

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: - (1969)

Heft: 224

Artikel: Bedingte und unbedingte Anzeigen für eine Übungsbehandlung bei
asthmatischen Erkrankungen

Autor: Parow, J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929804>

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: 14.03.2025

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

Inhalt: Bedingte und unbedingte Anzeigen für eine Uebungsbehandlung bei asthmatischen Erkrankungen — Krankenkassen-Vertrag — Vorträge - Fortbildungskurse - Tagungen — Wettbewerb / Concours — 25 Jahre Schule für Physiotherapie im Inselspital Bern — Sektion Bern — Neue Verbands-Mitglieder — Silvio Mages, neuer Zentralpräsident — La reptation de «Klapp» dans la prophylaxie et la thérapeutique des déviations de la colonne vertébrale — XVIIèmes Journées internationales de Kinésithérapie.

Bedingte und unbedingte Anzeigen für eine Übungsbehandlung bei asthmatischen Erkrankungen

von Dr. med. J. PAROW, 7292 Baiersbronn, Ulandweg 22

Mindestens ebenso sehr wie der Arzt, der eine atemgymnastische Behandlung anordnet, ist der Physiotherapeut daran interessiert, sich ein klares Bild von den jeweils vorliegenden Möglichkeiten und Grenzen der ins Auge gefassten Uebungstherapie machen zu können; es ist weit einfacher als die Vielfalt der sich überschneidenden Bezeichnungen vermuten lassen.

Die allen asthmatischen Erkrankungen gemeinsamen Atembeschwerden sind, unabhängig von allen sonstigen Unterschieden und Umständen, grundsätzlich stets das Resultat zweier Faktoren:

1. eine die Atmung erschwerende Verengung der Atemwege,
2. eine ungenügende Leistungsfähigkeit des Atemapparates.

In dem Moment, wo die *Belastung* die *Leistungsfähigkeit* übersteigt, muss die — «*arbeitsinsuffiziente*» — verhältnismässig zu schwache Atmung *versagen*, was sich in den charakteristischen Beschwerden bemerkbar macht.

Sehr deutlich ist das Zusammenspiel jener beiden Faktoren bei der Lungenerweiterung zu erkennen. Bei dieser durch eine fehlerhaft funktionierende Atmung gekennzeichneten, chronischen Erkrankung

kommen und gehen die Beschwerden der jeweiligen Belastung genau parallel. Sie sind auch stets genau so gross wie die jeweilige Differenz aus Belastung und Leistungsbreite: entweder als Resultat aus dem Missverhältnis zwischen der Erschwerung durch eine bronchitische Verengung und der unzureichenden Leistungsfähigkeit, oder als Ausdruck eines «Mankos», wenn die Beanspruchung der Atmung durch Treppensteigen u. ä. deren Leistungsbreite übersteigt. Treffen beide Belastungen zusammen, ist die Bilanz entsprechend schlechter: mit einer «Erkältungsbronchitis» kann der Emphysepatient weniger Treppensteigen als vorher.

Auch bei den Anfällen des sogenannten echten — «genuinen» — Asthmas, wie es vorzugsweise bei Jüngeren auftritt, ist es grundsätzlich das Gleiche. Nur entwickelt sich hier die atemerschwerende Verengung der Bronchien relativ schnell und ist meistens auch viel stärker, so dass schon ein nur mässig geschwächter Atemapparat dieser Belastung nicht mehr gewachsen ist. Das Versagen ist auch hier das negative Resultat aus den beiden oben erwähnten Faktoren. Sein Eintreten verschiebt sich daher je nach deren Grössenverhältnis; entsprechend unterschiedlich ist auch das Ausmass der Beschwerden. Auch ist der

Unterschied in dieser Beziehung zwischen einem spastisch oder allergisch und einem katarrhalisch bedingtem Anfall daraus zu erklären.

