

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1963)

Heft: 191

Artikel: Neues von der Lähmungsversicherung

Autor: Schurtenberger, Josef

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929908>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.01.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Inhaltsverzeichnis: Neues von der Lähmungsversicherung — Bericht des 4. Weltkongresses in Kopenhagen, 17.–22. Juni 1963 — Eine Bestimmungsart der residuellen Schultersteife — Mode d'appréciation de la raideur résiduelle de l'épaule — Le contact humain base essentielle de la Kinésithérapie

Neues von der Lähmungsversicherung

von Josef Schurtenberger

Bereits sind mehr als zwei Jahre verflossen, seit dem der Schweizerische Verband für die erweiterte Krankenversicherung (SVK) seine Kinderlähmungsversicherung, die im Jahre 1954 als erstes grosses Gemeinschaftswerk der schweizerischen Krankenkassen dieser Art ins Leben gerufen worden war, zu einer *allgemeinen Lähmungsversicherung* ausbaute. Neben den Poliomyelitispatienten, deren Zahl seit dem Bekanntwerden der Schutzimpfung rasch zurückging und heute fast auf null gesunken ist, unterstehen nun alle Patienten, die an einer organisch bedingten Lähmung des Zentralnervensystems leiden, dem Versicherungsschutz. So kann der überaus grossen Gruppe der Halbseitengelähmten, den Querschnittsgelähmten, den Multiple Sklerose-Patienten und anderen die finanzielle Hilfe der Lähmungsversicherung zuteil werden. Es handelt sich dabei fast durchwegs um Patienten, deren Leiden eine über Jahre sich erstreckende Behandlung erfordert, also eine Behandlung, die ungewöhnlich hohe Kosten verursachen kann, die durch die ordentlichen Kassenleistungen selten voll gedeckt sind. Dazu kommt, dass verschiedene Kosten einer solchen Behandlung noch nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören (Physiotherapie), so dass es des freiwilligen Leistungsausbaus bedarf, um den Patienten die erwünschte Hilfe gewähren zu können.

Zwei Jahre sind eine kurze Zeit, um Erfahrungen über ein Gebiet zu sammeln, das so vielseitig ist wie die Lähmungsbe-

handlung. Insbesondere kann die Frage, wie weit sich die Lähmungsversicherung im Interesse der Behandlung der chronisch kranken Lähmungspatienten (Multiple Sklerose) günstig auswirke, noch nicht beurteilt werden, weil diese Behandlung jahrelang dauert und oft das ganze verbleibende Leben eines solchen Patienten hindurch fortgesetzt werden muss.

Trotzdem haben die zwei Jahre genügt, um manches Problem näher kennen zu lernen, vor allem um festzustellen, wo in der Versicherung noch Unvollkommenheiten und Lücken vorhanden sind, wo etwas besser gemacht werden könnte. Aus dieser Ueberlegung heraus beschloss der Vorstand des Schweizerischen Verbandes für die erweiterte Krankenversicherung an seiner Sitzung vom 11. Februar 1963, einige Punkte des Reglementes über die Lähmungsversicherung zu revidieren.

Versicherte Leistungen

Da war zunächst der Artikel 5, der den Kreis der Versicherten umschreibt. Er hatte bisher folgenden Wortlaut:

Die Leistungen der Lähmungsversicherung werden für alle organisch bedingten Lähmungen des Zentralnervensystems ausgerichtet. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden ferner auch für die apalytischen Erkrankungen an infektiöser Kinderlähmung (Poliomyelitis ant. acuta) ausgerichtet.

Bei der Abfassung dieser Umschreibung war ein erfahrener Spezialarzt für Neurologie konsultiert worden, und trotzdem er-

wies sich nun, dass der Begriff nicht ganz eindeutig das wiedergab, was die zuständigen Instanzen zu sagen beabsichtigt hatten. Immer tauchte wieder die Frage von Seite der Aerzte auf, ob damit auch Gefühlsstörungen und organisch bedingte psychische Störungen zu verstehen seien, da diese ja auch auf die Lähmung von Nervenfunktionen zurückzuführen seien. Dabei lag es aber von Anfang in der Absicht der Lähmungsversicherung, ihre Leistungen für die Behandlung von Lähmungen des Bewegungsapparates auszurichten. Die ganze Zweckbestimmung der Polio- und der allgemeinen Lähmungsversicherung lag eindeutig darin, die physikalische Therapie, die orthopädische Betreuung dieser Patienten sicherzustellen, weil hier infolge Fehlens gesetzlicher Bestimmungen über die Leistungspflicht der Kassen die grossen Lücken vorlagen.

Um besser zum Ausdruck zu bringen, dass dies in der Absicht der Versicherung lag, fügte der Vorstand dem Wortlaut von Art. 5 des Reglementes das Wort «*motorisch*» bei, so dass es nun heisst, dass die Leistungen der Lähmungsversicherung für alle organisch bedingten, motorischen Lähmungen des Zentralnervensystems ausgerichtet werden.

Beginn der Leistungen

Bei der Schaffung der allgemeinen Lähmungsversicherung galt als Prinzip, alle bisherigen Bestimmungen für Poliopatien unverändert zu lassen. Das hatte zur Folge, dass gewisse Bestimmungen für Poliopatien einerseits und für die übrigen Lähmungspatienten andererseits, nicht den gleichen Wortlaut aufwiesen. Ein wichtiges Beispiel dafür war Art. 11, lit. b des Reglementes, welcher lautete:

Bei Aufenthalt in einem öffentlichen Spital umfassen die Leistungen der Lähmungsversicherung die vollen Kosten für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung, wie sie in der allgemeinen Abteilung gemäss Vertrag mit den Krankenkassen oder, wo kein solcher besteht, gemäss kantonaler Taxordnung entstehen. In allen übrigen Fällen werden die Vergütungen vom Vorstand des SVK festgesetzt. Diese Leistungen werden ausgerichtet:

1. für Kinderlähmungspatienten und Querschnittgelähmte vom ersten Aufenthaltstage an;

2. für die andern Lähmungspatienten vom Einsetzen der medizinisch notwendigen Wiedereingliederungsmassnahmen an.

Die mit der Formulierung von Ziff 2 bezweckte Absicht lag darin, die Patienten zu veranlassen, sich zur Durchführung ihrer Behandlung in eine für die Behandlung von Lähmungspatienten speziell eingerichtete Anstalt zu begeben, also zu vermeiden, dass Patienten allzulange in einem Spital behalten werden, wo sie wohl gepflegt und betreut werden, wo man aber zur Durchführung eigentlicher Eingliederungsmassnahmen nicht über die nötigen Möglichkeiten und Einrichtungen verfügt.

Die Absicht war zweifellos gut, aber sie liess sich oft nicht verwirklichen. Die Hospitalisation vieler Lähmungspatienten, vor allem der Hemiplegiker, ist zu oft eine Platzfrage. Es ist unmöglich, diese Patienten alle in die spezialisierten Zentren einzuweisen, wo man sie im Interesse einer möglichst guten Rehabilitationstherapie gern sähe. Es fehlt dazu ganz einfach an Platz. So bleiben denn die Patienten meistens monatelang da, wo sie zu Beginn ihrer Lähmung notfallmässig eingewiesen werden, und es lag bisher dem vertrauensärztlichen Dienst die Aufgabe ob, abzuklären, von welchem Datum an Eingliederungsmassnahmen durchgeführt wurden. Das war, bei der Zahl der betroffenen Fälle, ein ungeheurer Arbeitsaufwand für unseren Vertrauensarzt, ganz abgesehen davon, dass es in den weitaus meisten Fällen für den Arzt unmöglich ist, einen Tag anzugeben, an dem die Eingliederungsmassnahmen beginnen. Eingliederungsmassnahmen sind so eng mit jeglicher ärztlicher Tätigkeit verknüpft, dass es unmöglich ist, zu sagen, wo das eine aufhört und das andere beginnt, eine Tatsache, die ja schmerzlich genug immer wieder bei Entscheiden der eidgenössischen Invalidenversicherung klar wird, obwohl ihr Eingliederungsbegriff viel enger gefasst ist als der unserer Lähmungsversicherung.

Diese Ueberlegungen haben den Vorstand des SVK veranlasst, die Bestimmung von Art. 11, lit. b, Ziff. 2 und damit die Differenzierung zwischen Polio- und an-

dern Patienten fallen zu lassen. Damit fiel auch die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen Spezialanstalten und andern öffentlichen Spitalern, wie sie in den beiden Abschnitten a und b von Art. 11 zum Ausdruck gekommen war, dahin, und die beiden Abschnitte konnten unter Art. 11, lit. a in einen einzigen Abschnitt mit folgendem Wortlaut vereinigt werden:

Die Leistungen des SVK bei stationärer Behandlung umfassen: bei Aufenthalt in einer Spezialanstalt, mit der der SVK einen Vertrag abgeschlossen hat oder die vom Vorstand des SVK für die Behandlung von Lähmungspatienten der betreffenden Krankheitsgruppe anerkannt ist sowie bei Aufenthalt in einem öffentlichen Spital die vollen Kosten für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung, wie sie in der allgemeinen Abteilung gemäss Vertrag mit den Krankenkassen oder, wo kein solcher besteht, gemäss kantonaler Taxordnung entstehen.

