

Die krankengymnastische Behandlung des Hüftgelenkes aus der Sicht der Funktionellen Behandlung des Hüftgelenkes aus der Sicht der Funktionellen Bewegungslehre : (2. Teil)

Autor(en): **Bronner, O.**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(1983)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930419>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die krankengymnastische Behandlung des Hüftgelenkes aus der Sicht der Funktionellen Bewegungslehre

2. Teil

O. Bronner

Der funktionelle Status

Zur Ermittlung individueller Abweichungen von der Norm dient der funktionelle Status.

Ausser den *konditionellen* Daten, die aus der Diagnose, dem Alter und Beruf des Patienten, seinem Ernährungszustand sowie Schmerzangaben bestehen, werden die *konstitutionellen* Längen/Breiten/Tiefen beurteilt, sowie die Verteilung der Gewichte an den Körperabschnitten. Diese Proportionen der hypothetischen Norm beziehen sich auf Angaben von Kollmann, der Anfang des Jahrhunderts Messungen an mitteleuropäischen jungen Männern vornahm. Nach seinen Ermittlungen ist das Verhältnis Unterlänge zu Oberlänge 1:1, wobei wie schon erwähnt, die Hüftgelenke ungefähr in der Mitte der Gesamtkörperlänge liegen. Während Oberschenkel:Unterschenkel sich wieder wie 1:1 verhalten sollten, wird die Oberlänge in Fünftel gegliedert. Dabei nimmt der Abstand Symphyse/Bauchnabel $\frac{1}{5}$ ein, Bauchnabel/Inzisura jugularis $\frac{2}{5}$, ebenso Inzisura jugularis/Scheitelpunkt $\frac{2}{5}$.

Als Breiten wird die Spurbreite beurteilt, sie sollte nicht schmaler sein als der Abstand re/lk Hüftgelenk und nicht breiter als das Becken. Der Abstand des re/lk Trochanters sollte dem grössten frontotransversalen Thoraxdurchmesser entsprechen. Ist z.B. das Becken breiter als der genannte Brustkorbdurchmesser, können die Arme nicht frei hängen und pendeln.

Die Tiefen beziehen sich auf sagittotransversale Durchmesser von Thorax und Abdomen. So sollte in der Norm der genannte Durchmesser auf Nabelhöhe nicht grösser sein als derjenige des Thorax. Ist er es doch, gibt es ventral ein vermehrtes Gewicht, das auf einem anderen Niveau wieder ausgeglichen werden muss.

Beweglichkeit

Die Beweglichkeitsuntersuchungen werden, wenn möglich, unter Abnahme des Gewichtes gemacht, um Bremsaktivitäten der Muskulatur auszuschliessen. Die Normwerte der Bewegungstoleranzen sind von der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese in einem Heftchen übersichtlich angegeben.

Statik

Schliesslich beurteilt man die Statik, wobei man am stehenden Patienten den Einfluss ermittelt, den seine Haltung in Form von Belastung auf seinen Bewegungsapparat ausübt. Gemeint ist die Beanspruchung der passiven und aktiven Strukturen. Die Statik wird von der Seite, von vorne und hinten beurteilt. Man möchte weder Abweichungen in sagittalen, noch frontalen oder transversalen Ebenen sehen. Z.B. sollten von der Seite betrachtet, der Scheitelpunkt, das Accromioclaviculargelenk, der Trochanter, die Mitte des Kniegelenkspaltes, der laterale Malleolus annähernd in der mittleren Frontalebene liegen. Verschieben sich die Gewichte nach hinten und vorne, müssen die Teilgewichte des Körpers von der Muskulatur am Fall oder Absturz verhindert werden. Es kommt zu einer Dauertonussteigerung.

Gangtest

Mit einem Gangtest wird ermittelt, ob das Becken abduktisch am Standbein verankert wird, ob die Schrittauslösung automatisch erfolgt, ob das Tempo von 120 Schritten/Minute aufgenommen werden kann, ob die Abrollphasen ungestört verlaufen, ob die Schrittlänge gleichmässig, die Spurbreite angemessen ist, um einige der wichtigsten Kriterien des normalen Ganges zu nennen.

Bückverhalten

Auch das Bückverhalten wird beobachtet, um zu beurteilen, ob der Patient die ihm entsprechende schonendste Form gefunden hat oder ob seiner Konstitution und seiner Beschwerden angemessen eine Form des Bückens gemeinsam erarbeitet werden muss.

