikoide und 6-Mercaptopurin (6-MP) oder Azathioprin (AZA), unzureichend angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit gegen eine solche Therapie haben oder bei denen eine solche Therapie kontraindiziert ist.

GEGENANZEIGEN

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Aktive Tuberkulose oder andere schwere Infektionen wie Sepsis und opportunistische Infektionen, mäßige bis schwere Herzinsuffizienz (NYHA Klasse III/IV).

SONSTIGE BESTANDTEILE

Mannitol (Ph. Eur.), Citronensäure-Monohydrat, Natriumcitrat, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Natriumchlorid, Polysorbit 80, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke

NAME/ANSCHRIFT PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER

AbbVie Ltd, Maidenhead, SL6 4XE, Vereinigt. Königreich

VERTRETUNG DES ZULASSUNGSINHABERS IN ÖSTERREICH:

AbbVie GmbH, Wien

VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:

NR, apothekenpflichtig.

PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:

Immunsuppressiva, Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren. ATC-Code: L04AB04
Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

STAND DER INFORMATION: 03/2015

**Das Leben
aktiv genießen**

**Verbesserung
von Schmerz und
Funktionsfähigkeit¹**

**Schnelle und
nachhaltige Reduktion
der Entzündung¹**

**Linderung der
Rückenschmerzen¹**

ATHUST150086-11022015 Fachinformation siehe Seite

¹) Van der Heijde D et al., Arthritis Rheum 2006;54:2136-2146. Ein Therapieerfolg kann individuell variieren.

**Was zählt ist, was du
erreichen kannst.**

HUMIRA® bei axialer Spondyloarthritis

abbvie

 **HUMIRA**®
adalimumab
destination you™