Die Leistungen des SVK werden eingestellt, wenn die Behandlung in einem Hause durchgeführt wird, das über die notwendigen Einrichtungen zur Behandlung von Lähmungspatienten nicht verfügt.

Ende der Leistungen

Genau so schwierig wie es festzustellen ist, wann Eingliederungsmassnahmen beginnen, ist es auch, festzustellen, wann diese wieder aufhören, d. h. wann keine weitere Besserung mehr erwartet werden kann. Wann muss der Zustand eines Patienten als endgültig betrachtet werden, so dass die Weiterführung einer Therapie nach der Zweckbestimmung der Lähmungsversicherung des SVK keinen Sinn mehr hat?

Und ebenso schwer wie die medizinische Festsetzung dieses Zeitpunktes ist der Entschluss der Verwaltung einer Krankenkasse, ihrem Mitglied mitzuteilen, dass ihm nun keine Leistungen mehr ausgerichtet werden können, weil eine Behandlung bei seinem Zustand keinen Sinn mehr habe.

Diese Situation trat aber in der Lähmungsversicherung bei Anwendung von Art. 15, Al. 3 oft ein, welcher bisher lautete:

Keine Kosten werden ferner für solche

Patienten übernommen, die zur Pflege hospitalisiert werden.

Ohne den Grundsatz, für sogenannte reine Pflegefälle keine Leistungen auszurichten, ganz aufzugeben, hat der Vorstand des SVK diesem Abschnitt des Reglementes die folgende, neue Fassung gegeben:

Keine Kosten werden ferner für solche Patienten übernommen, die in einer Heil- und Pflegeanstalt oder in einem Altersheim oder Pflegeheim hospitalisiert werden. Die Leistungen können jedoch im Rahmen von Art. 11, lit b auch in diesen Anstalten und Heimen ausgerichtet werden, sofern diese über die notwendigen Einrichtungen und das Personal zur Behandlung von Lähmungspatienten verfügen und entsprechende Massnahmen im betreffenden Fall tatsächlich durchgeführt werden.

Dabei ist sich der Vorstand ganz klar bewusst, dass damit das Problem der Pflegefälle noch nicht endgültig gelöst ist. Nur die Anwendung der betreffenden Bestimmung ist für die Organe des SVK und der Kassen leichter gemacht. Hier liegt noch eine der grossen Zukunftsaufgabe unserer Lähmungsversicherung, denn das ganz grosse Problem der Hemiplegikerbehandlung liegt in der Unterbringung und Betreuung der betagten, schwer gelähmten Patienten, bei denen an eine Eingliederung im eigentlichen Sinn des Wortes nicht mehr zu denken ist. Wie weit diese Aufgabe durch die Lähmungspflegeversicherung und wie weit eventuell durch die Lähmungs-Invaliditätsversicherung, von der hier nicht die Rede sein soll, zu lösen sein wird, ist eine Frage, deren Beantwortung wir der Zukunft überlassen möchten.

Anerkennung von Physiotherapeuten

Eine weitere Aenderung, die der Vorstand anlässlich der Sitzung vom 11. Februar 1963 beschloss, betrifft die ambulante Behandlung. Art. 12 des Reglementes sagte darüber bisher folgendes:

Bei ambulanter Behandlung übernimmt der SVK die Kosten für Heilgymnastik, Hydrotherapie und Massage sowie die Kosten für Stützvorrichtungen. Auf Gesuch hin können auch die Kosten für Reise-

und andere, im Zusammenhang mit der Erkrankung entstandene Auslagen und, bei ausdrücklicher Bewilligung durch den Vertrauensarzt, für weitere Anwendungen ganz oder teilweise übernommen werden.

Der Vorstand kann für die Uebernahme solcher Kosten Maximalansätze festlegen oder Tarifverträge abschliessen.

Gestützt auf das zweite Alinea dieses Artikels hat der Vorstand schon im Jahre 1955 einen Vertrag mit dem Schweizerischen Verband der staatlich anerkannten Physiotherapeuten abgeschlossen. Dieser Vertrag bestimmte die Tarifansätze für verschiedene Bemühungen von Physiotherapeuten im Interesse unserer Lähmungspatienten und enthielt als Besonderheit die Bestimmung, dass der Vertrag nur für solche Therapeuten gelte, die für die Behandlung von Poliomyelitispatienten durch Ausbildung oder Erfahrung besonders geeignet seien. Als der Vertrag für die allgemeine Lähmungsversicherung neu abgefasst wurde, wurde diese Bestimmung ebenfalls neu gefasst, indem der SVK nun alle Therapeuten anerkannte, die neben der staatlichen Berufsausübungsbewilligung eine dreijährige, mit Diplom abgeschlossene klinische Berufsausbildung nachweisen konnten. Wer diesen Nachweis nicht erbringen konnte, hatte die Möglichkeit, sich in einer Prüfung darüber auszuweisen, dass er in der Lage war, Lähmungspatienten fachgemäss zu betreuen.

Der Hintergrund all dieser Abmachungen und Bestimmungen bildete das Prinzip, das die Polio- bzw. Lähmungsversicherung des SVK seit jeher verfochten hat, nicht planlos Geld zu verteilen, sondern nach Möglichkeit dafür zu sorgen, dass dieses Geld im Interesse der Patienten in bestmöglicher Weise angewendet werde. Um dieses Ziel in der ambulanten Behandlung zu erreichen, ist es nötig, dass wir in der ganzen Schweiz über ein Netz gut ausgebildeter Therapeuten verfügen, die in der Lage sind, überall für die gute Behandlung der Patienten zu sorgen. Dieses Idealziel ist heute noch nicht erreicht. Wohl hat jeder Patient in einer Stadt die Möglichkeit, einen guten Therapeuten aufzusuchen; wohl üben auch verschiedene, sehr gut ausgebildete Therapeuten ihre Tätigkeit in Landgegenden aus. Aber da-

neben gibt es noch viele Landstriche und vor allem abgelegene Täler, in denen keine solche Behandlungsmöglichkeit besteht, und in denen die Aerzte die Betreuung der Lähmungspatienten dann eben notgedrungen jenen Leuten überlassen müssen, die zur Verfügung stehen.

Die Ablehnung der Kostenübernahme für solche Behandlungen durch die Lähmungsversicherung führte oft zu Härten, weil dadurch ein Patient, der abseits wohnt, gar nicht in die Lage kam, für seine Behandlung Leistungen der Lähmungsversicherung zu beziehen.

Diesem Umstand hat man in einer Abänderung des Vertrages mit dem Schweizerischen Verband der staatlich anerkannten Physiotherapeuten Rechnung getragen und die Grenze der Anerkennung von Physiotherapeuten für die Behandlung von Lähmungspatienten wesentlich erweitert. Um jene Therapeuten, die sich durch eine besondere Ausbildung bessere Kenntnisse in der Lähmungsbehandlung erworben haben, nicht zu benachteiligen, und vor allem, um ihnen den Ansporn, sich weiterzubilden, nicht zu nehmen, wurden zwei Kategorien geschaffen. Sehr gut ausgebildete Therapeuten, d. h. die Gruppe, die bisher allein anerkannt war, erhält einen höhern Tarif; die übrigen Therapeuten, die nicht über die gleich gute Ausbildung verfügen, denen nach Ansicht des Vertrauensarztes der Lähmungsversicherung die Behandlung eines Patienten unter gewissen Umständen aber doch anvertraut werden kann, werden nach einem reduzierten Tarif honoriert. Nach wie vor hat jeder Therapeut, der Interesse an der Behandlung von Lähmungspatienten hat, die Möglichkeit, sich durch Bestehen einer Prüfung über die nötigen Fähigkeiten auszuweisen, und so in die Gruppe der nach dem höhern Ansatz honorierten eingereiht zu werden.

Diese Unterstellung in zwei Gruppen oder auch die Beschränkung des Tarifs auf einen Teil der Verbandsmitglieder hat seinen Hauptgrund in der Tatsache, dass im Schweizerischen Verband der staatlich anerkannten Physiotherapeuten nicht nur Heilgymnasten, sondern auch die Masseur, die sich mit der Behandlung von Patienten selten oder nie befassen (Sport-

masseure) vereinigt sind. Die Nichtanerkennung für die Behandlung von Lähmungspatienten stellt also keineswegs einen Zweifel am fachlichen Können eines Masseurs dar. Es beruht dies allein auf der Feststellung, dass Heilgymnastik und Massage zwei grundverschiedene Tätigkeitsgebiete sind und dass für die Behandlung der Lähmungspatienten der Heilgymnastik mit Abstand der Vorzug einzuräumen ist. Der Vorstand des Schweizerischen Verbandes der staatlich anerkannten Physiotherapeuten und insbesondere sein Zentralpräsident, Jakob Bosshard von Thalwil, hatten diesem Grundsatz unseres Vertrauensarztes stets grosses Verständnis entgegengebracht; es ist daher nicht zuletzt das Verdienst von Herrn Bosshard, wenn zwischen dem Verband und unserer Lähmungsversicherung eine intensive und erfolgreiche Zusammenarbeit im Dienste der Lähmungspatienten besteht.

Kosten für Hauspflege

Genau wie in der stationären Behandlung stellt sich auch in der ambulanten Behandlung das Problem jener Patienten (zahlenmässig vor allem Hemiplegiker älterer Jahrgänge), bei denen keine Eingliederung in das wirtschaftliche oder in das gesellschaftliche Leben mehr möglich ist und die dauernde Pflege durch Mitmenschen bedürfen. Wenn diese Pflege nicht durch Angehörige ausgeführt werden kann, müssen dafür Pflegerinnen, Krankenschwestern oder andere Personen beigezogen werden. Das verursacht Kosten, die nach dem bisherigen Wortlaut unseres Reglementes nicht zu Lasten der Lähmungsversicherung übernommen werden konnten, weil es sich ja nicht um «Behandlungskosten» handelte. Um auch zur Lösung dieses Problems beizutragen, hat der Vorstand beschlossen, an solche Kosten inskünftig ebenfalls Beiträge auszurichten, und er hat Art. 12, Al. 1 folgenden neuen Wortlaut gegeben:

Bei ambulanter Behandlung übernimmt der SVK die Kosten für Heilgymnastik, Hydrotherapie und Massagen sowie die Kosten für Stützvorrichtungen. Auf Gesuch hin können auch die Reiseauslagen und andere im Zusammenhang mit der Erkrankung entstandene Kosten, z. B. für

Hauspflege, voll oder teilweise vergütet werden. Bei Hauspflege ist der Beitrag auf die Dauer eines Jahres seit Lähmungsbeginn zu beschränken.

Im Sinne von Richtlinien hat der Vorstand die Beiträge an solche Pflegekosten auf maximal Fr. 4.— pro Tag festgesetzt. Die Einschränkung, dass solche Beiträge nur während eines Jahres nach Lähmungsbeginn ausgerichtet werden sollen, hat seinen Grund darin, dass die Patienten nach Ablauf dieser Frist Leistungen der Lähmungs-Invaliditätsversicherung geltend machen können, die ja nicht zuletzt zur Deckung solcher Kosten ins Leben gerufen worden ist.

Eine wichtige Bemerkung ist hiezu am Platz. Mit der Möglichkeit, für pflegerische Leistungen Beiträge auszurichten, will die Lähmungsversicherung auf keinen Fall auf einem Umweg Kosten für die *Behandlung* von Lähmungspatienten durch ungenügend ausgebildetes Personal übernehmen. Die Erfahrung hat bisher gezeigt, dass sehr oft Massagen und einzelne Bewegungsübungen durch Gemeindeschwestern ausgeführt werden, die über keinerlei Ausbildung in Physiotherapie verfügen und die nicht einmal im Besitze einer kantonalen Bewilligung zur Ausübung dieser Tätigkeit sind. Es kann nicht in Frage kommen, dass Kosten für solche Bemühungen auf dem Umweg der Pflegekostenbeiträge durch die Lähmungsversicherung finanziert werden. Wenn ein Patient physiotherapeutische Behandlung nötig hat, dann muss diese durch einen ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden, nur dann wird deren Bezahlung durch die Lähmungsversicherung garantiert. Wenn der Patient aber häusliche Pflege nötig hat, dann besteht die Möglichkeit, an diese Kosten auf Grund des neuen Art. 12 des Reglementes Beiträge auszurichten.

Kostenübernahme durch Medikamente

Ein letztes Problem der ambulanten Lähmungsbehandlung stellen die Kosten für besondere Medikamente dar, die in der Spezialitätenliste nicht enthalten sind. In der Poliomyelitisversicherung gab es ein solches Problem nicht, da dort eine medikamentöse Behandlung keine ins Gewicht fallende Bedeutung hat. Bei der Behand-

lung gewisser Arten anderer Lähmungskrankheiten, vor allem der chronisch progredient oder schubweise verlaufenden Formen, spielt heute die Arzneimitteltherapie eine wichtige Rolle. Die Kosten für die Arzneien, soweit sie nicht in der Spezialitätenliste aufgeführt sind (dann sind sie gemäss Art. 8 des Reglementes von der ordentlichen Krankenversicherung der betreffenden Kassen zu tragen), können inskünftig ebenfalls von der Lähmungsversicherung getragen werden. Die entsprechende Bestimmung wurde in einem neuen Alinea 3 dem Art. 12 beigefügt und lautet:

Erfordert die Behandlung einer Lähmungskrankheit nach wissenschaftlich all-

gemein anerkannter Auffassung die Abgabe von Arzneien, die in der ALT und Spezialistenliste nicht enthalten sind, können diese ebenfalls zu Lasten des SVK übernommen werden.

Mit all den vorerwähnten Neuerungen ist die *Leistungsfähigkeit der Lähmungsversicherung zweifellos wieder ganz wesentlich verbessert worden*. Sicher sind noch nicht alle Probleme gelöst, aber der Vorstand des SVK hat einmal mehr bewiesen, dass er eine aufgeschlossene und zukunftsreiche Einstellung besitzt und gewillt ist, im Interesse der Lähmungspatienten überall da neue Lösungen zu suchen, wo noch Unvollkommenheiten bestehen.

Bericht des 4. Weltkongresses in Kopenhagen, 17.-22. Juni 1963 der World Confederation for Physical Therapy

23 Kongressteilnehmer, wovon 2 Begeleiterinnen, fanden sich aus der Schweiz in Kopenhagen ein. Als Mitglieder des deutschen Krankengymnastik-Verbandes nahmen 3 Kolleginnen aus der Schweiz teil. Insgesamt waren 51 Staaten mit fast 2000 Kongressteilnehmern vertreten, wovon z. B. allein USA über 200 Teilnehmer schickte.

Schon am Sonntag Mittag fand eine erste Sitzung des Exekutivkomitees statt, wozu auch die fünf neu aufzunehmenden Staaten eingeladen wurden: Brasilien, Guatemala, Island, Portugal und die Schweiz. Indien wird ebenfalls aufgenommen, sobald eine kleine Frage noch geklärt sein wird. Vom Montag bis Freitag folgten sich die Referate mit theoret. und praktischem Inhalt. Dabei fiel besonders auf, wie sehr die dänischen Aerzte die Physiotherapie in ihrer Bedeutung immer wieder unterstrichen und wie sehr sie die lebendige und schöpferische Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten schätzen und benötigen. Der Physiotherapeut könne ebenso wenig stehen bleiben wie die Physikalische Medizin selbst. Es gelte stets noch individueller und differenzierter zu arbeiten, dazu müsse vom PT das selbständige Denken geschult werden.

In 3 Gruppen fanden auch Spezialzusammenkünfte statt. Die selbständig ar-

beitenden Physiotherapeuten, die Lehrer für Physiotherapie — die Physiotherapie der Industrie. Der Berichterstatter hat die Sitzungen der Physiotherapie in der Industrie an 2 Tagen besucht. Er ist beeindruckt über die Entwicklung dieses Zweiges der Physiotherapie, vor allem in Schweden, Dänemark und England. Dort ist die Arbeit der Physiotherapie schon in vier Richtungen vorangetrieben:

- Behandlung des Angestellten in der Fabrik;
- Preventative Massnahmen aller Art am Arbeitsplatz;
- Unterstützung der Invaliden;
- Wissenschaftliche, arbeitspsychologische Untersuchungen über Ergonomik.

Um die Preventativ-Arbeit noch besser zu erklären, mögen die vier Faktoren erwähnt werden:

- Arbeitspsychologie
- Arbeitshaltung
- Milieufrage, Lärm, Klima
- Freizeitgestaltung etc.

Arbeitsausfälle wurden innert kurzer Zeit um 40—60% vermindert, so dass es sich immer lohne. Die Oekonomie-Wissenschaftler hätten seit der Zusammenarbeit mit dem Physiotherapeuten ebenfalls mehr Annäherung ans allgem. menschliche Problem gefunden. Es ist nur zu bedauern,