



Rheuma Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Konzept Aufsuchende Sturzrisikoabklärung und -beratung

Version vom 28.02.2025



Konzept Aufsuchende Sturzrisikoabklärung und –beratung

Version vom 28.02.2025

Vorbemerkungen

Dieses Dokument beschreibt das Konzept der Rheumaliga Schweiz für eine aufsuchende, multifaktorielle Sturzrisikoabklärung und –beratung. Es handelt sich um eine umfassende individuelle Abklärung des Sturzrisikos und darauf basierend individuellen, risikobasierten Massnahmen zur Reduktion des Sturzrisikos. Die Leistung wird im Rahmen eines Hausbesuchs bei den Patientinnen und Patienten zuhause durchgeführt. Folgebehandlungen, die nach der Abklärung indiziert sein können, sind nicht Teil der in diesem Konzept beschriebenen Leistung. Diese Leistung wird durch Physio- und Ergotherapeuten oder Physio- und Ergotherapeutinnen, die eine angebotsspezifische Schulung der Rheumaliga Schweiz absolviert haben, erbracht (im Folgenden als Fachpersonen bezeichnet).

Nachfolgend werden die Zielgruppe und der Leistungsumfang beschrieben.

Zielgruppe

Die Zielgruppe umfasst Personen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr, die ein moderates oder hohes Sturzrisiko gemäss den Manualen StoppSturz¹ aufweisen. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt stuft das Sturzrisiko ein und ordnet die Leistung an. Da die Leistung im häuslichen Umfeld erbracht wird, richtet sich die Leistung an Personen, die weitgehend selbständig zuhause leben.

Leistungsumfang

Telefonischer Erstkontakt

Die Fachperson nimmt telefonisch mit dem Patienten, der Patientin Kontakt auf. Sie erklärt den Ablauf des Hausbesuchs, die Fragebogen «Gesundheitsfragebogen» und «FES-I», die vor dem Hausbesuch zugestellt werden, und vereinbart einen Termin für den Hausbesuch.

Hausbesuch

Die Fachperson führt einen standardisierten Hausbesuch durch. Dieser beinhaltet folgende Elemente:

1. **Sturzrisiko–Abklärung (Assessment):**

Erhebung der individuell vorliegenden Sturzrisikofaktoren durch Besprechung der Fragebogen, ergänzende Anamnese, klinische Tests und strukturierte Wohnraumabklärung (gemäss Checklisten). Die Ergebnisse der Abklärung werden mit dem Patienten, der Patientin besprochen.

2. **Massnahmen vor Ort zur Reduktion von Risikofaktoren:**

Basierend auf den Ergebnissen der Abklärung setzt die Fachperson folgende Massnahmen vor Ort um:

- Körperliche Übungen: Die Fachperson erstellt ein individuelles Heimprogramm mit mindestens 3 Übungen zur Verbesserung der Beinkraft und des Gleichgewichts und leitet den Patienten, die Patientin dazu an. Der Patient, die Patientin wird angeleitet, vom Boden selbständig aufzustehen.
- Anleitung zur Ergonomisierung von Alltagsaktivitäten und Bewegungsmustern.
- Wohnraumanpassungen zur Reduktion von Stolperfallen (z.B. Abkleben von Teppichrändern, Markieren von Stolperfallen, Entfernen oder Fixieren von Kabeln)

¹ Siehe BFU Portal StoppSturz: «StoppSturz – Manual Physiotherapie» und «StoppSturz – Manual Ergotherapie»



3. Beratung und weiterführende Empfehlungen:

Basierend auf den Ergebnissen der Abklärung führt die Fachperson eine Beratung durch und spricht bei gegebener Indikation Empfehlungen aus:

- Beratung bezüglich weiterer Massnahmen zur Reduktion von Risikofaktoren (z. B. zusätzliche Wohnraumanpassungen, Gehhilfen, Bewegungsgruppen)
- Empfehlungen für weitere medizinische Abklärungen (z. B. ärztlicher Medikamenten-Check, Kontrollen von Visus und Gehör, Abklärungen betreffend andere gesundheitliche Beschwerden mit Einfluss auf die Gehsicherheit)
- Empfehlungen für physio- oder ergotherapeutische Behandlungen oder pflegerische Unterstützung
- Weitere Empfehlungen (z. B. Haushaltshilfen, Notrufsysteme/Notfalluhr)

Wo möglich, sollen Angehörige miteinbezogen werden.

