

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: 22 (1986)

Heft: 11

Artikel: Domizilbehandlung

Autor: Haenni, Christine / Koch, Elisabeth

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930223>

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: 02.04.2025

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



Domizilbehandlung

Situation im Kanton Bern

Diplomarbeit 1986 von Christine Haenni und Elisabeth Koch

Wir danken allen, die uns bei dieser Arbeit behilflich waren: Fr. A. Winiger, Fr. E. Heusser, Fr. L. Guggisberg, Fr. C. Hochuli, Fr. P. Sorjonen, Fr. U. Schmidt, Hr. S. Fleischmann, Hr. M. Jäger und allen Therapeuten(-innen), die unseren Fragebogen beantwortet haben.

1. Einleitung

Im Laufe unserer Praktikumszeit haben wir uns öfters Gedanken darüber gemacht, ob und wie die Therapie nach dem Spitalaufenthalt weitergeht. Es gibt immer wieder Patienten, die nicht ambulant behandelt werden können, obwohl sie Therapie nötig hätten. Wir werden in unserer Arbeit näher darauf eingehen.

Im Spital ist die physiotherapeutische Betreuung sehr intensiv. Nach der Entlassung haben viele Patienten keine Fortsetzung ihrer Therapie. Wir denken an die Multiple-Sklerose-Patienten, die für Intensivkuren auf die Rehabilitationsabteilung kommen. Erarbeitete Erfolge gehen möglicherweise zu Hause verloren. Ähnliche Situationen zeigen sich bei Hemiplegikern oder Beinamputierten, die wir im Zieglerspital und auf der Thoraxchirurgie erlebt haben. Zudem können wir bei diesen Patienten auf praktische Probleme, die sich in ihrer Wohnsituation ergeben, nicht eingehen.

Aufgrund dieser Überlegungen begannen wir, uns für Domizilbehandlungen zu interessieren.

Domizilbehandlungen sind Behandlungen, die beim Patienten zu Hause durchgeführt werden.

In unserer Arbeit geben wir Einblick in die Situation der Domiziltherapie des Kantons Bern.

Durch eine Meinungsumfrage und persönliche Gespräche mit Domiziltherapeutinnen versuchten wir, etwas zu diesem Thema zu erfahren.

Die Zusammenstellung der Bedingungen für Domizilbehandlungen einerseits und die Darstellung des administrativen Vorgehens andererseits sind als Information und Wegleitung gedacht.

2. Administratives

2.1. Voraussetzungen für die Ausführung von Domizilbehandlungen

Laut Gesundheitsgesetzbuch, Art. 13–15, sind folgende Bedingungen erforderlich, um die Bewilligung der Direktion des Gesundheitswesens sowie die Zulassungsnummer des Krankenkassenkonkordats zu erhalten:

- anerkannter Fähigkeitsausweis, d. h. ein Diplom nach dreijähriger Ausbildungszeit,
- mindestens zweijährige Berufsausübung bei einem in der Schweiz praktizierenden Arzt oder in einem in- oder ausländischen Spital,
- Ausländer erhalten die Bewilligung, wenn sie in der Schweiz wohnhaft sind und obengenannte Voraussetzungen erfüllen,
- eine hinreichende Haftpflichtversicherung,
- Arztzeugnis,
- Referenzen, z. B. früherer Arbeitgeber

Die Bewilligung ist nicht gesamtschweizerisch gültig. Man muss für jeden Kanton eine spezielle Erlaubnis haben.

Anmerkung: sobald Patienten in Räumlichkeiten des Therapeuten behandelt werden, müssen diese sowie die Einrichtungen und Geräte den Vorschriften der Direktion des Gesundheitswesens entsprechen.

2.2. Finanzielles

Neben der ärztlichen Verordnung muss der (die) Therapeut(-in) der Krankenkasse bzw. SUVA oder Militärversicherung des Patienten ein Anmeldeformular schicken. Auf diesem muss er Anzahl, Art und Dauer der Behandlungen angeben und vermerken, ob es sich um eine Krank-

heit, eine Lähmung oder einen Unfall handelt. Die Krankenkasse bestätigt dieses durch eine Kostengutsprache, d. h. eine Bewilligung der vorgeschlagenen Behandlungen. Nach Abschluss der vereinbarten Anzahl Behandlungen stellt der (die) Therapeut(-in) der Krankenkasse die Rechnung. Bei Fortsetzung der Therapie ist eine neue ärztliche Verordnung notwendig.

