

Mehr Physiotherapie in der österreichischen Gesundheitsförderung

Brigitte Swonar

Matrikelnummer: 8913479

Universitätslehrgang Public Health 2010 – 2012

Medizinische Universität Graz



zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health

Betreuerin: **Beate Salchinger, MSc, MSc**

Graz, vorgelegt im September 2013

gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Kurzfassung:

Hintergrund: Ein vermehrter Ressourceneinsatz in der Gesundheitsförderung kann der Kostensteigerung im österreichischen Gesundheitssystem entgegenwirken. Auch PhysiotherapeutInnen müssen eine wesentliche Rolle im multidisziplinären Feld der Gesundheitsförderung einnehmen und dazu Kenntnisse der Gesundheitswissenschaft „Public Health“ erwerben.

Fragestellung: Sind die Kompetenzen der PhysiotherapeutInnen in der Gesundheitsförderung einsetzbar und gibt es Public Health – relevante Inhalte in den Ausbildungscurricula der österreichischen PhysiotherapeutInnen?

Methodik: Gesetze und Berufsbilder, die Evidenz von präventiven physiotherapeutischen Interventionen und die Curricula-Recherche nach Public Health - relevanten Unterrichten sollen die Möglichkeiten der Physiotherapie in der Gesundheitsförderung aufzeigen. Ein Schwerpunkt ist dabei ein Ländervergleich von Österreich mit Schweden und Neuseeland. Zusätzlich wird ein Physiotherapie-Pilotpraktikum im Setting Volksschule umgesetzt.

Ergebnisse: In Schweden und Neuseeland spielt die Gesundheitsförderung für PhysiotherapeutInnen – besonders durch Primary Health Care – eine größere Rolle als in Österreich. In allen österreichischen Curricula sind seit der Akademisierung Public Health – relevante Inhalte enthalten (2,5 bis 6 ECTS). Diese werden in schwedischen und neuseeländischen Curricula mit deutlich höherer Quantität angegeben (15 bis 30 ECTS), wobei dort ein größerer Praxisbezug im Unterricht erkennbar ist. Das Setting Betrieb spielt in allen drei Ländern eine Rolle. Die erfolgreiche Umsetzung und positive Evaluierung des Pilotpraktikums im Setting Schule zeigt eine mögliche Form der praktischen Umsetzung von Public Health–Inhalten.

Diskussion: Für eine sehr geringe Präsenz der Physiotherapie in der österreichischen Gesundheitsförderung kann einerseits die spät erfolgte Akademisierung der Ausbildung verantwortlich sein. Andererseits können aber auch ein insgesamt krankensorgungsorientiertes Gesundheitssystem mit geringer Implementierung von Public Health-Strategien, die Eigenfinanzierung der präventiven – im Gegensatz zu rehabilitativen – physiotherapeutischen Maßnahmen und die Organisation der extramuralen Versorgung in Österreich als Gründe dafür angegeben werden.

Conclusio: Zunehmende Implementierung von Public Health–relevanten praktischen Unterrichtsinhalten in die Physiotherapie-Curricula und aktiveres Auftreten der PhysiotherapeutInnen als BewegungsspezialistInnen, die Prävention und Rehabilitation vernetzen, qualifiziert diese Berufsgruppe als Gesundheitsförderer.

Schlüsselwörter: Physiotherapie – Public Health – Gesundheitsförderung -
Bewegungsinterventionen – körperliche Aktivität – Curriculum

Abstract:

Background: Employing more resources in health promotion can be a good means to prevent a further cost increase in the Austrian health system. Furthermore, physiotherapists have to assume a crucial role in the multidisciplinary field of health promotion and therefore have to acquire knowledge in Public Health Sciences.

Hypotheses: Are the competences of physiotherapists sufficient to be applied in health promotion and do curricula in physiotherapy education include Public Health relevant contents?

Methods: Laws and professional profiles, evidence of preventive physiotherapeutic interventions and curricula query of Public Health relevant lectures should indicate the possibilities of physiotherapy in health promotion. One focus is placed on a comparison of Austria with Sweden and New Zealand. Additionally, a physiotherapeutic pilot placement conducted in an elementary school is implemented.

Results: In Sweden and New Zealand health promotion for physiotherapists – especially due to Primary Health Care – plays a more important role than in Austria. All Austrian curricula include Public Health relevant contents (2.5 to 6 ECTS) since the academisation. However, the curricula in Sweden and New Zealand include a significantly higher quantity of such contents (15 to 30 ECTS), with also more practical training courses. The work related setting is important in all three countries. The successful implementation and positive evaluation of the pilot placement in the school setting indicates a possible form of implementation of Public Health contents.

Discussion: One aspect that might count for the underrepresentation of physiotherapy in health promotion could be the late academisation of the physiotherapy education in Austria. On the other hand this lack could also be due to the overall health system focusing on patient care without implementing Public Health strategies, that patients have to pay out of their own pockets for preventive physiotherapeutic measures in contrast to rehabilitative ones and the organisation of physiotherapy outside of clinics and hospitals due to the reasons already mentioned above.

Conclusion: Increasing implementation of Public Health relevant and practical content in physiotherapy curricula and a more active presence of physiotherapists as movement specialists, linking prevention with rehabilitation, these are all aspects qualifying this professional group as health promoters.

Keywords: physiotherapy – public health – health promotion – movement interventions – physical activity - curriculum

Danksagung:

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Familie, Manfred, Jasmin und Niklas, für die geduldige Unterstützung und das Verständnis, das sie drei Jahre lang vielfach aufbringen mussten. Ein Extra-Dankeschön gibt es für meine zwei Kleinen, die an vielen Samstagen – wenn auch gelegentlich mit Widerspruch – auf die Gesellschaft ihrer Mama verzichten mussten.

Besonders danke ich meiner Vorgesetzten Beate Salchinger, die es durch eine flexible Einteilung meiner Arbeitszeit ermöglicht hat, die Präsenzzeit im Lehrgang zu absolvieren, und die mir danach als Betreuerin laufend mit wertvollen Ratschlägen für die Erstellung der Masterthesis zur Seite stand.

In diesem Zusammenhang möchte ich mich auch bei Frau Ulrike Kahraman, Direktorin der Volksschule Feldkirchen, und ihrem Lehrerinnen-Team bedanken, ohne deren Mitarbeit das Projekt im Zuge dieser Masterthesis nicht so gut gelingen hätte können.

Auch bei meiner lieben Freundin Maria bedanke ich mich für das gewissenhafte und ausdauernde Korrekturlesen der fertigen Masterarbeit.

Mein Dank richtet sich zu guter Letzt noch an das Public Health – Lehrgangsteam der Medizinischen Universität Graz. Durch die Lehrgangsinhalte und –gestaltung habe ich jetzt nach 20 Berufsjahren gelernt „über den Tellerrand der Physiotherapie hinaus zu blicken“.

Eidesstattliche Erklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt beziehungsweise die wörtlich und sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am _____

(Datum)

(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Methodik	4
3. Das Berufsbild der Physiotherapie	6
4. Public Health	10
4.1 Public Health in Österreich, Schweden und Neuseeland.....	12
4.2 Die Bedeutung von Public Health in der Physiotherapie.....	13
5. Gesundheitsförderung und Prävention im Zusammenhang mit Physiotherapie	15
5.1 Physiotherapie und Gesundheitsförderung in Österreich	18
5.2 Physiotherapie und Gesundheitsförderung in Schweden	20
5.3 Physiotherapie und Gesundheitsförderung in Neuseeland.....	21
5.4 Die Rolle der körperlichen Aktivität in der Gesundheitsförderung.....	24
5.5 Möglichkeiten der Physiotherapie in den Settings der Gesundheitsförderung	26
5.5.1 Setting Schule	27
5.5.2 Setting Betrieb.....	30
5.5.3 Setting Gemeinde.....	32
6. Die Rolle von Gesundheitsförderung und Public Health in der Physiotherapie-Ausbildung	36
6.1 Gesundheitsförderung und Public Health in den österreichischen Physiotherapie-Curricula.....	37
6.2 Gesundheitsförderung und Public Health in den schwedischen Physiotherapie-Curricula.....	43
6.3 Gesundheitsförderung und Public Health in den neuseeländischen Physiotherapie-Curricula.....	45
6.4 Vergleich der Public Health- und Gesundheitsförderungs-Inhalte in den Physiotherapiestudiengängen der ausgewählten Länder	48
7. Physiotherapeutisches Pilotpraktikum im Bereich Gesundheitsförderung..	50
7.1 Anforderungen an die Gesundheitsförderung im Setting Schule.....	50
7.2 Anforderung an ein Praktikum in der österreichischen Physiotherapie-Ausbildung	52
7.3 Physiotherapie-Praktikum im Setting Volksschule	53
7.3.1 Physiotherapeutische Interventionen im Setting Volksschule im Zuge des Praktikums.....	54
7.3.2 Zeitlicher Ablauf des Praktikums.....	60

7.3.3 Evaluation des Physiotherapiepraktikums im Setting Schule	62
8. Diskussion	65
8.1 Mögliche Tätigkeitsbereiche für die Physiotherapie in der österreichischen Gesundheitsförderung	67
8.2 Die Ausbildung als Vorbereitung für die Integration der Physiotherapie in die österreichische Gesundheitsförderung.....	71
8.3 Praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung in der österreichischen Physiotherapie-Ausbildung	75
8.4 Implementierung der Physiotherapie in die österreichische Gesundheitsförderung	81
9. Conclusio	83
Literaturverzeichnis	I
Anhang 1 E-Mail – Befragung an Mitglieder der Plattform physiotherapie.at über berufliche Aktivitäten in der Gesundheitsförderung.....	X
Anhang 2 E-Mail – Befragung an die österreichischen StudiengangsleiterInnen über Public Health- relevante Lehrinhalte in aktuellen Physiotherapie-Curriculum.....	XI
Anhang 3 Auszug aus der Elterninformation im Zuge des Pilotpraktikums	XII
Anhang 4 Untersuchungsprotokoll: präventive physiotherapeutische Untersuchung von VolksschülerInnen.....	XIII
Anhang 5 Beschreibung der Interventionen im Pilotpraktikum der FH JOANNEUM Graz-Studiengang Physiotherapie im Setting Schule	XIV
Anhang 6 Fragebogen für die am Pilotpraktikum teilnehmenden Studentinnen	XVI
Anhang 7 Interview am 28.06.2013: Evaluierung des Pilotpraktikums mit Volksschul-Direktorin Ulrike Kahraman	XVII

Abbildungsverzeichnis:

Abb 1: Österreichische Bewegungsempfehlungen.....	25
Abb 2: Aufteilung der Kompetenzvermittlung in der Bachelorausbildung Physiotherapie anhand des European Transfer Credit Systems (ECTS).....	38
Abb 3: Ergebnisse der physiotherapeutischen Untersuchung bei VolksschülerInnen (n=78).....	56

Tabellenverzeichnis:

Tab 1: Möglichkeiten der physiotherapeutischen Interventionen in den Settings der Gesundheitsförderung.....	35
Tab 2: Quantitatives Ausmaß der Unterrichtsfächer mit Gesundheitsförderungsschwerpunkten an den Physiotherapie-Bachelorstudiengänge in Österreich.....	41
Tab 3: Quantitatives Ausmaß der Unterrichtsfächer mit Gesundheitsförderungsschwerpunkten an den Physiotherapie-Bachelorstudiengänge in Schweden.....	43
Tab 4: Quantitatives Ausmaß der Unterrichtsfächer mit Gesundheitsförderungsschwerpunkten am Physiotherapie-Bachelorstudiengang an der Auckland University of Technology (AUT) in Neuseeland.....	46
Tab 5: Zeitplan – Pilotpraktikum der FH JOANNEUM, Studiengang Physiotherapie im Setting Volksschule.....	61
Tab 6: Auswertung der Fragebogenerhebung bei den im Praktikum teilnehmenden Studierenden (n=3).....	63

Abkürzungsverzeichnis:

BMI.....	Body Mass Index
ECTS.....	European Credit Transfer System
etc.....	etcetera
HBSC.....	Health Behavior in Schoolaged Children
ICF.....	International Classification of Functioning, Disability and Health
MTD.....	medizinisch technischer Dienst
WHO.....	World Health Organisation
WCPT.....	World Confederation for Physical Therapy

1. Einleitung

Der demografische Wandel stellt die Gesundheitspolitik der gesamten westlichen Welt vor eine Herausforderung. Durch Geburtenausfälle im zweiten Weltkrieg, durch ein Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre, sowie durch den darauffolgenden Geburtenrückgang wird der Anteil der über 65-Jährigen in den nächsten 30 Jahren um ein Drittel ansteigen. Aktuell sind etwa 17,5 Prozent der Europäer über 65 Jahre alt, 2060 werden es etwa 30 Prozent sein. Vor allem der Anstieg der über 80-Jährigen von drei Prozent (1990) auf zwölf Prozent (2060) wird das europäische Gesundheitswesen zunehmend herausfordern (Europa-Press-releases, 2011).

Doch nicht nur das Älterwerden der Bevölkerung mit der zusätzlichen Reduktion des Anteils der erwerbstätigen Erwachsenen, sondern auch der Anstieg von chronischen Erkrankungen kann die Gesundheitsausgaben in den nächsten Jahrzehnten weiter in die Höhe treiben.

Laut einer Gesundheitsbefragung im Jahre 2006/07 leiden bereits zwei Drittel aller über-75-jährigen ÖsterreicherInnen an zumindest einer chronischen Erkrankung. Im Zuge dieser Befragung gaben auch ein Viertel der 60- bis 75-jährigen Frauen und mehr als die Hälfte der über 75-jährigen Frauen funktionale Beeinträchtigung in der Mobilität und bei Alltagsaktivitäten an (bei den Männern ist der Prozentansatz etwas geringer) (Statistik Austria, 2010).

Die steigende Prävalenz von chronischen Erkrankungen ist einerseits durch einen lebenslangen ungesunden Lebensstil und andererseits durch einen Anstieg der älteren Bevölkerung bedingt und erhöht die Behandlungs- und Pflegekosten.

In Österreich wurden 2011 bereits 10,8 Prozent des Bruttoinlandproduktes für Gesundheitsausgaben verwendet, im Jahr 1990 waren es noch 8,4 Prozent. Der Anstieg der Gesundheitskosten beträgt somit durchschnittlich 5,2 Prozent jährlich (Parlamentsdirektion Republik Österreich, 2013).

Es ist somit unumstritten, dass präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen die Anzahl der chronisch Kranken reduzieren können. Auch die World Health Organisation [WHO] hat in ihrem Europäischen Gesundheitsbericht 2009 angegeben, dass der

Gesundheitszustand der europäischen Bevölkerung durch gezielte Krankheitsprävention und durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die jeden Einzelnen befähigen, mehr Einfluß auf die Gesundheit und deren Determinanten auszuüben, verbessert werden kann (WHO, 2010).

Idealerweise sollten sich also Interventionen der Prävention und der Gesundheitsförderung ergänzen. Prävention versucht Risikofaktoren zu mildern oder zu eliminieren und greift regulativ in den Prozess der Krankheitsdynamik ein, und die Gesundheitsförderung ermöglicht durch ressourcenorientierte Handlungsstrategien eine Verbesserung der Gesundheit. Die Gesundheitsförderung wendet sich auch vermehrt der Frage „Wie und wo wird Gesundheit hergestellt?“ zu und setzt dadurch bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Beide Interventionsstrategien können somit einen individuellen Gesundheitsgewinn ermöglichen (Bröskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000; Geuter & Lehmann, 2007).

Bereits 2001 beschreibt Rosenbrock in einem Artikel, dass gesundheitspolitische Schwerpunkte in der Prävention und eine bessere Versorgung der chronisch Kranken ein wesentlicher Ansatzpunkt für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sein müssen. In diesem Zusammenhang führt er auch an, dass sich durch konsequent betriebene Prävention langfristig etwa 25 Prozent der Krankenversorgungskosten einsparen ließen.

In der Statistik der Gesundheitsausgaben ist auffallend, dass in Österreich nur 1,8 Prozent für Prävention und Gesundheitsschutz aufgewendet werden, was deutlich unter dem europäischen und auch internationalen Durchschnitt liegt. So fallen in Schweden 3,8 Prozent, in Deutschland 5,6 Prozent und in Neuseeland sogar 6,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in diesen Bereich (eurostat - Statistiken zur Gesundheitsversorgung, 2011). Auffallend ist auch, dass in diesen angeführten Ländern die durchschnittliche Lebenserwartung etwas höher liegt (80,03 bis 81,07 Jahre) als in Österreich (79,78 Jahre) (Welt auf einen Blick, 2011).

Voraussetzung für eine bessere Implementierung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in das Gesundheitssystem eines Staates ist neben der Beteiligung aller politischen Ressorts (also auch außerhalb der Gesundheitspolitik), eine diesbezüglich gesteigerte Kompetenz von allen Personen, die im Gesundheits- oder Sozialwesen arbeiten (Baris, 2010).

Die körperliche Aktivität ist einerseits ein wesentlicher Faktor in der Prävention eines großen Teils der chronischen Erkrankungen und stellt weiters auch eine wesentliche Gesundheitsressource dar. Gerade PhysiotherapeutInnen, die ja zu BewegungsspezialistInnen ausgebildet sind, müssen sich auch dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung widmen. Auch in dieser Berufsgruppe sollte der Aspekt, dass ein größerer Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen in der Gesundheitsförderung und Prävention zu einem reduzierten Ressourcenbedarf in der Kuration und Rehabilitation führt, bewusster werden.

Natürlich steht das (Er)Kennen und Behandeln von Pathologien und Abnormalitäten im Bewegungsverhalten im Mittelpunkt des physiotherapeutischen Handelns. Um den aktuellen und zukünftigen Anforderungen des Gesundheitsmarktes aber erfolgreich begegnen zu können, ist eine Perspektivenerweiterung in der Physiotherapie unbedingt nötig. PhysiotherapeutInnen sollten zunehmend darin unterstützt werden, ihre bisherigen, überwiegend pathogenen Perspektiven um die ressourcenorientierte, salutogene Perspektive zu erweitern (Bittner, 2008).

Auch ein Blick in das Tätigkeitsfeld der österreichischen PhysiotherapeutInnen zeigt, dass zwar der Tätigkeitsbereich der Prävention zunehmend an Bedeutung gewinnt, und auch immer mehr Präventions-Projekte angeboten werden, die Gesundheitsförderung aber kaum Aufgabe dieser Berufsgruppe ist. So sind etwa im online-Register physiotherapie.at (2012) mehr als 1600 freiberuflich tätige PhysiotherapeutInnen und physiotherapeutische Ambulatorien mit ihren Tätigkeitsschwerpunkten angegeben. Davon definieren nur 59 Personen die Gesundheitsförderung als einen ihrer Tätigkeitsbereiche.

Aufgrund einer online-Umfrage unter diesen 59 registrierten PhysiotherapeutInnen über die aktuelle berufliche Tätigkeit (siehe Anhang 1), kann angenommen werden, dass wiederum nur ein geringer Teil dieser 59 Personen tatsächlich im Bereich der Gesundheitsförderung arbeitet. Zwar haben nur neun Personen den zugesandten Fragebogen beantwortet, davon gaben aber sieben an, dass sie sich aktuell überhaupt nicht mit der Gesundheitsförderung beschäftigen, eine Person bietet neben rehabilitativen Maßnahmen auch präventive Interventionen für Kinder und Sportvereine an, eine weitere Person arbeitet ausschließlich in der Arbeitsmedizin und betrieblichen Gesundheitsförderung.

Daher kann die Hypothese aufgestellt werden, dass in Österreich PhysiotherapeutInnen noch nicht in den Settings der Gesundheitsförderung tätig sind,

und dass auch in der Ausbildung der PhysiotherapeutInnen diesem Tätigkeitsfeld zu wenig Aufmerksamkeit zu gute kommt. Daraus ergeben sich für die Erstellung der vorliegenden Masterthesis vorerst folgende Forschungsfragen:

- Welche Tätigkeitsbereiche und welche Settings der Gesundheitsförderung sollten in Österreich vermehrt für den Einsatz der Physiotherapie genutzt werden?
- Wie verhält sich das Ausmaß der Gesundheitsförderung in den österreichischen Physiotherapie-Curricula im internationalen Vergleich für ausgewählte Länder?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird in der Masterthesis das Tätigkeitsfeld der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen in Bezug auf Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention analysiert. Weiters wird das Ausmaß dieser Inhalte in den Curricula der österreichischen Bachelor-Studiengänge für Physiotherapie recherchiert und mit den Curricula von Studiengängen in Public-Health-führenden Ländern verglichen.

Im letzten Teil der Arbeit wird versucht, eine optimale Eingliederung der Gesundheitsförderung in ein Physiotherapie-Curriculum darzustellen, um die folgende dritte Forschungsfrage beantworten zu können:

- Welche Möglichkeiten der Implementierung der Gesundheitsförderungs-Inhalte in ein Physiotherapie-Curriculum gibt es?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage ist ein Berufspraktikum mit Physiotherapie-Studierenden der Fachhochschule JOANNEUM Graz im Setting Schule geplant, wo die Studierenden präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen direkt anwenden können.

2. Methodik

Um über das Ausmaß der Implementierung der österreichischen Physiotherapie in die Gesundheitsförderung diskutieren zu können, muss primär nach einer Verbindung von Physiotherapie zur Gesundheitsförderung recherchiert werden. Die Beschreibung des

Berufsbildes der Physiotherapie anhand von Gesetzesvorlagen und Tätigkeitsbeschreibungen von Berufsverbänden, sowie die Strategien der Gesundheitsförderung auf Basis der Ottawa-Charta (WHO, 1986) bilden die Grundlage dazu. Diese wird im Hauptteil abgebildet. Eine Studienrecherche in den Datenbanken google-scholar, medline und PEDro soll zusätzlich darstellen, ob physiotherapeutische Maßnahmen und Bewegungsinterventionen in den Hauptsettings der Gesundheitsförderung evidenzbasiert sind.

Da die Public Health eine wesentliche Bezugswissenschaft zur Physiotherapie – vor allem für Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung – ist, wird ein kurzer Einblick in die Inhalte dieser Wissenschaft anhand von Fachliteratur beschrieben.

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit ist ein Ländervergleich von Österreich mit Schweden und Neuseeland, in Bezug zur Integration der Physiotherapie in die nationale Gesundheitsförderung. Es kann angenommen werden, dass in den beiden ausgewählten Vergleichsländern durch eine bereits vorbildliche Implementierung von Public Health im Gesundheitswesen auch PhysiotherapeutInnen vermehrt in der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind.

Dazu wird einerseits über die aktuelle Studienlage und über Berichte der nationalen Physiotherapie-Berufsverbände ein Zusammenhang von Physiotherapie und Gesundheitsförderung länderspezifisch untersucht und beschrieben. Die Hauptsuchstrategie ist dabei eine Suche nach Angaben oder Evaluierungen von physiotherapeutischen Interventionen in den Settings Schule, Arbeitsplatz und Gemeinde.

Andererseits sollen länderspezifische Unterschiede in der Umsetzung von Public Health-relevanten Unterrichtsinhalten in den Physiotherapieausbildungen aufgezeigt werden. Die Ausbildungs-Curricula sind der Autorin teilweise von den Homepages der Fachhochschulen und Universitäten oder durch Kontaktaufnahme mit den jeweiligen StudiengangsleiterInnen zugänglich. Sie werden nach Public Health- und Gesundheitsförderungs-relevanten Unterrichtsgegenständen durchsucht und anhand ihres Ausmaßes (Punktesysteme, Semesterwochenstunden) und der qualitativen Angaben aus den Unterrichtsfachbeschreibungen (Syllabi) verglichen. Zusätzlich werden die sieben österreichischen StudiengangsleiterInnen per e-mail über ihre Zufriedenheit mit dem Ausmaß dieser Curriculumsinhalte befragt. Für die Thematik einsetzbare e-mail – Antworten werden in der vorliegenden Arbeit als persönliche Mitteilungen wiedergegeben.

Im zweiten, projektbezogenen Teil der Arbeit wird ein sechswöchiges Pilotpraktikum im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für drei Physiotherapie-Studierende der FH JOANNEUM Graz umgesetzt. Die Praktikumsanforderungen stellen dabei die Rahmenbedingung für das Projekt dar. Als Praktikums-Setting wird eine öffentliche Volksschule im Bezirk Graz-Umgebung ausgewählt. Die Autorin dieser Masterthesis übernimmt die Organisation und die Betreuungstätigkeit in diesem Praktikum. In der Zielgruppe sollen 230 VolksschülerInnen, 19 Lehrerinnen, die Schuldirektorin und Eltern von den physiotherapeutischen Interventionen profitieren. Die Interventionen werden partizipativ im Setting mit der Zielgruppe ausgewählt, von der Projektgruppe (Studentinnen und Praktikumsbetreuerin) genau geplant und von den Studentinnen in einem Zeitraum von sechs Wochen umgesetzt. Die Evaluation des Praktikums erfolgt über Fragebogenerhebung bei den teilnehmenden Studentinnen. Der Hauptgrund einer eventuellen Implementierung dieses Praktikums in das Curriculum ist, den Studierenden den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung näher zu bringen, damit sie bessere Voraussetzungen haben, diesen Weg in ihrer Berufslaufbahn einzuschlagen. Da aber zusätzlich erhoben werden soll, ob das gewählte Setting von den physiotherapeutischen Interventionen profitiert, wird zusätzlich – bei Vorhandensein der nötigen Ressourcen - ein Interview mit der Schuldirektorin und eine Fokusgruppe mit den involvierten Lehrerinnen angestrebt.

Abschließend werden die Evaluationsergebnisse und Erfahrungen aus diesem Pilotpraktikum, gemeinsam mit den Ergebnissen der Untersuchung der Evidenzlage der Physiotherapie in der Gesundheitsförderung und des Curricula-Vergleiches, in Bezug zu den drei aufgestellten Forschungsfragen diskutiert, um ein optimales Procedere für einen vermehrten Einsatz der Physiotherapie in der österreichischen Gesundheitsförderung darstellen zu können.

3. Das Berufsbild der Physiotherapie

Um die Bedeutung von physiotherapeutischen Interventionen auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung verstehen zu können, muss vorerst das Berufsbild erläutert werden:

Der Beruf der Physiotherapie ist ein relativ junger Teilbereich der modernen Medizin, der sich vor gut hundert Jahren zunehmend etabliert hat. Häufig nachzulesen ist allerdings, dass die erste europäische Ausbildungsstelle bereits das 1813 von Peer Hendrik Ling in Stockholm gegründete königliche Zentralinstitut für Gymnastik, in dem pädagogische, militärische und medizinische Gymnastik in einer vierjährigen Ausbildung gelehrt wurden, war. Die Absolventen – vorwiegend Männer der oberen Gesellschaftsschicht – konnten PatientInnen direkt behandeln und hatten einen autonomen Status neben dem Arzt. Diese anfangs umfassende Ausbildung wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts zunehmend reduziert (Schomacher, o.D.).

In Österreich wurde 1916 der erste sechsmonatige Ausbildungskurs für „Assistenten der physikalischen Medizin“ in Wien gestartet, dessen Hauptinhalt die Anwendung von Hydro-Thermo-Balneo- und Elektrotherapie war. Die Zahl der PatientInnen, die eine Bewegungstherapie benötigten, stieg durch vielfältige Verletzungen und Bewegungsstörungen nach dem ersten Weltkrieg enorm, und dadurch entwickelten sich zusätzlich langsam Behandlungskonzepte und –techniken der Bewegungstherapie. Anfangs wurden hauptsächlich orthopädische Krankheitsbilder von PhysiotherapeutInnen behandelt, in den 1920er und 1930er-Jahren kamen die Neurologie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Chirurgie, nach dem zweiten Weltkrieg auch vermehrt die Pädiatrie als Tätigkeitsfelder dazu. Durch dieses wachsende Aufgabenfeld wurde die Ausbildungsform und –dauer verändert, und es entwickelte sich ein neuer Beruf mit immer größer werdender Eigenständigkeit. In den 1950er-Jahren wurden erstmals Fortbildungskurse von PhysiotherapeutInnen abgehalten und TherapeutInnen durften auch an Vorträgen und Seminaren von ÄrztInnen teilnehmen. 1961 wurde der Berufsverband der österreichischen PhysiotherapeutInnen ins Leben gerufen, und zwischen 1962 und 1990 wurden acht weitere Schulen in Österreich gegründet. Sowohl die Ausbildung, als auch die Berufsausübung der österreichischen PhysiotherapeutInnen, wird durch das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), das 1992 ausgegeben wurde, festgelegt (physioaustria, o.D.b). Das Berufsbild der Physiotherapie wird darin folgendermaßen beschrieben: „Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation.“ (Schwamberger, 2006, S.16).

Die „World Confederation for Physical Therapy“ [WCPT] ist eine im Jahr 1951 gegründete Organisation, die über 350000 PhysiotherapeutInnen und 106 nationale Physiotherapie-Organisationen weltweit vertritt und für die Entwicklung und Förderung hoher Standards in der Forschung, Ausbildung und Praxis der Physiotherapie eintritt.

Die WCPT beschreibt die Physiotherapie als ein Service für Individuen und Populationen, das es ermöglicht eine lebenslange maximale Bewegungs- und Funktionsfähigkeit zu entwickeln, beizubehalten oder wiederzuerlangen. Die Tätigkeitsfelder der PhysiotherapeutInnen umfassen somit individuelle Behandlungen und Interventionen, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung (WCPT, 2011).

Auch die „European Region of the World Confederation for Physical Therapy“ [ER-WCPT], die 1998 gegründet wurde und PhysiotherapeutInnen aus europäischen Staaten vertritt, beschreibt das Tätigkeitsfeld dieser Berufsgruppe folgendermaßen: PhysiotherapeutInnen haben ein fortgeschrittenes Verständnis über die Bewegungen des Körpers, sie fördern Wellness, Mobilität und Unabhängigkeit und beschäftigen sich mit der Vorsorge und Behandlung von Problemen, die durch schmerzhafte Erkrankungen, Behinderungen, Sport- und Arbeitsunfälle, oder durch das Altern entstehen (ER-WCPT, o.D.).

Neben der Durchführung von gezielten Untersuchungen, evidenzbasierten Interventionen und dem konsequenten Evaluieren der Behandlungen, haben PhysiotherapeutInnen auch eine wesentliche Beratungsfunktion für PatientInnen, KlientInnen und öffentliche Gruppen (ER-WCPT, 2003).

Da die Physiotherapie geschichtlich sehr eng mit der Medizin verbunden ist, folgten die PhysiotherapeutInnen in ihrer Befundung und Behandlung lange Zeit dem biomedizinischen Denkmodell. Viele traditionelle physiotherapeutische Interventionen beziehen sich nach wie vor auf dieses Denkmodell, das eine proportionale Beziehung zwischen physischer Pathologie und dem Auftreten von Symptomen beschreibt, und dadurch allein die Diagnose dieser Pathologie als Basis für die Interventionsplanung herangezogen wird (Perreault, 2008). Häufig wurde und wird dadurch kritisiert, dass der Schwerpunkt in der Physiotherapie zu sehr auf Pathologien und Funktionsstörungen gelegt werde. Immer mehr AutorInnen empfehlen daher das subjektive Empfinden mit individuellen Einstellungen, sozialer Unterstützung, emotionalem Zustand, Zufriedenheit mit der Arbeitssituation des/der PatientIn mehr in den Behandlungsmittelpunkt zu legen und dem biopsychosozialen Denkmodell zu

folgen (Hengeveld, 2005; Perreault, 2008). Die WCPT hat diesbezüglich auch das sogenannte biopsychosoziale Bewegungsparadigma beschrieben, wobei sie angibt, dass in der Physiotherapie mit Personen und Personengruppen gearbeitet wird, damit deren Bewegungsfähigkeit und Funktionsfähigkeit während des gesamten Lebens so weit wie möglich erhalten bleiben, beziehungsweise wieder hergestellt werden (WCPT, 2011).

Auch Hengeveld (2005) gibt an, dass nicht nur aktuelle Symptome und Funktionsstörungen, sondern auch momentane Gedanken und Gefühle des/der PatientIn und die Auswirkungen der Funktionsstörung auf sein/ihr Umfeld beziehungsweise der Einfluss von Umweltfaktoren auf die aktuelle Problematik eine wesentliche Rolle für physiotherapeutische Interventionen spielen. Auch das Einbeziehen der International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF] in die Tätigkeitsbereiche der Physiotherapie erleichtert es, neben Symptomen auf der Struktur-, Funktions- und Aktivitätsebene, auch die aktuelle Partizipationsmöglichkeit des/der PatientIn, sowie den Einfluss von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren wahrzunehmen und zu beeinflussen. Bollert, Borgetto, Geuter, Höppner, Hurrelmann und Probst (2009) führen an, dass das biopsychosoziale Denkmodell und die ICF im Bereich der Neurologie und Pädiatrie mittlerweile im Denken und Handeln der PhysiotherapeutInnen integriert sind, in den Bereichen der Chirurgie, Traumatologie und Orthopädie sind sie zwar bekannt, kommen aber – bedingt durch das Vorherrschen des strukturellen und funktionellen Handelns – kaum zum Einsatz.