Das funktionelle Problem

Die Auswertung all der gesammelten Befunde ist das sogenannte funktionelle Problem, welches formuliert wird und aus dem sich dann die therapeutischen Massnahmen und die Therapieschritte ableiten lassen.

Ausgewählte Übungsbeispiele

Bei der Wahl unserer Übungen richten wir uns einerseits nach unseren therapeutischen Absichten und andererseits nach der Belastbarkeit in diesem Fall des Hüftgelenkes.

Bewegungen vom proximalen Hebel

Ein behutsames und schonendes Übungsprinzip ist die *hubfreie Mobilisation*: Der Patient nimmt eine Ausgangsstellung ein, bei der die Bewegungsachsen der ins Auge gefassten Bewegungskomponenten vertikal im Raum stehen. Alle Teilgewichte sollten auf der Unterlage abgegeben werden. Hüftgelenke und LWS müssen so gelagert sein, dass genügend Bewegungstoleranzen vorhanden sind. Wir wollen z. B. eine Abd/Add der Hüftgelenke machen, bewegter Hebel ist das Becken, wir erhalten also gleichzeitig alternierend eine re/lk konkave Lateralflexion der LWS. Der Therapeut nimmt das Becken in die Hände und unterstützt manuell den Patienten. Mit zunehmendem Tempo werden die Bewegungsausschläge kleiner, die Muskelaktivität ist isotonisch-konzentrisch und reduziert sich auf das gerade notwendige Mass. Der Patient spürt die Aktivität seiner Muskeln als lokale Wärme.

Dasselbe Prinzip kann in der Seitenlage für die Flex/Ext realisiert werden, wobei einzig zu beachten ist, dass genügend Bewegungstoleranzen vorhanden sind und die Teilgewichte des Körpers auf die Unterlage abgegeben sind.

Die Rotation ist im aufrechten Stand hubfrei. In der Phase der Teilbelastung kann sie vom Bein aus geübt werden. Der Fuss hat dabei Kontakt zum Boden, der Oberschenkel bleibt vertikal, beobachteter Distanzpunkt ist die Patella, welche sich in einer transversalen Ebene abwechselnd nach medial und lateral bewegt.

In der Phase der Vollbelastung ist das Becken bewegter Partner. Beobachteter Distanzpunkt ist die gegenseitige Spina, welche sich nun in einer transversalen Ebene innen-/ausserrotatorisch bewegt.

Die *hubarme Mobilisation* der Flex/Ext für Hüftgelenk und LWS kann aus der Rückenlage bewerkstelligt werden ebenfalls vom Becken aus. Da der Rectus femoris am Becken inseriert, wird er bei der Extension des Hüftgelenkes vom Becken aus gedehnt und der Oberschenkel hebt sich von seiner Unterlage ab, das Kniegelenk wird flektiert. Mit dem Auftrag an den Patienten, die Beugung des Kniegelenkes bei der genannten Beckenbewegung nicht zuzulassen, kann man gleichzeitig ein sogenanntes funktionelles Quadricepstraining veranlassen, bei dem der Quadriceps als Beugeverhinderer wie beim Gehen in Aktion treten muss.

Mit zunehmender Belastung kann z.B. die Abd/Add des Stand-Spielbeinhüftgelenkes

im Stand geübt werden. Dabei ist ein Bein Standbein, das andere ist mit seinem Eigengewicht entweder auf dem Boden abgestellt, dann nennen wir die Bewegung hubarm, oder es hängt frei, dann haben wir eine volle abduktorische Hubbelastung. Das Becken wird nun abduktorisch gehoben und adduktorisch heruntergelassen. Die Bewegung kann wieder im Tempo gesteigert werden, was den Bewegungsausschlag verkleinert, die Intensität der Muskelaktivität jedoch steigert. Mit einer Temposteigerung trainiert man nicht nur die Kraft, sondern in hohem Masse die Geschicklichkeit der Muskulatur. Im Hüftgelenk des am Boden abgestellten oder freihängenden Beines gibt es anpassend eine Add/Abd. Die Übung kann durch gleichzeitige IR/AR vom Becken aus erweitert werden.