2.2.1. Erklärung der Tarifziffern für Domizilbehandlungen

Position 7001–7005:

Heilgymnastik, manuelle Massage je nach Behandlungsdauer 4,5–14 Taxpunkte

Position 7091:

muss die Behandlung ausserhalb des Instituts des Physiotherapeuten erfolgen, so beträgt der Zuschlag pro volle oder angebrochene Viertelstunde Weg (hin und zurück) 2,5 Taxpunkte

Position 7092:

bei Benützung eines privaten Motorfahrzeuges wird für die Hin- und Rückfahrt ausserdem eine Kilometerentschädigung von Fr. –.50 vergütet, bzw. das Billett 2. Klasse bei Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels.

Für die Berechnung: 1 Taxpunkt = Fr. 3.30 bei allen Krankenkassen, = Fr. 3.60 bei SUVA und Militärversicherung

2.2.2. Berechnung einer Domizilbehandlung anhand eines Beispiels

Für die Ausrechnung haben wir ein Beispiel angenommen, wo

- die Behandlungsdauer 30 Minuten beträgt (aktive Gymnastik)
- der Therapeut nicht mehr als 15 Minuten für einen Weg braucht
- der Weg vom Therapeuten zum Patienten 4 km beträgt

Positionen :	7003 + 7091 + 7092
Taxpunkte :	8,5 + 5
In Franken :	28.05 + 16.50 + 4.–

Total : Fr. 48.55

3. Erfassung der Situation im Kanton Bern

3.1. Meinungsumfrage

3.1.1. Einleitung

Um einige praktizierende Therapeuten(-innen) anzusprechen, die laut Verzeichnis der selbständigen Physiotherapeuten (1982) Domizilbehandlungen ausführen, verschickten wir 60 Fragebogen. Mit dieser Mei-

nungsumfrage erhofften wir uns, einige Anhaltspunkte über die Situation im Kanton Bern zu erlangen. Wir wollten erfahren, wieviele der angegebenen Therapeuten(-innen) überhaupt Domizilbehandlungen ausführen und wie intensiv sie dies tun. Gespannt waren wir auch darauf, wie diese Therapeuten(-innen) die Stellung und den Wert der Domiziltherapie beurteilen. Wir erhielten

42 Antworten, wobei die Fragen recht unterschiedlich ausführlich beantwortet wurden.

Es ist nicht unsere Absicht, aus dieser Umfrage eine Statistik zu erstellen. Wir haben versucht, möglichst alle der gegebenen Antworten aufzuführen und zu ordnen. In unseren Bemerkungen haben wir darauf geachtet, möglichst keine Interpretationen hineinzubringen.

3.1.2. Fragebogen mit Auswertung

1. Seit wann machen Sie Domizilbehandlungen respektiv wie lange haben Sie Domizilbehandlungen gemacht?

seit x-Jahren	Anzahl Therapeuten(-innen)	nach x-Jahren aufgehört
1- 3	10	4 von 10 Therapeuten
3- 6	12	1 von 12 Therapeuten
6- 9	5	-
9-12	4	-
12-20	6	1 von 6 Therapeuten
20-30	4	1 von 4 Therapeuten
> 30	1	1 Therapeutin

Aus diesen Angaben entnehmen wir, dass die meisten der Befragten seit 1-6 Jahren Domizilbehandlungen machen. Es gibt hingegen wenige Therapeuten(-innen), die über längere Zeit Domizilbehandlungen gemacht haben.

2. Falls Sie keine Domizilbehandlungen mehr ausführen: Warum haben Sie aufgehört?

Gründe	Anzahl Therapeuten(-innen)
- zu grosser Zeitaufwand neben Praxis	1
- Familienzuwachs	2
- Eröffnung einer Praxis	1

3. Wieviele Behandlungen machen Sie / haben Sie gemacht pro Woche?

Behandlungen/Woche	Anzahl Therapeuten(-innen)
1- 3	11
3- 6	8
6- 9	7
9-12	5
12-20	3
20-30	4
> 35	1

Die meisten Therapeuten(-innen) führen nur wenige Domizilbehandlungen pro Woche aus.

4. Wieviele Stunden pro Woche wenden Sie für Domizilbehandlungen auf?

Diese Frage konnten wir nicht auswerten, da die meisten nur die Behandlungsdauer berechnet und den Zeitaufwand für den Weg nicht berücksichtigt haben.