Wie wichtig, ja massgeblich dabei der funktionelle Faktor der Leistungsfähigkeit ist, beweisen unter anderem die Fälle von «allergischer» oder gar «spastischer» »Bronchitis ohne Asthma«. Bei diesen kommt es, wie der Name sagt, trotz der recht erheblichen Verengung der Bronchien jahrelang zu keinen asthmatischen Beschwerden, solange nämlich, wie der noch leidlich funktionstüchtige Atemapparat mit der jeweiligen Erschwerung der Atmung immer noch fertig wird. Das Gleiche kann man auch an denjenigen Asthmafällen beobachten, denen, oft jahrelang, ein Heuschnupfen «vorherging». Zum Anfall kommt es erst dann, wenn die durch die Nasenstörung u.a. zunehmend geschwächte Atmung eines Tages der allergischen Verengung der Bronchien nicht mehr gewachsen ist. Der allergische Bronchialkatarrh trat zwar auch früher schon auf, gleichzeitig mit dem allergischen Katarrh der Nase und der Bindehäute; er machte sich auch regelmässig durch Husten bemerkbar, spielte aber neben den eindrucksvolleren Nasen- und Augenbeschwerden nur eine untergeordnete Rolle — bis das Versagen der Atmung — ihn in den Vordergrund schob. — Auf der anderen Seite stehen die Asthmaanfalle bei Kindern mit schwächlichem oder gar deformiertem Brustkorb, und solchen, deren Atmung durch schweren Keuchhusten besonders stark derangiert ist. Bei diesen Kindern führt oft schon die relativ wenig einengende, katarrhalische Bronchitis, mit der andere noch spielend fertig werden, zum Versagen.

Den zwei Faktoren, die das Zustandekommen der asthmatischen Beschwerden bestimmen, entsprechen auch die zwei Wege, diese zum Schwinden zu bringen:

1. durch Beseitigung der Belastung (der Erschwerung),
2. durch Verbesserung der Leistungsfähigkeit (der Belastungsbreite).

Ersteres ist die zentrale Aufgabe des Arztes, der mit den verschiedenen medizinischen Methoden und Mitteln die Veren-

gung der Bronchien beseitigt; mit Fortfall der Erschwerung ist auch der schwache Atemapparat seiner Aufgabe wieder gewachsen.

Letzteres dagegen ist Sache der Uebungstherapie, die durch Korrektur und Kräftigung der Atmung deren Belastungsfähigkeit so weit steigert, dass sie *auch bei einer relativ schweren Verengung der Bronchien nicht mehr versagt*.

Der Physiotherapeut wird demnach die Notwendigkeit und Aussichten der vorgesehenen Behandlung in erster Linie danach einschätzen, in welchem Umfange die Leistungsschwäche der — fehlerhaften — Atmung am Zustandekommen der asthmatischen Erscheinungen beteiligt ist. Dort wo die Fehlfunktion der Atmung die massgebliche Rolle spielt, sind die eindrucksvollsten Erfolge zu erwarten. Ist dagegen die Belastung einerseits relativ stark, andererseits aber leicht mit medizinischen Massnahmen in Schach zu halten, mag man diesen bequemeren Weg vorziehen.

Unbedingt angezeigt ist die Atmungstherapie demnach:

1. bei der Lungenerweiterung jeglichen Grades (Emphysem); die Atemfehler, die für deren Entwicklung eine massgebliche Rolle spielen, sind nur durch diese Uebungsbehandlung zu beseitigen. Wohl lässt sich das Leiden durch Behandlung des hartnäckigen Bronchialkatarrhs, der zum Krankheitsbild der Lungenerweiterung gehört, bessern. Aber die Erleichterung ist mit der nächsten neuen Erkältung dahin; solange, bis nach erfolgreicher Korrektur und Kräftigung der Atemmuskulatur die dauernde Reizung der Bronchien durch falsches, heftiges Husten fortfällt.

Auch bei weit fortgeschrittener Lungenerweiterung lohnt es sich noch, die Möglichkeiten der Atmungstherapie auszuschöpfen: gewohnheitsmässige Pressatmung, fehlende Hustenstütze und andere Atemfehler, die den Zustand sonst fortlaufend verschlechtern, sind leicht zu beseitigen. Eine nicht unerhebliche Korrektur der Atembewegungen ist auch in jedem Falle noch möglich; sie führt zu einer besseren Ausnutzung des Atems und macht sich in einer grösseren Belastungsfähigkeit

der Atmung bemerkbar; für denjenigen, bei dem sonst schon jede kleinste Beanspruchung Beschwerden hervorrief, ein durchaus erstrebenswerter Gewinn und eine Erleichterung, die er sich sonst nur mit zweischneidigen Medikamenten beschaffen konnte.

2. bei den im Rahmen einer tuberkulösen Lungenerkrankung gelegentlich auftretenden emphysematischen Asthabe-schwerden. Für sie gilt das Gleiche wie für die Lungenerweiterung; ihr Entstehungsmechanismus ist ähnlich wie dort.

3. bei katarrhalischem Asthma, besonders dem der Kinder. Die Faktoren der Fehlfunktion spielen hier die massgebliche Rolle; auf die Aehnlichkeit zwischen diesem Krankheitsbild und der Lungenerweiterung sei hingewiesen. Die Uebungsbehandlung ist hier relativ einfach, zeitigt schnell Erfolge und macht eingreifende Medikamente überflüssig.

4. bei Ateminsuffizienz nach Brustkorboperationen. Neben dem Verlust an Atemfläche und -tiefe spielt hier meistens die Schädigung der Atemmuskulatur eine erhebliche Rolle. Diese rel. Ateminsuffizienz ist besonders einfach durch eine entsprechende Uebungsbehandlung zu beheben; sonst nicht. Besonders dankbar ist die Behandlung des als Spätfolge nach Rippenresektionen eintretenden, fortschreitenden Atemverfalls, selbst bei «veralteten» Fällen.

5. bei Brustkorbdeformierungen. Da sie auf die Wirkung einer fehlerhaften Atemmechanik auf ein rachitisch weiches Brustkorbskelett zurückzuführen sind, liegen die Wege und Möglichkeiten, sie zu beseitigen, auf der Hand. Gekräftigte, korrekt wirkende Brustwandmuskulatur reformiert den Brustkorb bei Kindern und Jugendlichen sicher und verhältnismässig schnell. Mit zunehmendem Alter wird es, der Knochenverhärtung entsprechend, immer langwieriger.

Bedingt, d.h. nur unter bestimmten Umständen angezeigt, ist die Atmungstherapie:

1. beim «echten» Asthma mit spastischer oder allergischer Verengung der Bronchien,

wenn es nicht gelingt, mit einer antiallergischen Behandlung, vorübergehendem Orts- und Klimawechsel, Kuren oder anderen medizinischen Massnahmen das Auftreten der Bronchialerscheinungen schnell und sicher zu beseitigen;

wenn eine weitgehende Fehlfunktion der Atmung, eine ausgesprochene Fehlform des Brustkorbes oder beides den immer wiederkehrenden Anfällen massgeblich Vorschub leistet (als Grund für die Therapieresistenz dieser Fälle);

wenn, nach Jahren gehäufter Anfälle, eine dauernde Lungenerweiterung, auch mässigen Grades, droht oder vorhanden ist.

2. bei einer chronischen Bronchitis, die durch medizinische Massnahmen (s.o.) nicht endgültig zu beseitigen ist. Der hartnäckigen Rückfallneigung wird hier, neben anderen Atemfehlern, speziell durch fehlerhaftes Husten unter Nachgeben der Rumpfwand (mangelnde Hustenstütze) Vorschub geleistet. Der Zustand ist der beginnenden Lungenerweiterung gleichzusetzen. Die Atemfehler und ihre Folgen sind hier noch leicht zu beseitigen, der Emphysementwicklung sicher vorzubeugen. Die chronische Bronchitis wäre daher ein dankbares Feld für eine Uebungstherapie. Es bleibt aber im einzelnen Falle abzuwägen, ob man nicht auch auf bequemere Weise zum Ziele kommen könnte; die Ansichten darüber gehen weit auseinander.

3. bei Restzuständen nach Pleuritis, die sonst nicht zu beseitigen sind. Die notwendigen Hinweise ergibt die Röntgenkontrolle; auch sichtbare Asymmetrie des Brustkorbes weist auf mangelhafte Wiederherstellung hin. Die Beschwerden und Bedürfnisse des Patienten sind dabei einzukalkulieren. Der funktionelle Erfolg einer Atemkorrektur bei Verschwartungen z.B. ist erstaunlich.

4. bei der Silikose. Der Grad ihrer Beschwerden wird nicht nur vom Ausmass des Lungenbefalls, sondern auch von der begleitenden Lungenerweiterung, m.a.W., vom Grad der vorliegenden Fehlfunktion bestimmt, der bei gleichem Befall weitgehend variieren kann; daher der sehr unterschiedliche Zeitpunkt der Invalidisierung bei gleichen Röntgenbefunden. Auf

beides, Beschwerden und Invalidisierung, kann erheblich eingewirkt werden. Dass diese Möglichkeit allerdings kaum je in Frage kommt, ist — aus unten erläuterten Umständen — verständlich.

Arzt und Physiotherapeut werden sich auf Grund obiger Erläuterungen leicht darüber einigen, ob im einzelnen Falle eine Atmungstherapie angebracht wäre.

Die letzte Entscheidung aber, ob sie dies auch *wirklich ist*, hängt nicht von den hier skizzierten sachlichen Voraussetzungen ab, sondern so gut wie ausschliesslich vom Patienten. Umschulung und Kräftigung von Muskeln ist bekanntlich einzig und allein durch ausgiebiges, *eigenes* Ueben zu erreichen. Der Erfolg jeder Uebungstherapie wird daher in entscheidendem Masse von der *Aktivität* desjenigen bestimmt, der sich damit behandeln muss, setzt also ein bestimmtes Quantum an Einsicht, Interesse, Lernfähigkeit und Ausdauer voraus. Fehlt es daran — und sie aus dem Nichts zu schaffen ist schwer — ist die Atmungstherapie *absolut nicht angezeigt!* Das ist z.B. regelmässig der Fall, wo die Einstellung von einem schwebenden Rentenverfahren geprägt ist; so z.B. im Silikoseversorgungswesen. Der Physiotherapeut sollte daher überall, wo Aktivität und Interesse des Pa-

tienten nicht ganz sicher zu bejahen sind, den Erfolg von vornherein aus «psychologischen Gründen» als sehr fraglich bezeichnen und lieber von der Behandlung abraten. Manchmal erwacht dann die eigene Initiative des Patienten; befehlen oder suggerieren lässt sie sich nicht.

Wäre nicht dieser Unsicherheitsfaktor, den man unbedingt im Auge behalten muss, es liesse sich in jedem einzelnen Falle genau voraussagen, was von der Uebungsbehandlung der Atmung zu erwarten ist. Dass die in Aussicht gestellten Erfolge beim Physiotherapeuten genaue Kenntnis der «funktionellen» Atmungstherapie bezüglich der Normalisierung und Kräftigung der Atmung und der Korrektur der Atemsteuerung in den oberen Luftwegen voraussetzen, bedarf keiner Erläuterung. Man findet alles Nähere darüber in

Parow, «Funktionelle Atmungstherapie», 2. Aufl. 1963 bei Thieme, Stuttgart; die Uebungs- und Behandlungstechnik ist in der «Heilung der Atmung» des gleichen Verfassers, 1. Aufl. 1967 im Paracelsus-Verlag in Stuttgart erschienen, eingehend beschrieben. Es ist durchaus möglich, sich die nötigen Kenntnisse danach selber anzueignen und die nötigen Erfahrungen zu sammeln.

KRANKENKASSEN-VERTRAG

Dem KSK - SVP - Tarifvertrag hat sich neu angeschlossen:

Betriebskrankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, Bern, Schwarztorstrasse 55.

Demzufolge sind die Mitglieder dieser Kasse administrativ gleich zu behandeln wie alle andern Kassenmitglieder.

XIII. Internationaler Kongress des Europäischen Verbandes der Masseur, Kinesitherapeuten und Physiotherapeuten organisiert durch die Société romande de Physiothérapie, französisch sprechende Gruppe des Schweizerischen Verbandes staatlich anerkannter Physiotherapeuten, Lausanne, 20.—24. Oktober 1969