Abschlussbericht und interprofessionelle Koordination

Die Fachperson verfasst einen halbstandardisierten Abschlussbericht mit den Ergebnissen der Sturzrisiko-Abklärung, den vor Ort durchgeführten Massnahmen, den Beratungen und den Empfehlungen zu weiterführenden Massnahmen. Der Bericht wird der anordnenden Ärztin, dem anordnenden Arzt, dem Patienten, der Patientin und bei Bedarf weiteren involvierten Fachpersonen zugestellt. Die Fachperson sorgt dafür, dass die aus der Abklärung gewonnen Informationen an alle involvierten Fachpersonen weitergeleitet wird, unter Berücksichtigung der Einverständnispflicht des Patienten, der Patientin.

Follow-up nach 4 Wochen und 4 Monaten

Vier Wochen und drei bis vier Monate nach dem Hausbesuch werden der Patient, die Patientin telefonisch kontaktiert und die Umsetzung der Massnahmen überprüft. Das Telefonat nach vier Wochen erfolgt durch die Fachperson, die den Hausbesuch durchgeführt hat. Das Telefonat nach drei bis vier Monaten kann durch eine Fachperson erfolgen, die nicht selbst den Hausbesuch durchgeführt hat. Bei Bedarf wird die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt über Probleme bei der Umsetzung informiert.

Ort und Datum:

Zürich, 28. Februar 2025

Rheumaliga Schweiz:

Annette Stolz, Geschäftsleiterin

Anhänge

- Anhang 1: Fragebogen «Fall Efficacy Scale-Instrumental», FES-I
- Anhang 2: Gesundheitsfragebogen
- Anhang 3: Protokoll und Mini-Checkliste zur Wohnraumabklärung (BFU)
- Anhang 4: Auswertung klinische Tests
- Anhang 5: Vorlage Abschlussbericht



Anhang 1

Fall Efficacy Scale–Instrumental, FES–I

(Version gemäss BFU Portal StoppSturz: FES–I)

Wir würden Ihnen gerne einige Fragen darüber stellen, welche Bedenken Sie haben hinzufallen, wenn Sie bestimmte Aktivitäten ausführen. Bitte denken Sie noch mal darüber nach, wie Sie diese Aktivität normalerweise ausführen. Wenn Sie die Aktivität z.Z. nicht ausführen (z.B. wenn jemand Ihren Einkauf erledigt), geben Sie bitte (trotzdem) eine Antwort um anzuzeigen, ob Sie Bedenken hätten zu stürzen, wenn Sie die Aktivität ausführen würden. Markieren Sie bitte diejenige Angabe, die am ehesten Ihrem eigenen Empfinden entspricht, um anzuzeigen welche Bedenken Sie haben zu stürzen, wenn Sie diese Aktivität ausüben.

Aktivitäten		Keinerlei Bedenken 1	Einige Bedenken 2	Ziemliche Bedenken 3	Sehr grosse Bedenken 4
1	Den Hausputz machen (z.B. kehren, staubsaugen oder Staub wischen)	☐	☐	☐	☐
2	Sich an- oder ausziehen	☐	☐	☐	☐
3	Einfache Mahlzeiten zubereiten	☐	☐	☐	☐
4	Ein Bad nehmen oder duschen	☐	☐	☐	☐
5	In einem Laden einkaufen	☐	☐	☐	☐
6	Von einem Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen	☐	☐	☐	☐
7	Eine Treppe hinauf- oder hinuntergehen	☐	☐	☐	☐
8	In der Nähe der Wohnung draussen umhergehen	☐	☐	☐	☐
9	Etwas erreichen, was sich oberhalb des Kopfes oder auf dem Boden befindet	☐	☐	☐	☐
10	Das Telephon erreichen, bevor es aufhört zu klingeln	☐	☐	☐	☐
11	Auf einer rutschigen Oberfläche gehen (z.B. wenn es nass oder vereist ist)	☐	☐	☐	☐
12	Einen Freund oder Verwandten besuchen	☐	☐	☐	☐
13	In einer Menschenmenge umhergehen	☐	☐	☐	☐
14	Auf unebenem Boden gehen (z.B. Kopfsteinpflaster, ungepflægter Gehweg)	☐	☐	☐	☐
15	Eine Steigung hinauf- oder hinunter gehen	☐	☐	☐	☐
16	Eine Veranstaltung besuchen (z.B. ein Familientreffen, eine Vereinsversammlung oder Gottesdienst)	☐	☐	☐	☐

FES-I translated to German by Dr Klaus Hauer from Yardley L, Todd C, et al. 2005; doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afi196>