5. Haben Sie Kinder?

	Ja	Nein
Anzahl Therapeuten(-innen)	24	11

6. Haben Sie neben Domizilbehandlungen noch andere Einnahmequellen? (z.B. Praxis, Teilzeitarbeit im Spital, Verdienst des Partners)

Andere Einnahmequellen	Anzahl Therapeuten(-innen)
- Praxis	28
- Verdienst des Partners	17
- Teilzeitarbeit im Spital (u.a.)	9
keine anderen Einnahmequellen	2

Nur zwei Befragte haben keine weiteren Einnahmequellen. Die meisten haben eine Praxis oder sind durch einen verdienenden Partner nicht nur auf die Einnahmen ihrer Domizilbehandlungen angewiesen.

7. Haben Sie Mühe, Verordnungen zu bekommen?

	Ja	Nein
Anzahl Therapeuten(-innen)	6	34

- wenn NEIN, müssen Sie öfters Anfragen zurückweisen?

	Ja	Nein
Anzahl Therapeuten(-innen)	20	7

34 (von 42) Therapeuten(-innen) bekommen mühelos Verordnungen und 20 müssen Anfragen ablehnen.



8. Haben Sie Kontakt mit anderen Domiziltherapeuten (-innen)?

	Ja	Nein
- Kontakt	19	22
- Erfahrungsaustausch	15	21
- Treffs: regelmässige	3	
unregelmässige	2	26
für Patientenübergaben	7	

Fast die Hälfte der Befragten haben Kontakt mit ihresgleichen und tauschen auch Erfahrungen aus, wenige hingegen treffen sich für regelmässige Besprechungen.

9. Was für Patienten behandeln Sie? Könnten Sie uns die häufigsten Diagnosen angeben?

Patienten	behandelt von x-Therapeuten(-innen)
Hemiplegiker	29
Multiple-Sklerose-Patienten	26
Traumatologische/orthopädische	15
Respiratorische Patienten	11
Andere neurologische Patienten	10
Parkinson-Patienten	9
Rheumatologische Pat.	7
Muskeldystrophiker	3
Geriatrische Patienten	2
Beinamputierte	1

10. Welches sind die Hauptgründe, dass die Patienten zu Hause behandelt werden?

Hauptgründe	genannt von x-Therapeuten(-innen)
- Zustand des Patienten verunmöglicht Transport (z.B. wegen Bettlägrigkeit)	29
- keine Transportmöglichkeit (z.B. bei abgelegenen Orten evtl. kein Transportmittel zur Verfügung)	23
- zu grosse Ermüdung durch Transport	9
- Entlastung der Angehörigen (z.B. b. CF-Pat.)	4

Ausschlaggebend für Domizilbehandlungen ist in vielen Fällen die Transportunmöglichkeit bei schlechtem Allgemeinzustand des Patienten oder bei fehlendem Transportmittel.

11. Welche Therapiemassnahmen wenden Sie am häufigsten an? Numerieren Sie nach der Häufigkeit (1.-3. Stelle).

Therapiemassnahmen	Anzahl Therapeuten(-innen), die a), b), c) an x. Stelle setzen
a) aktive Bewegungstherapie	37, die a) an 1. Stelle setzen
b) passive Massnahmen (wie Wickel, Fango, passiv durchbewegen)	24, die b) an 2. Stelle setzen
c) Apparate	8, die c) an 3. Stelle setzen davon nennen 3 Novodyn u. 5 Ultraschall

Am meisten wird aktive Bewegungstherapie durchgeführt.

12. Was sind die Hauptgründe, dass Sie mit Domizilbehandlungen begonnen haben?

Beweggründe	genannt von x-Therapeuten(-innen)
- sind von der Notwendigkeit überzeugt	20
- Anfrage in der Praxis	10
- Selbständige Entscheidung über Arbeitspensum und -plan	10
- günstige Teilzeitarbeit neben Familie	8
- zusammen mit Heimpflege kann bei alten Leuten und chronisch Kranken der Spital- oder Pflegeheimaufenthalt hinausgezögert oder ev. erspart werden	4
- selbständiges Arbeiten ohne Investitionskosten	1
- Abwechslung zur Praxis	1

13. Was sind nach Ihren Erfahrungen die grössten Vor- und Nachteile von Domizilbehandlungen im Vergleich zur Therapie ambulant oder im Spital?