Widerlagernde Bewegungen

Übungen, bei denen der proximale Hebel und der Drehpunkt, in unserem Fall das Hüftgelenk, verschoben werden, nennen wir widerlagernde Mobilisation. Wegen der grossen Teilgewichte empfiehlt sich das Prinzip der hubfreien Lagerung.

Für die Abd/Add wird wieder die Rückenlage eingenommen. Nun wird der proximale Distanzpunkt und der Drehpunkt Hüftgelenk verschoben, wobei der Therapeut den Patienten manuell unterstützt, so dass einmal eine Abd und dann eine Add im Wechsel entsteht.

Für die Flex/Ext ist es wieder die Seitenlage, aus der nun der Drehpunkt zwischen proximalen und distalen Partner geschoben und dann wieder von diesen entfernt wird. Beide Hebel müssen in den angrenzenden LWS-Segmenten, beziehungsweise den Kniegelenken Bewegungstoleranzen haben, die ein Nachgeben zulassen.

Unter der Belastung eignet sich das Prinzip der Widerlagernden Bewegung vor allem für die Flex/Ext von Hüft- und Kniegelenk. Der Patient steht aufrecht auf beiden Beinen in der Nullstellung, nun deblockiert er die Knie und flektiert die Hüftgelenke, in der LWS entsteht eine vermehrte Lordose, in den oberen Sprunggelenken eine Dorsalextension. Die Druckverteilung auf den Füßen ist gleichmässig, auf keinen Fall auf den Fersen. Nun erhält der Patient den Auftrag, die Hüftgelenke über die Kniegelenke und gleichzeitig die Kniegelenke unter die Hüftgelenke zu schieben und dabei den Abstand processus xiphoideus-Bauchnabel beizubehalten sowie die Druckverteilung auf den Füßen. Auf gar keinen Fall dürfen die Fersen stärker belastet werden. Die Ex-

tensoren der Hüftgelenke und die Extensoren der Kniegelenke messen ihre Kräfte aneinander an einem Widerstand, der im eigenen Körper liegt.

Beschleunigte Flex/Ext der Arme in den Schultergelenken

Mit beschleunigten flexorisch/extensorischen Armbewegungen in den Schultergelenken, wobei sich die Arme antagonistisch verhalten wie beim Armpendel, entsteht automatisch eine Beckenrotation im Niveau BWS. Schlägt der Arm nach hinten aus, dreht die gleichseitige Beckenhälfte nach vorne. Gleichzeitig entsteht eine Druckminderung an der darunter befindlichen Fusssohle, so dass sich automatisch die Standbein-Spielbeinphase einstellt. Bleiben die Armbewegungen in sagittalen Ebenen, bewegen sich die Knie ebenfalls in sagittalen Ebenen, schwingen die Arme in transversalen Ebenen, bewegen sich die Knie ebenfalls in transversalen Ebenen und zwar analog zum Sagittalschwung gegenläufig.

Die automatische Fersenablösung

Pendelbewegungen vor/rück im Zweibeinstand, wobei der in Bewegung gesetzte Distanzpunkt der re/lk Trochanter ist, automatisieren die Vorfussbelastung. Der Therapeut muss darauf achten, dass in den Kniegelenken keine Endstreckung erfolgt und der Aktivitätsaufwand auf ein Minimum reduziert bleibt. Da diese Übungsanordnung ohne Standortveränderung vor sich geht, muss eine automatische Gleichgewichtsreaktion des Körperabschnitts Becken zugelassen werden. Der Kopf macht diese kleine Pendelbewegung nicht mit, er bleibt am Ort stehen. Wird gleichzeitig die Druckbelastung an den Fusssohlen alternierend verstärkt, gibt es einen Standbein-Spielbeinwechsel.

Die automatische Schrittauslösung

Um zur automatischen Schrittauslösung zu kommen, dürfen Gleichgewichtsreaktionen des Körperabschnitts Becken nicht zugelassen werden. Mit der Vorwärtsbewegung des Trochanters müssen die Körperabschnitte Becken/Brustkorb/Kopf in die Körperlängsachse eingeordnet bleiben und unverzüglich mitgenommen werden.

Mit dieser Übung kommen wir zu Standortverändernden Bewegungsabläufen.

Hinkmechanismus

Wenn beim normalen Gang auch die Flexions-Extensions-Ausschläge der Extremitäten als Bewegungen in sagittalen Ebenen

am offensichtlichsten in Erscheinung treten, so haben wir gesehen, dass Ab-/Adduktionsausschläge in frontalen und Rotationsausschläge in transversalen Ebenen unerlässliche Elemente für ein sogenanntes ökonomisches Tempo von 120 Schritten pro Minute sind.