Anhang 2

Gesundheitsfragebogen

1	Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?	☐ Ja	☐ Nein
	Sind Sie unsicher beim Stehen oder beim Gehen?	☐ Ja	☐ Nein
	Haben Sie Angst zu stürzen?	☐ Ja	☐ Nein
2	Leben Sie allein?	☐ Ja	☐ Nein
3	Brauchen Sie Hilfe im Alltag?	☐ Ja	☐ Nein, ich bin selbstständig
4	Spitex?	☐ Nein	
		☐ Ja, wer?	
5	Sind Sie momentan in physio- oder ergotherapeutischer Behandlung?	☐ Nein	
		☐ Ja, bei:	
6	Brauchen Sie eine Gehhilfe?	☐ Nein	
	☐ Ja, welche?	☐ Draussen	☐ Im Haus
7	Sehen Sie gut?	☐ Ja	☐ Nein ☐ Sehhilfe
8	Hören Sie gut?	☐ Ja	☐ Nein ☐ Hörgerät
9	Haben Sie manchmal Schwierigkeiten, den Urin zu halten?	☐ Ja	☐ Nein
10	Essen Sie regelmässig?	☐ Ja	☐ Nein
11	Haben Sie Schmerzen ?	☐ Nein	☐ Ja, wo?
12	Wie viele Medikamente brauchen Sie pro Tag?	☐ Schmerzmittel ☐ Schlafmittel ☐ Blutdrucksenker ☐ Blutverdünner ☐ Insulin ☐ Antidepressiva ☐ Andere:	
13	Andere Erkrankungen/Operationen?		
14	Wie viele Minuten gehen Sie durchschnittlich an einem Tag zu Fuss?	☐ unter 30 Minuten ☐ zwischen 30 und 60 Minuten ☐ über 60 Minuten	
15	Wie geht es Ihnen heute? (Kreuzen Sie bitte das passende Gesicht an)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	



Anhang 3

Protokoll und Mini-Checkliste zur Wohnraumabklärung

(Version gemäss BFU Portal StoppSturz: Wohnraumabklärung)

Wohnraumabklärung

Protokoll zur Sturzprävention

Angaben zur Person

Name:		Vorname:	
Adresse:		Telefon:	
E-Mail-Adresse:		Name und Funktion der abklärenden Person:	
Weitere anwesende Personen/ deren Funktionen:		Abklärungsdatum:	
Bericht zuhanden von:			

Allgemeine Bemerkungen / Angaben zur Lebenssituation

Wohnsituation:

☐ Wohnung; Stock: ☐ Einfamilienhaus

☐ Lift ☐ Anderes:

☐ Miete ☐ Eigentum

Wohnt: ☐ Allein

☐ Zusammen mit:

Soziale Situation (z. B. Verwandte oder Nachbarn, die in der Nähe wohnen und unterstützen können):

Finanzielle Situation:

Bezug von:

☐ Hilflosenentschädigung ☐ IV-Rente

☐ Ergänzungsleistung ☐ Anderes:

Handlungsbedarf:

Unterstützung / Hilfestellungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL):

☐ Spitex, Pflege ☐ Spitex, Betreuung ☐ Mahlzeitendienst

☐ Haushaltshilfe ☐ Angehörige ☐ Nachbarschaftshilfe

☐ Servicedienstleistung ☐ Andere: Handlungsbedarf:

Bewegungsradius im Haus / in der Wohnung:

Schuhwerk drinnen: Handlungsbedarf:

Haustiere: Handlungsbedarf:

Stürze in der Wohnung: Wann? Wo?:

Vorhandene und benutzte Hilfsmittel: Handlungsbedarf:



Bewegungsradius ausserhalb des Hauses / der Wohnung:

Schuhwerk draussen: Handlungsbedarf:

Vorhandene und benutzte Hilfsmittel: Handlungsbedarf:

Bewältigbare Gehdistanz: Handlungsbedarf:

Brille:

☐ Lesebrille ☐ Gleitsichtbrille ☐ Andere:

Letzte Kontrolle: Wird regelmässig getragen: ☐ Ja ☐ Nein

Handlungsbedarf:

Hörgerät:

☐ Vorhanden Letzte Kontrolle:

Wird regelmässig getragen: ☐ Ja ☐ Nein Handlungsbedarf:

Notrufsystem/Sicherheitssystem/Assistenzsystem:

☐ Vorhanden; Produkt/Anbieter:

☐ Nicht vorhanden Bedarf? ☐ Ja ☐ Nein

Schlüssel; Zugang zu Haus/Wohnung:

☐ Gewährleistet; Schlüssel bei: ☐ Nicht gewährleistet

☐ Anderes: Handlungsbedarf:

Bemerkungen, Empfehlungen, Fazit und weiteres Vorgehen:



Mini-Checkliste Wohnraumabklärung

Die **Mini-Checkliste** dient als Basis für die allgemeine Einschätzung von Sturzgefahren im Haushalt. Die Aspekte sind bei jedem genutzten Raum innerhalb der Wohnung / des Hauses zu prüfen. **Besteht Handlungsbedarf, wird das entsprechende Feld markiert.** Besteht **kein** Handlungsbedarf, wird das entsprechende Feld nicht markiert. Nicht geprüfte Räume oder nicht ge-

prüfte Aspekte wie bspw. Schwellen sind im Protokoll unter «Bemerkungen» aufzuführen.

Braucht es eine umfassende Abklärung, soll die **erweiterte Checkliste** zusätzlich zur Mini-Checkliste benützt werden. In der erweiterten Checkliste können detaillierte Bemerkungen und der Handlungsbedarf bei einzelnen Räumen formuliert werden.

Türen zu den Räumen	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Kann die Person die Türen öffnen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kann die Person ungehindert und sicher durchgehen, auch wenn sie eine Gehhilfe benützt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Schwellen	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Kann die Türschwelle sicher passiert werden, falls eine vorhanden ist?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist die Türschwelle mit einer Tür-Rampe oder einem Haltegriff ausgestattet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beleuchtung	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Sind Lichtschalter vor/beim Eintreten in einen Raum einfach zu erreichen und zu bedienen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist ein Bewegungsmelder installiert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind alle Wohnbereiche ausreichend hell beleuchtet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist die Beleuchtung vom Schlafplatz aus bedienbar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gehbereiche	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Sind die Gehbereiche und Durchgänge frei von Hindernissen und sind Stolperfallen (beispielsweise Bodenvasen oder Dekoration) aus dem Weg geräumt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bodenbeläge	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Ist der Boden gut begehbar (frei von Stolperfallen, ohne Absätze oder Stufen, ebene Bodenbeläge)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist der Boden optisch gut wahrnehmbar (Kennzeichnung von Absätzen, keine irritierenden Muster, blendfreie Flächen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist der Boden gleitfest?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind Teppiche und Läufer mit Gleitschutzmatten unterlegt oder anders fixiert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind aufstehende Teppichränder mit Teppichklebeband am Boden befestigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist die Dusche / Badewanne mit Gleitschutzstreifen ausgestattet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

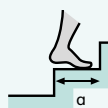


Möbiliar / Hilfsmittel	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Sind Möbel und Regale stabil und an der Wand befestigt, damit ein Möbel im Notfall beim Abstützen nicht umkippt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verfügen die Sitzgelegenheiten über eine angemessene Höhe, damit die Person gut aufstehen und absitzen kann?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind Möbel auf Rollen (zum Beispiel TV-Möbel) arretiert, damit sie beim Abstützen nicht wegrollen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist die Haushaltleiter standsicher oder der Tritt für die Höhe rutschfest?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind sichere Haltegriffe montiert, wo nötig (beispielsweise in Dusche, Bad, WC)? (Wichtig: Badtuchhalter sollen nicht zweck-entfremdet als «falsche» Haltegriffe dienen.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Elektronik	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Sind Elektrokabel zusammengebunden und den Wänden entlang geführt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gibt es im Raum eine Steckdose, die in aufrechter Haltung erreicht werden kann und frei zugänglich ist?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist das Telefon gut platziert und (auch sitzend/ kniend) vom Boden her erreichbar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind im Telefon die Notrufnummern gespeichert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fenster/Storen	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Ist der Zugang frei, um die Fenster sicher öffnen und schliessen und um die Storen sicher bedienen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Treppen	Eingang	Küche	Schlaf- zimmer	Wohn- zimmer	Bad	Gang	Weitere Räume
Ist die Treppe frei von Hindernissen (Altpapier, Pflanzen, Schuhe, Besen, Dekoration etc.)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind die Stufenvorderkanten kontrastreich markiert (hell auf dunkel/ dunkel auf hell) und rutschsicher?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind an Treppen stabile und durchgehende Handläufe montiert, die gut umgreifbar sind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind Handläufe beidseitig montiert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sind Teppiche im Bereich der Treppen rutschsicher?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ist der Auftritt (auch im Fall einer Wendeltreppe) genügend?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Auftritt $a \geq 26 \text{ cm}$