A) VORTEILE	genannt von x-Therapeuten(-innen)
- funktionell angepasste Therapie (gezieltes Eingehen auf Probleme, die sich für den Patienten zu Hause stellen)	14
- soziales Umfeld einbeziehen (z.B. Einbez. der Familie, Heimpflegerin, Berücksichtigung der Wohnsituation)	12
- keine zusätzliche Ermüdung durch Transport	9
- persönlicher Kontakt	6
- Therapie überhaupt ermöglichen (wenn Zustand des Patienten den Transport verunmöglicht, wenn kein Transportmittel verfügbar ist)	1

Der letztgenannte wichtige Vorteil wurde wohl von den meisten als selbstverständlich vorausgesetzt.

B) Nachteile	genannt von x-Therapeuten(-innen)
- ungenügende Einrichtungen	17
- geringe Rendite wegen grossem Zeitaufwand	17
- schlechte Arbeitshaltung	14
- Platzmangel	8
- grössere psychische Belastung (z.B. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen eigentlicher Therapie und persönlichem Engagement v. a. bei Alleinstehenden)	5
- Ablenkung durch Angehörige, Besuche, Telefone etc.	4
- wenig oder keine Teamarbeit	3
- Isolation des Patienten (wenig Kontakt zur Aussenwelt)	1
- Bequemlichkeit des Patienten fördernd	1
- oft erhaltende, nicht aufbauende Behandlung bei Langzeitpat. (wird einseitig, wenig interessant)	1

14. Haben Sie Vorschläge, Anregungen, Ihre Situation als Domiziltherapeut(-in) zu verbessern?

Vorschläge/Anregungen	genannt von x-Therapeuten(-innen)
- bessere Zusammenarbeit mit Arzt, Gemeindegemeinschaft, ev. Ergotherapeutin	8

Epitrain®

nach Prof. Hess.

Eine neue Dimension in der Therapie der Epicondylitis und Ellenbogengelenkerkrankungen.

Dreidimensionale Stricktechnik und hochwertige Materialien garantieren anatomisch einwandfreien Sitz in Verbindung mit Rutsicherheit und Vermeidung von Randeinschnürungen.

Ringförmige Aussparung des Epicondylus und Profilpelotten aus einem völlig neuen viskoelastischen Material, dadurch absolut gleichmäßige Druckverteilung. Die besondere Profilierung der Pelotten bewirkt zusätzliche Umlenkung und Entlastung der Sehnenfibrillen.

Durch Gelenkbewegung und Muskelaktivität erfährt das viskoelastische Material kinetische Impulse, die es als intermittierende Kompression auf die Gelenkweichteile überträgt. Die verbesserte Durchblutung der Gelenkkapsel und Aktivierung der Lymphdrainage führen zu Abschwellung, Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung.

In- und ausländische Schutzrechte angemeldet

Indikationen: Epicondylitis radialis und ulnaris. Arthrose und Arthritis. Postoperative und posttraumatische Reizzustände.

Epitrain realisiert das Prinzip der funktionellen Therapie, ist nebenwirkungsfrei und spart Medikamente.

 **BAUERFEIND**

Deutschland Bauerfeind GmbH · Arnoldstraße 15 · Postfach 10 03 20 · D-4152 Kempen 1 · Tel. (0 21 52) 14 91-0 · Telex 08 53 232
Österreich Bauerfeind Ges.m.b.H. · Ketzergasse 300 · A-1235 Wien · Tel. (02 22) 86 15 61
Schweiz Bauerfeind AG · Badener Straße 5 b · Postfach 68 · CH-5442 Fislisbach · Tel. (0 56) 83 33 83
Frankreich Bauerfeind France · 2, rue de la Chapelle · B.P. 7 · F-60560 Orry-la-Ville · Tel. (44) 58 80 74
USA Bauerfeind USA, Inc. · 811-Livingston Court · Marietta, GA, 30067 · phone (404) 425-1221 · Telex 543 218

- bessere Zusammenarbeit mit anderen Domiziltherapeuten(-innen) (wie Erfahrungsaustausch, Stellvertretungen) 7
- bessere Entschädigung 3

15. Könnten Sie sich vorstellen, in einem Team (mit Ärzten, Gemeindeschwestern, Ergotherapeuten, Logopäden etc.) zu arbeiten, welches von einem Zentrum aus organisiert wird?
 - wenn ja, würden Sie es bevorzugen, staatlich angestellt oder selbständig zu arbeiten?