Störungen der Bewegungskoordination nennen wir beim Gehen Hinken. Das Hinken bietet sich in grosser Vielfalt dar, ein häufiger Mechanismus sind auffällige Bewegungsausschläge in frontalen Ebenen, die wir mit Duchennehinken bezeichnen. Durch Verschieben des Brustkorbes über das Standbein wird dieses belastet. Der Körper verteilt seine Gewichte über dem Hüftgelenk, einem Waagebalken vergleichbar. Auf diese Weise werden die Abduktoren des Hüftgelenkes entlastet. Häufig medialisiert sich gleichzeitig das Kniegelenk, was sich als vermehrte Druckbelastung lateral und Zugbelastung medial an diesem Drehpunkt auswirkt. Daraus ergibt sich eine Eversionsbewegung des unteren Sprunggelenkes mit einer Mehrbelastung des Fusses medial. Die Längswölbung bricht ein, und mit der Zeit bildet sich ein Hallux valgus. Die Gründe für diesen Hinkmechanismus sind mannigfaltig, häufig findet man bei den Patienten eine Einschränkung der IR. Das Becken kann in diesem Fall nicht über die künftige Unterstützungsfläche gebracht werden, die Brustkorbverschiebung muss also als sinnvolle Gleichgewichtsreaktion verstanden werden, welche die Standfestigkeit verbessert.

Therapeutisch versucht man nach der Mobilisation des Hüftgelenkes die Gewichtsverschiebung vom Becken aus einzuleiten, so dass sich die Beckenrotation mühelos in die Brustwirbelsäule fortsetzen kann.

Ein anderer häufiger Hinkmechanismus in frontalen Ebenen ist das Anheben des Beckens mit der paravertebralen lumbalen Muskulatur, die einen Dauerhypertonus aufweist, der zu Überlastungssymptomen führt. Der Patient behält seine Hüftgelenke flektiert und seine Körperlängsachse nach vorne geneigt. Sehr oft ist der lange Hebel durch eine verstärkte Lendenlordose etwas verkürzt. Beim Gehen muss die genannte Muskulatur nicht nur das Brustkorb-, Arm- und Kopfgewicht am Becken verankern, sondern dieses mitsamt dem Bein abheben.

Ein gleichfalls häufiges Hinkverhalten ist die Rückwärtsbewegung der Beinlängsachse in der Standbeinphase, eine Ausweichbewegung also in sagittalen Ebenen. Beobachten wir die Neigung der Beinlängsachse, verfol-

gen wir mit den Augen den Trochanter als Punkt, der räumlich den grössten Weg zurücklegt. Bei diesem Hinkmechanismus sehen wir, dass mit Beginn der Belastung der Trochanter eine gegenläufige Bewegung macht, gleichzeitig neigt sich die Körperlängsachse nach vorne. Auch in diesem Fall haben wir einen Dauertonus paravertebral mit den bekannten Überlastungsschmerzen. Wenn wir die Hinkmechanismen unserer Patienten zu erfassen suchen, sollten wir nicht vergessen, die Zehen in unsere Betrachtungen einzubeziehen. Mit dem Abheben der Ferse vom Boden müssen die Zehengrundgelenke extensorisch nachgeben. Sehr oft können wir sehen, dass während der Gewichtsübertragung auf den Fuss die Zehen sich einkrallen, was abbremsend auf das beschleunigte Körpergewicht wirkt, der Fortbewegung einen Rückwärtsimpuls gibt. Wenn man an diese raffinierte Bremsaktivität denkt, kann man sie sogar sehen, wenn der Patient Schuhe trägt, da sich das Leder über den Zehen wölbt.

Es ist ganz ausgeschlossen, Rezepte zu geben, wie man als Therapeut mit all diesen Hinkmechanismen umgehen soll. Da wir aber an einem automatischen, reaktiven Geschehen interessiert sind, nützt es nichts, z.B. einen Armpendel zu kommandieren oder das Abheben der Ferse zu befehlen. Es hat auch keinen Sinn, in der Standbeinphase die Streckung des Kniegelenkes zu verlangen, weil damit ja ein Rückwärtsimpuls gegeben wird. Trägt man dem Patienten auf, die Extension im Hüftgelenk vom Becken aus zu machen, nimmt man eine flexorische Verformung der LWS in Kauf, die wiederum Gewicht aus der Bewegungsrichtung bringt.

Unsere Bewegungsaufträge und manuellen Hilfeleistungen sollten, wenn immer möglich so gegeben werden, dass das Ziel der Übung zwangsläufig erreicht werden muss.

Instruktion des Patienten

Für den Behandlungserfolg ist nicht allein die getroffene Übungsauswahl entscheidend, sondern ebenso sehr die Art und Weise, wie die Bewegungsaufträge an den Patienten weitergegeben werden.

Niemand kann denken, dass eine zweimal wöchentlich stattfindende Behandlung von jeweils 30 Minuten Dauer genügt, um Bewegungsverhalten entscheidend zu verändern. Daher ergeht ja auch an unsere Patienten der Appell, die Übungen zu Hause fleissig zu wiederholen. Ehe man sich nun darüber aufregt, dass dieser gut gemeinte Rat nicht befolgt wird, sollte man sich die Frage be-

antworten, ob der Patient nicht eher überfordert ist mit dem Behalten der gemachten Übungen und vor allem mit der Beurteilung deren exakter Ausführung.

Wenn die Bewegungsaufträge in der Fachsprache erteilt werden, muss der Patient das Gesagte erst in «Bewegung übersetzen». Sehr oft sind solche Aufgaben interpretierbar, und der Patient führt die Übung so aus, wie er sie verstanden hat. Manchmal trifft er dabei sogar den Wunsch des Therapeuten. Erlebt er die Bewegung dabei nicht als Schmerzlinderer, weiss er zu Hause nicht mehr, wie es doch noch gleich ging. Es ist immer wieder erstaunlich, dass beispielsweise bei einer Bewegungseinschränkung des Kniegelenkes in beiden Richtungen der Patient beugen und strecken nicht mehr richtig umsetzen kann. Auf die Bitte hin, das Knie zu beugen, kommt manchmal die ratlose Frage: in welche Richtung soll ich beugen?

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass äusserst differenzierte Bewegungen verlangt und ausgeführt werden können, wenn man dabei an die Fähigkeit appelliert, sich am eigenen Körper orientieren zu können. Die bei Bewegungen entstehende Abstandsveränderung zweier am Körper bezeichneter Punkte, die Fältelung oder Straffung der Haut, die Verformung von Linien sind Signale, die über die Tiefensensibilität, das Sehen und Hören wahrgenommen werden können. Auch Berührungs- und Druckempfindungen werden genutzt, um Bewegungen in Gang zu setzen. Soll nun der Patient die Flexion seines Kniegelenkes üben, kann man ihm sagen, er solle die Ferse so nah wie möglich an das Gesäss bringen und anschliessend so weit weg wie möglich. Oder er soll die Haut über dem Knie straffen und anschliessend diejenige in der Kniekehle. Die Wahrnehmung von vermehrtem oder vermindertem Druck kann für das Standbein-Spielbein-Training besonders sinnvoll genutzt werden. Interessant dabei ist, dass gewöhnlich die Druckmehrerung im Auftrag enthalten sein sollte, damit automatisch die abduktorische Verankerung des Beckens erfolgt. Bei der Druckmehrerung muss der Schwerpunkt bereits über die zukünftige verkleinerte Unterstüztungsfläche geschoben werden, so dass sich das andere Bein als Spielbein automatisch vom Boden löst und sich an die gleichseitige Beckenhälfte hängt. Ohne Verschiebung von Teilgewichten kann keine Druckmehrerung entstehen. Sagt man hingegen dem Patienten, er solle ein Bein vom Boden lösen, gelingt das sehr oft nicht, weil die beschriebene Vorbereitung der Schwerpunktsverlagerung nicht automa-

tisch stattgefunden hat. Ausweichmechanismen, wie wir sie beim Hinken beschrieben haben, entwickeln sich im Laufe eines mehr oder weniger grossen Zeitraumes. Sie sind meistens die Antwort des Körpers auf einen Schmerz. Mit der Zeit automatisiert sich das veränderte Bewegungsverhalten und wird in das Bewegungsrepertoire integriert und als normal empfunden.

Der Therapeut sollte dem Patienten vor dem Spiegel zeigen, was er falsch macht und welche Korrekturen er wie vornehmen muss. Ohne optische Kontrolle muss er dann lernen, die Bewegungsfolge richtig zu machen. Gelegentlich äussert der Patient, dass er als falsch das erwünschte und als richtig das unerwünschte Bewegungsverhalten empfindet.

Auch die Fähigkeit, sich vom Körper aus im Raum orientieren zu können, ist ein geeignetes Mittel, die Ausführung von Bewegungsaufträgen zu erleichtern. Angaben wie vorne/hinten, rechts/links können gut umgesetzt werden. Will man z.B. die Statik verbessern und den nach hinten geschobenen Körperabschnitt Brustkorb über das Becken und unter den Kopf bringen, kann man dem Patienten zeigen, dass der über und hinter dem Bauchnabel befindliche Proc.xiphoides nach vorne und über den Bauchnabel geschoben werden soll.

Will man das Duchennehinken korrigieren, bei dem der Brustkorb zur Seite des Standbeines geschoben wird, so kann man Berührungs- und Druckempfindungen sowie die Orientierung vom Körper aus im Raum nutzen. Man beauftragt den Patienten, den Brustkorb im Raum stehen zu lassen, was man ihm durch einen manuellen Berührungskontakt erleichtert und gleichzeitig den Druck auf den Fuss zu mehren. Jetzt muss er das Becken über das Bein schieben.

Ist es gelungen, den Patienten auf seine diversen Möglichkeiten der Wahrnehmung zu sensibilisieren, wird er die gewünschten Übungen ohne den Therapeuten ausführen, richtig und falsch beurteilen und gegebenenfalls korrigieren können.

Mit der Zeit sollten die veränderten Verhaltensweisen in Ruhe und Bewegung automatisch erfolgen. Dann können wir sagen, der Patient hat gelernt, mit seinen Problemen in angestrebter Weise umzugehen.

Ich möchte nicht behaupten, es sei möglich, aus jedem Bewegungsgeschädigten einen Bewegungsgesunden zu machen. Doch meine ich sagen zu dürfen, dass wir mit Hilfe der Funktionellen Bewegungslehre optimale Lösungen erarbeiten können.

Schluss

Es war mir ein Anliegen aufzuzeigen, dass die Funktionelle Bewegungslehre keine Behandlungsmethode ist und erst recht keine Philosophie, wie oft behauptet wird. Sie bahnt den Weg zum Verständnis funktioneller Zusammenhänge, aus denen sich Problemlösungen finden lassen. Die funktionelle Aufgabe eines Gelenkes oder eines Körperabschnitts ändert sich nicht mit seiner Erkrankung. Die ärztliche Diagnose, das Stadium der Erkrankung, die Belastbarkeit beeinflussen zwar die Wahl unserer therapeutischen Mittel, ändern aber nichts an der funktionellen Aufgabe des betroffenen Teiles unseres Körpers. Das Hüftgelenk bleibt also zentraler Drehpunkt für das Gehen, auch dann, wenn es geschädigt ist, die Frage ist nur, wie weit kann es gelingen, diese Funktion wiederzuerlangen. Als Therapeuten müssen wir uns häufig mit einem Kompromiss zufrieden geben, doch sollten wir dann wenigstens alle Mittel ausschöpfen, die zu einem optimalen Kompromiss führen.

Auch wenn ich in meinem Referat kein Wort über die Zusammenarbeit mit dem Arzt gesagt habe, so ist nach meinen Erfahrungen ein wichtiger Bestandteil in dem Prozess der Problemlösung die enge Zusammenarbeit mit dem Arzt. Wir brauchen seine Informationen, seine Antworten auf unsere offenen Fragen, seine Zustimmung für den Einsatz unserer Mittel. Wir brauchen aber auch sein Vertrauen in unsere Fähigkeit, dem Problem dienliche Massnahmen ergreifen zu können.

Die Rolle des Patienten ist nicht die des Objektes, sondern des ernst genommenen Partners, der einen Teil der Verantwortung zum Gelingen mitträgt.

Mit der Funktionellen Bewegungslehre können wir die funktionellen Probleme verständlich darstellen, unsere Massnahmen logisch auf ein realisierbares Ziel hin lenken.

Anschrift der Verfasserin:

Ortrud Bronner, Krankengymnastin
Leiterin der Schule für Physiotherapie
des Kantons Basel
Klingenbergrasse 61
CH-4031 Basel