Anhang 4

Auswertung klinische Tests

Klinische Tests

Five Times Sit-to-Stand Test

Ziel	Untersuchung der Bewegungsübergänge und der funktionellen Beinkraft
Material	1 Stuhl (Sitzhöhe 40–50cm, freistehend), Stoppuhr
Instruktion	«Setzen Sie sich auf den Stuhl und kreuzen Sie die Arme vor dem Oberkörper. Stehen Sie so schnell wie möglich 5 × auf und setzen Sie sich wieder hin».
Ausführung	Zeitmessung starten mit dem Signal «los», Messung stoppen, sobald die Person das 5. Mal sitzt und das Gesäss den Stuhl berührt.
Interpretation	Cut-off Wert zur Unterscheidung von sturzgefährdeten (erhöhtes Risiko) und nicht sturzgefährdeten Personen: Der Test ist auffällig, wenn die Person ≥ 12 Sekunden benötigt.

Timed Up and Go Test (TUG)

Ziel	Mobilitätstest, der modifizierte Test gibt ergänzend Dual-Task-Fähigkeiten während des Gehens wieder
Material	1 Stuhl mit Armlehnen (Sitzhöhe 40–50cm, freistehend), Markierung am Wendepunkt (Farbmarkierung, Gegenstand), Stoppuhr
Instruktion	«Es wird die Zeit gemessen, welche Sie brauchen, um vom Stuhl aufzustehen, 3 Meter mit Ihrer normalen, sicheren Gehgeschwindigkeit zu gehen, bei der Markierung zu wenden, zum Stuhl zurückzugehen und sich wieder zu setzen.»
Ausführung	Hilfsmittel sind erlaubt, Zehenspitzen befinden sich an der Startlinie, Person darf die Hände benutzen, um aufzustehen, Person geht mit normaler, sicherer Geschwindigkeit, Zeitmessung starten mit dem Signal «Los!», Zeitmessung stoppen, sobald das Gesäss den Stuhl berührt.
Interpretation	Cut-off Wert zur Unterscheidung von sturzgefährdeten (erhöhtes Risiko) und nicht sturzgefährdeten Personen: $\geq 13,5$ Sekunden.

TUG, modifiziert mit kognitiver Aufgabe

Ausführung	Wie oben beschrieben und zusätzlich während des Gehens von einer Zahl zwischen 100 und 30 in 3er Schritten rückwärts zählen.
-------------------	--

TUG, modifiziert mit motorischer Aufgabe

Ausführung	Wie oben beschrieben und zusätzlich einen Becher mit Wasser tragen.
Interpretation	Cut-off-Wert: $\geq 15,0$ Sekunden oder mehr als 10 % Unterschied zum normalen TUG ohne kognitive Aufgabe oder vermehrte Rechenfehler deuten auf ein erhöhtes Sturzrisiko.



Vom Boden aufstehen

Ausführung	Mit dem Patienten, der Patientin auf den Boden gehen und wieder aufstehen.
Interpretation	möglich, nicht möglich, nicht durchgeführt

Auswertungen

Five Times Sit-to-Stand Test	☐ ≤ 12 Sekunden möglich	☐ nicht möglich
Timed Up and Go Test	☐ ≤ 13,5 Sekunden möglich	☐ nicht möglich
a. kognitiv modifiziert	☐ ≤ 15 Sekunden möglich	☐ nicht möglich
b. motorisch modifiziert	☐ ≤ 15 Sekunden möglich	☐ nicht möglich
Vom Boden aufstehen	☐ möglich ☐ nicht möglich	☐ nicht ausgeführt



Anhang 5

Vorlage Abschlussbericht

Aufsuchende Sturzrisikoabklärung und –beratung

Abschlussbericht

Name Patient*in:

Geburtsdatum:

Name Therapeut*in:

Datum Hausbesuch:

Risikofaktoren

Personenbezogen:

Wohnraum und Umgebung:

Zusammenfassung der klinischen Tests

Durchgeführte Massnahmen

Instruierte Körperübungen:

Anleitung zur Ergonomisierung:

Wohnraumanpassungen:

Empfehlungen

Empfehlungen für weitere Massnahmen
(z. B. zusätzliche Wohnraumanpassungen, Gehhilfen,
Notrufsysteme, Bewegungsgruppen):

Empfehlungen für weitere medizinische Abklärungen
und Behandlungen:

Anderes:



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Rheumaliga Schweiz
Josefstrasse 92
8005 Zürich

Tel 044 487 40 00
info@rheumaliga.ch
www.rheumaliga.ch