Anzahl Therapeuten(-innen)	JA/NEIN
28	JA, 25 Therapeuten(-innen) würden es bevorzugen, selbständig und 3 staatlich angestellt zu arbeiten
6	NEIN

Die Antworten auf Frage 14 und 15 zeigen, dass von vielen eine Teamarbeit mit anderen Therapeuten sowie mit Arzt, Gemeindeschwester und Ergotherapeutin etc. befürwortet wird.

16. Welche Mittel nützten Sie für Weiterbildung?

Mittel	genannt von x-Therapeuten(-innen)
- Kurse	31
- Literatur	19
- Fortbildung (Vorträge)	7
- Arbeitsgruppen	4

Wir können uns vorstellen, dass Kursbesuche für «reine» Domiziltherapeuten(-innen) aus finanziellen und organisatorischen Gründen nicht so einfach sind (Aufkommen für Kurskosten, Suche nach Stellvertretungen).

3.1.3. Schlussbemerkung

Es ist interessant zu sehen, dass die Grundeinstellung vieler der Befragten Domizilbehandlungen gegenüber positiv ist. Die Nachteile stehen aber in vielen Fällen im Vordergrund und halten oftmals von der praktischen Ausführung ab. Als häufigste Nachteile wurden ungenügende Einrichtungen und geringere Rendite wegen grossem Zeitaufwand genannt.

3.2. Vorstellung zweier Domiziltherapeutinnen

3.2.1. Einleitung

Um ein genaueres Bild ihrer Tätigkeit zu erhalten, haben wir mit zwei Domiziltherapeutinnen persönlichen Kontakt aufgenommen. Mit der Beschreibung zweier Patientenbehandlungen wollen wir konkreter auf Vor- und Nachteile für Patient und Therapeut eingehen, sowie auf Möglichkeiten und Grenzen hinweisen.

3.2.2. Persönliche Gespräche

A) Gespräch mit der Domiziltherapeutin Frau H.

- Wie sieht ihr Arbeitsalltag aus?

Frau H. wohnt in Bern. Sie macht seit 1982 nur Domizilbehandlungen, hat also keine Praxis. Im Durchschnitt behandelt sie pro Woche 25 Patienten.

Pro Patient rechnet sie 35 bis 50 Minuten plus eine Viertelstunde Weg. Das ergibt eine Arbeitszeit von ungefähr fünf Stunden pro Tag. Sie hält sich konsequent eineinhalb Tage pro Woche frei. Da sie ihre Runde mit dem Velo macht, behandelt sie nur Patienten, die im Umkreis Bern wohnen.

Oft muss sie Anfragen von Ärzten zurückweisen, weil sie nicht unter Zeitdruck kommen will. Die Nachfrage ist ihrer Meinung nach recht gross.

Durch diese Arbeit kann sie für ihren eigenen Lebensunterhalt aufkommen.

- Was sind ihre Beweggründe als Domiziltherapeutin zu arbeiten?

Der Wunsch, Patienten zu Hause zu behandeln, wuchs in Montana, wo sie hauptsächlich mit MS-Patienten arbeitete. Sie fragte sich: «Was passiert mit meinen Patienten nach der Intensivbehandlung? Zu Hause müsste es weitergehen, angepasst an die Wohn- und Lebensverhältnisse.» Sie empfand die Klinik als «Ghetto» mit Bedingungen, die nicht den Alltagssituationen entsprechen.

Ein weiteres Anliegen ist es ihr, alten Menschen so lange wie möglich ein Alters- oder Pflegeheim zu ersparen. Ein anderer Punkt ist der Zeitdruck, unter dem sie an allen Arbeitsstellen

gestanden hatte. Ihr fehlte die innere Ruhe, um richtig auf den Patienten eingehen zu können.

Als Zwischenlösung war sie in einer Praxis angestellt, wo sie nur Domizilbehandlungen machte. Da sie dort ihrer Meinung nach zu schlecht bezahlt wurde und wegen der grossen Anzahl Patienten mit relativ weiten Entfernungen unter Zeitdruck stand, machte sie sich selbständig.

- Was für Patienten behandelt sie?

Im Moment sind es Patienten mit folgenden Diagnosen:

- Multiple Sklerose
- Hemiplegie
- Parkinson
- Muskeldystrophie
- Cystische Fibrose
- Status nach Hüftoperation
- Schulterkontusion bei Polyarthrosen
- Inaktivität einer alten, ängstlichen Frau

- Gibt es Gemeinsamkeiten bei den Behandlungszielen?

Bei allen ihren Patienten, die nicht völlig immobil sind, geht es darum, funktionelle Hilfen zu geben und alltägliche Situationen zu erüben. Dazu gehört vor allem das Zurechtfinden in der Wohnung mit allen Schwierigkeiten, wie z.B. Treppensteigen, Benützung von Bad und WC etc.

Bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen wie Hemiplegie, MS, Parkinson, geht es ausserdem um eine Erhaltung der bestmöglichen Funktionen.

Ein weiteres Ziel ist oft eine allgemeine Aktivierung durch Abbau von Angst und durch Hilfe zur Selbständigkeit. Dies benötigen häufig alte Menschen, z.B. mit traumatischen oder orthopädischen Problemen, aber auch neurologische Patienten.

Für Frau H. sind die Zielsetzungen oft etwas anders als im Spital. Nicht nur das rein körperliche Gebrechen steht im Zentrum, sondern es geht hier vielmehr um den ganzen Menschen in seinem persönlichen sozialen Umfeld. Häufig geht es darum, dass der Patient mit seiner Krankheit oder seiner Invalidität fertig werden muss. Oft kann er seine Situation nur schwer akzeptieren. Die Therapeutin kann versuchen, ihm mit allen ihr möglichen Mitteln zu helfen, einen Teil der sich ergebenden Probleme zu lösen. Dies können praktische Hilfen im Haushalt sein oder das Anlernen von Familienangehörigen für bestimmte Griffe oder Hilfestellungen.

• Was sind die Hauptgründe, dass ihre Patienten daheim behandelt werden?

Bei allen ihren Patienten besteht das Problem im Transport. Entweder gibt es keine Möglichkeit, den Patienten zu transportieren, oder der Aufwand wäre unverhältnismässig gross. Für viele wäre der Transport vom Allgemeinzustand her unzumutbar. Vor allem MS-Patienten sind nach einem Transport häufig so erschöpft, dass sie keine Kraft mehr für die Therapie haben.

• Was für Behandlungsmethoden wendet sie an?

Frau H. macht ausschliesslich aktive Gymnastik und funktionelles Training. Ab und zu wendet sie Eis oder warme Wickel an, also Dinge, die der Patient zu Hause hat.

• Was sind ihrer Meinung nach die Vorteile der Domizilbehandlungen?

Den grossen Vorteil für den Patienten sieht sie darin, dass die Therapie nach dem Spitalaufenthalt überhaupt weitergeht. Sie kann die Alltagssituation und eventuell die Angehörigen des Patienten in die Therapie einbeziehen. So wird die Therapie Teil des Alltags und besteht nicht aus einer isolierten Behandlung.

Frau H. selber sieht den grössten Vorteil darin, dass sie ihre Zeit selber einteilen kann und nicht ständig unter Zeitdruck steht. Sie findet es spannend, immer wieder vor neue Situationen und Probleme gestellt zu werden, wo sie viel Phantasie und Ideen braucht.

• Was sind ihrer Meinung nach die Nachteile der Domizilbehandlungen?

Oftmals fehlen ihr geeignete Hilfsmittel, z.B. ein richtiger Behandlungstisch.

Sie vermisst ein Team, in dem Meinungsaustausche stattfinden und von dem sie neue Impulse bekäme. Auch teaminterne Fortbildungen fehlen ihr.

In gewissen Fällen, wo die Angehörigen nicht kooperieren und der Patient als Last empfunden wird, ist die Therapie zu Hause ungünstig.

• Worin sieht sie die Hauptprobleme bei ihrer Arbeit?

Manchmal macht es ihr Mühe zu entscheiden, wie weit ihre Therapie geht. Die Abgrenzung zwischen Physiotherapie und sonstigen Hilfeleistungen, vor allem bei Alleinstehenden, ist oft nicht so einfach. Ihr ist es wichtig, den ganzen Menschen zu sehen, aber irgendwo will sie auch Grenzen setzen. Sie muss immer wieder lernen zu merken, wann ein Gespräch wichtiger ist als die physiotherapeutische Behandlung und wie weit sie sich persönlich für einen Patienten einsetzen will.

Als sie mit Domizilbehandlungen begann, hatte sie oft Mühe, abzu-

schalten. Der enge persönliche Kontakt und die direkte Konfrontation mit Schwierigkeiten und Notsituationen war für sie recht belastend. Heute wird sie dank vieler Erfahrungen besser mit solchen Situationen fertig. