

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: - (1980)

Heft: 5

Artikel: Zielsetzung der Krankengymnastik beim geriatrischen Patienten

Autor: Muggli, Rosemarie R.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930585>

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: 04.05.2025

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

Zielsetzung der Krankengymnastik beim geriatrischen Patienten

Rosmarie R. Muggli

Die Zielsetzung der Krankengymnastik beim geriatrischen Patienten liegt nicht primär in der Behebung von motorischen Störungen, das heisst in der Behandlung einer Krankheit, sondern in der Behandlung des kranken alternden Menschen als Ganzheit und als Individuum. Die physiotherapeutischen Massnahmen beim alten Menschen müssen unbedingt auf sein tägliches Leben und seine individuelle Lebenssituation bezogen werden. Das *zentrale* Behandlungsziel ist erreicht, wenn der alte Mensch in der Lage ist, seine täglich benötigten Funktionen, wie z.B. essen, auf die Toilette gehen, sich ankleiden etc., zu verrichten. Alle technisch einwandfreien Rehabilitationsbemühungen, alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden bleiben wirkungslos, wenn der Patient nicht als individueller Mensch mit seiner ihm eigenen Lebensweise wahrgenommen wird. Dies gilt für all unsere Behandlungen, sei es bei Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen; beim alternden Menschen aber bestimmt noch in erhöhtem Masse.

Wir wissen aus Erfahrung, wie rasch ein alter Mensch, der hospitalisiert wird, zum spitalorientierten Patienten mit weitgehendem Persönlichkeitsverlust wird. Unser Ziel ist es, diesem Prozess entgegenzuwirken. Natürlich kennen wir auch den stark abgebauten, kaum mehr ansprechbaren, desorientierten Dauerpflegepatienten, den schwerkranken, alten Menschen in der letzten Phase seines Lebens. Das Ziel der Krankengymnastik kann hier nicht mehr im eigentlichen Sinne die Rehabilitation sein, sondern beschränkt sich auf Kontrakturrenprophylaxe, richtige Lagerungsinstruktion an das Pflegepersonal und andere pflegeerleichternde Massnahmen. Die Zusammenarbeit der Physiotherapeuten mit Schwestern und Pflegerinnen, d.h. die Unterstützung und die eventuell möglichen Erleichterungen der Grundpflege sind hier das Ziel der Krankengymnastik.

Dürfen und wollen wir aber Rehabilitationsarbeit leisten, so müssen wir uns über einige Probleme der 3. Lebensphase im Klaren sein. Jede therapeutische Massnahme

muss auf die physiologischen Veränderungen des alten Organismus Rücksicht nehmen und so angelegt sein, dass ein therapeutisches Optimum und nicht eine schädliche Überforderung erreicht wird. Ich denke da z.B. an die

- verminderte Merkfähigkeit
- langsamere Reaktionszeit
- erhöhte Ermüdbarkeit und längere Erholungs- und Ruhezeit
- geringere Adaptionsfähigkeit an die Umgebung und den Umgebungswechsel
- das zunehmend stärkere individuelle Verhalten.

Die Arbeit ist oft zeitraubend, doch lohnen sich ganz bestimmt unsere Anstrengungen, dem alten Mitbürger zu einer grösstmöglichen Aktivität und Unabhängigkeit zu verhelfen.

Auf was gilt es zu achten, wollen wir unser gestecktes Ziel erreichen? Die Probleme sind immer dreischichtiger Natur, wollen wir tatsächlich den ganzen Menschen erfassen:

1. Körperlich
2. Sozial
3. Geistig - Seelisch

Ich möchte die 3 Punkte jedoch nicht getrennt betrachten, denn bei einer echten und guten Betreuung sind die Grenzen fließend. Aus diesem Grunde kann und darf sich ein Physiotherapeut nicht nur mit dem somatischen Teil befassen oder — wie ich zu Beginn erwähnt habe — nur die Krankheit behandeln. Natürlich liegt unser Schwerpunkt in der Rehabilitation und in der Adaption des aktiven und passiven Bewegungsapparates an die an ihn gestellten Anforderungen. Auch die Instruktionen des Patienten, wie er mit seiner Behinderung am schonendsten umgehen kann, gehört zum Pflichtenheft des Physiotherapeuten.

Als Bewegungsspezialisten wissen wir auch, dass jede motorische Störung den ganzen

Menschen beeinflusst und wir somit die Möglichkeit haben, von der Bewegung her das 'Wohlbefinden' unserer Patienten zu heben. Mit anderen Worten, geht es zum Beispiel bei einer Gangschule nicht nur ums physiologische Gehen, um den korrekten, funktionellen Ablauf der Fortbewegung, sondern um weit mehr. Therapeuten, wie z.B. Trudi Schoop, haben uns gezeigt, wie stark die Psyche durch Bewegung, sei es nun in Form von Tanz oder ganz 'gewöhnlichem' Gehen, beeinflusst werden kann. Gangschule muss also nicht unbedingt nur aus Gehen bestehen!

Ich möchte nun nicht im speziellen auf unsere Arbeit als Bewegungsspezialist eingehen. Die noch folgenden Referate werden diesen Aspekten bestimmt noch genügend Rechnung tragen. Ich möchte mich vielmehr der Behandlung des geriatrischen Patienten als Ganzes, als Individuum mit seinen Bedürfnissen zuwenden.

Ich glaube, wir Therapeuten berücksichtigen die menschlichen Grundbedürfnisse viel zu wenig in unserer Therapie. Prof. Sennwald schreibt: 'Zu den menschlichen Grundbedürfnissen, mit deren Akzentuierung bei Patienten gerechnet werden muss, zählen insbesondere

- das Bedürfnis nach Sicherheit und Vertrautheit
- das Bedürfnis nach Beachtung und Anerkennung
- das Bedürfnis nach Information und geistiger Teilhabe
- das Bedürfnis nach einem Freiraum des Handelns und Erlebens.'

Das heisst also, dass unseren Patienten zusätzlich zur liebevollen, aufgeschlossenen und haltgebenden Zuwendung auch Anregungen zur Eigenaktivität, zum Mithandeln und Mitdenken empfangen sollen.

Das Bedürfnis nach Sicherheit können wir bestimmt noch am ehesten und leichtesten befriedigen. Unsere Behandlung muss nur gut dosiert und zielgerichtet durchgeführt werden. Zusätzlich steht uns die ganze Palette der Hilfsmittel, wie Schienen, Stockhilfen und vieles mehr, zur Verfügung. Gehen wir langsam voran und überfahren den Patienten nicht mit zuviel Neuem und Unbekanntem, sondern bauen auf vorhandenen Grundlagen auf, so geben wir ihm auch

die Chance, allmählich mit den neuen Gegebenheiten vertraut zu werden.

Anerkennen wir seine Bemühungen, auch wenn sie nur ganz klein sind, wie z.B. das unaufgeforderte Aufrollen einer elastischen Binde, so fühlt er sich beachtet und anerkannt, und ein weiteres Bedürfnis wird dadurch berücksichtigt. Aber auch das Miteinbeziehen von Gewohnheiten und Interessen gehört in das Gebiet der Anerkennung. Ich denke da z.B. an meine tanzbegeisterte Hemiplegikerin, deren Wunsch nach Bewegung und Rhythmisierung in einer Tanztherapiestunde Rechnung getragen werden kann.

Das Bedürfnis nach Information und geistiger Teilhabe wird leider all zu oft vernachlässigt. Vielleicht wird der geriatrische Patient gerade noch 'informiert' und dabei wird vergessen, dass nicht alle alten Patienten völlig hilflos und unbeholfen sind. Im Gegenteil, manchmal sind sie fähig, sehr wertvolle Beiträge zu ihrer eigenen Rehabilitation zu leisten. Der Therapeut muss allerdings bereit sein zu 'hören'. Der Patient soll auf alle Fälle die Chance erhalten, am Lösungsversuch eines Rehabilitationsproblems teilzuhaben, obwohl wir Spezialisten mehr Erfahrung haben. Wir sollten also mehr *gemeinsam* nach Lösungen suchen, weniger belehren, dozieren und kommandieren, sondern das Miteinander eröffnen und ausschöpfen. Bei der Instruktion ist der Patient lediglich Empfänger einer Botschaft und nicht Teilhaber. Auch beim geriatrischen Patienten ist dies, wenn auch manchmal nur in sehr reduziertem Ausmass, möglich. Ich denke da z.B. an einen Patienten, der vor der Klinikentlassung noch das Treppensteigen erlernen muss. Anstatt ihm gleich zu zeigen, wie das Problem zu lösen ist, können wir es gemeinsam überlegen, gemeinsam Lösungswege gehen und sie auf ihren Erfolg hin prüfen.

Beim vierten Grundbedürfnis, dem Bedürfnis nach einem Freiraum des Handelns und Erlebens, haben wir die Möglichkeit, die Angehörigen, Freunde oder Bekannten mit einzubeziehen. Wir können Anregungen geben und schaffen, wo der Patient Verhaltens- und Leistungssteigerung erfährt und dabei ermutigt wird über das blosses Ausgleichen von 'Lücken bzw. Behinderungen hinaus zu noch unerschlossenen Möglichkeiten der Selbstverwirklichung vorzustos-

sen' (Sennewald: Bedürfnisse, Konflikte, Reaktionen). Ich denke da z.B. bei einem allgemeinen Konditionstraining an Spaziergänge mit Angehörigen, sei es nun lediglich im Spitalkorridor oder etwas ausgedehnter bis in den Spitalgarten. Die Angehörigen müssen von uns angeleitet werden über das 'Wie' und vor allem auch über die Belastbarkeit des Patienten. In der Geriatrie ist das Miteinbeziehen der engsten Angehörigen, vor allem der Lebenspartner, von zentraler Wichtigkeit. Besonders dann, wenn die Möglichkeit besteht, dass der Patient wieder nachhause entlassen werden kann. Die Umgebung des Patienten muss ebenso vertraut sein mit den Schwierigkeiten und den Defizits, wie der Patient selbst. Es muss wirklich sorgfältig herausgefunden werden, wie tragfähig diese Person ist und wieviel wir ihr übergeben können. Es kann auch vorkommen, dass wir eine zu 'hilfreiche' Gattin aufmerksam machen müssen, dass Unterfordern verheerende Folgen haben und die mühsamst erreichte Selbständigkeit innert kürzester Zeit verloren gehen kann. Auch ihr müssen die Grundbedürfnisse des Patienten klar werden, und es gehört mit zu unserer Aufgabe, es ihr in ihrer Sprache und im Umgang mit dem Patienten zu zeigen. Den Angehörigen wie auch uns muss

bewusst sein, dass der alte Patient sich auf einem schmalen Saum zwischen therapeutischem Optimum, schädlicher Überforderung und verheerender Unterforderung bewegt. Erreicht er auf diesem Saum die bestmögliche Selbständigkeit für seine im täglichen Leben benötigten Funktionen, so haben wir unser Ziel erreicht.

Literatur

- Rustemeyer J.* Probleme des älteren Behinderten
Z. KG (1974) 78-79
- Huber F., Häni E.* Soziomed. Aspekte bei der Rehabilitation amputierter geriatrischer Patienten
Z. Orth. 7 (1978) 125-131
- Sennewald H.* Krankengymnastik - Pädagogik - Psychologie
Z. KG (1979) 50-55
- Schoop T.* Won't you join the dance?
National Press Books, Palo Alto, 1974

Anschrift der Verfasserin:

Rosmarie R. Muggli
Cheftherapeutin und Fachlehrerin für Orthopädie
Orthopädische Universitätsklinik
Felix Platter-Spital
Burgfelderstrasse 101
4055 BASEL / Schweiz