Physiotherapie ist also das Erkennen und das gezielte Behandeln von gestörten physiologischen Funktionen und wirkt auf den Menschen in seiner Gesamtheit über die Wechselbeziehung zwischen Bewegungssystem, Organfunktion, kognitiver Ebene und Erlebens- und Verhaltensebene (Lugmayr et al., 2004).

In der internationalen Betrachtung des Berufsbildes der Physiotherapie ist jedoch auffallend, dass weder die Form und Dauer (sechs bis acht Semester) der Ausbildung, noch die Zugangsweise der PatientInnen einheitlich geregelt ist.

Auch in Ausführungen der WCPT wird beschrieben, dass die Entwicklung des Berufes weltweit stark variiert. Aus diesem Grund hat die WCPT ein Dokument mit Richtlinien für die Physiotherapie-Ausbildung erstellt, die in allen Ländern für die Planung und Entwicklung der Curricula eingehalten werden sollen (WCPT, 2011). Eine Akademisierung der Ausbildung mit Möglichkeiten zu weiterführenden Master-

und/oder Doktoratsstudien ist in Ländern wie Neuseeland, Australien, USA, Großbritannien, Schweden und Holland bereits in den 1980er- oder 1990er-Jahren erfolgt, im restlichen Europa wird – bedingt durch den Bologna-Prozess – diese Akademisierung nun zunehmend umgesetzt.

Genau in den Ländern mit bereits sehr gut etablierter universitärer Ausbildung (Neuseeland, USA, Großbritannien, Holland, Schweden) ist bereits seit mehreren Jahren / Jahrzehnten ein Direktzugang von PatientInnen zu Physiotherapie („first contact practicioning“ oder „self referral“) möglich (Muzar, 2009). Grundlage für die Legitimation des Direktzugangs war, etwa in Schweden in den 1990er-Jahren, eine Darstellung einer evidenzbasierten praktischen Tätigkeit anhand von vielen Studien und eine zunehmende Akademisierung des Berufsstandes. So gab es in Schweden 2007 bereits 12 Physiotherapie-Professuren und 205 PhysiotherapeutInnen mit einem Ph.D-Titel (Leinich, 2007). Der Direktzugang ist für ÖsterreicherInnen nur für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen möglich, da PatientInnen nur nach ärztlicher Zuweisung physiotherapeutisch behandelt werden dürfen (Schwamberger, 2006).

4. Public Health

Eine gesundheitswissenschaftliche Denk- und Handlungsweise kann die medizinische Perspektive der therapeutischen Berufe erweitern und neu-orientieren, wozu die im deutschsprachigen Raum noch junge wissenschaftliche Disziplin „Public Health“ beitragen kann. Public Health beschäftigt sich unter Einfluss von pathogenen und salutogenen Erkenntnissen mit dem bevölkerungsbezogenen Gesundheitszustand und liefert multidisziplinäre Ansätze der Erforschung von Gesundheit und Krankheit sowie der effektiven und effizienten Systemgestaltung (Höppner, 2008).

In der Thematik von Public Health standen früher Hygiene-Verbesserung, Wasserversorgung, Impfungen etc. im Mittelpunkt. Im letzten Jahrhundert gewannen der Ausbau des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und die Verbesserung der Gesundheit in benachteiligten Bevölkerungsgruppen immer mehr an Bedeutung (ÖGPH, 2010).

Das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky führte in den 1970er- und 1980er-Jahren zu einem Perspektivenwechsel. Nicht mehr die Frage nach den krankmachenden Faktoren, sondern die nach möglichen Ressourcen und Potentialen zur Verbesserung der Gesundheit, rückten in den Mittelpunkt. Antonovsky sah dabei die salutogene Sichtweise nicht als Ersatz oder Gegenpol zur Pathogenese, sondern als unverzichtbare Erweiterung in der medizinischen Forschung. Durch eine salutogene Denkweise müssen nicht nur krankmachende Faktoren, sondern die gesamte Person mit ihrer Lebensgeschichte und das System, in dem diese Person lebt, beachtet werden. Auch die individuelle Grundeinstellung und Möglichkeit Ressourcen zu nutzen – im Sinne des Kohärenzgefühls – sind ein zentraler Punkt der Salutogenese. So sind Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl eher dazu bereit gesundheitsförderndes Verhalten anzunehmen. Die Salutogenese entwickelte sich zu einem multidisziplinären Konzept, das von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen aus unterschiedlichsten Bereichen aufgegriffen wurde und somit gemeinsam mit dem biopsychosozialen Denkmodell von Gesundheit und Krankheit ein Fundament für die Neuorientierung der Medizin und vor allem der Gesundheitsförderung darstellt (Bengel, Schrittmacher & Willmann, 2001; Kolip, Wydler & Abel, 2010).

In der so entstandenen „New Public Health“ steht nicht mehr die Prävention und Versorgung von Risikogruppen, sondern die gesamte Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Mittelpunkt. Bedingt durch die steigende Anzahl von chronischen Erkrankungen nimmt vor allem die Gesundheitsförderung einen immer größer werdenden Schwerpunkt ein, und es wird versucht, die traditionellen indirekten Maßnahmen auf Populationsebene mit direkten Maßnahmen auf der individuellen Ebene zu verknüpfen. Daher entsteht auch ein Bestreben möglichst viele Personen aus Gesundheits- und Sozialberufen, die auf individueller Ebene tätig sind, im Bereich Public Health weiterzubilden (Tulchinsky & Varavikova, 2009).

Noack gab bereits im Jahr 2000 an, dass „ein großer Teil der Gesundheitsexperten im interdisziplinären Public-Health-Ansatz ... eine wichtige Ressource zur Modernisierung des Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung“ sieht (S.601).

Das Ziel der „New Public Health“ ist die individuelle und populationsbezogene Gesundheitsverbesserung durch positive Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten mit gerechter Verteilung von Gesundheitschancen,

gezielter Gesundheitsförderung und Schwerpunktsetzung in der Primärprävention (Rosenbrock, 2001). Dazu wird einerseits die traditionelle, am biomedizinischen Modell orientierte Krankheitsprävention durch das salutogene Gesundheitsförderungskonzept ergänzt, wobei sowohl individuelle als auch infrastrukturelle, ökologische, rechtliche und politische Verhältnisse eine wesentliche Rolle spielen (Ahrens, 2005). Eine zielgesteuerte Bearbeitung der Gesundheitsbedürfnisse im 21. Jahrhundert funktioniert somit laut Tulchinsky und Varavikova (2009) nur mit einer Kombination von individueller und populationsbezogener Gesundheitsvorsorge. Eine multidisziplinäre Vernetzung mit Ausbau der Public Health-Lehre und die Erforschung von gesellschaftlichen Entwicklungen und gesundheitlichen Belastungen sind Grundlagen für die Erstellung von Strategien.

4.1 Public Health in Österreich, Schweden und Neuseeland

Lehrgänge in Public Health wurden in den vergangenen elf Jahren an vier österreichischen Standorten ins Leben gerufen und bieten unter anderem auch PhysiotherapeutInnen, die sich für Gesundheitsförderung und Prävention einsetzen wollen, eine Zusatzqualifikation. Die 1995 gegründete Österreichische Gesellschaft für Public Health [ÖGPH] beschäftigt sich als multidisziplinäre Fachgruppe mit der Entwicklung von nachhaltigen, gesundheitsorientierten Strukturen in der österreichischen Gesellschaft und Politik (ÖGPH, 2010).

Natürlich ist Public Health in Österreich eine relativ „junge“ Wissenschaft. Bedenkt man, dass in Schweden bereits seit 1986 Public Health-Masterlehrgänge angeboten werden und seit 20 Jahren das „Swedish National Institute of Public Health“ die Implementierung der Public-Health-Strategie koordiniert und überwacht und die Entwicklung und Ausbreitung von Public Health-Methoden auf Basis von wissenschaftlicher Evidenz durchführt (FHI, 2009; Pettersson, 2010), ist es nachvollziehbar, dass in diesem Land ein großer Teil der Health-Professionals die Hauptinhalte von Public Health und Gesundheitsförderung kennt.

Auch in Neuseeland hat die Wissenschaft „Public Health“ bereits eine längere Tradition als in Österreich. Masterlehrgänge in Public Health werden seit 1992 in Otago und seit

1993 in Auckland angeboten. Davor wurden in Auckland schon über viele Jahre postgraduelle Public Health-Lehrgänge, die mit einem Diplom abschlossen, angeboten (D.-C. Pearson, persönliche Mitteilung, 12.09.2013).

Die „Public Health Association of New Zealand“ wurde 1988 gegründet, hat die führende Rolle in der neuseeländischen Gesundheitsförderung und erstellt seit den 1990er-Jahren regelmäßig nationale Public-Health-Strategiepläne. Sie organisiert auch den Informationsaustausch der Mitglieder aus dem multidisziplinären Feld der Public Health (Public Health Organisation of NZ, 2013). Regionalere Organisationen, wie die „Regional Public Health Organisation“ für die Region um Wellington und das „Auckland Regional Public Health Service“, versuchen ihre Strategiepläne über direkte Zusammenarbeit mit öffentlichen Sektoren umzusetzen, organisieren settingorientierte Gesundheitsförderung und informieren die Bevölkerung mittels ihrer Homepages über aktuelle Krankheitsrisiken und mögliche Gesundheitsressourcen (Auckland Regional Public Health Service, 2013; Regional Public Health Service, 2013).

4.2 Die Bedeutung von Public Health in der Physiotherapie

Laut Bollert et al. (2009) bietet Public Health als „Bezugswissenschaft der Physiotherapie Chancen, sowohl theoretisch als auch praktisch die Anschlussfähigkeit an eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu verwirklichen“ (S.9). Die Bedeutung von Interdisziplinarität, Anwendungsorientierung und Bevölkerungsorientierung müssen dabei in das physiotherapeutische Denken einfließen.

PhysiotherapeutInnen beschäftigen sich zwar vorwiegend mit kurativen und rehabilitativen, individuellen Behandlungen, deren Bedarf sich in der Bevölkerung durch den demografischen Wandel mit steigender Anzahl von chronisch Kranken weiter erhöhen wird. Sie sind aber durch ihr spezifisches Wissen von Bewegungsfunktionen und -störungen vermehrt zum Ausführen von präventiven Interventionen und Gestaltungen von gesundheitsfördernden Lebenswelten durch Einbeziehen der Bewegung und der körperlichen Aktivität in möglichst viele Lebensbereiche befähigt.

Beschäftigt sich die Physiotherapie vermehrt um die Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung von Bewegungsfunktionen und Mobilität beim Individuum, so geht Public Health auch auf eine populationsbezogene Förderung der körperlichen Aktivität ein (Abu-Omar & Rütten, 2012). Die steigende Prävalenz von Inaktivität stellt einen wesentlichen Risikofaktor für viele chronische Erkrankungen dar, und somit könnte eine Kombination von individueller und populationsbezogener Förderung der körperlichen Aktivität diesem aktuellen Trend sicher entgegenwirken. Dass genau die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen mit zusätzlichem Wissen aus den Bereichen von Public Health und Gesundheitsförderung dieser steigenden Inaktivitäts-Prävalenz in der Bevölkerung entgegen wirken kann, scheint dadurch nachvollziehbar.

So können PhysiotherapeutInnen in populationsbezogenen Interventionen durch ein fundiertes Basiswissen der Trainingslehre unterschiedlichste Trainingsprogramme in Hinblick auf spezifische Zielsetzungen oder Wünsche der Zielgruppen erarbeiten und anwenden. Zusätzlich haben sie auch die Fähigkeit, gegebene Risikofaktoren, physische Überlastungsproblematiken und Pathologien rechtzeitig zu erkennen und darauf einzugehen. Ergonomische Beratung und Adaptation von Sitzmöbeln, Arbeitsgeräten und Sportausrüstung fällt ebenso in den Tätigkeitsbereich der PhysiotherapeutInnen und ist neben der Analyse von Bewegungsabläufen (Arbeitsprozesse und Arbeitsaufgaben) in den Settings Schule und Betrieb ein Hauptinhalt der Prävention und Gesundheitsförderung (Moritz, Bernhardt, Haslinger & Eckler, 2012).

Zusätzliche Kenntnisse in der Wissenschaft Public Health, die – wie bereits beschrieben - ihre Schwerpunkte in der Förderung der individuellen und gesellschaftlichen Gesundheit, der Verbesserung der Lebensqualität und der gesellschaftsorientierten Systemgestaltung im Gesundheitswesen hat, erleichtert den Einstieg in dieses Tätigkeitsfeld für PhysiotherapeutInnen. Da das aktuelle Gesundheitssystem sehr versorgungs- und krankheitsorientiert ist, und mit den steigenden Kosten kaum gesellschaftliche Gesundheitsgewinne zu erzielen sind, kann es gewinnbringend sein, Berufsgruppen mit sehr speziellem Wissen in der Kuration und Rehabilitation von Bewegungsstörungen auch vermehrt in die Bewegungsförderung Gesunder einzubinden (ÖGPH, 2010).

Angehörige von medizinischen und therapeutischen Berufen haben großteils eine sehr individuelle PatientInnenperspektive, die mittels Kennenlernen der Wissenschaft Public Health durch eine breitere, auf die Bevölkerung gerichtete Sicht ergänzt wird. So

können auch PhysiotherapeutInnen epidemiologisch relevante Probleme aufgreifen, Zugangsprobleme von benachteiligten Bevölkerungsgruppen zur Prävention und Gesundheitsförderung erkennen und sich dadurch besser in den aktuellen Bedarf der gesundheitlichen Versorgung integrieren. Somit stellt der „gesundheitswissenschaftliche Blick“ von Public Health die Grundlage für eine neue Kompetenz in der Physiotherapie dar (Bollert et al., 2009).

5. Gesundheitsförderung und Prävention im Zusammenhang mit Physiotherapie

Es gibt unterschiedliche Definitionen von „Gesundheitsförderung“. Die meist zitierte ist die Definition laut Ottawa-Charta, wonach die Gesundheitsförderung ein Prozess ist, der Menschen dazu befähigt, ihre Gesundheit zu verbessern und die Kontrolle über die eigene Gesundheit zu steigern (WHO, 1986). Sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention haben das Ziel, das gesundheitliche Wohlbefinden der Bevölkerung anzuheben und Krankheiten zu verhindern, wobei in der Prävention sich die Zielgruppe auf Risikogruppen, Risikoträger und/oder bereits Erkrankte reduziert. Eine Einteilung der präventiven Interventionen in Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention richtet sich nach dem Zeitpunkt der gesetzten Intervention im Prozess der Krankheitsentstehung:

So richtet sich die Primärprävention an gesunde Individuen und (Teil)Populationen, mit dem Ziel die Inzidenz von Erkrankungen zu reduzieren.

Die Sekundärprävention involviert Personen mit bestehenden Risikofaktoren oder symptomlosen Früherkrankungsstadien. Durch früh einsetzende therapeutische Maßnahmen können die Inzidenz gesenkt oder die Krankheitsstadien verzögert werden.

Tertiärprävention ist die Behandlung einer Erkrankung mit dem Ziel, eine Verschlimmerung zu vermeiden oder zu verzögern und Funktionseinschränkungen, die aus einer Krankheit oder einem Unfall resultieren, zu lindern oder zu kompensieren (Rosenbrock & Michel, 2007).

Aus dieser Beschreibung ist erkennbar, dass die Tertiärprävention immer in die Rehabilitation einer Erkrankung miteinfließen muss, und daher ein Hauptbestandteil von physiotherapeutischen Interventionen im kurativen und rehabilitativen Bereich ist.

Auch die Sekundärprävention kann mittels individueller, physiotherapeutischer Interventionen erfolgen und ist vor allem in der Sportphysiotherapie und in der Pädiatrie ein wesentlicher Bestandteil. Dort werden Risikofaktoren wie etwa Muskeldysbalancen oder Fehlhaltungen behandelt, um in weiterer Folge ein Auftreten von Symptomen oder Verletzungen zu verhindern (Erhardt, 2008).

Auch der Berufsverband der österreichischen PhysiotherapeutInnen weist in der Beschreibung der Einsatzbereiche der Physiotherapie darauf hin, dass in der Pädiatrie, Arbeitsmedizin und Sportmedizin auch präventive Tätigkeiten umgesetzt werden (physioaustria, o.D.a).

Zusätzlich kann man die Prävention unterteilen in Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention setzt an der Zielperson direkt an und ist PhysiotherapeutInnen eher vertraut. Maßnahmen, wie Änderung der Bewegungsgewohnheiten, konsequentes Umsetzen von Übungsprogrammen zählen dazu. Die Verhältnisprävention zielt eher auf Strukturen ab, die nicht nur von einem Einzelnen beeinflusst werden können und beinhaltet Strategien zur Beseitigung oder Reduzierung der Gesundheitsrisiken in den Lebens- und Umweltbedingungen (Höppner, 2008).

In eine wirksame Primärprävention muss immer eine Verhältnisprävention (Lebens-, Arbeits-, und Umweltbedingungen) und eine Verhaltensprävention (Konsummuster, Bewegungsverhalten, etc.) integriert sein (Rosenbrock & Michel, 2007). Gerade Interventionen, die eine Änderung des Bewegungsverhaltens oder eine Adaptation von Sport- oder Arbeitsgeräten beinhalten, können im Rahmen der Primärprävention von PhysiotherapeutInnen umgesetzt und idealerweise in die Gesundheitsförderung integriert werden (Stößel & Michaelis, 2001).

Da aber Gesundheitsförderungs-Strategien durch einen ganzheitlichen, partizipativen und intersektoralen Ansatz (Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000) gekennzeichnet sind, ist es aktuell für PhysiotherapeutInnen noch schwierig ihren Platz in diesem multiprofessionellen Tätigkeitsfeld zu „finden“.

Die Gesundheitsförderung beschäftigt sich auch nicht nur mit der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und der Lebensverhältnisse (Primärprävention), sondern

fordert zusätzlich eine Analyse und Stärkung von Gesundheitsressourcen auf allen gesellschaftlichen Ebenen (Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000). Somit ist Gesundheitsförderung - im Gegensatz zur individuellen, physiotherapeutischen Behandlung - populationsbezogen.

Ein wesentliches Kennzeichen der Gesundheitsförderung ist, wie schon erwähnt, der Settingansatz, der bereits seit 1985 eine Kernstrategie mehrerer WHO-Programme zur Gesundheitsförderung darstellt. Dabei sind die gesundheitsfördernden Maßnahmen auf Lebensbereiche (Schule, Betriebe, Städte, Gemeinden) ausgerichtet, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen, und die durch ihren strukturellen Aufbau die Gesundheit aller Beteiligten beeinflussen können. Die gesundheitsförderliche Gestaltung und Organisation dieser Lebenswelten kann gesundheitsschädliche Belastungen reduzieren und durch den gegebenen institutionellen und sozialen Zusammenhalt bei allen Beteiligten das Wissen und die Selbstkompetenz zur Risikovermeidung erhöhen (Rosenbrock, 2001). Dieser Settingansatz in der Gesundheitsförderung ist die Antwort auf ein Erreichen der Grenzen in der individuen- oder gruppenbezogenen Prävention und Gesundheitserziehung (Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000). Personen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, müssen auch Strategien entwickeln, um die Kompetenzen in der Zielgruppe zu fördern und die Menschen dazu befähigen, Gesundheitsrisiken zu vermeiden (Höppner, 2008).

In der Ottawa-Charta, die die Grundlage der Gesundheitsförderung darstellt, wurden folgende Handlungsfelder definiert:

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

Bezugnehmend auf diese Handlungsbereiche müssen auch alle MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens und der Gesundheitseinrichtungen ein Versorgungssystem entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht (WHO, 1986).

Somit kann auch eine Unterstützung der Handlungsfelder laut Ottawa-Charta, wie die Schaffung gesunder Lebenswelten und die Unterstützung gesundheitsfördernder

Gemeinschaftsaktionen in Kombination mit körperlicher Aktivität, eine Aufgabe für PhysiotherapeutInnen sein.

Auch viele AutorInnen von wissenschaftlichen Artikeln der letzten Jahre fordern eine größere Beteiligung an der Gesundheitsförderung von Berufsgruppen, die in der Rehabilitation tätig sind. So gibt etwa auch Perreault (2008) in ihrem Review über die Vernetzung von Gesundheitsförderung und Physiotherapie am Beispiel Rückenschmerz an, dass sehr wenig über die aktuellen und möglichen Verbindungen dieser beiden Disziplinen bekannt ist, und dass ein Bestreben der PhysiotherapeutInnen gesundheitsfördernde Interventionen vermehrt in ihr Tätigkeitsfeld aufzunehmen, unbedingt gefördert und weiter angeregt werden sollte.

5.1 Physiotherapie und Gesundheitsförderung in Österreich

Im Österreichischen Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (Schwamberger, 2006) umfasst der physiotherapeutische Tätigkeitsbereich, neben berufsspezifischen Befundungsverfahren und Behandlungstechniken für PatientInnen aus allen klinischen Bereichen, auch die Beratung und Erziehung Gesunder.

Da es in Österreich noch keine verpflichtende Registrierung der MTD-Berufsgruppen gibt, kann nur geschätzt werden, dass etwa 6000 PhysiotherapeutInnen in Österreich tätig sind, wobei etwa ein Drittel in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren oder Ambulatorien angestellt ist, ein Drittel freiberuflich in einer Praxis zugewiesene PatientInnen behandelt, und ein weiteres Drittel in einer Kombination aus angestellt und freiberuflich tätig ist (Moritz, 2009). Aus diesen Tätigkeitsbereichen wird ersichtlich, dass eine Person eineN PhysiotherapeutIn erst aufsucht, wenn Symptome oder funktionelle Probleme vorhanden sind. PhysiotherapeutInnen sind dabei darauf geschult, eine pathogene Ursache für die Symptome und/oder Bewegungsstörungen zu identifizieren, um diese zu behandeln, und sie stellen sich somit – wie auch Bittner (2008) erwähnt - eher die Frage „Was macht krank?“ als „Was erhält gesund?“.

Lugmayr et al. stellten im Jahr 2004 nach einer Fragebogenerhebung fest, dass nur 4,4 Prozent aller freiberuflich tätigen und überhaupt nur ein Prozent aller angestellten

PhysiotherapeutInnen in Österreich die Prävention als einen ihrer Tätigkeitsschwerpunkte sehen. Dadurch gaben sie in ihrem Berufsprofil im Bereich der Zukunftsperspektiven für österreichische PhysiotherapeutInnen folgendes an:

In dem Ausmaß, in dem der Gesundheitsvorsorge im Rahmen des Europäischen Health Programs eine hohe Priorität eingeräumt wird, sieht die Physiotherapie in der Prävention und Gesundheitsförderung einen neuen Arbeitsschwerpunkt. Erfolgt Prävention und Gesundheitsförderung bislang in Kombination mit der Kuration oder Rehabilitation ..., so soll der Schulung des eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins in jedem Alter verstärkte Aufmerksamkeit eingeräumt werden (S.46).

Auch definierten Lugmayr et al (2004) die Gesundheitsförderung, Prävention und Arbeitsmedizin als „neues Betätigungsfeld“ für die österreichischen PhysiotherapeutInnen. Dabei stellt sich die Frage, ob nun in den letzten neun Jahren die PhysiotherapeutInnen tatsächlich in diesem Bereich Fuß fassen konnten. Zwar werden vermehrt zielgruppenorientierte Präventionsprogramme (wie zum Beispiel „Sturzprävention“ in Seniorenheimen, „Rücken-Fit“ in Schulen) angeboten, auch ist die Tertiärprävention ein Schwerpunkt für alle in der Rehabilitation tätigen PhysiotherapeutInnen, doch ist scheinbar auch mittlerweile die Gesundheitsförderung kein definiertes Tätigkeitsfeld in der österreichischen Physiotherapie.

Der Berufsverband der österreichischen PhysiotherapeutInnen beschreibt in einem neu-überarbeiteten Patienten-Informationenfolder das Betätigungsfeld in der Prävention folgendermaßen: „In der Prävention arbeiten PhysiotherapeutInnen außerdem in Fitnessstudios, Wellnesszentren, Thermen, Sportvereinen, etc. und mit dem Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung auch in unterschiedlichen Betrieben.“ (Moritz, 2012, S.8). Doch diese Definition zeigt – wie es auch Höppner (2008) beschreibt -, dass PhysiotherapeutInnen im deutschsprachigen Raum ihren Stellenwert als ExpertInnen von Bewegung und Bewegungsstörungen in der Gesundheitsförderung noch nicht wirklich gefunden haben. PhysiotherapeutInnen befinden sich in diesem Bereich aktuell eher zwischen Prävention und Wellnessangeboten. Tatsächlich zeigt sich aber, dass evidenzbasierte, wirksame Konzepte der Gesundheitsförderung sich durch die bereits beschriebene Lebensweltorientierung (Settingansatz) und durch den Bezug zu Bevölkerungsgruppen auszeichnen (Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000).

5.2 Physiotherapie und Gesundheitsförderung in Schweden

Johansson, Stenlund, Lundström und Weinehall (2010) beschreiben in ihrer Studie, dass eine Implementierung von mehr gesundheitsorientierten und gesundheitsfördernden Methoden in der schwedischen Gesundheitsversorgung, neben Änderungen in Organisationsstrukturen, auch ein Umdenken unter den Health-Professionals erfordert. In ihrer Studie konnten sie Fragebögen von 951 Health-Professionals (darunter 140 PhysiotherapeutInnen), die in der Primary Health Care oder in Krankenhäusern tätig sind, auswerten. Unter anderem ergab diese Fragebogenerhebung, dass sich 46 Prozent aller Befragten (und sogar 60 Prozent der PhysiotherapeutInnen) wünschen, mehr im Bereich der Gesundheitsförderung arbeiten zu können, wobei dieser Wunsch hauptsächlich von Personen aus dem Tätigkeitsfeld der Primary Health Care geäußert wurde. PhysiotherapeutInnen sind gemeinsam mit ErgotherapeutInnen und PsychologInnen somit die Hauptberufsgruppen, die sich gerne vermehrt in der Rolle von Gesundheitsförderern sehen würden. Als Barrieren für den Einsatz von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Primary Health Care wurden dabei vorwiegend mangelnde zeitliche Ressourcen und fehlende Leitlinien angegeben. Nur bei Personen, die erst über eine kurze Berufserfahrung verfügen, war ein mangelndes Wissen über die Gesundheitsförderung eine zusätzlich häufig genannte Barriere, woraus man schließen kann, dass dieses Wissen bereits in den Basisausbildungen vermehrt vermittelt werden sollte.

Eine Methode, die seit 2008 vom schwedischen Gesundheitssystem erfolgreich in der Prävention von chronischen Erkrankungen eingesetzt wird ist die „Verschreibung von körperlicher Aktivität“ (Physical activity on prescription). Personen, die Gesundheitsdienste aufsuchen, erhalten dabei eine individualisierte Verschreibung von körperlicher Aktivität im gruppenorientierten oder individuellen Setting (Swedish National Institute of PH, 2010).

Kallings, Leijon, Hellenius und Stahle (2008) haben dazu bereits zwischen 2001 und 2003 an 13 schwedischen Primary Health Care-Institutionen (481 PatientInnen) diese Verschreibung von körperlicher Aktivität eingesetzt und die Auswirkungen auf den Aktivitätslevel und die Lebensqualität sechs Monate später mittels Fragebögen erhoben. Zwar haben 38 Prozent der PatientInnen bei der follow-up-Befragung nicht mehr teilgenommen, trotzdem war es erstaunlich, dass bei den verbleibenden Befragten diese einzige Intervention die generelle Gesundheit (soziale Funktionen, emotionale und mentale Gesundheit, selbst-berichtete körperliche Aktivität,

Lebensqualität) signifikant steigern konnte. Auffallend an dieser Studie war auch, dass ein großer Teil der Verschreibungen von PhysiotherapeutInnen getätigt wurde, was den nötigen Einsatz dieser Berufsgruppe in der schwedischen Primary Health Care belegt.

Das schwedische „National Institute of Public Health“ hat im Jahre 2007 auch diese Verschreibungen von körperlicher Aktivität evaluiert und ist dabei zum Ergebnis gekommen, dass in diesem Jahr 17000 Verschreibungen von 87 Prozent aller schwedischen Gesundheitszentren getätigt wurden, wobei es in jedem Bezirk eineN KoordinatorIn für diese Methode gibt. Angemerkt wird zusätzlich, dass noch eine Ausbreitung der Schulungen für qualifizierte Health Professionals und eine Einhaltung von Folgeuntersuchungen mit Anpassungen der Rezepte gefördert werden sollten (Kent, 2010).

Ein weiteres Gesundheitsförderungsprojekt, das durch PhysiotherapeutInnen über einen Vertrag mit dem Public Health–Department realisiert wurde, betraf 21 Pflichtschulen in Zentralschweden. Von 2001 bis 2003 arbeiteten Physiotherapeutinnen mit Zusatzqualifikationen in Pädagogik, Public Health oder Jugendgruppenleitung, die Mitglieder einer Primary Health Care–Organisation waren, in diesen Schulen. Vor allem die Implementierung der körperlichen Aktivität in den täglichen Schulalltag durch Veränderungen der Umgebung, Adaptionen der Stundenpläne und Informationen der LehrerInnen und Eltern, sowie eine enge Zusammenarbeit mit den TurnlehrerInnen, prägten die physiotherapeutische Arbeit in diesem Setting (Boll & Boström-Lindberg, 2010).

5.3 Physiotherapie und Gesundheitsförderung in Neuseeland

Auch in Neuseeland wurde bereits vor Jahren durch den zunehmenden Aufbau der Primary Health Care gefordert, dass sich PhysiotherapeutInnen als wichtiger Berufsstand mit ihren klinischen Fähigkeiten einerseits und mit Ihrer Beratungsfunktion in der Gesundheitsförderung andererseits, zunehmend in diesen interdisziplinären Bereich einbringen und vermehrt setting- oder zielgruppenorientierte Bewegungsinterventionen anordnen (Steward und Haswell, 2007).

So werden etwa auch auf der Homepage der Schule für Physiotherapie an der Universität Otago (2012) als mögliche Settings für physiotherapeutische Interventionen neben Kliniken, Rehabilitationszentren, Altenheimen und Sportvereinen auch Schulen, Gemeinden und größere Betriebe angegeben.

Es entsteht der Eindruck, dass in Neuseeland in den letzten Jahren ein deutlicher Umbruch im Tätigkeitsbereich der PhysiotherapeutInnen stattgefunden hat, wie es auch Nicholls, Reid und Larmer (2009) in einem Artikel gefordert haben: Sie meinen darin, dass – bedingt durch zunehmende Alterung der Bevölkerung und Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen – PhysiotherapeutInnen neben gezielten, individuellen Interventionen, die sicher kostenintensiver sind, vermehrt Bevölkerungsgruppen mittels präventiven Interventionen und Verschreibungen von körperlicher Aktivität (auch im Kontext der Primary Health Care-Organisationen) behandeln müssen. Auch die Behandlung von chronisch erkrankten, älteren Menschen sollte zwar weiterhin durch einzelne Perioden von individuellen Physiotherapien erfolgen können, zusätzlich sind aber gruppenorientierte Programme – zum Beispiel auf Gemeindeebene – erforderlich, die den Umgang der Betroffenen mit ihrer Erkrankung fördern. Der Stellenwert dieser gruppenorientierten Interventionen sollte dabei genauso hoch sein wie der von individuellen Behandlungen.

Auch Steward und Haswell (2007) kritisieren, dass die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen zwar über optimale Kompetenzen zum Mitwirken in Primary Health Care-Organisationen verfügt, sich aber dennoch noch nicht ausreichend in diesen Bereich einbringt. Sie führen auch an, dass dafür in der Ausbildung der PhysiotherapeutInnen vermehrt Schwerpunkte der multidisziplinären, präventiven und rehabilitativen Arbeit gelehrt werden müssten. Auch Nicholls, Reid und Larmer (2009) fordern ein Umdenken in der Grundausbildung, damit die zukünftigen neuseeländischen PhysiotherapeutInnen das biopsychosoziale dem biomedizinischen Denken vorziehen können und vermehrt New Public Health-Inhalte und Grundzüge einer multidisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen vermittelt bekommen. Weiters sollte ihrer Meinung nach die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen ihre Fähigkeiten vermehrt in ihren Gemeinden darstellen und dadurch eine Mitarbeit am settingorientierten, interdisziplinären Netzwerk erwirken.

Erste Versuche die Physiotherapie erfolgreich in die Primary Health Care-Organisationen einzubinden, sind in den letzten Jahren in Neuseeland bereits geglückt. Dort arbeiten PhysiotherapeutInnen im Langzeit-Management von Herz-Kreislauf- und

Diabetes-Erkrankungen mit, und sie erstellen Übungsprogramme für die Wiedereingliederung in den Beruf für PatientInnen mit degenerativen Gelenkerkrankungen oder neurologischen Defiziten (Nicholls, Reid & Larmer, 2009; University Otago, 2012).

Eine Arbeitsgruppe der Gesellschaft „Physiotherapy New Zealand“ beschäftigt sich mit der Erstellung von Strategien zur Weiterentwicklung des Berufs, um den sich ändernden Anforderungen des Gesundheitswesens mit verstärktem Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention, sowie auf ein interdisziplinäres Management von chronischen Erkrankungen, gerecht zu werden. Kurse, die PhysiotherapeutInnen auf die sich ändernden Gesundheitsanforderungen vorbereiten, werden seit 2012 angeboten (d'Young, 2011).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass, durch den demografischen Wandel mit steigender Anzahl von chronisch Kranken, auch österreichische PhysiotherapeutInnen neben ihren traditionellen kurativen und rehabilitativen Tätigkeiten vermehrt Beratungen und Schulungen für KlientInnen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen sollten, und – wie es bereits in anderen Ländern mit ähnlichen Gesundheitsproblemen in ihrer Bevölkerung praktiziert wird – die Bedeutung von populationsbezogenem, interdisziplinärem Handeln in der Krankenversorgung umsetzen können.

Perreault (2008) gibt an, dass eine Gesundheitsberatung oder PatientInnen-Beratung häufig die einzige Gesundheitsförderungs-Strategie ist, die PhysiotherapeutInnen umsetzen, was mit einem Mangel an Grundkenntnissen über Gesundheitsförderung und Public Health in dieser Berufsgruppe zusammenhängen könnte.

Sind also PhysiotherapeutInnen durch ihre Ausbildung dazu befähigt, körperliche Aktivität bei ihren PatientInnen zu empfehlen, anzuleiten und zu kontrollieren – wie es etwa bei chronischen SchmerzpatientInnen, PatientInnen mit psychischen Störungen oder PatientInnen nach Sportverletzungen evidenzbasiert erfolgreich durchgeführt wird (WCPT, 2011), so könnten sie diese Maßnahme auch bei gesunden Personen erfolgreich anwenden.

5.4 Die Rolle der körperlichen Aktivität in der Gesundheitsförderung

Die körperliche Aktivität wird als Bewegung, die durch Einsatz der Skelettmuskulatur erzeugt wird und einen höheren Energiebedarf als Aktivitäten in ruhender Position zur Folge hat, bezeichnet und ist eine wesentliche Gesundheitsdeterminante (Bachl et al., 2012). Die Förderung der körperlichen Aktivität muss – laut WHO (2007) – als eine Hauptaufgabe von Public Health gesehen werden. Gleichzeitig ist genau diese Förderung der körperlichen Aktivität auf individueller Ebene aber auch in unterschiedlichen Settings – wie bereits mehrfach erwähnt - eine Hauptaufgabe der PhysiotherapeutInnen.

Studien zu den Prävalenzen von körperlicher Inaktivität in Europa haben ergeben, dass mehr als zwei Drittel der Bevölkerung keine körperliche Aktivität zum Transport, und die Hälfte der Bevölkerung keine oder nur sehr wenig körperliche Aktivität in der Freizeit ausüben (Abu-Omur & Rütte, 2012). Die Modernisierung der letzten Jahrzehnte führt in der Gesellschaft zunehmend zu einem körperlich-inaktiven Lebensstil, der laut zahlreichen epidemiologischen Studien für 15 bis 20 Prozent der Herz-Kreislaufkrankungen, Diabeteserkrankungen, Brust- und Darmkrebserkrankungen und Schenkelhalsfrakturen verantwortlich ist, beziehungsweise die Lebenserwartung in Gesundheit um acht bis zehn Jahre reduziert (WHO, 2007). Aus Public Health-Sichtweise ist es ein dringendes Ziel, das Ausmaß der körperlichen Aktivität in der Gesamtbevölkerung zu steigern. Die von der WHO im Jahre 2010 veröffentlichten „Global Recommendations on Physical Activity“ beinhalten Richtlinien zur körperlichen Aktivität für Kinder und Jugendliche, 18- bis 64-Jährige und für über 65-Jährige, welche von nationalen politischen Entscheidungsträgern aufgenommen werden sollen. In Österreich wurden unter dem Auftrag vom Fonds Gesundes Österreich daraufhin die „Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ erstellt (Bachl et al., 2012). Diese Empfehlungen besagen, dass sich Kinder und Jugendliche mindestens 60 Minuten täglich möglichst vielfältig bewegen sollen. Für Erwachsene werden 150 Minuten wöchentliche körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten mit höherer Intensität oder eine Kombination aus beiden Intensitätsformen mit zusätzlichen muskelkräftigenden Übungen (zweimal pro Woche) empfohlen (Abbildung 2). Für Erwachsene, die über 65 Jahre alt sind, werden zusätzlich gleichgewichtsfördernde Übungen angeraten.

Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche



Bewegungsempfehlungen für Erwachsene



Abb 1. Österreichische Bewegungsempfehlungen

Anmerkung. Aus „Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ von N. Bachl et al. (2012) download von <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/fotos-grafiken/infografiken> am 22.10.2012

Laut Umfragen wissen zwar 80 Prozent der Bevölkerung über die gesundheitsfördernde Wirkung der körperlichen Aktivität Bescheid, dennoch ist – wie vorhin beschrieben – ein wesentlich geringerer Anteil der Bevölkerung regelmäßig körperlich aktiv.

In Österreich kann man aufgrund von selbstberichteten Daten (fragebogen- und interviewbasierte Erhebungen) davon ausgehen, dass nur etwa ein Fünftel aller 11- bis 15-jährigen SchülerInnen und etwa ein Viertel aller Erwachsenen diese Bewegungsempfehlungen einhält, wobei ein Drittel der Erwachsenen überhaupt keine körperliche Aktivität von zumindest mittlerer Intensität ausübt. Die Förderung von Bewegung in der Gesamtbevölkerung birgt neben gesteigertem Wohlbefinden auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen durch verminderte Kosten für die Versorgung von chronisch Kranken (Bachl et al., 2012).

Da ein vermehrtes Bewegungsangebot von Sportvereinen eher nur von motivierten und bereits körperlich aktiven Personen angenommen wird, wäre es in diesem Zusammenhang wichtig, vor allem Personen, die bereits Risikofaktoren oder erste Symptome chronischer Erkrankungen aufweisen, für das Einhalten der

Bewegungsempfehlungen zu gewinnen. Dafür sollten gerade Health-Professionals, die sich mit Bewegungsberatung und –interventionen beschäftigen (Physio- und ErgotherapeutInnen) und somit von diesen Risikopersonen aufgesucht werden, eine „Erziehungs- und Vermittlungsrolle“ ausüben.

Neben den Fähigkeiten, Symptome einzelner Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und unter Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes des/der PatientIn optimal zu behandeln, sollten PhysiotherapeutInnen auch über die populationsbezogene Prävalenz von körperlicher Inaktivität und deren Folgen Bescheid wissen, um im Sinne der Gesundheitsförderung Interventionen setzen zu können.

5.5 Möglichkeiten der Physiotherapie in den Settings der Gesundheitsförderung

Auf dem Gesundheitsförderungsmarkt sind viele Berufsgruppen wie SportwissenschaftlerInnen, GesundheitswissenschaftlerInnen, WellnesstrainerInnen, etc. aktiv. Einerseits ist das multidisziplinäre Feld in der Gesundheitsförderung für alle Beteiligten gewinnbringend, andererseits müssen sich PhysiotherapeutInnen im zunehmend umwobenen Angebotsspektrum der Gesundheitsförderung erst etablieren. Als Voraussetzung dafür führen Geuter und Lehmann (2007) an, dass sich PhysiotherapeutInnen dabei nicht nur in der Rolle von KursleiterInnen sehen sollen, sondern auch in der Lage sein müssen, Gesundheitsförderungsprojekte zu initiieren, zu entwickeln und zu betreuen. Auch sollten sie ihre Tätigkeit rund um Gesundheitsförderung und Prävention nicht als zweitrangig sehen, da die Übergänge zu Interventionen der Kuration und Rehabilitation fließend sind. Haltungs- und Bewegungsförderung für Kinder, Analyse von Bewegungsabläufen an Arbeitsplätzen, Beratungen am Bildschirmarbeitsplatz, Programme zur Stressreduktion sind nur einige Beispiele der möglichen physiotherapeutischen settingorientierten Interventionen und werden im folgenden Abschnitt noch genauer beschrieben:

5.5.1 Setting Schule

Besonders das Setting Schule spielt in der Gesundheitsförderung eine große Rolle, da hier - bedingt durch die Schulpflicht - alle Kinder und Jugendlichen einer Region über einen längeren Zeitraum erreicht werden. Auch ist die Schule neben der Familie der zentrale Sozialisationsraum für die heranwachsende Generation (Kocks, 2008). Auf die wesentlichen Grundlagen der gesundheitsfördernden Schule wird in dieser Arbeit im Kapitel 7.1 eingegangen.

Synonym zu den Erwachsenen, steigt auch bei den Kindern und Jugendlichen die Prävalenz von chronischen Erkrankungen permanent an. So geben 16,8 Prozent von knapp 6500 befragten österreichischen Schulkindern und Jugendlichen an, dass bei ihnen eine lang-andauernde Erkrankung oder Behinderung diagnostiziert wurde (Kocks, 2008; Ramelow et al., 2011). Dass ein zunehmend bewegungsarmer Alltag ein Risikofaktor für viele dieser chronischen Erkrankungen ist, kann auch in der HBSC-Studie von Ramelow et al. (2011) nachvollzogen werden. So verbringen die befragten österreichischen 11- bis 17-Jährigen an Schultagen durchschnittlich 4,9 Stunden und an schulfreien Tagen sogar 7,1 Stunden mit sitzender Freizeitaktivität (Fernsehen, Computerspiele). Von den 17-jährigen Jugendlichen erfüllen nur noch 8,7 Prozent die WHO-Bewegungsempfehlungen von zumindest einer Stunde körperlicher Aktivität täglich.

Bei den „Handlungsempfehlungen für die Qualitätsbereiche Ernährung und Bewegung“ für die „Gesunde Schule“ Österreich ist nachzulesen, dass ein LehrerInnenteam der jeweiligen Schule die Umsetzung der geforderten Bewegungsstrategien koordiniert, und „zur Planung von Maßnahmen und Projekten zum Qualitätsbereich Bewegung BewegungsexpertInnen (wie SportpädagogInnen oder SportwissenschaftlerInnen oder PhysiotherapeutInnen) hinzugezogen“ werden (Adamowitsch, Flaschberger & Felder-Puig, 2011, S.29). Bei der Recherche nach aktuellen „Gesunde Schule“-Projekten in Österreich fällt jedoch auf, dass PhysiotherapeutInnen kein Bestandteil der multidisziplinären Teams sind (BMUK, 2009; styria vitalis, 2011).

Auch wurde über settingorientierte physiotherapeutische Interventionen für gesunde Kinder und Schulpersonal scheinbar noch kaum geforscht. Es wird allerdings häufig beschrieben, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Rückenschmerzen

ansteigt, und Präventionsinterventionen durch PhysiotherapeutInnen in den Schulen anzustreben sind. Da bei der seit Jahrzehnten gängigen „Rückenschule“¹ kaum Wirkung als präventive Maßnahme nachgewiesen werden konnte, soll die physiotherapeutische Intervention in Schulen neben Wirbelsäulen- und Bewegungsinformationen für Kinder, Eltern und LehrerInnen auch Bewegungsprogramme zur Verbesserung der Wahrnehmung und der Koordination beinhalten (Groll, Heine-Goldammer & Zalpour, 2009). Regelmäßige körperliche Aktivität und Übungsprogramme, die gezielte koordinative Übungsaufgaben beinhalten, sind demnach eine wirkungsvolle präventive Intervention bei Rückenschmerzen und sollten zusätzlich zum Auffinden und Beseitigen der Hauptrisikofaktoren in schulische Präventionsprogramme aufgenommen werden. Zu diesen Risikofaktoren zählen laut Burton et al. (2004) auch langandauerndes, schlechtes Sitzverhalten, unpassende Schulmöbel und Rumpf-Assymetrien. Da sowohl die ergonomische Kontrolle der Sitzmöbel und die individuelle Haltungsanalyse als auch das Anleiten von gruppenorientierten Übungsprogrammen und individuelle, kurative Interventionen bei bereits bestehenden Rückenbeschwerden zu den Aufgaben der PhysiotherapeutInnen zählen, werden wirbelsäulenorientierte Präventionsprogramme in Schulen häufig von PhysiotherapeutInnen umgesetzt. So führen auch Boll und Boström-Lindberg (2010) an, dass schwedische PhysiotherapeutInnen in Schulen sich mit dem Thema „Rücken“ auseinandersetzen, aber noch keine Studien über gesundheitserziehende Maßnahmen durch PhysiotherapeutInnen in schulischen gesundheitsfördernden Programmen existieren.

Auch die steigende Prävalenz (aktuell 20 bis 30 Prozent) von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist eine brisante Thematik und eine weltweite gesundheitspolitische Herausforderung. Diese Problematik führt bei betroffenen Kindern nicht nur zu psychischen und psychosozialen Einschränkungen, sondern erhöht auch das Diabetes-Typ 2- und das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko und das Auftreten von frühzeitigen orthopädischen Problemen. Sowohl verhaltens- auch auch verhältnispräventive Maßnahmen über einen langen Zeitraum im Setting Schule sollen diesen steigenden Risiken entgegenwirken (Kriemler et al., 2010; Summerbell et al., 2005).

¹ Kurse und Bücher, die Informationen und Übungen zur Linderung und Prävention von Rückenschmerzen vermitteln und erstmals in den 1960er-Jahren in Schweden eingesetzt wurden (wikipedia.org, Rückenschule, 2013)

Ob eine Steigerung der körperlichen Aktivität auch eine wirkungsvolle präventive Intervention gegen die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist, konnte noch nicht eindeutig durch Studien belegt werden. So konnten Summerbell et al. (2005) in ihrem Review anhand von 22 Studien, die vorwiegend im Setting Schule durchgeführt wurden, und deren Interventionen auf eine Steigerung der körperlichen Aktivität und/oder Verbesserung der Ernährung abgestimmt waren, keine ausreichende Evidenz für eine Adipositasprävention erkennen.

Auch Harris, Kuramoto, Schulzer und Retallack (2009) beschreiben in ihrer Metaanalyse mittels 15 Studien, dass ein schulisches Programm zur Steigerung der körperlichen Aktivität keine signifikante Reduktion des Body Mass Index [BMI] zur Folge hat. Die AutorInnen führen aber auch an, dass die Dosis der körperlichen Aktivität vermutlich nicht ausreichend für eine Änderung war, da die Dauer der Studien nur sechs bis zwölf Monate betrug, und viele Studien über die Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität nicht objektiv, sondern nur über subjektiven Selbstreport der teilnehmenden Kinder, berichtet haben.

Zu einem positiveren Ergebnis kamen Kriemler et al. (2010), die mittels einer randomisierten, kontrollierten Studie in 28 Volksschulklassen die Evidenz von gesteigerter körperlicher Aktivität (tägliche Turnstunde, täglich bis zu drei Kurzbewegungspausen, täglich Bewegungsübungen als Hausaufgabe über ein gesamtes Schuljahr) erforschten. Die Kinder der Versuchsgruppe konnten eine deutliche Verbesserung ihrer aeroben Fitness und eine geringere Zunahme von Körperfett erzielen.

Waters et al. (2011) berichten in ihrem Review über 39 Interventionsstudien zur Adipositas-Prävention bei sechs- bis zwölfjährigen Kindern über eine Reduktion des BMI durch eine qualitativ hochwertige Anleitung von körperlicher Aktivität. Diese Bewegungsinterventionen haben auch eine Verbesserung der Körperwahrnehmung als Zielsetzung und müssen in der Schule konsequent von LehrerInnen umgesetzt werden.

Eine weitere Bewertung der aktuell ausgedehnten Studienlage zum Thema Adipositasprävention würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es kann aber aufgrund der recherchierten Reviews und Studien aufgezeigt werden, dass für die positive Wirkung einer Adipositasprävention die in der Gesundheitsförderung wesentlichen Aspekte eingehalten werden müssen. Dazu zählen multifaktorielle

Ansätze mit einer hohen Partizipation im Setting, eine Stärkung des Empowerments der Zielgruppe und eine Adaptation der Umgebung (Möglichkeiten von gesunder Ernährung und täglicher körperlicher Aktivität in der Schule und zu Hause). Die Förderung der körperlichen Aktivität, als ein Schwerpunkt in der Adipositasprävention, sollte dabei einerseits von guter Qualität (Wahrnehmungsschulung, koordinatives Training) sein, aber auch LehrerInnen, Eltern und Sportvereine miteinbeziehen (Waters et al., 2011). Als Zielsetzung dieser Bewegungsinterventionen zählt auch das Bewegungsbewusstsein in die Schulorganisation zu etablieren und Strukturen für die Umsetzung der Bewegungsförderung aufzubauen (Adamowitsch, Flaschberger & Felder-Puig, 2011).

Die Steigerung der körperlichen Aktivität verbessert nicht nur die Körperzusammensetzung, die cardiovasculäre und muskuloskeletale Fitness, sondern auch die mentale Gesundheit und Belastbarkeit im Alltag (WHO, 2010). Dafür ist das Setting Schule der optimale Platz, um Verhaltensänderungen möglichst früh zu vermitteln und Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrem sozialen Status in Interventionen miteinzubeziehen, aber auch um mögliche Risikofaktoren und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Das sollte eine gewinnbringende Möglichkeit sein, Physiotherapie in der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention einzusetzen.

5.5.2 Setting Betrieb

Bedingt durch die aktuell angespannte Arbeitsmarktsituation kam es in Österreich in den letzten Jahren zu einem Rückgang der Krankenstände (13,2 Tage pro Erwerbstätigen im Jahr 2011). Dennoch ist ein Anstieg der chronischen Erkrankungen zu verzeichnen. Laut der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07“ leiden bereits 17,3 Prozent der Erwerbstätigen an Erschöpfungszuständen. Bei einer statistischen Erhebung im Jahre 2011 gaben 41,6 Prozent der Personen im Erwerbsalter (15 bis 65 Jahre) eine oder mehrere dauerhafte Gesundheitsbeschwerde/n an. Dabei ist die Prävalenz bei den Wirbelsäulenbeschwerden (mehr als ein Drittel der Befragten) am höchsten. Zusätzlich haben 23,5 Prozent dieser Personengruppe zumindest eine motorische oder sensorische Einschränkung im Alltag angegeben (Statistik Austria, 2013).

Somit ist es auch ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsförderung, Maßnahmen und Strategien für eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz umzusetzen, um die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten, beziehungsweise möglichst rasch wiederzuerlangen.

Besonders präventive und kurative Maßnahmen von muskuloskelettalen Beschwerden können eine wesentliche Aufgabe der PhysiotherapeutInnen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sein. Allein die individuelle Beratung zur Verbesserung und Adaptation von fehlerhaft eingelernten Haltungs- und Bewegungsmustern als Verhaltensprävention (im Sinne der traditionellen Rückenschule) ist als präventive Maßnahme auch bei Erwachsenen nicht evidenzbasiert, wie es auch Bigos, Holland, Holland, Webster, Battie und Malmgren (2009) in ihrem Review, in dem sie 20 prospektive, kontrollierte Studien über Präventionsmaßnahmen bei erwerbstätigen Personen verglichen, beschreiben. Sie führen auch an, dass ein Übungsprogramm in sieben von acht Studien eine effektive Präventionsintervention von Rückenschmerzen darstellt. Auch ein allgemeines Fitness- und Muskelkräftigungsprogramm hat bei konsequenter Durchführung, durch die Verbesserung der individuellen Fitness, einen indirekten positiven Effekt auf muskuloskelettale Beschwerden (Stößel & Michaelis, 2001). Auch Burton et al. (2004) geben in den „Europäischen Leitlinien zur Prävention von Rückenschmerzen“ an, dass Übungsprogramme zur Kräftigung der Rumpfmuskulatur und Verbesserung der Beweglichkeit, und die Förderung der allgemeinen körperlichen Aktivität die beste Evidenz in der Prävention von Rückenschmerzen aufweisen und auch die Schmerzstärke, Krankenstandsdauer und Rezitivanzahl verringern.

Auch die ergonomische Verbesserung der Arbeitsplatzgestaltung ist, allerdings nur bei ausreichender Einweisung auf neue Arbeitsplätze und –geräte, eine wirkungsvolle präventive Intervention für muskuloskelettale Beschwerden (Burton et al., 2004; Stößel & Michaelis, 2001).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass ein mehrdimensionaler Ansatz mit möglichst hoher Partizipation auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung der optimale Weg ist.

Es soll aber vor allem auch aufgezeigt werden, dass die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen sich zunehmend in das multidisziplinäre Team dieses Settings integrieren sollte, da auch hier die Förderung der körperlichen Aktivität als präventive Maßnahme von vielen chronischen Erkrankungen und zur Verbesserung des

individuellen Gesundheitszustandes eine zentrale Rolle spielt. Auch der fließende Übergang von der Prävention in die Kuration durch die relativ hohe Prävalenz von Beschwerden und Einschränkungen in der arbeitenden Bevölkerungsgruppe ist von dieser Berufsgruppe bewältigbar.

So hat der österreichische Bundesverband „physioaustria“ im Jahr 2010 das Netzwerk „Arbeit und Gesundheit“ gegründet. Ziel dieses Netzwerkes ist es, das Betriebliche Gesundheitsmanagement als ein wesentliches Standbein der Physiotherapie zu etablieren, weiters betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte umzusetzen, und in Form von Weiterbildungen SpezialistInnen für Ergonomie und betriebliches Gesundheitsmanagement auszubilden (physioaustria, 2013).

Bei physiotherapeutischen Interventionen im Setting Betrieb ist es von großer Bedeutung das biomedizinische Denken durch den biopsychosozialen Ansatz zu ersetzen, da nicht ein klinisches Bild, sondern das Erkennen und Abschwächen von Belastungs- und Risikofaktoren im Mittelpunkt stehen. Neben einer Verbesserung der individuellen Ressourcen (Verhaltensergonomie), muss auch ein Reduzieren der arbeitsbedingten Belastungsfaktoren (Verhältnisergonomie) und eine Optimierung der Erholungspausen das Ziel einer physiotherapeutischen Intervention im Setting Betrieb sein. Neben den Problemen der ArbeitnehmerInnen muss dabei auch auf die Erwartungen der AuftraggeberInnen eingegangen werden (Eckler, 2013).

5.5.3 Setting Gemeinde

Im Setting Gemeinde, das auch die weiteren Settings der Gesundheitsförderung (Familie, Schule, Betrieb) integriert, kann die Gesundheitsförderung hauptsächlich zur Stärkung sozialer Netzwerke beitragen. Bei der Anwendung der kommunalen Gesundheitsförderung muss vor allem darauf geachtet werden, dass auch sozial benachteiligte Gruppen in diesem Setting erreicht werden (Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000). Besonders die Gruppe der älteren Personen ist eine wesentliche Zielgruppe im Setting Gemeinde. Deutlich wird das auch durch Ergebnisse statistischer Erhebungen, wonach der Anteil der 60- bis 74-jährigen ÖsterreicherInnen mit zumindest einer chronischen Erkrankung von 45,8 Prozent (1999) auf 84,3 Prozent (2007) angestiegen ist. Die durchschnittliche Anzahl der chronischen Erkrankungen pro

Person aus dieser Altersgruppe ist in diesem Zeitraum von 0,8 (1999) auf 3,0 (2007) angestiegen (Statistik Austria, 2010). Daraus kann auch abgelesen werden, dass die Anzahl der multimorbiden, älteren Personen permanent ansteigt, was nicht nur zu einer verminderten Lebensqualität in dieser Altersgruppe, sondern auch zu einer Kostenexplosion für die medizinische und pflegerische Versorgung führt. Auch aus volkswirtschaftlichen Gründen sollten Public Health–Strategien umgesetzt werden, die den bereits mehrfach erwähnten, rasanten Anstieg der chronischen Erkrankungen reduzieren kann. Dazu sind im Sinne von Case und Care Management eine Stärkung der Eigenverantwortung älterer Menschen, die Unterstützung sozialer Netze und neue Organisationsformen für die Kombination unterschiedlicher Hilfestellungen nötig (ÖGCC, 2013). Es ist bekannt, dass in diesen unterschiedlichen Hilfestellungen auch PhysiotherapeutInnen mit individuellen Kurations- und Rehabilitationsmaßnahmen integriert sind und gerade bei pflegebedürftigen, älteren Menschen häufig in Zusammenarbeit mit Pflegeberufen oder pflegenden Angehörigen agieren (Lenck, 2008).

Mobilitätsstudien und Sturzpräventionsstudien zeigen, dass die Physiotherapie für diese Zielgruppe auch für Prävention und Gesundheitsförderung wesentlich ist. So können gezielte Bewegungsprogramme, mit dem in den Tagesablauf integrierten Training von Alltagsfunktionen, die Selbstständigkeit und Mobilität fördern (ÖGPH, 2013). Das Otago-Übungsprogramm wurde in den 1990er-Jahren in Neuseeland entwickelt und beinhaltet individuell adaptierte, von PhysiotherapeutInnen angeleitete und regelmäßig über Hausbesuche kontrollierte Übungen und zusätzliche telefonische Betreuung. Laut zahlreichen klinischen Studien ist für dieses physiotherapeutische Präventionsprogramm sehr gute Evidenz für die Wirksamkeit gegeben (Scherfer & Stranzinger, 2012).

Auch können präventive und gesundheitsfördernde Interventionen in die Gesundheitsversorgung der Gemeinden miteinbezogen werden, wie es am Beispiel der Primary Health Care erfolgreich praktiziert wird. Bereits 1978 wurde in der Alma-ATA-Deklaration festgelegt, dass sich die Primary Health Care mit den wesentlichen gesundheitlichen Problemen in einer Gemeinde auseinandersetzt, gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen einsetzt, von einem multidisziplinären Gesundheitsteam umgesetzt wird und die Partizipation und möglichst hohe Selbstständigkeit jedes/jeder Einzelnen fördert (WHO Europe, 1978). So wird auch von Studien-AutorInnen aus Neuseeland oder Schweden – wo die Primary Health Care bereits seit vielen Jahren in das Gesundheitswesen integriert ist -

eine vermehrte Einbindung der physiotherapeutischen Berufsgruppe in dieses System gefordert (Kent, 2010; Nicholls, Reid, & Larmer, 2009; Steward & Haswell, 2007). In Österreich gibt es aktuell noch kaum Erfahrung mit einer strukturierten Primärversorgung, Reformen in diese Richtung scheinen aber aktuell zumindest angestrebt zu werden. So ist die Primärversorgung Themenschwerpunkt der diesjährigen „Vienna Healthcare Lectures“. Dabei handelt es sich um eine mehrtägige Fortbildung, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und vom Institut für Höhere Studien veranstaltet wird, und die sich an GesundheitsexpertInnen und Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitssystem richtet (Vienna Healthcare Lectures, 2013).

In Österreich sind teilweise freiberufliche PhysiotherapeutInnen durch Interventionen in Pflegeheimen, Sportvereinen, Betrieben, Fitnessstudios, etc. im Setting Gemeinde präventiv aktiv (physioaustria, o.D.a), das Ausmaß der interdisziplinären Zusammenarbeit ist aber dabei meist – wie auch in Primary Health Care–Einrichtungen - von der Zusammensetzung des Praxisteam abhängig.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in den drei bedeutendsten Settings der Gesundheitsförderung die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen befähigt ist, aktiv mitzuarbeiten. Einerseits können sie Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Form von Informationsveranstaltungen, Verschreibung von Bewegungsprogrammen und deren regelmäßige Kontrolle und Gruppeninterventionen umsetzen. Andererseits können sie zusätzlich auch primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen, die zu einer besseren Übersichtlichkeit in der Tabelle 1 dargestellt sind:

Tabelle 1: Möglichkeiten der physiotherapeutischen Interventionen in den Settings der Gesundheitsförderung

Setting Schule	<ul style="list-style-type: none"> • Präventive Untersuchungen zur Diagnostik von Haltungsschwäche, Muskeldysbalancen, orthopädischen Erkrankungen und Behandlung dieser Risikofaktoren / Symptome • Erkennen von Entwicklungsverzögerungen und koordinativen Mängeln, spezielles Training der motorischen Grundeigenschaften, Förderung der motorischen und kognitiven Entwicklung • Gestaltung von Turnstunden und bewegten Pausen • Gestaltung von Informationsveranstaltungen, Schulungen und Bewegungsinterventionen für Eltern, LehrerInnen, etc. • „Rückenschule“ in Kombination mit Bewegungsprogrammen zur Wahrnehmungsschulung • Ergonomische Beratung für SchülerInnen und LehrerInnen • Schaffen einer bewegungsfreundlichen Umgebung (Sitzbälle, Übungsgeräte für die Pause, etc.) • Bewegungsinterventionen und Diagnoseverfahren im Zuge der multifaktoriellen Adipositasprävention und -behandlung 	Empfehlungen der gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität (je Altersstufe)	Integration in das multidisziplinäre Team, Förderung des Empowerments der Zielpersonen
Setting Betrieb	<ul style="list-style-type: none"> • Präventive Untersuchungen zur Diagnostik von arbeitsbedingten Überlastungssymptomen, Muskeldysbalancen, orthopädischen Erkrankungen und Behandlung dieser Risikofaktoren / Symptome • „Rückenschule“ in Kombination mit Bewegungsprogrammen • Gestaltung von aktiven Pausen (Stressreduktion, Ausgleichsübungen) • Arbeitsplatzanalyse • Umgebungsadaptation (Arbeitsgeräte, Bildschirmarbeitsplatz,..) • Informationsveranstaltungen (Bewegungsempfehlungen, etc.) 		
Setting Gemeinde	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsinterventionen, Bewegungsverschreibungen und Schulungen bei Risikogruppen/chronisch Kranken (Diabetesgruppe, Hypertonikergruppe, etc.) • Einbeziehen der physiotherapeutischen Befundung, Behandlung und Prävention in die Primärversorgung • Förderung und Erhalten der Mobilität, Sturzprävention in Wohn- und Pflegeheimen • Angebot von Sportförderstunden für Kinder, Ausgleichstraining, Wirbelsäulenturnen, etc. für Erwachsene, Sturzpräventionstraining für ältere BewohnerInnen 		

Es wurde bereits erläutert, dass viele dieser Interventionen auch evidenzbasiert sind. Auch kann man aus dieser Aufstellung erkennen, dass neben Gesundheitserziehung und Gruppeninterventionen auch individuelle Interventionen (präventive Untersuchungen, „Verschreibung“ von individualisierten Bewegungsprogrammen, etc.) gefordert sind. Allerdings scheint es viele PhysiotherapeutInnen noch vor eine Herausforderung zu stellen, dass neben der optimalen Umsetzung dieser Interventionen auch ein Kennen der nötigen Rahmenbedingungen in der Gesundheitsförderung (gesetzliche Grundlagen, Projektmanagement, interdisziplinäre Zusammenarbeit, etc.) Voraussetzung für eine funktionierende Mitarbeit in den Settings der Gesundheitsförderung ist. Ob das an einer fehlenden Integration dieser Inhalte in der Physiotherapie-Grundausbildung liegt, soll nun im folgenden Kapitel recherchiert werden:

6. Die Rolle von Gesundheitsförderung und Public Health in der Physiotherapie-Ausbildung

Laut dem Europäischen Benchmark-Statement für Physiotherapie (ERWCPT, 2003) muss einE PhysiotherapeutIn unter anderem eine „effiziente Kommunikation mit Klienten/ Patienten..., Gruppen / Gemeinden / der Bevölkerung über ihre Bedürfnisse auf dem Gebiet der Gesundheit und sozialen Dienste“, „die vorläufige Identifikation der relevanten Determinanten für Gesundheit...“, sowie die „effiziente Kommunikation mit anderen Mitgliedern des Teams für Gesundheit und soziale Dienste“ beherrschen (S.25). Diese Fähigkeiten sind für PhysiotherapeutInnen und alle anderen Health-Professionals eine Voraussetzung für die Durchführung von settingorientierten, multidisziplinären Interventionen.

Diese Erkenntnis ist bereits bei mehreren AutorInnen in der Forderung nach New Public Health-Inhalten in den Physiotherapie-Curricula ersichtlich (Höppner, 2008, Klemme, Geuter & Siegmann, 2012, Nicholls, Reid & Larmer, 2009). Ob, beziehungsweise in welchem Ausmaß, diese geforderten Inhalte bereits in den Curricula der österreichischen Physiotherapie-Bachelorstudiengänge enthalten sind, soll nun erläutert werden.

Dazu wird recherchiert ob PhysiotherapeutInnen in Österreich bereits in ihrer Grundausbildung Kompetenzen erwerben, die sie zu Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung befähigen. Zusätzlich wird auch versucht nationale Curricula mit Ausbildungsinhalten in den oben erwähnten Ländern mit bereits vorbildhafter Implementierung von Public Health–Strategien (Schweden, Neuseeland) zu vergleichen.

6.1 Gesundheitsförderung und Public Health in den österreichischen Physiotherapie-Curricula

Die Ausbildung in Österreich wird seit 2006 in EU-konformer Weise als sechssemestriger Bachelorstudiengang an Fachhochschulen abgehalten, in der die Studierenden laut der MTD-Gesetzesnovelle fachlich-methodische, sozialkommunikative und wissenschaftliche Kompetenzen erwerben. Die AbsolventInnen dieser Studiengänge sollen neben dem eigenständigen physiotherapeutischen Handeln in den einzelnen klinischen Bereichen auch Arbeitsschritte der Physiotherapie beherrschen, die „der Erhaltung, Verbesserung oder Wiedererlangung der Bewegungsfähigkeit in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation dienen“ (Bundeskanzleramt-Rechtsinformationssystem, 2013).

Aktuell gibt es in Österreich sieben Standorte von Fachhochschulen, die den Bachelorstudiengang Physiotherapie anbieten. An diesen Studiengängen absolvieren insgesamt etwa 380 Studierende jährlich als „Bachelor of health science in physiotherapy“.

Im Studiengang erwirbt man insgesamt 180 Leistungspunkte (ECTS²), wovon durchschnittlich 50 Leistungspunkte in Form berufsspezifischer Praktika erworben werden. Eine exakte Aufgliederung der Leistungspunkte auf die erworbenen

² ECTS = European Credit Transfer System: Leistungen aller Studierenden im Europäischen Hochschulraum werden vergleichbar gemacht; ein Leistungspunkt (credit point) entspricht einem Arbeitsaufwand von 25 bis 30 Stunden, den internationalen Standards entsprechend sind 30 ECTS pro Semester zu erbringen (wikipedia.org, European Credit Transfer System, 2013).

Kompetenzen ist am Beispiel des Studienganges der FH JOANNEUM Graz in der Abbildung 2 dargestellt.

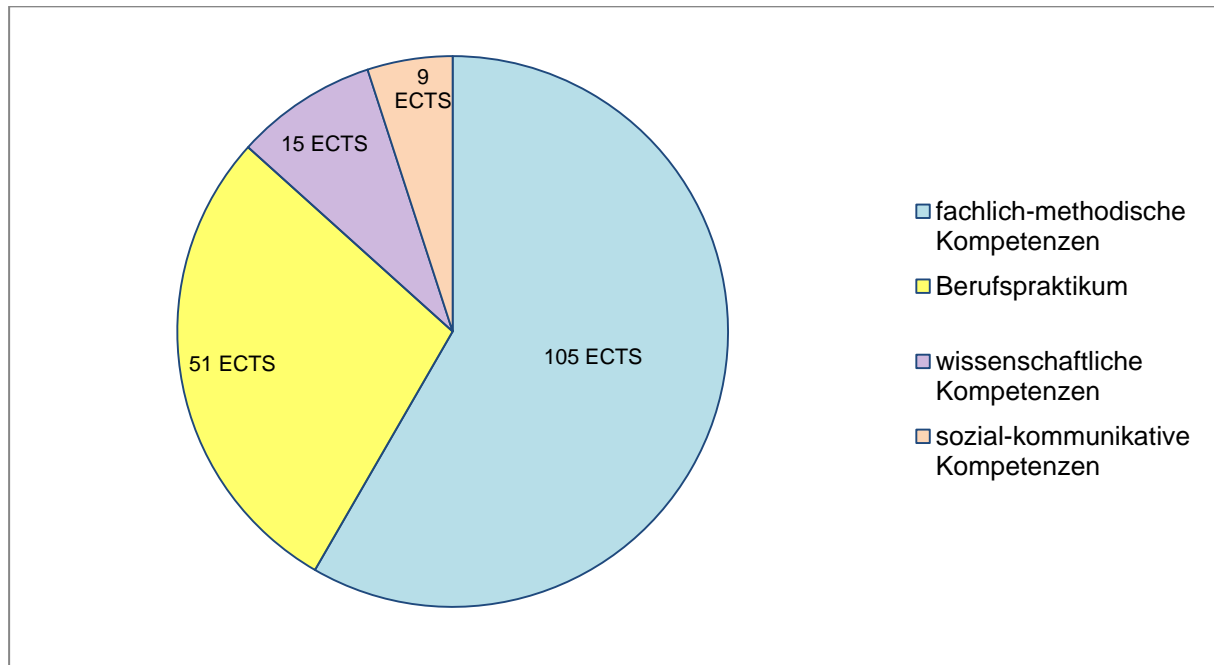


Abb.2 Aufteilung der Kompetenzvermittlung in der Bachelorausbildung Physiotherapie anhand des European Transfer Credit Systems (ECTS)

Anmerkung. Die Angaben stammen aus dem Ausbildungsplan der FH JOANNEUM Graz (FH-JOANNEUM-Physiotherapie, 2012)

In der Fachhochschul-MTD-Ausbildungsverordnung ist eine von 17 fachlich-methodischen Anforderungen an die AbsolventInnen des Studiengangs Physiotherapie „die Wirkung unphysiologischer Belastungen auf das Bewegungssystem in Rahmen von Prävention einzuschätzen, den physiotherapeutischen Prozess im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchzuführen, sowie gezielt entwicklungsfördernde und gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten“ (Bundeskanzleramt-Rechtsinformationssystem, 2013, Anlage 1).

Unter die sozialkommunikativen Kompetenzen fallen unter anderem die „kommunikativen und organisatorischen Fähigkeiten, die für die Bewältigung komplexer interdisziplinärer Aufgaben erforderlich sind“ (Bundeskanzleramt-Rechtsinformationssystem, 2013, Anlage 8).

Ein Teil der Lehrveranstaltungsinhalte zur Vermittlung der fachlich-methodischen und sozial-kommunikativen Kompetenzen bereitet die Studierenden somit nicht nur auf ihre Arbeit mit PatientInnen vor, sondern könnte gleichermaßen auch an Gesunden umgesetzt werden (vergleiche „Physiologie“, „Trainingslehre“, „Kommunikation“, „Bewegungserfahrung“, „Physiotherapie in der Pädiatrie“, etc.). Es stellt sich allerdings die Frage, ob auch Lehrveranstaltungen angeboten werden, die sich spezifisch mit den Themen „Public Health“ und „Gesundheitsförderung“ auseinandersetzen. Dafür wird in den aktuellen österreichischen Physiotherapie-Curricula nach eventuellen Lehrveranstaltungen mit den Bezeichnungen „Public Health“, „Gesundheitsförderung“ oder „Prävention“ recherchiert. Auch Lehrveranstaltungen, deren Inhalte zur Umsetzung von Public Health- und Gesundheitsförderungsstrategien beitragen, wie „Projektmanagement“, „Gesundheitsökonomie“ oder „settingorientierter Einsatz der Physiotherapie“, werden zu dieser Kategorie gezählt.

Das Ausmaß dieser Public Health-orientierten Lehrveranstaltungen ist in den Curricula der österreichischen Studiengänge unterschiedlich beschrieben. Die exakte Beschreibung und das dazugehörige Unterrichtsausmaß (in Semesterwochenstunden, SWS), mit den zu erreichenden Leistungspunkten (ECTS), sind in Tabelle 2 dargestellt.

Diese Aufstellung zeigt, dass „Public Health“ als Bezeichnung eines Unterrichtsfaches nur in einem der sieben Fachhochschullehrgänge angeboten wird (FH Campus-Wien, 2012) und „Gesundheitsförderung“ als Lehrfach-Bezeichnung an vier Studiengängen vorhanden ist. Die Umfänge der Public Health-relevanten Inhalte liegen insgesamt zwischen 2,5 und 6 ECTS (entspricht maximal 150 Stunden). Damit ist der Gesamtaufwand für diese Bereiche relativ gering und erreicht nur etwa drei bis fünf Prozent des gesamten theoretischen Lehrinhaltes (etwa 130 ECTS).

Am Fachhochschullehrgang am Campus Wien wird erst seit 2012 das Unterrichtsfach „Public Health und Gesundheitsförderung“ angeboten, wobei die Studierenden unter anderem über nationale und internationale Gesundheitsentwicklung, Gesundheitsdeterminanten, wichtige epidemiologische Kennzahlen informiert werden, Gesundheitsförderungsprojekte hinsichtlich Qualitätskriterien analysieren und Gesundheitsförderungsprojektentwürfe erstellen (FH Campus-Wien, 2012).

Das Unterrichtsfach „Projektmanagement“ stellt sicher eine Grundlage für die Arbeit in der Gesundheitsförderung dar und wird an vier von sieben österreichischen Lehrgängen als eigenständiges Unterrichtsfach unterrichtet. An der Fachhochschule Wien sind Projektmanagement-Inhalte in das Unterrichtsfach „Wissenschaftliches

Arbeiten“ integriert. Teilweise erlangen Studierende Grundkenntnisse in Projektmanagement auch durch aktive Planung und Mitarbeit bei Projekten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (M.Duerl, Studiengangsleiter Salzburg, persönliche Mitteilung, 05.08.2013; FH-JOANNEUM-Physiotherapie, 2012; FH St.Pölten, 2012).

In der „(Gesundheits-) Ökonomie“ werden den Studierenden die Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems, der Betriebsführung im Krankenhaus und der Freiberuflichkeit vermittelt (FH Gesundheitsberufe OÖ, 2013). An der FH-Salzburg (2012) werden in diesem Unterrichtsgegenstand Gesundheitsdefinitionen, Grundbegriffe von Epidemiologie und Public Health und die Organisation der intra- und extramuralen Versorgungsstufen gelehrt. An der FH-JOANNEUM Graz (2012) erlernen die Studierenden in diesem Unterrichtsfach auch Grundlagen der modernen Präsentation, die sie an einem geplanten Projekt umsetzen.

Das Setting Betrieb scheint in der Physiotherapieausbildung die grösste Rolle zu spielen. Immerhin wird an sechs der sieben Studiengänge ein Unterrichtsfach mit der Bezeichnung „Arbeitsmedizin“ und/oder „Ergonomie“ angeboten. Neben dem Kennenlernen der physischen und psychosozialen arbeitsbedingten Belastungsfaktoren, erlernen die Studierenden unter anderem eine Arbeitsplatzanalyse sowie die fachlich und methodisch korrekte Instruktion eines Selbstbehandlungsprogrammes durchzuführen (Fachhochschule Kärnten, 2012) und Informationsveranstaltungen, Rückenschule, Pausengestaltung und ergonomische Beratungen für ArbeitnehmerInnen anzuleiten (FH Campus-Wien, 2012). Neben der Durchführung und Auswertung von Haltungs- und Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz und im Sport, sowie der Umsetzung von darauf abgestimmten Interventionen, lernen die Studierenden auch ihren Stellenwert im interdisziplinären Team kennen (FH-JOANNEUM-Physiotherapie, 2012). An den Studiengängen Wien, Graz und Salzburg haben die Studierenden auch die Möglichkeit Arbeitsplatzanalysen und Präventionsprogramme direkt in Betrieben umzusetzen.

Die weiteren wesentlichen Settings der Gesundheitsförderung (Schule und Gemeinde) werden in den Curricula nie extra ausgewiesen.

Tabelle 2: Quantitatives Ausmaß der Unterrichtsfächer mit Gesundheitsförderungs-Schwerpunkten an den Physiotherapie-Bachelorstudiengängen in Österreich

<i>STUDIENGANG Österreich</i>	<i>Ausbildungsplätze pro Jahr</i>	<i>Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention</i>	<i>Arbeitsmedizin, Ergonomie</i>	<i>Sonstiges</i>	<i>ECTS</i>
FH Campus Wien (FH Campus-Wien, 2012)	115	Public Health und Gesundheitsförderung: 1 SWS (1 ECTS)	Arbeitsmedizin und Prävention 1 SWS (1ECTS)	Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft 1 SWS (1 ECTS)	3
FH St.Pölten (FH St.Pölten, 2012)	40	Prävention und Gesundheitsförderung 0,5 SWS (0,5ECTS)	Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitsmedizin 0.5 SWS (0,5 ECTS)	Projektmanagement in der GF 1 SWS(1ECTS) Projektarbeit in der GF und Prävention: 1 SWS (3,5 ECTS)	5,5
FH Gesundheitsberufe Oberösterreich (FH Gesundheitsberufe OÖ, 2013)	96 (an 3 Standorten: Linz, Steyr, Wels)	Gesundheitsförderung und Prävention: 1 SWS (1ECTS)	Arbeitsmedizin und Ergonomie: 1 SWS (1ECTS)	Gesundheitswesen und Ökonomie: 1 SWS (1,5 ECTS)	3,5
FH Salzburg (FHS, 2012)	28	Physiotherapeutischer Prozess in der Gesundheitsförderung und Prävention 2 SWS (2 ECTS)		Projektmanagement 2 SWS (1 ECTS) Gesundheitswesen,-ökonomie 1 SWS (1 ECTS)	4
FH Gesundheit Tirol (FH-Gesundheit-Tirol, 2012)	26		Arbeitsmedizin und Prävention: 1 SWS (1ECTS)	Gesundheitsökonomie 1 SWS (1 ECTS) Einführung Projektmanagement: 1 SWS (1,5 ECTS)	3,5
FH Klagenfurt (Fachhochschule Kärnten, 2012)	24		Arbeitsmedizin: 2 SWS (2 ECTS)	Systeme und Organisation der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung: 0,5 SWS (0,5 ECTS)	2,5
FH JOANNEUM Graz (FH-JOANNEUM-Physiotherapie, 2012)	60	Physiotherapie in der Prävention: 1,5 SWS (1,5 ECTS)	Physiotherapeutischer Prozess in der Ergonomie 1 SWS (1ECTS)	Gesundheitsökonomie 1 SWS (1 ECTS) Projektmanagement 1,5 SWS (1,5 ECTS) Präsentation am modernen Gesundheitsmarkt: 1 SWS (1 ECTS)	6

Zusätzlich zur Recherche anhand der aktuellen Curricula und Syllabi wurde den sieben StudiengangsleiterInnen eine kurze E-Mail-Befragung mit drei Fragen zugesandt, die von allen beantwortet wurden (Anhang 2).

Zuerst wurde danach gefragt, ob die recherchierten Inhalte korrekt sind: Den ECTS-Beschreibungen (laut Tabelle 2) haben alle StudiengangsleiterInnen zugestimmt, drei von Ihnen führten aber an, dass auch in anderen Unterrichtsfächern teilweise Public Health-relevante Inhalte gelehrt werden, und zwar in den Unterrichtsfächern „Befund“, „Berufskunde“ und für einige Studierende in Wahlpflichtfächern wie „Behindertensport“ oder „Wellness“.

Die zweite Frage beinhaltete die Zufriedenheit mit dem Ausmaß der Public Health-relevanten Unterrichte am eigenen Studiengang: Vier der sieben StudiengangsleiterInnen führten an, dass das Ausmaß ihrer Meinung nach ausreichend ist, und eine weitere Spezialisierung in diesem Bereich später durch berufliche Weiterbildung erfolgen kann. Eine Person führte an, dass für diesen Bereich (wie auch für viele andere Curriculumsinhalte) zu wenig Zeit zur Verfügung steht, eine weitere gab an, dass die Inhalte bei der letzten Curriculumsänderung 2011 ausgebaut wurden und daher im Moment keine weitere Zunahme geplant ist. Eine Rückmeldung beinhaltete, dass ein weiterer Ausbau der Public Health-Inhalte von der zukünftigen gesundheitspolitischen Entwicklung abhängig sei.

Die dritte Frage richtete sich nach den Möglichkeiten für Studierende, ein Praktikum in einem Setting der Gesundheitsförderung zu absolvieren. Die praktische Umsetzung der gelehrteten Public Health- und Gesundheitsförderungsinhalte wird - wie es aus den Lehrveranstaltungsbeschreibungen ersichtlich ist - an einigen Fachhochschulen über die Projektumsetzung und Arbeitsmedizin-Exkursionen ermöglicht. Studierende an der Fachhochschule Tirol haben die Möglichkeit bei Lehrlingsausbildungsstellen oder beim Orchester des Tiroler Landestheaters praktische Erfahrungen zu sammeln (C. Wiederin, persönliche Mitteilung, 22.05.2013), an der Fachhochschule Oberösterreich werden einige Praktikumsstellen in Betrieben und bei Sommerferienlagern der Sozialversicherungen angeboten (E. Igelsböck, persönliche Mitteilung, 23.05.2013). An der Fachhochschule Wien gibt es jeweils eine Praktikumsstelle in einem Betrieb und in einer Schule (U. Eckler, persönliche Mitteilung, 26.08.2013), an den Fachhochschulen Graz und Salzburg jeweils eine Praktikumsstelle in der betrieblichen Gesundheitsförderung (M. Dürl, persönliche Mitteilung, 05.08.2013; B. Salchinger, persönliche Mitteilung, 07.08.2013).

6.2 Gesundheitsförderung und Public Health in den schwedischen Physiotherapie-Curricula

In Schweden wird ein Physiotherapie-Bachelorstudium an acht unterschiedlichen Universitäten angeboten, wobei die Studienzeit – wie auch in Österreich – sechs Semester beträgt. In diesem Studium sind insgesamt 180 ECTS zu erreichen.

Die in ECTS angegebenen Umfänge der Public Health-relevanten Unterrichtsinhalte von fünf der acht schwedischen Studiengänge sind in der Tabelle 3 aufgelistet.

Tabelle 3: Quantitatives Ausmaß der Unterrichtsfächer mit Gesundheitsförderungs-Schwerpunkten an den Physiotherapie-Bachelorstudiengängen in Schweden

<i>STUDIENGANG Schweden</i>	<i>Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention</i>	<i>Arbeitsmedizin, Ergonomie</i>	<i>Sonstiges</i>	<i>ECTS</i>
Universität Karolinska (Karolinska Institutet, 2008)	Gesundheitsförderung (15 ECTS)			15
Universität Lund (Lund-university, 2011)	Altern, Arbeiten und Gesundheitsförderung (7,5 ECTS)	Arbeitsumgebung und Gesundheit (7,5 ECTS)		15
Universität Linköping (Lisell, 2012)	Physiotherapie aus der gesellschaftlichen Perspektive (30 ECTS)			30
Universität Göteborg (Göteborgs Universitet, 2006)	Gesundheitsförderung (7,5 ECTS)	Ergonomie (3 ECTS)	Klinisches Praktikum im Gemeinde-Setting (9 ECTS)	19,5
Universität Lulea (Lulea-Tekniska Universitet, 2012)	Physiotherapie in der Gesundheitsförderung (7,5 ECTS)	Arbeitsmedizin: (7,5 ECTS)		15

An der Universität von Karolinska umfasst die Vorlesung „Gesundheitsförderung“ 15 ECTS und nimmt somit 50 Prozent des vierten Semesters ein (Karolinska Institutet, 2008). Laut Kursbeschreibung wird im ersten Teil dieser Vorlesung (6 ECTS) mit dem Titel „Gesundheitsförderung für Individuum, Gruppe und Gesellschaft“ theoretisches Wissen über Gesundheit, Gesundheitsdeterminanten, Ergonomie, Gesundheitsförderungsstrategien und Anwendung von Messinstrumenten vermittelt. Im

zweiten Teil „Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt Arbeitsumfeld und physische Aktivität“ (9 ECTS) müssen die Studierenden in Kleingruppen ein Projekt aus den Bereichen Gesundheitsförderung oder Prävention in einem selbst-gewählten Bereich planen und präsentieren (Karolinska Institutet, 2012).

Auch an der Universität in Lund ist im Physiotherapie-Curriculum die Gesundheitsförderung mit 15 ECTS inkludiert. 7,5 ECTS werden im Unterrichtsfach „Altern, Arbeiten und Gesundheitsförderung“ vermittelt. Der zweite Unterrichtsteil „Arbeitsumgebung und Gesundheit“ (7,5 ECTS), der in einem fünfwöchigen Unterrichtsblock erfolgt und auch für andere Berufsgruppen (ErgotherapeutInnen, KrankenpflegerInnen) zugänglich ist, beschäftigt sich mit der theoretischen und praktischen Umsetzung von präventiven Maßnahmen am Arbeitsplatz und mit der Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Lund university, 2011).

An der Universität von Linköping werden im fünften Semester Unterrichtsinhalte in einem Umfang von 30 ECTS vermittelt, die sich zu einem großen Teil mit Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health beschäftigen. Aus der Kursbeschreibung (Kurs „Physiotherapie aus der gesellschaftlichen Perspektive“) dieses Semesters ist ersichtlich, dass die Studierenden die Anwendung und Reflexion von ergonomischen Prinzipien, die Beeinflussung des Gesundheitszustandes von Individuen und Populationen durch die Gesundheitsdeterminanten, weiters die Anwendung von evidenzbasierter Gesundheitsförderung und die Methoden des Lernens als Grundlage für die Arbeit mit größeren Gruppen zum Erreichen eines optimalen Wissenstransfers erlernen. Sie bearbeiten Gesundheitsfragen gemeinsam mit Studierenden aus anderen Studiengängen und lernen dadurch die Bedeutung der multidisziplinären Zusammenarbeit und ihren eigenen interdisziplinären Stellenwert kennen. Zusätzlich müssen die Studierenden schriftliche und mündliche Präsentationen erstellen, Berichte schreiben, sie gestalten und bewerten Turnunterrichtsstunden und erlernen Assessments zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit. 15 der 30 ECTS dieses Kurses erlangen die Studierenden durch Seminararbeiten, praktische Umsetzung von Projekten, Feldstudien, etc., wobei sie sich in Kleingruppen unterschiedlichen Settings zuordnen können. Praktika im Setting Schule sind für einige Studierende möglich. (Lisell, 2012, K. Valeskog, persönliche Mitteilung, 22.04.2013).

An der Universität von Göteborg werden bereits im zweiten Semester im Unterrichtsfach „Gesundheitsförderung“ 7,5 ECTS vermittelt. Im fünften Semester wird der Unterricht im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich mit „Ergonomie“ (3

ECTS) und einem klinischen Praktikum in einem Gemeindeforum (9 ECTS) fortgesetzt (Göteborgs Universität, 2006).

An der Universität Lulea werden in „Physiotherapie in der Gesundheitsförderung“ (7,5 ECTS) Grundlagen der Patho- und Salutogenese, schwedische Impfempfehlungen, Ernährungsleitlinien, Beispiele von Gesundheitsproblemen in Bevölkerungsgruppen, Durchführung von Stressbewältigungsprogrammen vermittelt, und die Studierenden verfassen und präsentieren schriftliche Berichte zu aktuellen Gesundheitsthemen. Im Unterrichtsfach „Arbeitsmedizin“ (7,5 ECTS) werden psychosoziale, organisatorische und körperliche Faktoren, die die Gesundheit am Arbeitsplatz negativ beeinflussen, besprochen, Strategien für Prävention am Arbeitsplatz vorgeschlagen und gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation im Gesundheitswesen gelehrt. Im praktischen Teil besuchen die Studierenden Unternehmen oder Betriebe, führen Interviews mit AuftraggeberInnen und ArbeitnehmerInnen durch und erstellen Pläne für die berufliche Rehabilitation oder Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für jeweils eineN KlientIn (Lulea-Tekniska Universität, 2012).

6.3 Gesundheitsförderung und Public Health in den neuseeländischen Physiotherapie-Curricula

In Neuseeland wird die Physiotherapie-Bachelorausbildung an zwei Universitäten angeboten (Auckland und Otago). Ein Hauptunterschied zu den meisten Bachelorstudiengängen in Europa ist die Ausbildungsdauer, die in Neuseeland vier Jahre beträgt. In den ersten drei Jahren erfolgt die Ausbildung an den Universitäten, das vierte Jahr ist ein durchgehendes Praktikumsjahr verknüpft mit der Erstellung einer wissenschaftlichen Projektarbeit. Auch das Punktesystem variiert etwas vom europäischen ECTS. So werden für die gesamte Ausbildung 480 Credit-Points (120 pro Studienjahr) vergeben (AUT university, 2012).

Nicholls, Reid und Larmer (2009) führen an, dass Physiotherapie-Lehrende in Auckland zwischen 2007 und 2009 ein neues Curriculum entwickelt haben. Dabei wurden traditionelle Inhalte, die laut Meinung der Autoren nicht mehr zeitgemäß waren (Anatomie, Pathologie), gekürzt oder entfernt und durch neue Inhalte, wie Public Health und Sozialwissenschaften, ersetzt. Dadurch sollen zukünftige

PhysiotherapeutInnen besser für die aktuellen gesellschaftlichen Anforderungen gewappnet sein und ihr Tätigkeitsfeld auch mehr in die Gemeinden und Primary Health Care-Organisationen verlegen können.

Auf der Homepage der Universität von Auckland ist angegeben, dass die Physiotherapie-Praxis nicht nur die direkte Behandlung von PatientInnen, sondern auch Public Health–Strategien, Management, Lehre und Forschung sowie die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitspolitik umfasst (AUT university, 2012). Curriculumsinhalte, die sich offensichtlich laut ihrer Beschreibung mit der Gesundheitsförderung und Public Health beschäftigen, sind in der Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4 Quantitatives Ausmaß der Unterrichtsfächer mit Gesundheitsförderungsschwerpunkten am Physiotherapie-Bachelorstudiengang an der Auckland University of Technology (AUT) in Neuseeland

Bezeichnung	Inhalte	Punkte <i>(credit-points)</i>
Health Priorities (1.Jahr)	Haupt-Gesundheitsthemen von Neuseeland, Gesundheitsdeterminanten, Einführung in die Rolle der Physiotherapie im Gesundheitswesen	15
Health and Environment (1.Jahr)	Globale Gesundheits- und Umweltfragen, Einführung in die Maori-Konzepte für Gesundheit und ihre Auswirkungen für die Praxis	15
Analysing Health Needs (2.Jahr)	Analytische und kritische Problemlösungsfragen in Bezug auf Neuseelands Gesundheitsfragen	15
Maori Health Promotion (3.Jahr)	Maori Gesundheitsförderung in Bezug zu Maori Entwicklung, Bezug zur Gesundheitsförderung in Neuseeland und international	15
Gesamtumfang im Bachelorstudiengang (480 Punkte)		60

Anmerkung: Die Inhalte der Tabelle sind auf Basis der Angaben von <http://www.aut.ac.nz/study-at-aut/study-areas/health-sciences/undergraduate-courses/bachelor-of-health-science-physiotherapy>. download am 14.04.2013, erstellt.

Daraus ist ersichtlich, dass 60 von den in den ersten drei Jahren (also exklusive Praktikum) erworbenen 360 Gesamtpunkten auf Inhalte der Public Health und Gesundheitsförderung fallen.

Inhaltlich kann aufgrund einer persönlichen Mitteilung von J. Stewart, Senior Lecturer am Department of Physiotherapy der Auckland Universität, am 15.10.2012 angegeben werden, dass die Physiotherapie-Studierenden über die Prinzipien der Gesundheitsförderung, basierend auf der Ottawa-Charta, sowie über das neuseeländische Modell der Primary Health Care-Organisationen informiert werden und daraus resultierend den Platz der Physiotherapie in der Gesundheitsförderung und Primary Health Care erlernen. Ein wichtiges Ziel ist dabei, dass die Studierenden erkennen, dass Determinanten und soziale Ungleichheit die Gesundheit beeinflussen. Weiters werden nationale Gesundheitsthemen diskutiert und Gesundheitsbedürfnisse in lokalen Gemeinden analysiert. Ein Schwerpunkt im Unterricht ist es, dass versucht wird die Gesundheitsförderungs-Prinzipien sowohl in der klinischen Situation mit einem individuellen Patienten als auch bei der Arbeit mit Gruppen oder Populationen einzubauen.

Eine Besonderheit des zweiten neuseeländischen Physiotherapie-Studiengangs an der Universität von Otago ist, dass das erste Studienjahr, das „Health Sciences First Year“, seit 2012 als gemeinsames Einstiegsjahr für die Studienrichtungen Physiotherapie, Medizin, Zahnheilkunde, Pharmazie und medizinische Laborwissenschaften angeboten wird. Neben Grundkenntnissen, die für alle Studiengänge relevant sind (Anatomie, Epidemiologie, etc.), soll dabei auch ein Verständnis für Verbindungen unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche der Gesundheitswissenschaften vermittelt werden, und Studierende müssen erst bis zum Ende dieses ersten Studienjahres ihre Studienrichtung wählen (University Otago, 2012). Allerdings beschreiben Nicholls, Reid und Larmer (2009) diese Strategie als nicht zielführend, um die Aufgaben von unterschiedlichen Disziplinen verstehen und vernetzen zu können, da Studierende in diesem Ausbildungsstadium nur rudimentäres Verständnis für die eigene berufliche Identität haben. Vielleicht könnte dieser gemeinsame Einstieg in unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Studiengänge aber nicht nur ökonomische Vorteile haben, sondern doch auch eine Möglichkeit sein, die spätere interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern.

Laut persönlicher Mitteilung der stellvertretenden Direktorin des Studiengangs Physiotherapie an der Universität Otago, Dr. Margot Skinner, die auch in der Curriculums-Entwicklung mitarbeitet, sind Public Health- und Gesundheitsförderungs-Inhalte auch im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in einigen Modulen schwerpunktmäßig enthalten, können aber nicht extra mittels Credit-Points ausgewiesen werden. Die Studierenden werden über aktuelle Gesundheitsprobleme

und Gesundheitsziele der neuseeländischen Bevölkerung unterrichtet, erlernen die Anwendung und Auswertung von Testverfahren zur Überprüfung der Fitness und diskutieren die Rolle der PhysiotherapeutInnen in der Prävention von nicht-übertragbaren Erkrankungen. Auch werden alle StudentInnen zu Raucher-Entwöhnungs-BeraterInnen ausgebildet.

In einem weiteren Modul lernen sie die Aufgabenbereiche der PhysiotherapeutInnen in der Arbeitsmedizin kennen, erlernen einige Arbeitsplatz-Assessments und müssen ihre erlernten Fähigkeiten in Form eines Arbeits-Rehabilitations-Programmes für ein ausgewähltes Fallbeispiel demonstrieren.

Im abschließenden Praktikumsjahr arbeiten einige StudentInnen auch unter der Aufsicht von in Gemeinden tätigen PhysiotherapeutInnen (Primary Health Care). In diesem Setting leiten sie unter anderem auch Präventionsprogramme in Gruppen (zum Beispiel DiabetespatientInnen) und in Betrieben. Manche Studierende arbeiten auch in Schulen, wo sie Kinder mit körperlichen Handicaps behandeln und an Präventionsprogrammen mitarbeiten (M. Skinner, persönliche Mitteilung, 05.05.2013).

6.4 Vergleich der Public Health- und Gesundheitsförderungs-Inhalte in den Physiotherapiestudiengängen der ausgewählten Länder

Bei der Recherche nach dem quantitativen Ausmaß der Public-Health-relevanten Unterrichtsinhalte kommt man zur Schlussfolgerung, dass das Ausmaß sowohl in Schweden als auch in Neuseeland wesentlich höher ist als in Österreich. Die Bachelorausbildungen in Schweden und Österreich sind dabei direkt vergleichbar, da sowohl die Dauer von sechs Semestern als auch das verwendete Punktesystem (ECTS) einheitlich sind. Der Vergleich mit den neuseeländischen Curricula gestaltet sich etwas schwieriger, da hier die Ausbildung um zwei Semester länger dauert, und ein anderes Punktesystem verwendet wird. Um die Umfänge jedoch vergleichbar zu machen, wurden die für den neuseeländischen Studiengang in sechs Semestern vergebenen Credit-Points (360 der insgesamt 480) auf die in Europa berechneten ECTS (180) umgewandelt. Somit würden die für Public Health und Gesundheitsförderung vergebenen 60 Punkte am Studiengang der Universität Auckland 30 ECTS ergeben. Das Ausmaß an der zweiten neuseeländischen

Universität in Otago kann leider nicht über Punkte berechnet werden. Damit entspricht das Ausmaß der Public Health – relevanten Inhalte in Auckland genau dem Ausmaß des schwedischen Studienganges in Linköping. Mit einem Sechstel der gesamten Unterrichtsinhalte ist an diesen zwei Universitäten das quantitative Ausmaß der Public-Health-relevanten Unterrichtsfächer am größten (von den insgesamt 13 über das Punktesystem recherchierten Studiengängen) und liegt somit deutlich über dem österreichischen Durchschnitt von nur 4 ECTS. In Schweden ist an drei der fünf recherchierten Studiengänge der Umfang mit 15 ECTS angegeben.

Bei der qualitativen Recherche der Public Health – relevanten Unterrichte im Ländervergleich zeigt sich, dass die Arbeitsmedizin, betriebliche Gesundheitsförderung und Ergonomie einen großen Stellenwert in allen drei Ländern haben. Sowohl in Österreich als auch in Schweden wird an einigen Bachelorstudiengängen die Planung, Erstellung und Präsentation – teilweise auch die Umsetzung – von Präventions- oder Gesundheitsförderungsprojekten gefordert. In Neuseeland scheinen nationale Gesundheitsprobleme und Gesundheitsfragen – wie zum Beispiel auch das Maori-Konzept und aktuelle Gesundheitsprobleme in einzelnen Gemeinden – eine große Rolle zu spielen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Zuge des Unterrichts wird an vier der recherchierten Universitäten (Otago, Linköping, Göteborg und Luleå) umgesetzt, in Österreich wird diese Unterrichtsform anhand von Public Health-relevanten Unterrichten nicht praktiziert.

Unterrichtsfächer wie „Projektmanagement“, „Betriebswirtschaft“ werden nur in den österreichischen Curricula extra ausgewiesen. In den schwedischen und neuseeländischen Studiengängen kann angenommen werden, dass diese Inhalte in die mit hohen ECTS-Werten berechneten Gesundheitsförderungs-Unterrichtsfächer miteinbezogen werden.

Praktikumsstellen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung werden in Schweden und Neuseeland vielfach im Setting Gemeinde in den Primary Health Care-Organisationen und teilweise auch im Setting Schule angeboten. An einigen schwedischen Studiengängen ist dabei ein Praktikum in einer Primary Health Care-Organisation für alle Studierenden verpflichtend. In Österreich gibt es an manchen Studiengängen für einzelne Studierende Praktikumsstellen im Setting Betrieb. Im Setting Schule gibt es österreichweit nur eine einzige Praktikumsstelle an der Fachhochschule in Wien.

7. Physiotherapeutisches Pilotpraktikum im Bereich Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel wird – nach einer kurzen Einführung in die Gesundheitsförderung im Setting Schule – die Umsetzung eines Pilotpraktikums der FH JOANNEUM Graz in einer Volksschule beschrieben.

7.1 Anforderungen an die Gesundheitsförderung im Setting Schule

Das Zitat von Desmond O'Brian (Leiter der Abteilung Gesundheitsförderung, WHO/Genf) „Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen. Erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit.“ zeigt, dass es unbedingt nötig ist, dem Thema Gesundheit im Kontext Schule einen festen Platz einzuberaumen (Kocks, 2008). So hat sich die gesundheitsfördernde Schule zu einem zentralen, internationalen Konzept der settingbezogenen WHO-Projekte entwickelt. Da die Qualität von Gesundheit und Bildung unmittelbar zusammenhängen, ist die gesundheitsfördernde Schule mit Implementierung von gesundheitsfördernden Strategien und Methoden eine Investition in Gesundheit und Bildung. Aus einem Pilotprojekt der Europäischen WHO zu Beginn der 1990er-Jahre wurde das „Europäische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“, an dem sich 38 europäische Länder (darunter auch Schweden und Österreich) beteiligen. Dabei geht es nicht nur um „Gesundheitserziehung“ für die SchülerInnen, sondern um Strategien und Prinzipien, die allen Beteiligten im Setting Schule ein Lernen und Arbeiten in physischer, emotionaler und sozialer Gesundheit ermöglichen. Zu diesen Strategien und Prinzipien zählen neben der Chancengleichheit in der Bildung, ein vermehrter selbstbestimmter Umgang mit der eigenen Gesundheit (Empowerment), die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Umgebung in den Schulen und auch Curricula, die die Bedürfnisse der jungen Menschen erfüllen können (Steward Burgher, Barnekow Rasmussen & Rivett, 1999; Steward & Haswell, 2007).

Auch Nilsson (2005) beschreibt, dass erst durch ein optimales Gesprächsklima im Setting, durch eine Möglichkeit der Partizipation aller Beteiligten, durch eine Stärkung der Selbstverantwortung und durch das Verständnis der eigenen Einflussnahme auf

die Gesundheit mit einer optimalen Kommunikation zwischen Bildungs- und Gesundheitsverantwortlichen, die gesundheitsfördernden Programme und Interventionen wirklich erfolgreich und nachhaltig umzusetzen sind.

In Schweden ist das System der „School Health Nurse“ ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, wonach jede Schule verpflichtet ist, diesen Dienst anzubieten. Diese Einrichtung, deren Tradition bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht, war bereits Vorbild für andere Länder. Die SchulgesundheitspflegerInnen führen jährliche präventive Untersuchungen durch, können von SchülerInnen jederzeit bei gesundheitlichen Problemen aufgesucht werden, stehen auch Eltern und LehrerInnen für Informationen zur Verfügung und sind Teil des schwedischen Schulgesundheitsteams, das in der Regel noch eineN SozialarbeiterIn, eineN SchulpsychologIn und bei Bedarf eineN Arzt/Ärztin beinhaltet. Nicht nur die Integration von Kindern mit Pflegebedarf in eine Regelschule wird durch dieses System erleichtert, die SchulgesundheitspflegerInnen erfüllen durch ihre vielen Kontakte mit SchülerInnen, durch Ihre Interaktion mit Eltern und LehrerInnen, durch zusätzlich angebotene Gruppenaktivitäten (Gesundheits-Unterrichtseinheiten, Sportaktionstage, gemeinsame Kochkurse, etc.) und letztlich durch Mitbestimmung bei baulichen Änderungen auch Angebote zur Gesundheitsförderung (Kocks, 2008).

In Neuseeland sind „Public Health“ – BeraterInnen (darunter auch eine Physiotherapeutin) in Schulen involviert. Sie setzen Maßnahmen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung um und fördern durch ihre Betreuung von mehreren Schulen auch die Kommunikation und Zusammenarbeit dieser unterschiedlichen Institutionen (Regional Public Health, 2013).

Im Netzwerk „gesunde Schule“ in Österreich wird versucht, durch externe, multidisziplinäre Beratungsteams – je nach aktuellem Bedarf der jeweiligen Schule – Unterstützung für die Umsetzung und Integration von gesundheitsfördernden Interventionen anzubieten. Dazu werden viele unterschiedliche Workshops für LehrerInnen und SchülerInnen angeboten, unter anderem auch mit dem Ziel, Personen im bestehenden LehrerInnenteam als Gesundheitsförderer auszubilden (styraivitalis, 2011).

Wie die Recherche der Curricula (Kapitel 6.1) zeigt, werden in Österreich auf Initiative einzelner Fachhochschullehrgänge Präventionsprojekte durch Physiotherapie-Studierende unter anderem auch im Setting Schule umgesetzt. Dabei liegen die Schwerpunkte hauptsächlich im Bereich der Prävention von Wirbelsäulenschäden

durch Haltungsanalysen, Wirbelsäulenvorträgen und ergonomischer Kontrolle der Sitzmöbel.

Die Fachhochschule Campus Wien hat in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband „Physioaustria“ 2012 ein erweitertes Schulprojekt „Kids enorm in Form“ für Wiener Volksschulen durchgeführt. Inhalte sind neben der Haltungsschulung auch physiotherapeutische Turnstunden, bewegte Pausen und das Erlernen anatomischer Grundlagen (physioaustria, 2011).

Wenn PhysiotherapeutInnen die Möglichkeit haben über einen längeren Zeitraum ganztägig im Setting Schule mitzuarbeiten, könnten dadurch einerseits vielfältigere Präventionsinterventionen umgesetzt werden, und es bietet sich andererseits vielleicht auch die Chance einer interdisziplinären Aktivität. Zusätzlich ist dadurch auch die Möglichkeit gegeben alle Zielgruppen im Setting – und nicht nur die SchülerInnen - in die Interventionen miteinzubeziehen. Aus diesen Gründen wird vom Studiengang Physiotherapie der Fachhochschule JOANNEUM Graz im Zuge dieser Masterthesis ein Vollzeitpraktikum im Setting Volksschule ermöglicht.

7.2 Anforderung an ein Praktikum in der österreichischen Physiotherapie-Ausbildung

Laut der Verordnung über Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-Ausbildungsverordnung), umfasst das Berufspraktikum 25 Prozent der Arbeitsleistung in den drei Ausbildungsjahren. Es soll einen Einblick in wesentliche berufliche Einsatzbereiche vermitteln und auch Möglichkeiten bieten, bereits vor dem Eintritt in das aktive Berufsleben Kontakte zu Gesundheitsinstitutionen und Entscheidungsträgern zu knüpfen. Im Zuge des Praktikums haben die Studierenden die fünf Pflichtbereiche Orthopädie und Traumatologie, Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Geriatrie und Physikalische Medizin zu absolvieren. Ein zusätzliches Wahlpraktikum ermöglicht es den Studierenden, einen individuellen Schwerpunkt in einem weiteren klinischen Fach (wie Onkologie, Gynäkologie und Urologie, etc.) oder aber in der multidisziplinären Zusammenarbeit, der Arbeitsmedizin oder Gesundheitsförderung zu setzen (Bundeskanzleramt-Rechtsinformationssystem,

2013). Das Praktikum an der Fachhochschule JOANNEUM Graz erfolgt in Blöcken über einen Zeitraum von zwei bis sechs Wochen, in denen die Studierenden, unter Supervision einer/eines PraktikumsbetreuerIn, physiotherapeutische Prozesse für PatientInnen oder KlientInnen planen, durchführen und dokumentieren (FH-JOANNEUM Graz, 2013). Das Gesundheitsförderung-Pilotpraktikum musste somit in den Praktikums-Jahresplan integriert werden und wurde in das letzte Ausbildungspraktikum gelegt.

7.3 Physiotherapie-Praktikum im Setting Volksschule

Im Zeitraum von 21.05.2013 bis 28.06.2013 erhielten drei Studierende vom sechsten Semester des Studiengangs Physiotherapie der Fachhochschule JOANNEUM Graz die Möglichkeit, ihr abschließendes berufsspezifisches Praktikum in einer Volksschule zu absolvieren, wo sie Gesundheitsförderung mit ihren physiotherapeutischen Möglichkeiten umsetzen konnten. Die Autorin dieser Masterarbeit, die auch berufsspezifisch Lehrende ist, übernahm die Betreuungsfunktion für dieses Praktikum. Das ausgewählte Setting war eine Volksschule im Bezirk Graz-Umgebung (Feldkirchen bei Graz), wo in zwölf Klassen 230 Kinder unterrichtet werden. Das Schulpersonal umfasst eine Direktorin, dreizehn Volksschullehrerinnen, zwei Werklehrerinnen, vier ReligionslehrerInnen, einen Schulwart und drei Raumpflegerinnen. Als gesundheitsfördernde Aktivitäten für die Schulkinder wird durch die zeitliche Einteilung der Unterrichtsstunden eine 25-minütige bewegte Pause am nebenan liegenden Sportplatz ermöglicht. Es werden die kostenfreien Freifächer „Sport und Bewegung“, „künstlerisches Gestalten“ und „Musikalisches Gestalten und Chor“, sowie ein kostenpflichtiger Zumbakurs angeboten.

Aus einer Bedarfserhebung im Zuge der Praktikumsvorbereitung ergab sich, dass den Themen „Rückenschule“ und „Wirbelsäule“ in der Schule keine Aufmerksamkeit geschenkt wird, und daher von den beteiligten Lehrerinnen die erste Idee zur Umsetzung im Physiotherapie-Praktikum waren. Weiters wurde der Wunsch nach neuen Bewegungsideen, die die Lehrerinnen in weiterer Folge im Turnunterricht oder auch im Zuge des Unterrichts in den Klassen umsetzen können, geäußert. Ein Miteinbeziehen der Eltern in die Bewegungsvermittlung für die Kinder, sowie ein Erlernen von Ausgleichs- und Entspannungsübungen, die die Lehrerinnen selbst im

Zuge ihrer Arbeit durchführen können, waren weitere Ergebnisse der partizipativen Planung in der Schule.

In den folgenden Abschnitten wird noch genauer auf die umgesetzten Interventionen, auf die zeitliche Planung und auf die Evaluation des Pilotpraktikums eingegangen.

7.3.1 Physiotherapeutische Interventionen im Setting Volksschule im Zuge des Praktikums

Die in der Volksschule eingesetzten physiotherapeutischen Interventionen wurden auf Basis der Evidenzbasierung (vergleiche Kapitel 5.5.1) und der partizipativen Bedarfserhebung geplant und durchgeführt. Sie werden im folgenden Abschnitt kurz beschrieben.

Neben gezielten präventiven Interventionen, die der Kompetenz der PhysiotherapeutInnen entsprechen, wurde vor allem auf eine Förderung der allgemeinen körperlichen Aktivität für alle Personen des Settings (Kinder, Personal und Eltern) Wert gelegt.

Neben der inhaltlichen Planung der nachstehend aufgezählten Interventionen, die in der Vorarbeit für das Praktikum an der Fachhochschule und an den unterrichtsfreien Schulnachmittagen erfolgte, musste auch eine genaue Planung der räumlichen und zeitlichen Ressourcen in Zusammenarbeit mit der Schuldirektorin, den Klassenlehrerinnen und dem Schulwart erfolgen.

- Präventive, individuelle Untersuchungen zum Auffinden von Risikofaktoren:

Bei Kindern, die von ihren Eltern schriftlich zu dieser Untersuchung angemeldet wurden, erfolgte eine physiotherapeutische Haltungs- und Muskelfunktionsanalyse, ein standardisierter koordinativer Test mittels „MFT-S3-Check“ und eine Kontrolle und Anpassung der Schultasche:

Bei der Haltungsanalyse wurde besonders auf die Ausbildung des Fußgewölbes, auf Abweichungen der Wirbelsäule in der Sagital- und Frontalebene und auf die statischen und dynamischen Beinachsen geachtet. Die Muskelfunktionsanalyse wurde eingesetzt,

um mögliche muskuläre Dysbalancen (Abschwächungen der Rumpfmuskulatur, zu geringe Dehnfähigkeit der Oberschenkel- oder Schultermuskulatur), die als Risikofaktoren für Haltungsschwächen und in der Folge für Haltungsschäden gelten (Mellerowicz, Matussek, Wilke, Leier & Asamoah, 2000), aufzufinden und durch gezielte Übungen zu beseitigen. Der „S3-Check“ ist ein standardisiertes Testsystem, bestehend aus einer instabilen Standplatte mit integriertem Messsystem und dazugehöriger Software, zur funktionalen Bewertung der Körperstabilität und der sensomotorischen Reaktionsfähigkeit. Dieses Messverfahren erfüllt die wissenschaftlichen Kriterien, da die Objektivität und Reliabilität in Studien durch mittlere bis sehr hohe Korrelation für alle Altersstufen nachgewiesen werden konnten (Raschner, Lemberg, Platzer, Petterson, Hilden & Lutz, 2008).

Diese Untersuchungsreihe wurde von 78 Kindern im Setting in Anspruch genommen. Angaben, die die Eltern vorab in einem Fragebogen über Sportverhalten und Beschwerden ihres Kindes angeben mussten (Anhang 3), konnten in die individuelle Durchführung der Untersuchung einfließen. Die Auswertung wurde anhand des Untersuchungsprotokolls (Anhang 4) mit einem Erklärungsblatt für die erhobenen Parameter und mit individuellen Ratschlägen (einzelne Übungen, Empfehlungen von regelmäßiger körperlicher Aktivität oder von weiteren ärztlichen Abklärungen, etc.) an die Eltern übermittelt. Bei auffälligem Bedarf einer physiotherapeutischen Intervention, erhielten die Eltern die Möglichkeit mit ihrem Kind eine physiotherapeutische Beratungs- beziehungsweise Behandlungseinheit nach dem Schulunterricht in Anspruch zu nehmen.

Laut Elternbefragung nehmen 43 der 78 Kinder zumindest eine Stunde wöchentlich an einem Sportkurs oder sportlichem Training im Verein teil. Die Umfänge dieser sportlichen Aktivitäten wurden mit einer bis elf (durchschnittlich knapp zwei) Stunden angegeben. Ein Großteil der Buben ist dabei Mitglied beim regionalen Fußballclub, einige spielen Eishockey oder absolvieren Kampfsportkurse. Bei den Mädchen wurde vorwiegend der schulische Freigegenstand „Sport und Bewegung“ oder ein Tanzkurs (Ballett oder Zumba) angeführt. Die Frage nach Beschwerden wurden bei 29 der Kinder positiv beantwortet, wobei hier auffallend war, dass diese mit zunehmendem Alter der Kinder kontinuierlich ansteigen. So hat jedes elfte Kind in der ersten Klasse, aber bereits jedes zweite Kind in der vierten Klasse die Frage nach Kopf- Rücken- oder Fußbeschwerden bejaht.

Bei der physiotherapeutischen Untersuchung wurden bei 11 von den insgesamt 78 Kindern keine Auffälligkeiten festgestellt. Eine Übersicht der erhobenen Untersuchungsergebnisse ist in Abbildung 3 dargestellt.

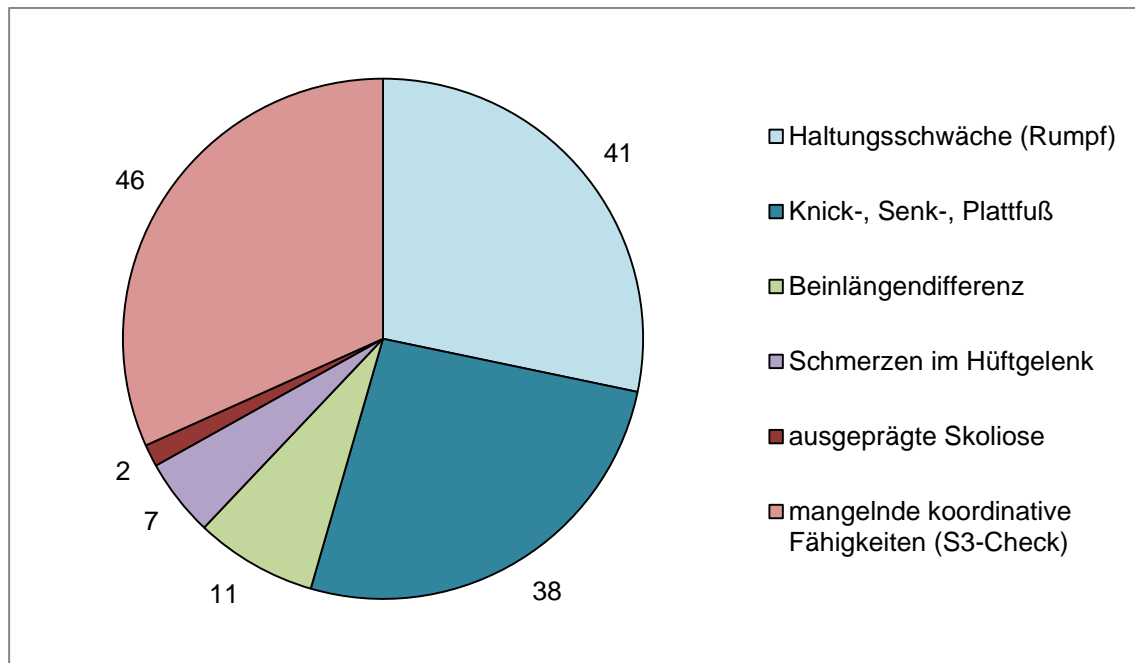


Abb 3. Ergebnisse der physiotherapeutischen Untersuchung bei VolksschülerInnen (n=78)

Zu diesem Ergebnis muss natürlich angemerkt werden, dass bei vielen Kindern mehr als nur ein auffälliges Untersuchungsergebnis vorhanden war. Haltungsschwächen und koordinative Mängel wurden jeweils bei mehr als der Hälfte der Kinder diagnostiziert. Dabei ist aufgefallen, dass die Haltungsschwäche bei sportbetreibenden und nicht-sportbetreibenden Kindern gleichermaßen verteilt ist. Anders verhält es sich bei den Ergebnissen des „S3-Checks“. Kinder, die zumindest zwei Stunden wöchentlich an einem sportlichen Training oder Sportkurs teilnehmen, lagen beim koordinativen Test in oder deutlich über den Normwerten.

Die ebenfalls große Häufigkeit von Haltungsschwächen im Bereich des Fußes ist bei VolksschülerInnen bis zu einem gewissen Grad noch physiologisch und durch die Entwicklung des Fußgewölbes in dieser Altersstufe erklärbar. So geben auch Rusch und Weineck (2007) an, dass die Prävalenz von Knick-, Senk- oder Plattfuß bei VolksschülerInnen bei 60 bis 70 Prozent liegt. Wie in den folgenden Abschnitten noch erklärt wird, wurden im Zuge des Praktikums Interventionen umgesetzt, die den

Fußgewölbeaufbau unterstützen (Mitgabe von Fußübungsplan, „Fußstunde“ in allen Klassen, Information der Lehrerinnen über die Notwendigkeit von Sportschuhen im Turnunterricht).

Die Eltern der Kinder, bei denen eine Beinlängendifferenz oder Schmerzen im Hüftgelenk erkannt wurden, erhielten die Empfehlung einen Facharzt für Orthopädie aufzusuchen. Eine physiotherapeutische Untersuchung der Hüftgelenke wurde durchgeführt, weil vor allem bei Buben im Alter von 5 bis 12 Jahren die Möglichkeit einer ideopathischen Osteonekrose des Hüftgelenkes (Morbus Perthes) besteht, die anhand von Schmerzen bei endgradigen Bewegungen und/oder Innenrotationseinschränkungen im Hüftgelenk frühzeitig erkannt werden kann (Kramer, Hofmann, Scheurecker & Tschauer, 2002). Daher ist die Untersuchung der Hüftgelenke in dieser Altersgruppe Bestandteil einer präventiven Diagnostik.

- Interventionen zur Prävention von Fehlhaltungen und Fehlfunktionen von Wirbelsäule und Füßen:

Dazu wurde in jeder der zwölf Klassen eine Unterrichtsstunde zum Thema „meine Wirbelsäule“ und eine Unterrichtsstunde zum Thema „meine Füße“ abgehalten. Neben kindgerechten Erklärungen der Anatomie und Funktion dieser Körperabschnitte anhand von Bildern und Anatomiemodellen, wurde in diesen Stunden vor allem auf ein aktives Wahrnehmungstraining in Kleingruppen Wert gelegt. Die Anwesenheit der jeweiligen Klassenlehrerin sollte auch die Nachhaltigkeit der Intervention fördern, da einzelne Inhalte und Übungen von den Lehrerinnen zukünftig in ihren Unterricht einfließen können.

- Kurzbewegungsinterventionen in den Unterrichtsstunden:

Es wird vielfach beschrieben, dass Kurzbewegungspausen innerhalb der Schulunterrichtsstunden nicht nur die Bewegungsfreude, sondern auch die Aufmerksamkeit der Kinder fördern (BMUK, 2009; Rusch & Weineck, 2007). Diese Maßnahme wird häufig auch von PädagogInnen umgesetzt. Die Physiotherapiestudentinnen nutzten die Möglichkeit dieser Intervention zur Gestaltung eines Präventionsprojektes in ihrem Unterricht an der Fachhochschule. Im daraus resultierenden Projekt „Bewegtes Köpfchen“ wurden die SchülerInnen innerhalb der

Unterrichtsstunden von einer der Studentinnen in der Klasse besucht. Mit einem großen Würfel wurde eine Übungskategorie (Rhythmisieren, Gleichgewicht, Schnelligkeit, Kondition, etc.) erwürfelt, daraus eine täglich neue Übung gezeigt und etwa eine Minute lang durchgeführt, worauf die Kinder – auf ein Handzeichen hin – wieder zu ihren Lernplätzen zurückkehrten. In der letzten Praktikumswoche erhielten die Kinder auch die Möglichkeit, ihren MitschülerInnen selbst Übungen vorzuzeigen. Dieses Projekt wurde täglich in sechs Klassen durchgeführt. Am ersten Praktikumstag erfolgte eine Präsentation für Kinder, KlassenlehrerInnen und Eltern der teilnehmenden Klassen, die die Inhalte und die Wirkungsweisen der „bewegten Minute“ erklärte. Das Handbuch mit zahlreichen, der jeweiligen Kategorie zugeteilten Übungsanleitungen wurde nach Abschluss des Praktikums dem Lehrerinnenteam überlassen.

- Die physiotherapeutische Turnstunde:

In jeder der zwölf Schulklassen wurden zwei der Turnstunden – unter Aufsicht der jeweiligen Klassenlehrerin – von einer Physiotherapiestudentin abgehalten. Der Schwerpunkt dieser Turnstunden war das, laut aktueller Literatur für diese Altersgruppe empfohlene, koordinative Training (Gleichgewichts-, Differenzierungs-, Rhythmisierungs- und Reaktionsfähigkeit) in Kombination mit knochenstärkenden Aktivitäten, wie springen und laufen (Bachl et al., 2012; Rusch & Weineck, 2007). Das „Verpacken“ der koordinativen Übungen in Seeräuberspiele, Schatzsuchen, etc. machte es für die Kinder zum Turn-Erlebnis.

Es wird in einigen Studien auch auf die positive Wirkung von physiotherapeutisch angeleitetem Sportunterricht hingewiesen. Altenhöner, Stamm, Zeeb, Piepenbrock und Zapf (2007) haben im Rahmen ihrer quantitativen Studie an 186 Grundschulkindern herausgefunden, dass die Versuchsgruppe, die zwei Schuljahre lang den Schulsportunterricht von Physiotherapeuten angeleitet bekam, bei mehreren koordinativen Tests besser abschnitt als die Kontrollgruppe, die den Sportunterricht bei ihren LehrerInnen absolvierte. Auch der in einigen Bereichen Deutschlands angebotene „Sportförderunterricht“ ermöglicht es motorisch und koordinativ schwächeren SchülerInnen, die durch Misserfolge im Sportunterricht auch öfters die Freude an Bewegung verlieren und in eine (sportliche) Außenseiterrolle gedrängt werden, durch ein zusätzliches Bewegungsangebot ihre motorischen Fähigkeiten zu verbessern. Zusätzlich bietet es auch PhysiotherapeutInnen eine Chance im schulischen Sportunterricht aktiv zu sein (Rusch & Weineck, 2007).

Da jedoch die Physiotherapie-Studentinnen, bedingt durch die zeitliche Begrenzung des Praktikums, nur zwei Turnstunden pro Klasse leiten konnten, war ein Hauptziel dieser Intervention auch die Kompetenzerweiterung der Lehrerinnen in der Gestaltung eines altersgerechten koordinativen Trainings.

- Die bewegte Pause:

In der Volksschule Feldkirchen wird durch die Zeiteinteilung der Unterrichtsstunden bereits seit mehreren Jahren die Möglichkeit geboten, nach der zweiten Unterrichtsstunde in einer 25-minütigen Pause den Sportplatz für eine bewegte Pause zu nutzen. Die Physiotherapie-Studierenden haben im Praktikum auch diese Pause verwendet, um die Entwicklung der koordinativen Fähigkeiten der Kinder zu unterstützen. So wurde täglich für die SchülerInnen jeweils einer Klasse ein Bewegungsplatz mit Hindernisparcours, Slackline, Zielwerfen, Seilspringen und Gummitwist aufgebaut, der von allen Kindern mit großer Begeisterung angenommen wurde. Ein Vorteil dieser Intervention war, dass auch die Kinder, die bei freier Pausengestaltung am Sportplatz sonst lieber in der Wiese sitzen, die Pause mit Freude aktiv gestalteten. Zusätzlich wurde, durch den Ablauf der Intervention in mehreren Kleingruppen, die von den Studentinnen eingeteilt wurden, die soziale Kompetenz der Kinder in ihrem Klassenverband gefördert. Auch wurde den Lehrerinnen eine Möglichkeit aufgezeigt, wie sie mit Einsatz von einfachen Mitteln in der langen Pause gezielt die koordinativen Fähigkeiten der SchülerInnen fördern können.

- Zusätzliche Sportstunde:

Die Studentinnen erhielten zusätzlich die Möglichkeit Sportstunden – je nach ihrem eigenen sportlichen Interesse und Können – anzubieten. So wurde an fünf Nachmittagen (einmal wöchentlich) für von den Eltern angemeldete Kinder „Einführung in die Rhythmische Gymnastik für Mädchen“ und „Orientierungslauf“ angeboten. Diese Interventionen wurden zwar nur von insgesamt 21 Kindern in Anspruch genommen, waren aber von einem sehr großes Engagement der Studentinnen begleitet und konnten offensichtlich bereits eine gewisse Nachhaltigkeit erzeugen, da einige der teilnehmenden Kinder in die jeweiligen Sportvereine eintreten werden.

- Informationsveranstaltungen und präventive Interventionen für Lehrerinnen und Eltern

Für das Schulpersonal und die Eltern wurde ein Abendvortrag zum Thema „Bewegungsempfehlungen“ ausgeschrieben. In diesem Vortrag wurden die „WHO-Empfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität“ laut Bachl et al. (2012) für Kinder und für Erwachsene präsentiert und erklärt. Ziel dieses Vortrages war es, einerseits Eltern und Lehrerinnen für die Notwendigkeit von täglich mindestens 60-minütiger körperlicher Aktivität der Kinder zu sensibilisieren, und andererseits auch die eigene körperliche Aktivität in diesen Zielgruppen zu fördern.

Ein zweiter Abendvortrag zum Thema „Wirbelsäule und Bandscheibe – Vorbeugung und Bekämpfung von Rücken-Problemen“ wurde aufgrund der partizipativen Bedarfserhebung bei Eltern organisiert. Er beinhaltete, neben allgemeinen Informationen im Sinne der „Rückenschule“, das Erlernen von alltagstauglichen Ausgleichs- und Entlastungsübungen.

Im Zusammenhang mit diesen Vortragsinterventionen muss aber hier angemerkt werden, dass trotz persönlicher Einladung der Lehrerinnen und dem Austeilen von 230 Elternbriefen mit Einladungen, diese Vorträge nur von zehn beziehungsweise zwölf Personen besucht wurden.

Dem Schulpersonal wurde zusätzlich angeboten in der großen Vormittagspause in einem Turnsaal an Ausgleichs- und Entspannungsübungen teilzunehmen. In diesen Programmen wurden Übungen gewählt, die in weiterer Folge in den Unterrichtspausen und teilweise auch im Zuge des Unterrichts in der Klasse umgesetzt werden können. Zusätzlich erhielten die Lehrerinnen die Möglichkeit in einer Pause den Koordinationstest „S3-Check“ durchzuführen. Diese freiwilligen Interventionen wurden von etwa 50 Prozent des Schulpersonals genutzt.

Eine genauere Darstellung der einzelnen Interventionen ist für interessierte LeserInnen im Anhang 5 dargestellt.

7.3.2 Zeitlicher Ablauf des Praktikums

Der zeitliche Ablauf der Organisation und Interventionsumsetzung im Pilotpraktikum ist in der Tabelle 5 ersichtlich. Eine grobe Planung erfolgte bereits etwa ein Jahr vor dem

Praktikumsbeginn, und konkrete Planungsschritte wurden in den letzten sechs Wochen vor dem Praktikum umgesetzt.

Tabelle 5: Zeitplan – Pilotpraktikum der FH JOANNEUM, Studiengang Physiotherapie im Setting Volksschule

Mai 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschreibung der Praktikumsstelle an alle Studierenden des Jahrganges 2010 der FH JOANNEUM Graz - Erste Kontaktaufnahme mit der ausgewählten Volksschule mit Zusage für das Pilotpraktikum
Jänner 2013	<ul style="list-style-type: none"> - erstes Informationsgespräch Praktikumsbetreuerin- Studentinnen - Bedarfserhebung an der Volksschule - Information der Klassenelternvertreter über das Pilotpraktikum im Zuge eines Schulforums
01. April bis 10. Mai 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Planung eines Präventionsprojektes (im Zuge der Unterrichte „Projektmanagement“ und „Wahlpflichtfach“) - Vorbereitung der Praktikumsinhalte auf Basis der Bedarfserhebung, zeitliche Planung - Organisatorische Absprachen mit der Schuldirektorin - Aussendung der Elterninformationen - Aushängen der Zeitpläne im Konferenzzimmer der Schule
14. Mai 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Vortrag „Bewegungsempfehlung für Schulkinder“ für Eltern und Lehrerinnen durch die Praktikumsbetreuerin
16. Mai 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Präsentation und Prüfung des Präventionsprojektes für die drei teilnehmenden Studentinnen
21. bis 23. Mai 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Konkrete Planung der Interventionen (Stundenbilder, Vorträge, Untersuchungsdokumentationen,...)
24. Mai bis 28. Juni 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung der Interventionen
28. Juni 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews, Fragebogenerhebung
Juli 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung der Interviews und Fragebögen

Im folgenden Schuljahr 2013/14 wird weiters eine mehrmalige Kontaktaufnahme der Projektleiterin mit der Schuldirektorin geplant, um eventuell die weitere Umsetzung einzelner Bewegungsinterventionen durch das Schulpersonal zu unterstützen.

7.3.3 Evaluation des Physiotherapiepraktikums im Setting Schule

Eine Entscheidungsfindung über eine mögliche Weiterführung dieser Praktikumsform im Curriculum der FH JOANNEUM Graz erforderte eine Evaluierung mittels der drei teilnehmenden Studentinnen. Zum Zwecke dieser Evaluierung wurde den Studentinnen nach Praktikumsende und nach erfolgter Beurteilung ein Fragebogen von der Studiengangsleitung (Anhang 6) übermittelt, den sie anonym dem Sekretariat der Fachhochschule retournieren mussten.

Im ersten Teil des Fragebogens waren sieben Fragen mit dem Schulnotensystem (1 bis 5) zu bewerten. Die Antworten sind in der Tabelle 6 dargestellt.

Für eine der drei Studierenden war die Einführung und Betreuung im Praktikum nicht ganz ausreichend (Note 3). Diese Studentin führte zusätzlich an, dass sie sich zu Beginn des Praktikums eine persönliche Vorstellung bei den Lehrerinnen gewünscht hätte. Sie hätte in dieser Vorstellung gerne eine genaue Erklärung aller geplanten Interventionen umgesetzt.

Von der Nachhaltigkeit der gesundheitsfördernden Effekte waren alle drei Studentinnen nicht optimal überzeugt (zweimal Note 2 und einmal Note 3), was durch die relativ kurze Anwendungsdauer beziehungsweise durch die geringe Anwendungszahl in den einzelnen Klassen von einigen Maßnahmen (Turnstunde, bewegte Pause) erklärbar ist. Auch die geringe Teilnahme an den freiwilligen Interventionen unterstützte die Meinung der Studierenden, dass eine optimal nachhaltige gesundheitsfördernde Wirkung des Praktikums nicht erreicht wurde.

Für den persönlichen Nutzen und die persönliche Erfahrung (Umsetzen der Interventionen und Weiterempfehlung an StudienkollegInnen) war das Praktikum scheinbar für alle drei Teilnehmerinnen bestens geeignet. Auch würden alle drei gerne unter anderem in der Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten.

Tabelle 6. Auswertung der Fragebogenerhebung bei den im Praktikum teilnehmenden Studierenden (n=3)

Frage	1	2	3	4	5
Die Einführung und Betreuung im Praktikum war für mich hilfreich und für die geforderten Tätigkeiten ausreichend	2		1		
Die Interventionen fand ich für die Zielgruppe(n) und deren Bedürfnisse passend ausgewählt	2	1			
Ich konnte die Interventionen gut umsetzen	3				
Ich denke, dass ich im Setting durch das Praktikum nachhaltige, gesundheitsfördernde Effekte erzielen konnte		2	1		
Ich würde in meiner beruflichen Laufbahn gerne (auch) in der Prävention / Gesundheitsförderung arbeiten	3				
Ich würde dieses Praktikum an StudienkollegInnen weiterempfehlen	3				
Insgesamt gebe ich diesem Praktikum die Note:	2	1			

Anmerkung. Die Häufigkeit der angekreuzten Antworten ist mittels Zahlen dokumentiert

Im zweiten Teil des Evaluierungsbogens konnten die Studierenden noch Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge dokumentieren. Dabei haben sie angegeben, dass das Praktikum durchwegs eine positive Erfahrung und ein Einblick in die Prävention war, und ihnen die Arbeit mit den Kindern Spaß machte. Eine Studierende gab an, dass sie es aufgrund des Praktikums in Erwägung zieht, ihre zukünftige berufliche Tätigkeit in den Bereich Schule zu legen. Eine Weiterführung des Praktikums am Studiengang befürworteten alle drei Studentinnen, unter anderem auch „um die Präsenz der PhysiotherapeutInnen in der gesunden Gesellschaft zu fördern“ (Zitat aus einem Fragebogen).

Um auch die Akzeptanz und den Profit vom Praktikum im Setting zu evaluieren, wurde ein Interview mit der Schuldirektorin U. Kahraman, die sich auch die Interventionen in

den Klassen angesehen und ein Feedback von ihren Lehrerinnen eingeholt hat, durchgeführt (Anhang 7). Sie gab an, dass die Lehrerinnen und auch sie persönlich von den angebotenen Ausgleichsübungen profitiert haben, und die Lehrerinnen viele neue Ideen (vor allem für den Sportunterricht) erhalten haben. Sie könnte sich auch vorstellen, dass zusätzliche Turnstunden oder auch auf das Schuljahr verteilt – unter der Anwesenheit der Klassenlehrerin - einige lehrplanmäßige Turnstunden von PhysiotherapeutInnen oder Studierenden übernommen werden. Eine nochmalige Annahme des Praktikums, aber auch eine Weiterempfehlung an andere DirektorInnen ist in ihrem Sinne. Weiters wäre es für sie wünschenswert, wenn einE PhysiotherapeutIn an einem bis zwei Tag/en pro Woche (über Finanzierung von Gemeinde, Elternverein) in der Schule arbeiten würde.

Eine Fokusgruppe mit den Studentinnen und den Lehrerinnen wurde aufgrund von mangelnden zeitlichen Ressourcen im Setting abgelehnt. Dennoch wollten die Lehrerinnen noch abschließende Tipps zur weiteren Umsetzung von bewegungsfördernden Strategien erhalten und haben daher die Praktikumsbetreuerin und die Studierenden zu ihrer Konferenz eingeladen. Die Lehrerinnen führten dabei an, dass sie die Bewegungsminute („bewegtes Köpfchen“) und Teile der Wahrnehmungsübungen aus den Wirbelsäulen- und Fuß-Unterrichtsstunden im folgenden Schuljahr in den Unterricht aufnehmen werden, und dass sie selbst von Bewegungsinterventionen und Informationen über Wirbelsäule und Sitzen profitieren konnten. Eine Adaptation des Turnunterrichts an die zunehmenden motorischen Schwächen einer immer größeren Anzahl von Kindern scheint einige Lehrerinnen jedoch vor eine große Herausforderung zu stellen. Neben Tipps zur Umsetzung von Koordinationscirclen und –spielen, wurde vom Physiotherapieteam zusätzlich darauf hingewiesen, eine adäquate Turnausrüstung (geeignete Schuhe, etc.) zu verlangen.

Von Seiten der Eltern wurde der Praktikumsgruppe durchwegs positive Rückmeldung betreffend der Durchführung und Auswertung der präventiven Untersuchungen übermittelt. Viele Mütter hatten schon bei kinder- und schulärztlichen Untersuchungen erfahren, dass ihr Kind Haltungsschwächen oder Haltungsfehler hat, sie erhielten aber – nach eigenen Angaben - durch die physiotherapeutische Untersuchung erstmals genauere, hilfreiche Informationen und Tipps dazu. Dadurch sehen sie sich dazu befähigt aktiv an der Problematik ihres Kindes zu arbeiten. Die freiwilligen Sportstunden an den Nachmittagen wurden ebenfalls von den Eltern aller teilnehmenden Kinder sehr positiv rückgemeldet.

Prinzipiell sieht man durch diese Evaluierungen, dass sowohl Personen im Setting als auch die involvierten Studentinnen von diesem Pilotpraktikum profitieren konnten, und von allen Seiten eine Fortsetzung im folgenden Jahr gewünscht wird. Verbesserungen, wie eine verstärkte Informationskampagne vor und zu Beginn des Praktikums, zur Erklärung der beruflichen Kompetenzen der PhysiotherapeutInnen und zur Erreichung einer größeren Teilnahme an Vortragsveranstaltungen, sollten dabei bei einer Weiterführung dieses Praktikums berücksichtigt werden.

8. Diskussion

Das Hauptziel der vorliegenden Masterthesis ist es, herauszufinden, welche Möglichkeiten und Chancen österreichische PhysiotherapeutInnen haben, sich vermehrt aktiv in die Gesundheitsförderung einzubinden. Aktuelle demografische und gesellschaftliche Veränderungen fordern eine zunehmende Vernetzung von Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation. Da PhysiotherapeutInnen bereits in ihrer Grundausbildung Kompetenzen aus all diesen Bereichen erwerben, sollte die Vernetzung für diese Berufsgruppe eigentlich möglich sein. Die Gesundheitswissenschaft Public Health kann als, wie es Bollert et al. (2009) bezeichnen, „Bezugswissenschaft“ der Physiotherapie das dazu nötige Grundwissen liefern.

Die Bewegung ist ein wesentlicher Teil der gesellschaftlichen Teilhabe von Individuen und fordert die Interaktion vieler in der Gesundheitsförderung involvierter Personen. Gerade PhysiotherapeutInnen als ExpertInnen für Bewegungsentwicklung, –kontrolle und das Bewegungssystem sind daher für eine aktive und öffentliche Mitarbeit in der Gesundheitsförderung prädestiniert (Höppner, 2008).

Österreichische Publikationen über die Physiotherapie in der Gesundheitsförderung konnten im Zuge dieser Arbeit allerdings nicht gefunden werden. Auch die Angaben von Lugmayr et al. (2004), dass nur 4,4 Prozent der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen die Prävention als eines ihrer Betätigungsfelder sehen, führen zur Annahme, dass sich österreichische PhysiotherapeutInnen in diesen Bereich noch nicht oder nur kaum integriert haben. Das Ergebnis einer - wegen geringer Rückmeldungsanzahl nicht validen - Recherche auf der Plattform physiotherapie.at, laut

der nur zwei von 1600 registrierten PhysiotherapeutInnen in der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind, könnte diese Annahme bestätigen. Als Limitation ist bei diesem Ergebnis jedoch anzuführen, dass, sollte sich die von freiberuflichen PhysiotherapeutInnen umgesetzte Prävention in den vergangenen neun Jahren doch gesteigert haben, eine erneute Abfrage bei den beim österreichischen Berufsverband registrierten PhysiotherapeutInnen – wie es auch Lugmayr et al (2004) ausgeführt haben – besser geeignet wäre, als die doch eher erfolglose Umfrage bei physiotherapie.at.

Die Annahme, dass PhysiotherapeutInnen nicht in die Prävention integriert sind, kann auch dadurch bestärkt werden, dass bei vielen, von österreichischen Gesundheitsorganisationen umgesetzten, präventiven Bewegungsinterventionen PhysiotherapeutInnen nicht erwähnt werden. Ein Beispiel dafür ist die Beschreibung einer solchen Maßnahme von der Österreichischen Diabetes-Gesellschaft: Die „Bewegungsbox“ für Diabetes-PatientInnen enthält Empfehlungen über Trainingsprogramme und den Einbau von körperlicher Aktivität im Alltag, einen Schrittzähler, ein Bewegungstagebuch, etc., und sie wird mit der zusätzlichen Erklärung, dass PatientInnen die „Bewegungsempfehlungen mit der Ärztin / dem Arzt besprechen oder sich Unterstützung von BewegungsexpertInnen in Sportvereinen holen sollten“ beschrieben (ÖDG, 2012). Im Vergleich dazu werden Verschreibungen von körperlicher Aktivität in Schweden zum Großteil von PhysiotherapeutInnen ausgegeben und kontrolliert (Kallings et al., 2008).

Auch bei diversen Gesundheitsförderungs-Organisationen, wie „Styria vitalis“, sind aktuell keine PhysiotherapeutInnen in das multidisziplinäre Team integriert.

Im folgenden Teil werden durch die Beantwortung der drei am Beginn dieser Arbeit aufgestellten Forschungsfragen mögliche Erklärungen für diese geringe Integration der Physiotherapie in die österreichische Gesundheitsförderung und Vorschläge für eine Verbesserung dieser Situation gesucht.

Für die Recherche wurden Neuseeland und Schweden als „Länder mit Vorbildwirkung“ angenommen, da diese beiden Länder bereits eine wesentlich längere Tradition von Public Health aufweisen.

8.1 Mögliche Tätigkeitsbereiche für die Physiotherapie in der österreichischen Gesundheitsförderung

Zuerst soll der Frage nachgegangen werden, welche Tätigkeitsbereiche in den Settings der Gesundheitsförderung überhaupt von PhysiotherapeutInnen übernommen werden können, beziehungsweise evidenzbasiert umsetzbar sind.

Dazu ist vorerst anzumerken, dass die Kompetenz der PhysiotherapeutInnen in den letzten 50 Jahren rasch und permanent gestiegen ist. Aus „AssistentInnen für physikalische Medizin“, die von ÄrztInnen angeordnete Interventionen ausführten, wurde eine autonome Gesundheitsberufsgruppe mit akademischer Ausbildung, die ihre Interventionen selbst plant und evaluiert und präventive Maßnahmen (in Neuseeland und Schweden auch therapeutische Maßnahmen) ohne ärztliche Überweisung umsetzt.

Betrachtet man das allgemeine Tätigkeitsfeld in der Gesundheitsförderung, fällt auf, dass für viele Zielgruppen in allen Settings die Förderung der körperlichen Aktivität ein wesentlicher Bestandteil ist. Laut statistischen Angaben steigt die Prävalenz von chronischen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung permanent. Laut Statistik Austria (2010) gaben 1999 27,5 Prozent der ÖsterreicherInnen an, zumindest eine chronische Erkrankung zu haben, 2007 waren es bereits 64,8 Prozent. Natürlich ist dieser rasante Anstieg auch auf eventuelle Senkung von Grenzwerten oder verbesserte Diagnosemaßnahmen zurückzuführen, sicher spielt dabei aber auch ein zunehmend ungesunder und inaktiver Lebensstil eine wesentliche Rolle. Es ist auch ausreichend durch klinische und epidemiologische Studien belegt, dass eine möglichst lebenslange, regelmäßige körperliche Aktivität zahlreiche Erkrankungsrisiken und Krankheitsfolgen (Herz-Kreislauferkrankungen, Adipositas, Diabetes Typ 2, orthopädische Erkrankungen, Colon-, und Mammacarcinom) reduziert. Aus diesen Gründen hat die WHO (2007) Leitlinien zur Förderung der gesundheitswirksamen, körperlichen Aktivität erstellt, die auch in das Wissen aller im Gesundheitswesen tätigen Personen einbezogen werden müssen. Es ist unumstritten, dass für diese Empfehlungen, beziehungsweise Anleitungen von körperlicher Aktivität, neben PhysiotherapeutInnen, auch Berufsgruppen wie SportwissenschaftlerInnen, TrainerInnen in Vereinen, TurnlehrerInnen, GesundheitstrainerInnen, etc. über die nötigen Kompetenzen verfügen. PhysiotherapeutInnen können aber durch ihre Kompetenzen der Vernetzung

von Primär-, Sekundärprävention und Kuration zusätzlich noch wertvolle Interventionen in der settingorientierten Gesundheitsförderung umsetzen (vergleiche Tabelle 1).

Der Einsatz der Physiotherapie in der Sekundärprävention scheint in den letzten Jahren – zumindest international - etwas zuzunehmen: Interventionen bei Risikogruppen (Diabetes-, Osteoporose-, Adipositas-PatientInnen) in Form von Gruppen-Bewegungsprogrammen und Vorträgen werden zunehmend umgesetzt (Geuter & Lehmann, 2007). Doch stellt sich die Frage, ob auch in Österreich PhysiotherapeutInnen in solchen Programmen integriert sind.

Die Möglichkeit, dass freiberuflich tätige PhysiotherapeutInnen, die teilweise auch in multiprofessionellen Ordinationen tätig sind und unter anderem auch Sportvereine oder Pflegeheime betreuen, neben rehabilitativen auch präventive Interventionen umsetzen, ist naheliegend. Dennoch fällt auf, dass in den multidisziplinären Teams der Gesundheitsförderung eher Berufsgruppen mit einem nicht-medizinisch fundierten Zugang zu Bewegung, wie Trainer und Sportwissenschaftler, integriert sind.

Eine mögliche Erklärung für das häufige „Fehlen“ der PhysiotherapeutInnen bei Präventionsstrategien wäre die Form der extramuralen Versorgung in Österreich: Der Hausarzt als zentrale Anlaufstelle im extramuralen Bereich kann nach seinen Möglichkeiten eine Erstdiagnose und –versorgung durchführen und überweist seine PatientInnen an Krankenhäuser, Fachärzte oder nicht-ärztliche Gesundheitsfachkräfte, wie PhysiotherapeutInnen, die im extramuralen Bereich in Ambulatorien der Versicherungsträger angestellt oder freiberuflich tätig sind. Im Gegensatz zum „Direktzugang“, der den PatientInnen physiotherapeutische Interventionen ohne Überweisungsprocedere ermöglicht und in Schweden, Neuseeland und einigen anderen Ländern praktiziert wird, kommen in Österreich nur Personen zur Physiotherapie, deren (Haus)Arzt eine Intervention für nötig empfindet. Nur primärpräventive, physiotherapeutische Interventionen an Gesunden und Gesundheitsförderung dürfen auch in Österreich über Direktzugang erfolgen (Schwamberger, 2006). Dazu ist aber anzumerken, dass im Gegensatz zu den von den Sozialversicherungen teilweise oder auch vollständig finanzierten rehabilitativen Behandlungseinheiten, die Kosten für die präventiven Interventionen von den KlientInnen zur Gänze selbst zu tragen sind. Somit ist der in der Public Health geforderte gleichberechtigte Zugang aller Bevölkerungsschichten zu gesundheitsfördernden Interventionen in der österreichischen Physiotherapie nicht gegeben.

Ein zusätzlicher Grund, dass Prävention kaum umgesetzt wird, sind die eventuell zu knappen zeitlichen Ressourcen, da PhysiotherapeutInnen durch kurative und rehabilitative Behandlungen (auch aufgrund der steigenden Zahl von chronisch Kranken) ausgelastet sind. Dazu muss aber natürlich angemerkt werden, dass – wie es in aktuellen Leitlinien und Studien dokumentiert ist - als ein Teilbereich der Gesundheitsförderung auch Gesundheitserziehung durch Informationsveranstaltungen und –materialien und Gruppeninterventionen ihre Berechtigung haben und finanzielle und zeitliche Ressourcen schonen können. Auch mit Interventionen dieser Art könnten österreichische PhysiotherapeutInnen ihren Platz in der Gesundheitsförderung finden. So fordern auch Nicholls, Reid und Larmer (2009) in Neuseeland eine gesellschaftliche Gleichwertigkeit von individuellen und Gruppen-Interventionen und einen Einsatz der individuellen Interventionen nur für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen – eventuell auch nur vorübergehend – an Gruppeninterventionen nicht teilnehmen können. Durch dieses Umdenken könnten nicht nur Kosten reduziert, sondern auch das für die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung wesentliche Empowerment der Zielpersonen gefördert werden.

In Schweden und Neuseeland scheint die Struktur des Gesundheitssystems die Möglichkeiten der PhysiotherapeutInnen in der Gesundheitsförderung besser zu unterstützen. Die in der Arbeit vielfach erwähnten Primary Health Care – Organisationen ermöglichen ein multidisziplinäres Case Management in der Primärversorgung mit Integration von Sekundär- und Tertiärprävention für chronisch Kranke. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe scheinen den ÄrztInnen in diesen Organisationen eher gleichgestellt, da sich alle Berufsgruppen in ihren Ansätzen ergänzen. Zusätzlich fördern eine Finanzierung von rehabilitativen aber auch präventiven Maßnahmen durch die Gemeinden und den Staat und der mögliche „Direktzugang“ (auch zu kurativen und rehabilitativen Interventionen) eine vom sozialen Status unabhängige Teilnahme an physiotherapeutischen Maßnahmen. In Schweden arbeiten nur etwa 20 Prozent der extramural tätigen PhysiotherapeutInnen freiberuflich, was für eine große Involvierung dieser Berufsgruppe in die Primary Health Care-Organisationen spricht (Leinich, 2007).

Bezogen auf das österreichische Gesundheitssystem scheinen – wie es auch Bollert et al. (2012) für Deutschland anführen – eine starke Hierarchisierung mit fehlenden Anreizen für eine Kooperation der Akteure, und die strenge sektorale Trennung von extra- und intramuralen Bereichen, die Umsetzung des Wissens von optimalen Versorgungsstrategien von der Theorie in die Praxis zu hemmen. Auch beim Umsetzen

von Public Health-Strategien in Österreich gibt es eine Konfrontation mit einem versorgungs- und krankheitsorientierten Gesundheitssystem mit ständig steigenden Kosten (ÖGPH, 2010).

Daraus lässt sich für die erste Forschungsfrage nach möglichen Tätigkeitsbereichen der österreichischen PhysiotherapeutInnen in der Gesundheitsförderung ableiten, dass es ausreichend Möglichkeiten von settingorientierten, präventiven Interventionen gibt, die optimal in das Berufsbild der Physiotherapie passen, da sie Komponenten von Bewegung und/oder Änderung der körperlichen Belastung beinhalten. Zusätzlich können PhysiotherapeutInnen, im Gegensatz zu anderen bewegungsorientierten Berufsgruppen, auch Risikofaktoren und erste Krankheitssymptome erkennen und darauf sekundärpräventiv und therapeutisch einwirken. Dass trotzdem kaum PhysiotherapeutInnen in der österreichischen Gesundheitsförderung tätig sind, könnte am krankheitsversorgungs-orientierten Gesundheitssystem, zusätzlich auch an der im aufgestellten internationalen Vergleich mit Neuseeland und Schweden kurzen Public Health-Geschichte in Österreich liegen. Da Public Health einen wesentlichen Einfluss auf die Bildung gesundheitsorientierter Systeme hat, und die Kenntnis von Public Health-Inhalten eine Voraussetzung für eine gelungene Implementierung von Gesundheitsförderungsstrategien ist, wäre auch das eine plausible Erklärung. Es hängt somit sicher auch mit der landesspezifischen Entwicklung und Organisation der Gesundheitsförderung zusammen, dass PhysiotherapeutInnen in anderen Ländern aktiver an der Gesundheitsförderung beteiligt sind als in Österreich. So ist die Gesundheitsförderung etwa in Schweden durch die Primary Health Care und auch durch die „School Health Nurses“ schon permanent in das Gesundheitssystem integriert. In Österreich hingegen sind Gesundheitsförderung und teilweise auch Prävention sehr projektorientiert. Dadurch sind die Interventionen häufig auf einen eher kurzen Zeitraum begrenzt und können daher auch von der Zielgruppe nicht, oder nur schwer, als fixer Bestandteil in den Alltag integriert werden.

Zusätzlich muss man sich aber auch die Frage stellen, ob die österreichischen PhysiotherapeutInnen durch ihre Ausbildung überhaupt auf das Tätigkeitsfeld in der Gesundheitsförderung vorbereitet werden. Auf diese Frage wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

8.2 Die Ausbildung als Vorbereitung für die Integration der Physiotherapie in die österreichische Gesundheitsförderung

Die Hypothese, dass in der österreichischen Physiotherapie-Ausbildung Public Health-relevante Unterrichtsinhalte nicht oder nur sehr geringfügig gelehrt werden, könnte ebenfalls ein möglicher Grund für die sehr geringe Anzahl der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen PhysiotherapeutInnen in Österreich sein. Um diese Hypothese überprüfen zu können, wurden im Zuge dieser Arbeit die aktuellen Curricula aller sieben Bachelorstudiengänge in Österreich auf Inhalte, die Schwerpunkte aus der Public Health beinhalten, durchsucht. Zusätzlich soll ein Vergleich mit Physiotherapie-Curricula der Länder mit hoher Public Health-Relevanz (Schweden und Neuseeland) noch das Ausmaß eventueller Differenzen aufzeigen.

Die Recherche anhand der sieben Physiotherapie-Curricula aus Österreich zeigte, dass alle Studiengänge Inhalte aus dem Bereich der Gesundheitsförderung integriert haben. Im Vergleich der Quantität dieser Ausmaße, bezogen auf den gesamten Unterricht, fällt auf, dass diese Inhalte doch ein eher geringes Ausmaß (2,5 bis 6 der insgesamt 180 ECTS) einnehmen. Bestärkt wird diese Annahme auch durch den Vergleich mit den schwedischen Curricula. An drei der fünf in die Recherche einbezogenen schwedischen Studiengängen nimmt der Anteil der Public Health-relevanten Unterrichte 15 der insgesamt 180 ECTS ein, an den zwei weiteren liegt er mit 19,5 ECTS und 30 ECTS noch deutlich darüber. Insgesamt ist durch den Vergleich dieser beiden Länder, denen in der Physiotherapie-Ausbildung dieselben Rahmenbedingungen (sechs Semester Dauer, direkt vergleichbares ECTS-Punktesystem, circa 25 Prozent berufsbegleitende Praktika) zu Grunde liegen, erkennbar, dass in Schweden bereits in der Physiotherapie-Grundausbildung mehr Wert auf Public Health-Inhalte gelegt wird. Vergleicht man an den österreichischen und schwedischen Curricula auch die Umfänge der Fächer, die klinische Grundlagen vermitteln (Anatomie, Physiologie, Pathologie), sind diese in beiden Ländern mit 15 bis 20 ECTS etwa gleichwertig. Daraus ergibt sich, dass in Österreich die therapeutisch-klinischen Fächer und/oder therapeutischen Techniken in einem höheren Ausmaß unterrichtet werden als in Schweden. Darin liegt aber auch die Limitation der Aussagekraft dieses Curricula-Vergleichs, da – wie es auch von drei österreichischen StudiengangsleiterInnen rückgemeldet wurde – Public Health-relevante Themen auch teilweise in andere Unterrichtsgegenstände („Physiotherapie in der Pädiatrie“, „Befund und Dokumentation“, „Berufskunde“, etc.) integriert sind. So ist auch in den

Curriculumsbeschreibungen dieser beiden Länder auffallend, dass österreichische Curricula in kleinere Teilfächer (durchschnittlich je 1 bis 2 ECTS) aufgegliedert sind, als schwedische Curricula (durchschnittlich je 5 bis 10 ECTS). Dadurch könnte es auch möglich sein, dass der laut ECTS ausgewertete, geringe Umfang der Public Health-relevanten Unterrichte in Österreich tatsächlich etwas höher liegt.

Aus der qualitativen Recherche sieht man allerdings, dass in Schweden die praktische, settingorientierte Umsetzung der Gesundheitsförderung in der Ausbildung einen höheren Stellenwert hat als in Österreich. In Österreich gibt es einige Bachelorlehrgänge, die weder Projekte praktisch umsetzen, noch Arbeitsplatzanalysen oder Gesundheitsförderungs-Praktika ermöglichen. An einigen anderen österreichischen Lehrgängen ist diese Praxiserfahrung zumindest teilweise möglich. In Schweden werden an allen recherchierten Lehrgängen Projekte umgesetzt und präsentiert, die Studierenden führen Feldanalysen, Assessments und präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz, Turnstundengestaltung, etc. durch. Zusätzlich wird in einigen Lehrgängen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Studiengängen im Unterricht, aber auch in der Projektumsetzung, gefördert.

Die Gründe, weshalb in Schweden die Anpassung der Physiotherapie-Curricula an die steigende Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung weiter fortgeschritten ist als in Österreich, liegen aber auf der Hand. Einerseits trägt dazu vermutlich wiederum die bessere und bereits länger existierende Integration von Public Health-Strategien in das nationale schwedische Gesundheitssystem bei (FHI, 2009), andererseits erfolgte die Akademisierung der Physiotherapie-Ausbildung in Schweden rund 20 Jahre früher als in Österreich. Dadurch ist auch anzunehmen, dass sich die österreichischen Ausbildungscurricula auch noch in diese Richtung weiterentwickeln werden. So ist es etwa am Beispiel des Studiengangs Graz, der als einer der ersten österreichischen Studiengänge 2006 gegründet wurde, und der mit 6 ECTS den größten Umfang an Public Health-relevanten Unterrichten in Österreich verweisen kann, ersichtlich. Dabei sollen, für einen weiteren Ausbau dieser Curriculums-Inhalte, auch die StudiengangsleiterInnen über ein Public Health-Wissen verfügen. So war etwa bei der e-mail-Befragung im Zuge dieser Arbeit auffallend, dass die LeiterInnen der Studiengänge, die nur sehr wenig oder keine praktischen Public Health-Inhalte vermitteln, auch aktuell keinen weiteren Ausbau dieser Inhalte für nötig halten. StudiengangsleiterInnen, die der Meinung sind, dass die Public Health-relevanten Unterrichte noch zu gering im Curriculum vertreten sind oder sich zukünftig noch an die aktuelle Lage des österreichischen Gesundheitssystems adaptieren müssen, setzen an

ihren Lehrgängen bereits mehr praktische Inhalte im Bereich der Gesundheitsförderung um.

In Neuseeland scheint die Adaptation der Physiotherapie-Curricula an die geänderten Anforderungen des Gesundheitssystems noch etwas weiter fortgeschritten zu sein als in Schweden. Um das physiotherapeutische Tätigkeitsfeld vermehrt in den extramuralen Bereich zu legen, wurden die Curricula in den vergangenen Jahren – nach Angaben von Nicholls, Reid und Larmer (2009) – deutlich geändert. Ein Unterrichtsschwerpunkt wurde auf New Public Health-Inhalte gelegt, und traditionelle Unterrichtsfächer, wie Anatomie, wurden reduziert. Bei einer Recherche des Curriculums der Universität Auckland fällt tatsächlich auf, dass die Umfänge der klinischen Grundlagenfächer auf nur 7,5 ECTS (umgerechnet von den neuseeländischen credit-points) reduziert wurden, was etwa die Hälfte der Umfänge an den recherchierten europäischen Lehrgängen ausmacht. Die Umfänge der Public Health-relevanten Unterrichte liegen sogar bei 30 ECTS. Auch beim zweiten neuseeländischen Studiengang in Otago ist anhand der qualitativen Unterrichtsbeschreibung ein starker Public Health-Schwerpunkt mit großem Bezug zu aktuellen, nationalen Gesundheitsproblemen erkennbar, wobei von dieser Universität leider keine Zuordnung zu den credit-points nachvollziehbar ist. Als Limitation für den Vergleich mit den europäischen Curricula muss hier aber angegeben werden, dass die Ausbildung in Neuseeland um zwei Semester länger dauert, wodurch natürlich auch im Lehrplan mehr zeitliche Ressourcen vorhanden sind. Zwar werden auch in Neuseeland etwa 25 Prozent der Ausbildung für das berufsspezifische Praktikum verwendet, dennoch ist die Ausbildungsstruktur different zu Europa. In Otago absolvieren Studierende unterschiedlicher medizinischer Berufsgruppen – so auch Physiotherapie-Studierende – das erste Ausbildungsjahr gemeinsam, an beiden Universitäten wird das Praktikum geblockt im gesamten vierten Ausbildungsjahr absolviert. Praktikumsstellen für viele Studierende sind dabei die Primary Health Care-Organisationen in den Gemeinden.

Betrachtet man genauer die Inhalte der Public Health-relevanten Unterrichte, so fällt auf, dass in Schweden und noch mehr in Neuseeland auf die Vermittlung einer qualifizierten Mitarbeit in den Primary Health Care-Organisationen Wert gelegt wird. Die Arbeitsmedizin und betriebliche Gesundheitsförderung können als deutliche Gemeinsamkeit der Curricula aller drei recherchierten Länder definiert werden.

Auch ist laut Kursbeschreibungen auffällig, dass an einigen schwedischen und neuseeländischen Lehrgängen Unterrichtsinhalte gelehrt werden, die nicht unmittelbar der beruflichen Kompetenz der PhysiotherapeutInnen entsprechen (Ernährungsleitlinien, Raucher-Entwöhnung, Impfpfehlungen), aber vermutlich auf die Umsetzung eines interdisziplinär gestalteten Unterrichts im Bereich der Gesundheitsförderung zurückzuführen sind.

Bezugnehmend auf die zweite Forschungsfrage nach Gesundheitsförderungs-Inhalten in der österreichischen Physiotherapie-Ausbildung hat der Curricula-Vergleich somit zu dem Ergebnis geführt, dass in Österreich zwar bereits an allen sieben Ausbildungsstandorten Inhalte aus Public Health und Gesundheitsförderung unterrichtet werden, dabei aber weder der Umfang noch der Praxisbezug gleichwertig zu den schwedischen und neuseeländischen Curricula sind. Natürlich ist dabei anzuführen, dass die Anhebung der Ausbildung auf Bachelorniveau - im Gegensatz zu Neuseeland und Schweden - in Österreich eine sehr kurze Geschichte hat. Alle österreichischen Physiotherapie-AbsolventInnen bis einschließlich 2008 hatten in ihrer Ausbildung weder über Public Health noch über Gesundheitsförderung Inputs bekommen. Lediglich die Ergonomie und Arbeitsmedizin wurde in einem geringen Ausmaß von zehn Stunden als einziges Public Health – relevantes Unterrichtsfach gelehrt (Schwamberger, 2006). Da der überwiegende Teil der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen in Österreich zumindest seit fünf Jahren im Berufsleben steht, war für diese Berufsgruppe in der Ausbildung Public Health oder die settingorientierte Gesundheitsförderung noch nicht – oder nur sehr geringfügig – relevant. Da auch nur eine sehr geringe Anzahl dieser PhysiotherapeutInnen den in Österreich seit 2001 angebotenen Public Health – Lehrgang absolviert hat, ist die geringe Teilnahme der österreichischen PhysiotherapeutInnen an der Gesundheitsförderung auch dadurch erklärbar. PhysiotherapeutInnen, die aktuell an den österreichischen Bachelorstudiengängen absolvieren, haben laut Curricula fachliche Kompetenzen erworben, die es ihnen ermöglichen, in den Settings der Gesundheitsförderung Fuß zu fassen. Diese fachlichen Kompetenzen gehen auch über das Anwenden von Bewegungsinterventionen im präventiven Bereich hinaus. Gerade Unterrichtsfächer wie „Projektmanagement“, „Präsentation am modernen Gesundheitsmarkt“, etc. befähigen PhysiotherapeutInnen zu einem kompetenten Auftreten am multidisziplinären Markt der Gesundheitsförderungs-Anbieter. Eine zusätzliche Erweiterung der praktischen Umsetzung dieser Inhalte im Zuge der Ausbildung (Projekt-Anwendung, Praktika, Feldanalysen, etc.), sowie ein teilweise

multidisziplinärer Ansatz im Unterricht der Gesundheitsförderungsinhalte – wie es an Beispielen von Schweden oder Neuseeland ersichtlich ist – kann die Gesundheitsförderungs-Kompetenz der österreichischen Physiotherapie-AbsolventInnen sicher noch weiter steigern.

8.3 Praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung in der österreichischen Physiotherapie-Ausbildung

Ziel des Projektteils der vorliegenden Masterthesis ist das Integrieren von praxisorientierten Lehrinhalten aus den Bereichen Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung in die Physiotherapie-Ausbildung. Um diese Inhalte in das bestehende Curriculum aufnehmen zu können, wurde das Wahlpraktikum im sechsten Ausbildungssemester für die Umsetzung ausgewählt. Das Praktikum bietet die nötigen Rahmenbedingungen, die Besonderheiten eines Gesundheitsförderungs-Settings gut kennenzulernen und vielfältige Interventionen umsetzen zu können, da die Studierenden über einen mehrwöchigen Zeitraum täglich acht Stunden im Setting anwesend sind. Besonders das Beobachten von Arbeitsbedingungen und Bewegungsverhalten im Setting ermöglicht ein exaktes Abstimmen der Interventionen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe/n.

Da im Public Health–relevanten Unterricht an Physiotherapie-Studiengängen – wie erwähnt – vor allem das Setting Betrieb bereits eine relativ große Rolle spielt, wurde für dieses Praktikum das laut Curricula noch kaum beachtete Setting Schule gewählt. Vor allem Schulkinder sind eine wesentliche Zielgruppe für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Eine ständig steigende Prävalenz von körperlicher Inaktivität, Übergewicht und chronischen Erkrankungen erfordert ein möglichst frühes Einsetzen von präventiven Interventionen. Im Setting Schule können alle Kinder einer bestimmten Region erreicht werden, zusätzlich spielen in diesem Setting aber auch Interventionen für Erwachsene (LehrerInnen-Gesundheit, Einbeziehen der Eltern) eine große Rolle. Die aktuelle Debatte in Österreich zum Thema „tägliche Turnstunde“ ist ein zusätzlicher Anreiz für Bewegungsinterventionen im Setting Schule.

Grobe erste Planungsschritte wurden bereits etwa ein Jahr vor dem Pilotpraktikum gesetzt, die Auswahl der Interventionen erfolgte nach dem Prinzip der Partizipation und

begann etwa vier Monate vor dem Praktikum. Dazu hat sich die Praktikumsbetreuerin ein Bild von den örtlichen Gegebenheiten und bereits umgesetzten gesundheitsfördernden Aktivitäten (lange Pause am Sportplatz, Freifächer) gemacht und eine Bedarfserhebung gemeinsam mit der Schulleiterin und den Lehrerinnen umgesetzt. Das geplante Pilotpraktikum „Gesundheitsförderung durch Physiotherapie in der Volksschule“ wurde etwa drei Monate vor dem Start bei einem Schulforum allen Klassenlehrerinnen und KlassenelternvertreterInnen vorgestellt, und der erste Elternvortrag erfolgte bereits vor Praktikumsbeginn, um eventuelle Rückmeldungen und Wünsche der Eltern noch in die Planung miteinbeziehen zu können. Die beteiligten Studentinnen haben zuvor im Unterricht ein Präventionsprojekt für die Zielgruppe „VolksschülerInnen“ geplant und präsentiert. Eine Information über die partizipative Bedarfserhebung erhielten sie einige Wochen vor Praktikumsstart, die exakte Planung der Interventionen (Stundenbilder für Turnstunden, Aufbau der Wirbelsäulen- und Fußstunden, Ablauf der bewegten Pause, etc.) erfolgte in den ersten drei Praktikumstagen.

Aufgrund der Evaluierungen der Studentinnen und der geringen Teilnehmerzahl bei freiwilligen Interventionen für Lehrerinnen und Eltern, muss angemerkt werden, dass genau diese „Vorlaufzeit“ effektiver gestaltet werden sollte. Trotz einer frühzeitigen Information der KlassenelternvertreterInnen mit der Bitte um Weiterleitung an die jeweiligen Klasseneltern und der Aussendung eines Elternbriefes mit Informationen über die Interventionen und Einladungen zu den diversen Eltern-Vorträgen, hatten nicht alle Eltern die Informationen wirklich erhalten. Überaus positive Rückmeldung von Seiten der Eltern bekam die Praktikumsgruppe nur für die individuellen, präventiven Untersuchungen der Kinder und für die sportlichen Freifächer, die die Studierenden an Nachmittagen anboten. Anzumerken ist dazu, dass diese Interventionen nur von Eltern genutzt werden konnten, die die schriftliche Information vorab auch gelesen hatten. Vielfach handelte es sich dabei auch um motivierte Eltern, die selbst bewegungsbegeistert und gesundheitsorientiert sind.

Die sehr geringe Teilnehmerzahl an den Abendvorträgen (10 beziehungsweise 12 von 230 Eltern(paaren) und 20 Lehrerinnen) zeigte der Projektgruppe ein in der Gesundheitsförderung häufig beschriebenes Problem auf. Interventionen mit freiwilliger Teilnahme scheinen – auch wenn sie kostenlos angeboten werden - benachteiligte Gruppen nicht zu erreichen. So war es auch auffallend, dass beim Vortrag über „Bewegungsempfehlung“ vorrangig sportlich ambitionierte Eltern, und beim Wirbelsäulenvortrag vorrangig Eltern mit Wirbelsäulen- und Bandscheibenpathologien

anwesend waren, die allerdings die Informationen mit großem Interesse aufnahmen. Für eine höhere Teilnehmerzahl müsste die Information vorab besser und öfter weitergeleitet werden, der Vortragstermin könnte eventuell auch mit einer anderen Schulveranstaltung (wie Elternsprechtag) kombiniert werden.

Im Gegensatz dazu haben Interventionen, die im Zuge des täglichen Unterrichts umgesetzt wurden (Turnstunden, bewegte Minute, bewegte Pause, Wirbelsäulensunde, etc.) alle Kinder im Setting erreicht und erfüllen damit die in der Gesundheitsförderung nötige Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit (Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000). Diese Interventionen waren aber nicht Teil der Elternrückmeldungen, was nochmals auf die Notwendigkeit einer besser organisierten Informationskampagne hinweist, da die Eltern vermutlich nicht ausreichend über die Gesamtheit der Maßnahmen im Physiotherapie-Praktikum Bescheid wussten.

Die Gesundheitsförderung soll auch einen Prozess ins Laufen bringen, der alle Personen des Settings vermehrt dazu befähigt, die Gesundheit selbstbestimmt zu stärken (Empowerment). Auch deshalb ist eine optimale Information der Eltern und LehrerInnen Voraussetzung für ein gesteigertes Gesundheits- und Bewegungsverhalten der Kinder. Eltern spielen dabei nicht nur als Vorbildfunktion eine entscheidende Rolle, sie müssen ihren Kindern auch zeitliche und räumliche Ressourcen zur bewegungsorientierten Freizeitgestaltung ermöglichen. Im Zuge der sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen bei Haltungsschwächen und Haltungsschäden der Kinder konnte das Empowerment der Eltern durch die physiotherapeutischen Interventionen im Pilotpraktikum (individualisiertes Übungsprogramm, Beratungseinheiten) offensichtlich verbessert werden. Laut eigenen Angaben sind viele Mütter dankbar über „das Wissen was zu tun ist“. Die von manchen Eltern gewünschte längerfristige Kontrolle der Übungen und neuerliche Untersuchung des Kindes durch dieselbe Physiotherapeutin ist allerdings aus organisatorischen Gründen (zeitliche Begrenzung des Praktikums) nicht möglich, wäre aber ein zusätzliches Argument für die langfristige Integration eines/einer PhysiotherapeutIn im Setting Schule.

Das Empowerment der Lehrerinnen kann durch Information über Möglichkeiten der Steigerung der eigenen Gesundheit, wie es im Zuge des Praktikums mittels Ausgleichs- und Entspannungsübungen und Abendvorträgen angeboten wurde, gestärkt werden. Die Teilnahme an den physiotherapeutischen Turnstunden, den

Wirbelsäulen- und Fußvorträgen sowie an den bewegten Pausen befähigt die Lehrerinnen nach Ende des Praktikums selbst gesunde Bewegung in ihrem Setting umzusetzen. Neben der Stärkung des Empowerments resultiert daraus die in der Gesundheitsförderung wesentliche Organisationsentwicklung. Dadurch werden Interventionen nicht nur in Projektform angeboten, sondern werden fixer Bestandteil der Organisation Schule (Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 2000).

Auch die Nachhaltigkeit der Interventionen wird in erster Linie durch ein Empowerment der im Setting involvierten Personen gefördert, das im Zuge des Pilotpraktikums bei vielen Lehrerinnen und einigen Eltern erreicht werden konnte. Durch das Engagement der Schulleiterin können zusätzlich zum bewegungsfördernden Verhalten auch bewegungsfördernde Verhältnisse verbessert werden: Eine Anschaffung von Gymnastikbällen als Übungsgerät und alternative Sitzgelegenheit für Lehrerinnen und von Utensilien für Pausenstationen ist geplant. Information über das Tragen von geeigneten Sportschuhen im Turnunterricht wird den Eltern von den Lehrerinnen mitgegeben. Zusätzlich wird die Praktikumsbetreuerin auch im folgenden Schuljahr noch regelmäßig mit der Schulleiterin in Kontakt treten.

Anzumerken ist aber auch, dass für eine umfassende Gesundheitsförderung ein Angebot von multidisziplinären Interventionen wünschenswert wäre. Die Gesundheitsförderung in diesem Pilotpraktikum beschränkte sich auf zahlreiche Bewegungsinterventionen und auf das Erkennen und Behandeln von Risikofaktoren für Erkrankungen am Bewegungssystem. Alle eingesetzten Interventionen entsprechen dem Berufsbild der Physiotherapie. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit beschränkte sich in der Praktikumszeit auf die Zusammenarbeit von Physiotherapeutinnen und Lehrerinnen. Auch eine Zusammenarbeit mit dem Schularzt wäre erstrebenswert gewesen, jedoch war dieser im Praktikumszeitraum nicht in dieser Schule anwesend.

Laut der Bedarfserhebung im Setting in der Praktikumsvorlaufzeit werden die Lehrerinnen durch steigende Prävalenzen von Koordinationsmängeln und Haltungsschwächen kombiniert mit zunehmender körperlicher Inaktivität bereits bei jungen Schulkindern vor eine große Herausforderung gestellt, was einen idealen Angriffspunkt für die Physiotherapie darstellt. Nur eine quantitative Zunahme der Turnstunden – wie es in Österreich aktuell propagiert wird – kann dieser Problematik vermutlich nicht ausreichend entgegenwirken. Sportförderstunden für betroffene Kinder, wie es Rusch und Weineck (2007) beschreiben, und qualitativ hochwertiges koordinatives Training und Wahrnehmungstraining in Form von bewegten Pausen oder

bewegten Minuten im Unterricht, wie sie in diesem Pilotpraktikum umgesetzt wurden, können diese Risikofaktoren und somit spätere chronische Erkrankungen minimieren. PhysiotherapeutInnen, die diese Bewegungsinterventionen optimal umsetzen können, sollten einerseits LehrerInnen für den Einsatz dieser Interventionen laufend beraten und schulen, andererseits auch Kinder und LehrerInnen mit bereits vorhandenen Erkrankungssymptomen individuell behandeln.

Diese durch die PhysiotherapeutInnen mögliche Verknüpfung der Gesundheitsförderung mit der Prävention und Rehabilitation war auch im Pilotpraktikum von großer Relevanz. Aufgezeigt wurde das vor allem durch die individuellen Untersuchungen der Kinder, da nur bei 16 Prozent keine Risikofaktoren und/oder Symptome erkennbar waren. Somit müssen, neben der Umsetzung von allgemeinen, gruppenorientierten Bewegungsinterventionen, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen optimal an individuelle Bedürfnisse und Symptome angepasst werden.

Die Praktikumsbetreuerin und die Studierenden konnten durch die Interventionen im Rahmen des gesamten Praktikums viele neue, wertvolle Erfahrungen sammeln. Die Behandlung von Kindern mit neurologischen Defiziten, nach Verletzungen oder mit Haltungsschwächen gehört ja seit Langem zu einer wesentlichen Aufgabe der PhysiotherapeutInnen. In diesem Zusammenhang ist häufig auch eine Kooperation mit Eltern und LehrerInnen nötig. Doch Interventionen nicht in Krankenhaus- oder Praxisräumlichkeiten, sondern direkt im Setting zu setzen, die Einflussfaktoren im Setting auf die Gesundheit der Kinder und Lehrerinnen zu erkennen, und vielfältige Interventionen bei Gesunden umzusetzen, rückten die Physiotherapie für die Projektgruppe in ein anderes Licht.

Auf Basis dieses Pilotpraktikums können ausreichend Gründe erkannt werden, die für einen Einsatz der PhysiotherapeutInnen in der Gesundheitsförderung, im Speziellen im Setting Schule, sprechen. Die Hauptgründe sind dabei die große Notwendigkeit der zielgruppenorientierten Bewegungsförderung durch BewegungsspezialistInnen und zusätzlich des Ineinandergreifens von primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Interventionen, die für eine Zielgruppe oder für Individuen umgesetzt werden. Auch der Wunsch der Schuldirektorin im Zuge der Evaluierung des Praktikums sofort eine/n PhysiotherapeutIn für einen bis zwei Tag/e pro Woche als MitarbeiterIn in der Schule aufzunehmen zu wollen, spricht dafür (U. Kahraman, persönliche Mitteilung, 28.06.2013).

Die Rückmeldungen der im Pilotpraktikum involvierten Studentinnen zeigen auch, dass sie sich erst durch dieses Praktikum ausreichend kompetent fühlen, in ihrer weiteren Berufslaufbahn den Weg der Gesundheitsförderung einzuschlagen. Das optimale Umsetzen des im Unterricht geplanten Präventionsprojektes („bewegtes Köpchen“), das Gelingen aller anderen Interventionen und deren positive Evaluierung durch Kinder, Lehrerinnen und Eltern zeigen aber auch auf, dass Grazer Physiotherapie-Studierende aktuell durch den theoretischen Unterricht das nötige Wissen für die Arbeit in der Gesundheitsförderung vermittelt bekommen. Ein Umsetzen dieses Wissens in die settingorientierte Praxis sollte im Zuge der Ausbildung zumindest für einige interessierte Studierende unbedingt ermöglicht werden, um einen beruflichen Einstieg in dieses junge Betätigungsfeld der Physiotherapie zu erleichtern.

Im Zuge des aktuellen Curriculums ist somit die jährliche Umsetzung von Praktika im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich für Studierende des letzten Semesters anzustreben. Es sollte – wie bereits erwähnt – für eine tatsächliche gesundheitsfördernde Verhaltensänderung in einem Setting die Projektleiterin noch über die Praktikumszeit hinaus als Beraterin verfügbar sein. Dennoch ist es ratsam, bei der jährlichen Umsetzung dieses Praktikums das Setting neu zu wählen, damit die Kompetenzen der PhysiotherapeutInnen unterschiedlichen Schulen zu Gute kommen.

Eine zusätzliche Verbesserung der multidisziplinären Zusammenarbeit könnte durch eine gemeinsame Projektplanung und -umsetzung mit Studierenden aus anderen Studiengängen, wie etwa Diätologie oder Gesundheitsmanagement, erreicht werden. Dazu wären allerdings organisatorische Veränderungen in den Praktikumsabläufen und/oder Curricula an den beteiligten Studiengängen nötig.

Bezugnehmend auf die dritte Forschungsfrage nach Implementierungs-Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in ein Physiotherapie-Curriculum, konnte anhand des Pilotpraktikums eine praktische Unterrichtsform in diesem Bereich aufgezeigt werden, die sich - laut Evaluierungen - auch für einen weiteren Einsatz eignet. Wesentliche Grundzüge der Gesundheitsförderung (partizipativer Ansatz, Settingansatz, Stärkung des Empowerments in den Zielgruppen) konnten damit erreicht werden. Als Limitation für die Umsetzung einer optimalen Gesundheitsförderung im Pilotpraktikum ist jedoch die Einhaltung der vorgegebenen Rahmenbedingungen durch das aktuelle Curriculum anzuführen. Daher war eine intensivere Informationskampagne vor dem Projekt, eine multidisziplinäre Zusammenarbeit und ein langfristiges Umsetzen der Interventionen in diesem Projekt nicht möglich.

8.4 Implementierung der Physiotherapie in die österreichische Gesundheitsförderung

PhysiotherapeutInnen sind eine qualifizierte und kompetente Berufsgruppe für die Mitarbeit in den multidisziplinären Teams der österreichischen Gesundheitsförderung. Diese Tatsache kann durch Berufsbildbeschreibungen und Ausbildungsinhalte untermauert werden. Doch bei Auswertung des internationalen Vergleichs mit Schweden und Neuseeland ist nachvollziehbar, dass sich die Prävention und die Gesundheitsförderung in der österreichischen Physiotherapie – aber auch im gesamten österreichischen Gesundheitssystem – erst in einer Startphase befinden. So hat sich in Österreich die Prävention noch kaum in die Primärversorgung integriert, da die Primary Health Care–Organisationen erst in Planung sind. Gesundheitsförderung ist häufig noch kein fixer Bestandteil in den Organisationen der einzelnen Settings, sondern wird über Projekte angeboten. Der Einsatz von finanziellen Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention ist in Österreich deutlich geringer als in anderen Ländern. In den Ausbildungscurricula von primär kurativ und rehabilitativ tätigen Berufen, wie Physiotherapie, hat eine Aufnahme von Gesundheitsförderungs- und Public Health-relevanten Unterrichtsinhalten erst vor wenigen Jahren mit der Akademisierung dieser Berufe begonnen. Dadurch sieht ein Großteil der österreichischen PhysiotherapeutInnen den Handlungsschwerpunkt in individuellen, therapeutischen Interventionen der Rehabilitation und Kuration.

Stewart und Haswell (2007) beschreiben, dass das Potential der Physiotherapie, eine wichtige Rolle in der Primary Health Care und Gesundheitsförderung zu spielen, nur umgesetzt werden kann, wenn die PhysiotherapeutInnen bereit sind ihre Fähigkeiten an dieses Tätigkeitsfeld anzupassen. So muss auch akzeptiert werden, dass nicht nur evidenzbasierte Behandlungsschemata zum Erfolg führen, sondern zusätzlich auch Verhaltensänderungen von Seiten der PatientInnen und KlientInnen gefordert werden müssen.

Um das zu ermöglichen muss der Perspektivenwechsel (von pathogen zu salutogen, beziehungsweise vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Denkmodell), der - wie in Kapitel 4 beschrieben - in der Wissenschaft Public Health in den 1970er-Jahren erfolgte, auch in der Praxis umgesetzt werden. Bengel, Schrittmacher und Willmann (2001) beschreiben in ihrer Expertise, dass PraktikerInnen in der Rehabilitation und

Therapie diesen Perspektivenwechsel zuerst in sich selbst vollziehen müssen, damit sie ihn im jeweiligen Handlungsfeld umsetzen können. Die AutorInnen führen auch an, dass eine stärkere Berücksichtigung der Salutogenese allerdings gerade in Rehabilitation und Therapie durch Organisationsformen verhindert wird. So sind die Vorgaben der Kostenträger eher risiko- und nicht ressourcen-orientiert. Die kurz- bis mittelfristige Dauer von Therapien und Rehabilitationen reicht meist nicht aus, um salutogene Handlungsstrategien anzuwenden. Auch sind PatientInnen in der Therapie und Rehabilitation eine Zielgruppe, die einen gewissen Bedarf nach biomedizinischer und risiko-orientierter Behandlung hat. Diese Behandlung kann jedoch durch eine zusätzliche Berücksichtigung der salutogenen Perspektive noch effektiver sein.

Auch die zeitlichen Ressourcen der in Ambulatorien und Rehabilitationszentren tätigen PhysiotherapeutInnen sind häufig so knapp bemessen, dass keine Möglichkeit besteht nach gesundheitsfördernden Strategien einzelner PatientInnen zu suchen, sondern der Schwerpunkt auf Interventionen zur Verringerung von Symptomen oder Funktionseinschränkungen gelegt wird.

Es kann auch die Frage aufgeworfen werden, ob das Berufsbild, das österreichische PhysiotherapeutInnen nach außen tragen, sie für andere Berufsgruppen als kompetente MitarbeiterInnen in der Gesundheitsförderung qualifiziert. Dazu müssen PhysiotherapeutInnen in ihrer Ausbildung Fertigkeiten erlernen, die sie befähigen, sich am multidisziplinären Markt der Gesundheitsförderung zu präsentieren und zu etablieren.

Die Umsetzung von präventiven Interventionen und Programmen, die in einer Steigerung der körperlichen Aktivität einer bestimmten Zielgruppe resultieren, können PhysiotherapeutInnen optimal umsetzen. Doch um Gesundheitsförderung wirklich effektiv zu gestalten, sind die optimalen und evidenzbasierten Interventionen nicht ausreichend. Für die gute Qualität der Gesundheitsförderung sind nach Meinung vieler AutorInnen vielmehr ein optimales Gelingen der interdisziplinären Kommunikation, des Dialogs im Setting und der Steigerung des Empowerments zur eigenen, persönlichen Kompetenzentwicklung nötig (Boll & Boström-Lindberg, 2010; Nilsson, 2005).

Auch sollte die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen die Prävention und Gesundheitsförderung nicht als möglichen Gegensatz, sondern als gewinnbringenden Zusatz, zum in der Physiotherapie vorherrschenden individuellen, symptom- und risikofaktoren-bezogenen Ansatz sehen. Das Engagement von einzelnen PhysiotherapeutInnen, sich in den Settings Gemeinde, Schule und Betrieb in ein

multiprofessionelles Feld zu integrieren, und eine zusätzliche Einflussnahme von nationalen Berufsverbänden bei politischen Entscheidungsträgern öffnet den PhysiotherapeutInnen ein „neues“, spannendes Tätigkeitsfeld (Nicholls, Reid & Larmer, 2009).

Nur dadurch kann der Berufsstand der Physiotherapie den aktuellen gesundheitlichen Herausforderungen in der Bevölkerung und den vermutlich daraus resultierenden Änderungen im österreichischen Gesundheitswesen gewachsen sein.

9. Conclusio

Durch die aktuelle demografische Entwicklung mit zunehmender Anzahl von chronisch Kranken und durch den steigenden Wettbewerb im Gesundheitssektor sind auch PhysiotherapeutInnen aufgefordert, ihre Kompetenzen aktiv in die Gesellschaft und in das Gesundheitswesen einzubringen. Zusätzlich zur individuellen Therapie im Bereich der Rehabilitation und Kuration müssen PhysiotherapeutInnen Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung als gleichwertige Tätigkeit sehen. Ein vermehrtes Annehmen des biopsychosozialen Denkmodells ist dazu für ein Erkennen der möglichen Gesundheits-Ressourcen und zur Förderung des Empowerments der PatientInnen und KlientInnen unerlässlich. Bereits in der Grundausbildung muss daher den Physiotherapie-Studierenden nicht nur eine salutogene Sichtweise vermittelt werden, auch Unterrichtsinhalte, die den Schwerpunkt auf präventive Interventionen legen (Ergonomie, Arbeitsmedizin, etc.) und eine aktive Beteiligung in Gesundheitsförderungs-Settings ermöglichen (Gesundheitsökonomie, Projektmanagement), sind essentiell. Auch Inhalte aus den Gesundheitswissenschaften Public Health sind für die Mitarbeit in der Gesundheitsförderung gewinnbringend und sollen daher bereits vermehrt in die Grundausbildung von primär rehabilitativ tätigen Berufsgruppen miteinfließen. In die österreichischen Physiotherapie-Curricula wurden, seit Beginn der Akademisierung der Ausbildung vor sieben Jahren, solche Public Health-Inhalte zunehmend eingebaut. Daher verfügen österreichische Physiotherapie-AbsolventInnen der letzten fünf Jahre bereits zumindest über theoretische Kenntnisse, die ihnen eine aktive Mitarbeit in den multidisziplinären Settings der Gesundheitsförderung ermöglichen. Der im Zuge der

vorliegenden Arbeit durchgeführte Ländervergleich mit Schweden und Neuseeland zeigt jedoch, dass ein weiterer Ausbau dieser Inhalte (vor allem im praktischen Bereich) die Kompetenzen der PhysiotherapeutInnen als Akteure in der Gesundheitsförderung noch weiter steigern kann.

Auch die Umsetzung eines Pilotpraktikums im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erwies sich als optimale Unterrichtsform. Einerseits werden Fähigkeiten und Motivation von Physiotherapie-AbsolventInnen, in diesem Bereich zu arbeiten, gesteigert. Andererseits können die Zielgruppen im Setting die Kompetenzen der PhysiotherapeutInnen als Gesundheitsförderer erkennen und davon profitieren.

Da in den beiden Vergleichsländern Schweden und Neuseeland die Akademisierung der Physiotherapie-Ausbildung deutlich früher erfolgte, sind PhysiotherapeutInnen dort bereits besser in die Gesundheitsförderung involviert als in Österreich. Als zusätzliche Gründe dafür muss aber auch die unterschiedliche Strukturierung und Organisation des Gesundheitssystems angeführt werden. So haben in Schweden und Neuseeland die Prävention und Gesundheitsförderung einen höheren Stellenwert. Durch die extramurale Versorgung über Primary Health Care–Organisationen und durch den Direktzugang zu allen physiotherapeutischen Interventionen werden in diesen Ländern präventive, rehabilitative und kurative Maßnahmen gleichgestellt. Auch eine deutlichere Relevanz von Public Health – Strategien unterstützt die Gesundheitsförderung in den beiden Vergleichsländern.

Doch nicht nur Veränderungen in der österreichischen Gesundheitsversorgung, Verbesserungen von Organisationsstrukturen und weitere Adaptation der Ausbildungscurricula, sondern auch ein aktiveres und selbstbewussteres Auftreten der PhysiotherapeutInnen als BewegungsspezialistInnen, die Fähigkeiten haben Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Kuration optimal zu vernetzen, können somit mehr Physiotherapie in der österreichischen Gesundheitsförderung ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Abu-Omur, K., & Rütte, A. (2012). Körperliche Aktivität und Public Health. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, (S. 66 - 72). doi 10.1007/s00103_011_1389_8.
- Adamowitsch, M., Flaschberger, E. & Felder-Puig, R. (2011). Handlungsempfehlungen für die Bereiche Ernährung und Bewegung der "Gesunde Schule"-Qualitätsstandards. Wien: Ludwig Boltzmann Institute. Abgerufen am 10.07.2013 von <http://www.gesundeschule.at/wp-content/uploads/LBIHPR-Handlungsempfehlungen-Ern%C3%A4hrung-Bewegung.pdf>
- Ahrens, D. (2005). Gesundheitsökonomie und Public Health. In M. Sprenger, *Public Health in Österreich und Europa - Festschrift* (S. 261-266). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Altenhöner, T., Stamm, A., Zeeb, H., Piepenbrock, H. & Zapf, O. (2007). Effekte eines physiotherapeutisch geleiteten Sportunterrichtes in der Grundschule - Analyse ausgewählter Parameter der Dehnfähigkeit und Koordination. *physioscience*, S. 17 - 22. doi 10.1055/s-2007-962886.
- Auckland Regional Public Health Service. (2013). Abgerufen am 06.04 2013 von <http://www.arphs.govt.nz>
- AUT university (2012). *Bachelor of science: Physiotherapy*. Abgerufen am 31.03.2013 von <http://www.aut.ac.nz/study-at-aut/study-areas/health-sciences/undergraduate-courses/bachelor-of-health-science-physiotherapy>
- Bachl, N., Bauer, R., Dorner, T., Gäbler, C., Gollner, E., Halbwachs, C. et al. (2012). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wien: Fonds Gesundes Österreich. Abgerufen am 15.01.2013 von <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/prioritaeten/bewegung-und-ernaehrung/2012-02-06.5513503170/>
- Baris, E. (2010). *Der Europäische Gesundheitsbereich 2009, Gesundheit und Gesundheitssysteme*. (WHO, Hrsg.) Abgerufen am 02.11.2012 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/82413/E93103g.pdf
- Bengel, J., Schrittmacher, R., & Willmann, H. (2001). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: BZgA.
- Bigos, S., Holland, J., Holland, C., Webster, J., Battie, M. & Malmgren, J. (2009). High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *Spine Vol.9*, 2, S. 147-168. doi: 10.1016/j.spinee.2008.11.001.

- Bittner, F. (2008). Perspektiven erweitern! Salutogene Gesundheitsförderung in der Physiotherapie. *PT-Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 60, S. 1391 - 1394. Abgerufen am 29.10.2012 von www.physiotherapeuten.de/archiv/pt11_08_bittner.pdf
- BMUK (2009). *gesund & munter*. Abgerufen am 07.08.2013 von <http://www.gesundundmunter.at/>
- Boll, M. & Boström-Lindberg, E. (2010). Physiotherapists' understanding and approach to health promotion work in compulsory school: Perceiving and supporting coherence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(5), S. 318-326. doi: 10.3109/09593980903071394
- Bollert, G., Borgetto, B., Geuter, G., Höppner, H., Hurrelmann, K. & Porbst, A. (2009). Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Soziologie und Gesundheitswissenschaften/Public Health. *physioscience* 5(4), S. 174-183. doi: 10.1055/s-0028-1109890.
- Bröskamp-Stone, U., Kickbusch, I. & Walter, U. (2000). Gesundheitsförderung. In F. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist, *Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer: München - Jena.
- Bundeskanzleramt-Rechtsinformationssystem (2013). *Gesamte Rechtsvorschrift für FH-MTD-Ausbildungsverordnung, Fassung vom 26.08.2013*. Abgerufen am 27.08.2013 von <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004516&ShowPrintPreview=True>
- Burton, A., Balague, F., Cardon, G., Eriksen, H., Henrotin, Y., Lahad, A. et al. (2006). European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. *Eur Spine Journal* 15(2), S. 136-168. doi: 10.1007/s00586-006-1070-3
- d'Young, I. (2011). *Physiotherapy New Zealand*. (N. Z. Physiotherapists, Hrsg.) Abgerufen am 14.04.2013 von http://www.physiotherapy.org.nz/Category?Action=View&Category_id=230
- Eckler, U. (2013). Der physiotherapeutische Prozess in der Arbeitsmedizin und Prävention. (physioaustria, Hrsg.) *Inform* 06, S. 7-9.
- Erhardt, T. (2008). Überblick über das Arbeitsfeld Prävention. In A. Hüter-Becker & M. Dölken, *Prävention* (S. 27-65). Stuttgart: Thieme.
- ER-WCPT (2003). *European Physiotherapy Benchmark Statement*. Barcelona: WCPT. Abgerufen am 13.10.2012 von <http://www.fysiot.ee/userfiles/file/european%20pt%20benchmark.pdf>
- ER-WCPT (kein Datum). *About Physiotherapy*. Abgerufen am 13.10.2012 von <http://www.physio-europe.org/index.php?action=136>

- Europa-Press-releases (2011). Third Demography Report: population is becoming older and more diverse. Brüssel. Abgerufen am 12.10.2012 von http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-11-209_en.htm?locale=en.
- Eurostat (2011). *Statistiken zur Gesundheitsversorgung*. Abgerufen am 12.10.2012 von [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Health_care_expenditure_by_function,_2009_\(%25_of_current_health_expenditure\)-de.png&filetimestamp=20120717095121](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Health_care_expenditure_by_function,_2009_(%25_of_current_health_expenditure)-de.png&filetimestamp=20120717095121)
- Fachhochschule Kärnten (2012). *Physiotherapie*. Abgerufen am 31.03.2013 von <http://www.fh-kaernten.at/gesundheit-soziales/bachelor/physiotherapie/aktuelle-vorlesungen.html>
- FH Campus-Wien (2012). *Physiotherapie*. Abgerufen am 31.03.2013 von http://www.fh-campuswien.ac.at/bachelor___master/gesundheit/bachelor/physiotherapie/studienplan/
- FH Gesundheitsberufe OÖ (2013). *Curriculum Physiotherapie*. Abgerufen am 15.04.2013 von http://www.fh-gesundheitsberufe.at/fileadmin/downloads/curricula/FHG_Curriculum_PT_WEB_NEU_Juni2013.pdf
- FH St.Pölten (2012). *Studienplan FH-Bachelor-Physiotherapie*. Abgerufen am 31.03.2013 von http://www.fhstp.ac.at/studienangebot/bachelor/pt/physiotherapie/Studienplan_PT_2012.pdf
- FH-Gesundheit-Tirol (2012). *FH-Bachelorstudiengang-Physiotherapie Curriculum-Matrix*. Abgerufen am 24.10.2012 von https://www.fhg-tirol.ac.at/dataarchive/data84/fh_bachelor_studiengang_physio_curriculum_matrix_2012_01_10.pdf
- FHI (2009). *Public Health in Sweden*. Abgerufen am 10.05.2013 von <http://www.fhi.se/en/Public-Health-in-Sweden/>
- FH-JOANNEUM-Physiotherapie (2012). *Studienplan ab Jahrgang 2011*. Abgerufen am 31.03.2013 von http://www.fh-joanneum.at/aw/home/Studienangebot_Uebersicht/fachbereich_gesundheitswissenschaften/pth/Studium/~btob/pth_curriculum/?lan=de
- FH-JOANNEUM Graz (2013). *Praktikumsleitfaden für den Studiengang Physiotherapie*.
- FHS-Fachhochschule-Salzburg (2012). *Studienplan*. Abgerufen am 22.12.2012 von http://www.fh-salzburg.ac.at/fileadmin/scripts/bachelor.php?stg_kurz=PTH-B&sprache=D
- Geuter, G. & Lehmann, G. (2007). Stärken stärken - Risiken mindern. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als zentrale Tätigkeitsfelder für Physiotherapeuten. *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 59(6), S. 597 - 605. Abgerufen am 07.08.2013 von

http://www.rueckenfit.de/pdf/Artikel_Gesundheitsfoerderung_und_Krankheitspraevention_06_2007.pdf

Göteborgs Universitet (2006). *Curriculum for the Physiotherapy programme*. Abgerufen am 03.08.2013 von

http://www.neurophys.gu.se/digitalAssets/1269/1269967_Utbildningsplan_SG_eng.pdf

Groll, C., Heine-Goldammer, B. & Zalpour, C. (2009). Evaluation eines Präventionskonzepts im Setting Grundschule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 51-57. doi: 10.1007/s11553-008-0152-y.

Harris, K., Kuramoto, L., Schulzer, M. & Retallack, J. (2009). Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 180(7), S. 719-725. Abgerufen am 01.08.2013 von <http://www.cmaj.ca/content/180/7/719.full.pdf+html>

Hengeveld, E. (2005). Untersuchen als Prozess, Clinical Reasoning. In A. Hüter-Becker & M. Dölken, *Untersuchen in der Physiotherapie*. (S. 3 - 6). Stuttgart: Georg Thieme.

Höppner, H. (2008). Gesundheitswissenschaften: Orientierung für Physiotherapeuten in Prävention und Gesundheitsförderung. In A. Hüter-Becker & M. Dölken, *Prävention* (S. 3-7). Stuttgart: Georg Thieme.

Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L. & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, S. 213-224. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S14900>

Kallings, L., Leijon, M., Hellenius, M.-L. & Stahle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18, S. 154-161. doi: 10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x

Karolinka Institutet (2012). *Kursplan för Hälsopromotion*. Abgerufen am 20.01.2013 von <http://ki.se/?a=96358&academicYear=13%2F14&d=13473&env=production&kplanid=15239&l=sv&lang=sv&url=%2Fselma%2Fselma%2FcoursePlan%2F1SY014>

Karolinska Institutet (2008). *Syllabus - Study Programme in Physiotherapy* Abgerufen am 20.01.2013 von http://www.ki.se/ua/utbildningsplan/1SY07_eng.pdf

Kent, N. (2010). *Swedish National Institute of Public Health*. Abgerufen am 17.11.2012 von <http://www.fhi.se/en/News/News/Nine-out-of-ten-health-centers-are-prescribing-exercise/>

Klemme, B., Geuter, G. & Siegmann, G. (2012). *Lehren und Lernen in der Physiotherapie*. Stuttgart: Thieme.

- Kocks, A. (2008). Schulgesundheitspflege - Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege & Gesundheit*, S. 246 - 260. Abgerufen am 15.08.2013 von <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/0803-Kocks.pdf>
- Kolip, P., Wydler, H. & Abel, T. (2010). *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. Weinheim und München: Juventa.
- Kramer, J., Hofmann, S., Scheurecker, A. & Tschauer, C. (2002). Morbus Perthes. *Radiologe* 42, S. 432 - 439. doi: 10.1007/s00117-002-0755-9.
- Kriemler, S., Zahner, L., Schindler, C., Mayer, U., Hartmann, T., Hebestreit, H. et al. (2010). Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adipositas in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 340, S. c.785. doi: 10.1136/bmj.c785.
- Leinich, T. (2007). *Direct Access - Direkter Zugang zur Physiotherapie in Schweden*. Norderstedt: Books on Demand. Abgerufen am 27.08.2013 von [http://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=1R9-mQGCEYEC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Leinich,+T.+\(2007\).+Direct+Access++Direkter+Zugang+zur+Physiotherapie+in+Schweden.+Norderstedt:+Books+on+Demand.&ots=fZjuSNi2PH&sig=vradSY4Nt7uxU36Z9NKIYw7gMXA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=1R9-mQGCEYEC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Leinich,+T.+(2007).+Direct+Access++Direkter+Zugang+zur+Physiotherapie+in+Schweden.+Norderstedt:+Books+on+Demand.&ots=fZjuSNi2PH&sig=vradSY4Nt7uxU36Z9NKIYw7gMXA#v=onepage&q&f=false)
- Lenck, B. (2008). Interprofessionalität und Interdisziplinarität. In A. Hüter-Becker & M. Dölken, *Prävention* (S. 48-57). Stuttgart: Thieme.
- Lisell, U. (2012). *Linköpings universitet Sjukgymnastik ur ett samhällsperspektiv*. Abgerufen am 05.01.2013 von <http://www.hu.liu.se/sg-utb/terminer/termin-5/pdf/1.431525/8SGG53rev121211.pdf>
- Lugmayr, B., Schörner, B., Gräsel, V., Kerschischnik, E., Knauder, S., Kosik, M. et al. (2004). *Berufsprofil der/des Physiotherapeutin/Physiotherapeuten*. (Physioaustria, Hrsg.) Abgerufen am 12.10.2012 von <http://www.physioaustria.at/sites/default/files/Artikel/berufsprofil.pdf>
- Lulea-Tekniska Universitet (2012). *Studienplan Physiotherapie für das akademische Jahr 2013/14*. Abgerufen am 03.08.2013 von <https://webapp.ltu.se/epok/public/uppex/viewUtplan.htm?locale=sv&id=58436&lasar=1213>
- Lund-university (2011). *Faculty of Medicine Lund*. Abgerufen am 05.01 2013 von http://www.med.lu.se/english/study/exchange_studies/physiotherapy
- Mellerowicz, H., Matussek, J., Wilke, S., Leier, T. & Asamoah, V. (2000). Sportverletzungen und Sportschäden im Kindes- und Jugendalter - eine Übersicht. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 51(3), S. 78-84. Abgerufen am 07.08.2013 von http://www.zeitschrift-sportmedizin.de/fileadmin/externe_websites/ext.dzsm/content/archiv2000/heft03/a1_0300.pdf

- Moritz, S. (2009). *Wo Leben Bewegung ist*. Abgerufen am 16.10. 2012 von <http://www.aerzte-exklusiv.at/archiv/index.php?id=1691>
- Moritz, S. (2012). *Physiotherapie PatientInneninformation von Physio Austria*. Abgerufen am 12.10.2012 von <http://www.physioaustria.at/sites/default/files/Artikel/patientinneninfophysiotherapie.pdf>
- Moritz, S., Bernhardt, R., Haslinger, D. & Eckler, U. (2012). *Physiotherapie in der Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 18.10.2012 von http://www.physioaustria.at/sites/default/files/Artikel/betrieblichegesundheitsfoerderung_0.pdf
- Muzar, N. (2009). *Direktzugang zur Physiotherapie*. Abgerufen am 29.10.2012 von <http://www.physioaustria.at/inform-nr-5-dezember-2009-physiotherapie-in-der-gynaekologie-und-geburtshilfe/direktzugang-zur-physiotherapie>
- Nicholls, D., Reid, A. & Larmer, P. (2009). Crisis, what crisis? Revisiting possible futures for physiotherapy. *NZ Journal of Physiotherapy*, 37(3), S. 105-114. Abgerufen am 18.10.2012 von <http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/handle/10292/1788/Crisis%20what%20crisis.pdf?sequence=2>
- Nilsson, L. (2005). The Roles of Participation and Dialogue in Health Promotion Schools: Cases from Sweden. In S. Clift & B. Jensen, *The Health Promotion School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Danish University of Education Press. Abgerufen am 10.08.2013 von <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.110.734&rep=rep1&type=pdf>
- Noack, H. R. (2000). Public Health in Österreich und in der Schweiz. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist, *Das Public Health Buch* (S. 600-608). München - Jena: Urban & Fischer.
- ÖDG (2012). *Die Bewegungsbox*. Abgerufen am 12.08.2013 von http://www.bewegungsbox.at/bewegungsbox_wozu.html#info
- ÖGCC. (2013). *Newsletter 1_13*. Abgerufen am 11.08. 2013 von <http://www.oegcc.at/>
- ÖGPH (2010). *Public Health in Österreich*. Abgerufen am 29.10. 2012 von <http://www.oeph.at/public-health-in-oesterreich/public-health-faq>
- ÖGPH (2013). *ÖGPH Newsletter, Juni 2013*. Abgerufen am 09.08.2013 von http://www.oeph.at/images/stories/newsletter/Newsletter_Juni_2013_final.pdf
- Parlamentsdirektion Republik Österreich (2013). *Analyse Bundesfinanzrahmen 2014 bis 2017*. Abgerufen am 01.08.2013 von www.parlament.gv.at
- Perreault, K. (2008). Linking Health Promotion with Physiotherapy for low back pain: a review. *Journal of Rehabilitation Medicine* (40), S. 401-409. doi: 10.2340/16501977-0208

- Pettersson, B. (2010). *Gesundheit im Gespräch: Public-Health-Experten antworten.* (J. Soffried, Interviewer) Soziale Sicherheit. Abgerufen am 16.10.2012 von http://www.ifgp.at/files/Interview_Pettersson-Soffried_SoSi_Mai2010.pdf
- physioaustria (2011). *kids enorm in form.* Abgerufen am 31.05.2013 von <http://www.physioaustria.at/information-und-service/was-ist-physiotherapie/pr%C3%A4vention-und-physiotherapie/kids-enorm-form>
- physioaustria (2013). *physioaustria - Arbeit und Gesundheit.* Abgerufen am 02.06.2013 von <http://www.physioaustria.at/og/arbeit-und-gesundheit>
- physioaustria (kein Datum a). *Berufsbild.* Abgerufen am 13.10. 2012 von <http://www.physioaustria.at/allgemeine-information/berufsbild>
- physioaustria (kein Datum b). *Geschichte der Physiotherapie in Österreich.* Abgerufen am 23.10.2012 von <http://www.physioaustria.at/information-und-service/was-ist-physiotherapie/geschichte-der-physiotherapie-%C3%B6sterreich>
- physiotherapie.at (2012). *Physiotherapeutinnen.* Abgerufen am 14.10.2012 von <http://www.physiotherapie.at/physiotherapeutinnen-suche>
- Physiotherapy New Zealand (2010). Abgerufen am 13.10.2012 von http://www.physiotherapy.org.nz/Category?Action=View&Category_id=271
- Public Health Organisation of NZ (2013). *Public Health.* Abgerufen am 07.04.2013 von <http://www.pha.org.nz>
- Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R. et al. (2011). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen, Ergebnisse des WHO-Survey 2010.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen am 20.01.2013 von <http://www.lbihpr.lbg.ac.at/oesterreichische-hbsc-studie>
- Raschner, C., Lember, S., Platzer, H.-P., Patterson, C., Hilden, T. & Lutz, M. (2008). S3-Check - Evaluierung und Normwerterhebung eines Tests zur Erfassung der Gleichgewichtsfähigkeit und Körperstabilität. *Sportverletzung und Sportschaden*, 22, S. 100 - 105. doi: 10.1055/s-2008-1027239.
- Regional Public Health (2013). *Better Health for the Regional Wellington Region.* Abgerufen am 07.04.2013 von <http://www.rph.org.nz/>
- Rosenbrock, R. (2001). Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. Vol 44, S. 753-762. Abgerufen am 05.08.2013 von <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs001030100231#page-1>
- Rosenbrock, R. & Michel, C. (2007). *Primäre Prävention Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rusch, H. & Weineck, J. (2007). *Sportförderunterricht - Lehr- und Übungsbuch zur Förderung der Gesundheit durch Bewegung.* Schorndorf: Hofmann.

- Scherfer, E. & Stranzinger, K. (2012). *Das Otago-Übungsprogramm zur Sturzprävention*. Abgerufen am 12.08.2013 von http://www.physiotherapeuten.de/index.html?http://www.physiotherapeuten.de/pt/archiv/2012/pt08/a_pt_12_08_schwerpunkt.html
- Schomacher, J. (ohne Datum). *Geschichte der Physiotherapie und Manuellen Therapie*. Abgerufen am 24.10.2012 von <http://www.mt-omt.de/geschichte-der-manuellen-therapie/>
- Schwamberger, H. (2006). *MTD-Gesetz: Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste*. Wien: Verlag Österreich.
- Statistik Austria (2010). *Chronische Krankheiten*. Abgerufen am 01.04.2013 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html
- Statistik Austria (2013). *Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen*. Abgerufen am 24.07.2013 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitliche_beeintraechtigungen/index.html
- Steward Burgher, M., Barnekow Rasmussen, V. & Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools*. Abgerufen am 20.01.2013 von <http://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf>
- Steward, J. & Haswell, K. (2007). Primary health Care in Aotearoa, New Zealand: Challenges and Opportunities for Physiotherapists. *NZ Journal of Physiotherapy* 35(2), S. 48-53. Abgerufen am 20.01.2013 von [http://www.physiotherapy.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder_id=134&File=35\(2\)p48-53.pdf](http://www.physiotherapy.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder_id=134&File=35(2)p48-53.pdf)
- Stößel, U. & Michaelis, M. (2001). Interventionsstrategien und evaluierte Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verhütung arbeitsbedingter Muskel- und Skeletterkrankungen. In H. Pfaff & W. Slesina, *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 63-73). Weinheim und München: Juventa.
- Styria Vitalis (2011). *Gesunde Schule*. Abgerufen am 24.08.2013 von http://www.styriavitalis.at/cms/Gesunde_Schule/26,0,0,0.html abgerufen
- Summerbell, C., Waters, E., Edmunds, L., Kelly, S., Brown, T. & Campell, K. (2005). Interventions for preventing obesity in children. doi: 10.1002/14651858.CD001871.pub2.
- Swedish National Institute of PH (2010). *Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease*. (P. A. Activity, Hrsg.). Abgerufen am 20.01.2013 von http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/fyss_2010_english.pdf
- Tulchinsky, T. & Varavikova, E. (2009). *The New Public Health, Second Edition*. London: Elsevier Academic Press.

- University Otago (2012). *division of health sciences: strategic plan 2012 - 2018*.
Abgerufen am 14.04.2013 von
<http://www.otago.ac.nz/healthsciences/otago036922.pdf>
- Vienna Healthcare Lectures (2013). Abgerufen am 25. 08. 2013 von http://public-health.medunigraz.at/VHCL13_Folder.pdf
- Waters, E., de Silva-Sanigorsky., A.; Hall, B.J.; Brown, T.; Campell, K.J. et al. (2011).
Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Library*, S. 17 -
35. doi: 10.1001/14651858.CD001871.pub3.
- WCPT (2011). *WCPT Guideline for physical therapist professional entry level
education*. Abgerufen am 27.10.2012 von <http://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education>
- Welt auf einen Blick (2011). *Bevölkerung*. Abgerufen am 13.11.2012 von
<http://www.welt-auf-einen-blick.de/bevoelkerung/lebenserwartung.php>
- WHO (1986). *The Ottawa Charter of Health Promotion*. Abgerufen am 17.10.2012 von
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
- WHO (2007). *A European Framework to Promote Physical Activity for Health*.
Abgerufen am 10.12.2012 von
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf
- WHO (2010). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Abgerufen am
16.10.2012 von <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
- WHO Europe. (1978) *Declaration of Alma-Ata*. Abgerufen am 03 08.2013 von
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf
- wikipedia.org (2013). *European Credit Transfer System*. Abgerufen am 01.04.2013 von
http://de.wikipedia.org/wiki/European_Credit_Transfer_System
- wikipedia.org (2013). *Rückenschule*. Abgerufen am 01.08.2013 von
<http://de.wikipedia.org/wiki/Rückenschule>

**Anhang 1: E-Mail – Befragung an Mitglieder der Plattform physiotherapie.at
über berufliche Aktivitäten in der Gesundheitsförderung**

**Fragen: Stellenwert der Physiotherapie in der
österreichischen GF**

- 1) Bitte markieren Sie die für Sie zutreffende Aussage (fett oder hinterlegen):

Ich habe die Gesundheitsförderung zwar als mögliches Tätigkeitsfeld angegeben, bin aber aktuell nur in anderen physiotherapeutischen Bereichen tätig.
(falls das für Sie zutrifft, ist die Befragung für Sie bereits nach dieser Frage beendet)

Ich bin nur hin und wieder, aber nicht regelmäßig mit gesundheitsfördernden Interventionen beschäftigt.

Ich bin regelmäßig in der Gesundheitsförderung tätig:

Bitte geben Sie in diesem Falle die Stunden pro Woche oder pro Monat an, die Sie in diesem Tätigkeitsfeld arbeiten: _____ Stunden/ _____

- 2) Bitte markieren Sie, das/die Settings in dem/denen Sie gesundheitsfördernde Interventionen setzen:

einzelne Klienten/Klientinnen

Betrieb

Schule

Gemeinde

Sportverein

Sonstiges: _____

- 3) Welche Assessments wenden Sie im Zuge der Gesundheitsförderung regelmäßig an?:

- 4) Welche physiotherapeutischen Interventionen wenden Sie im Zuge der Gesundheitsförderung regelmäßig an?:

Anhang 2 E-Mail – Befragung an die österreichischen StudiengangsleiterInnen über Public Health- relevante Lehrinhalte in aktuellen Physiotherapie-Curriculum

Liebe Studiengangsleiterin!

Mein Name ist Brigitte Swonar und ich bin Lehrende an der FH JOANNEUM Graz-Studiengang Physiotherapie.

Für die Recherche im Zuge meiner Master Thesis mit dem Thema „Mehr Physiotherapie in der österreichischen Gesundheitsförderung“ (Universitätslehrgang Public Health, Uni Graz) wäre es für mich sehr hilfreich, wenn Sie mir die drei unten stehende Fragen beantworten und dann retournieren würden.

Mit großem Dank für Ihre Mithilfe und freundlichen Grüßen,

Brigitte Swonar

Berufsspezifisch Lehrende

Studiengang Physiotherapie

FH JOANNEUM Gesellschaft mbH
Eggenberger Allee 13, 8020 Graz
Tel: +43 316 5453-6557,
Fax: +43 316 5453-6541
brigitte.swonar@fh-joanneum.at
<http://www.fh-joanneum.at/pth>

Bitte markieren Sie die für Sie zutreffende Antwort (farbig oder fett) und füllen Sie bitte die Zeilen aus:

Ich habe eine Recherche der Curricula der Studiengänge für Physiotherapie in Österreich durchgeführt. Laut Ihrem Curriculum werden aktuell an Ihrem Studiengang (Anzahl laut Recherche eingefügt) ECTS für Public Health – relevante Unterrichtsinhalte eingesetzt (*hier erfolgte je nach Studiengang die Beschreibung der recherchierten Unterrichte laut Tabelle 2 in dieser Arbeit*)

1) Diese Angaben sind korrekt:

- ja
- nein, weil:

2) Bezugnehmend auf die Bandbreite der Unterrichtsinhalte in der Bachelorausbildung, finde ich:

- diese Public-Health-relevanten Unterrichte absolut ausreichend für diesen Themenbereich
- diese Public-Health-relevanten Unterrichte nicht ausreichend
(ich plane einen eventuellen Ausbau dieser Inhalte im Zuge einer Curriculumsänderung)

3) Ein möglicher Wahlbereich für das Wahlpraktikum ist laut FH-MTD-AV die „Gesundheitsförderung“:

Haben Sie die Möglichkeit Praktikumsstellen für diesen Wahlbereich in den Settings Schule, Betrieb oder Gemeinde anzubieten:

- nein / - ja: welche(s) Setting(s): _____ Anzahl der Praktikumsplätze: _____

Vielen Dank!!

Anhang 3 Auszug aus der Elterninformation im Zuge des Pilotpraktikums

- **Haltungs- und Muskelfunktionsanalyse** bei Ihrem Kind: die Untersuchungen erfolgen kostenlos vormittags in der Schule (das Kind wird für ca. 15 Minuten aus dem Unterricht geholt), die Auswertung wird den Eltern mitgegeben und bei Auffälligkeiten bieten wir eine einmalige kostenlose physiotherapeutische Beratungs- und Behandlungseinheit für Ihr Kind unter Beisein eines Elternteiles (nach Schulunterricht) an.
Sollten Sie Interesse haben bitten wir Sie, den umliegenden Fragebogen auszufüllen und zu unterschreiben!

Ja, ich möchte, dass bei meinem Kind _____ (Name), ____ (Klasse) kostenlos eine **Haltungs- und Muskelfunktionsanalyse** durchgeführt wird und fülle dazu folgende 3 Fragen aus:

- a) Mein Kind hat Erkrankungen, Verletzungen, die es in der Bewegung beeinträchtigen:

nein

ja: welche: _____

- b) Mein Kind klagt gelegentlich über Schmerzen:

Kopf

Rücken und / oder Nacken

Füße

sonstiges: _____

- c) Mein Kind übt regelmäßig (= mindestens 1 Stunde pro Woche) eine Sportart (Sportkurs, Sportverein) aus:

nein

ja: _____ (Sportart); _____ Stunden/Woche

_____ (Sportart); _____ Stunden/Woche

Vielen Dank!

(Unterschrift eines Elternteils)

Anhang 4 Untersuchungsprotokoll: präventive physiotherapeutische Untersuchung von VolksschülerInnen

Gesundheitsförderung in der Volksschule durch Physiotherapeutinnen

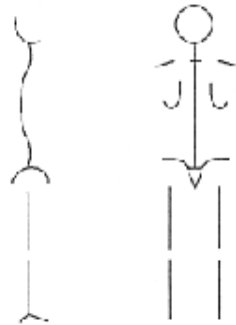
FH JOANNEUM
University Applied Sciences

Untersuchungsprotokoll: _____

Beschwerden: _____

Sportverein,-kurs: _____

Haltung:



Füße:

calcaneus: valgus o ja o nein

Aufrichtung: o ja o nein

varus o ja o nein

Längsgewölbe: _____

Quergewölbe: _____

hallux-valgus-Tendenz: o ja o nein

Hüftgelenke: re: Flex: _____ IR in Flex: _____ WS: FBA re
li: Flex: _____ IR in Flex: _____ FBA li

Muskelfunktion:

m. rectus abd: ____°/5° Matthiaß-Test: ____sec _____

Muskeldehnungstest ischios re _____ ischios li _____ pectoralis m. _____

Einbeinstand 1min: _____ Bodenkontakte, Qualität: _____

Jump-Test (3 Versuche): _____

Schultasche:

Anmerkungen:

Feldkirchen am _____

Testleiterin: _____

**Anhang 5 Beschreibung der Interventionen im Pilotpraktikum der
FH JOANNEUM Graz-Studiengang Physiotherapie im Setting Schule**

Intervention	Inhalte	Anzahl Häufigkeit
präventive Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> - Haltungsanalyse (Statik) im Stand mit besonderer Beachtung von Fußgewölbe, Beinachsen und Wirbelsäule - Kontrolle der dynamischen Beinachsen mittels „Jump-Test“ - Muskelfunktionstests der haltenden Rumpfmuskulatur - Muskeldehnungstest mm.ischiocrurales, m.pectoralis major - Passive Untersuchung der Hüftgelenke - Koordinativer Test (S3-Check) - Kontrolle / Anpassung der Schultasche (Trägereinstellung..) - Auswertung der Tests und Erstellung von individuellen Empfehlungen 	78 angemeldete Kinder
physiotherapeutische Behandlung im Beisein der Mutter nach dem Schulunterricht	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung eines Therapieplans und eines Hausübungsprogramms - Individuelle Behandlung, gemeinsames Erarbeiten der Hausübung(en) - Information der Mutter 	3 Kinder mit ausgeprägter Fehlhaltung (14 Kindern wurde eine Einladung mitgegeben)
Vortrag „meine Wirbelsäule“*	<ul style="list-style-type: none"> - Kindgerechte Vermittlung der Anatomie (anhand von Knochenmodellen und Poster) und Funktion der Wirbelsäule - Ausfüllen von Arbeitsblättern - Wahrnehmungsschulung (Sitzen, Übungen) in Kleingruppen - Rätsel - In den 4.Klassen: Basteln einer großen Wirbelsäule 	12 Unterrichtsstunden (in jeder Klasse einmal)
Vortrag „meine Füße“**	<ul style="list-style-type: none"> - Kindgerechte Vermittlung der Anatomie (anhand von Knochenmodellen) - 2 fußmuskelstärkende Übungen zur Unterstützung des Fußgewölbe-Aufbaus - Malen eines großen Bildes nur mit Hilfe der Füße (in Kleingruppen) - „Fühlweg“: die Kinder werden mit verbundenen Augen barfuß über unterschiedliche Materialien geführt 	12 Unterrichtsstunden (in jeder Klasse einmal)
„bewegtes Köpfchen“*	<ul style="list-style-type: none"> - vorab wurde im Unterricht ein Projektplan, ein Übungshandbuch, Handouts, ein Poster mit den „bewegtes Köpfchen“-Maskottchen für die Schulaula erstellt, und in einer der Klassen ein Informationsvideo gedreht. - am ersten Praktikumstag: Projektpräsentation für die Kinder, Lehrerinnen und Eltern der teilnehmenden Klassen - Kurzbewegungspausen im Unterricht: Übungskategorien werden anhand von Würfeln bestimmt, täglich andere koordinative Übungen umgesetzt - Praktikumsende: Kinder, die bei der Namenswahl für die Maskottchen mitgemacht haben, erhalten eine Urkunde 	täglich in 6 Klassen
Bewegte Pause*	<ul style="list-style-type: none"> - Ca. 4 Kinder absolvieren gemeinsam eine Station der bewegten Pause und wechseln zu allen der 5 Stationen (Seilspringen, Slackline, Gummitwist und Stelzen, Hindernisparcours, Zielwerfen) 	täglich in der großen Pause (25 Minuten): jede Klasse einmal oder zweimal

<p>Physiotherapeutische Turnstunde *</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestalten einer Turnstunde (Stundenbild) zum Umsetzen von koordinativen Training: <i>angeboten werden</i> : - „Schatzsuche“: korrektes Ausführen von koordinativen Bewegungsaufträgen führt zu einer großen Schatzkiste (1.-2.Klassen) - koordinatives Circletraining anhand von Übungstafeln (2.-4.Klasse) - „Seeräuberspiel“: ein Fangenspiel über alle großen Turngeräte (balancieren, schwingen, springen..) ohne den Boden zu berühren (1.-4.Klasse mit altersabhängiger Adaptation der Hilfestellung an den großen Geräten) - Aufwärmspiel und Abschlussspiel in jeder Turnstunde 	<p>24 Unterrichtsstunden (2 pro Klasse an den stundenplanmäßigen Turnstunden)</p>
<p>Sportliche Freigegegenstände</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Orientierungslauf“: auf einer schulnahen Grünfläche, in der naheliegenden Au, Einführung in das Kartenlesen, Laufen in geführter Großgruppe, später in Kleingruppen oder einzeln , Rätsel-lösen anhand der gefundenen Posten - „Einführung in die rhythmische Gymnastik und Akrobatik für Mädchen“: Erlernen von Purzelbaum, Brücke, Rad,... (je nach Möglichkeiten des Kindes), Turnen mit Kleingeräten (Reifen, Keulen..), Bauen von „Menschenpyramiden“ Die Studentin erhielt die Möglichkeit beim Schulschlussfest im Beisein aller Lehrerinnen und Eltern eine Aufführung mit der Gruppe zu präsentieren. 	<p>nachmittags, je 5 mal (1 mal wöchentlich) für insgesamt 21 angemeldete Kinder</p>
<p>Vorträge für Eltern und Schulpersonal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aushängen der Einladungen beim Schultor und im Konferenzzimmer, Einladung mittels Elternbrief an alle Eltern - 2 Vorträge: „Bewegungsempfehlungen für Schulkinder und Erwachsene“ „Wirbelsäule und Bandscheibe“ (Anatomie, Pathophysiologie, Erlernen von Übungen im Sitz/Stand) 	<p>2 Abende: je ca.60 Minuten</p>
<p>Ausgleichs- und Entspannungsübungen für Lehrerinnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmungsübungen (Sitzen, Wirbelsäulenbewegungen) - Ausgleichsübungen am Sessel und am Pezziball (zur Umsetzung in der Klasse) 	<p>an 8 ausgeschriebenen Tagen in der großen Pause (25 Minuten)</p>
<p>Informationsgespräch mit den Lehrerinnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Präsentation der Gesamtheit der Untersuchungsergebnisse - Auffälligkeiten im Turnunterricht (mangelnde motorische Fertigkeiten, schlechte Turnbekleidung) wurden angesprochen und diskutiert - Tipps zum „optimalen Sitzen“ , etc. 	<p>nach Praktikumsende (ca. 45 Minuten)</p>

Anmerkung: *diese Interventionen waren für die gesamte Population im Setting ausgerichtet

Anhang 6 Fragebogen für die am Pilotpraktikum teilnehmenden Studentinnen

Evaluierung Praktikum „Gesundheitsförderung in der Volksschule“ Mai, Juni 2013



Liebe Studentin!

Sie haben durch das Wahlpraktikum in der Volksschule einen Einblick in mögliche präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten der Physiotherapeutinnen gewinnen können.

Da es sich dabei um ein Pilotpraktikum handelte, wäre es für eine eventuelle Weiterführung sehr hilfreich, wenn Sie folgende Fragen beantworten:

1) Bewerten Sie die folgenden Fragen durch ein x im jeweiligen Kästchen nach dem Schulnotensystem (1 = sehr gut, optimal, ...; 5 = absolut unzureichend, sehr schlecht...)

Frage	1	2	3	4	5
Die Einführung und Betreuung im Praktikum war für mich hilfreich und für die geforderten Tätigkeiten ausreichend					
Die Interventionen fand ich für die Zielgruppe(n) und deren Bedürfnisse passend ausgewählt					
Ich konnte die Interventionen gut umsetzen					
Ich denke, dass ich im Setting durch das Praktikum nachhaltige, gesundheitsfördernde Effekte erzielen konnte					
Ich würde in meiner beruflichen Laufbahn gerne (auch) in der Prävention / Gesundheitsförderung arbeiten					
Ich würde dieses Praktikum an StudienkollegInnen weiterempfehlen					
Insgesamt gebe ich diesem Praktikum die Note:					

2) Sie können nun noch Ihre Anregungen / Anmerkungen / Verbesserungsvorschläge aufschreiben:

Anhang 7 Interview am 28.06.2013: Evaluierung des Pilotpraktikums mit Volksschul-Direktorin Ulrike Kahraman

B. Swonar: „Haben Sie selbst und die Lehrerinnen von unserem Praktikum profitiert? Wenn ja – inwiefern?“

U. Kahraman: „Also wir haben sehr von diesem Praktikum profitiert. Alle Lehrerinnen haben neue Anregungen bekommen – ergänzende Anregungen – auch für ihren Sportunterricht, aber auch für sie persönlich. Ich selbst auch: allein durch die Betreuung und die Übungen, die wir im Turnsaal gemacht haben – das war ganz toll. Wir haben sehr viele Erfahrungen mitgenommen.“

B. Swonar: „Es gibt ja gerade aktuelle Debatten zum Turnunterricht, mehr Turnstunden werden gefordert. Können Sie sich vorstellen, dass Studierende oder auch Physiotherapeutinnen den Turnunterricht oder auch zusätzliche Turnstunden in einer Volksschule abhalten würden?“

U. Kahraman: „Also zusätzliche Turnstunden werden ja immer gebraucht. Das könnte ich mir sehr gut vorstellen, natürlich immer so, dass die Klassenlehrerin auch dabei bleibt. Unterstützend – so wie es in diesem Projekt und Praktikum jetzt war – wäre es wunderbar, wenn man das auch unterm Jahr mal einbauen könnte.“

B. Swonar: „Wäre es für Sie überhaupt denkbar, dass eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut stundenweise fix in einer Schule arbeitet?“

U. Kahraman: „Das wäre wünschenswert und am besten gleich morgen einstellen!! Also das wäre sehr wünschenswert, aber ist wahrscheinlich mit dem Budget nicht möglich.“

B. Swonar: „Hätten Sie dazu eine Idee bezüglich Finanzierung?“

U. Kahraman: „Ja die Finanzierung...: vielleicht wäre es möglich über den Elternverein, über die Gemeinde. Natürlich ist der Therapeut oder die Therapeutin nicht ständig dann anwesend, aber so einmal oder zweimal pro Woche. Das wäre toll, wenn man da Anregungen und Mithilfe beisteuern könnte, dass die Kinder eine bessere Haltung haben und insgesamt einfach gesundheitlich besser betreut sind. Das wäre spitze, wenn man sich etwas wünschen könnte.“

B. Swonar: „Sie haben uns ja sehr gut in der Organisation unterstützt, was für Sie auch mit Arbeitsaufwand verbunden war. Würden Sie die Durchführung unseres Praktikums auch KollegInnen anderer Volksschulen empfehlen?“

U. Kahraman: „Auf alle Fälle! Wenn Sie das weiterhin umsetzen können, kann ich Ihnen garantieren, dass Sie sofort einige Schulen im Süden von Graz dafür finden, wenn ich darüber beim nächsten DirektorInnentreffen im Herbst berichte. Der organisatorische Aufwand war für mich nicht hoch.....und – falls Sie es wirklich weiter durchführen mit den nächsten Studenten – können Sie bitte auch sehr gerne zu uns kommen?“

B. Swonar: „Ja vielleicht. Vielen Dank für das Interview.“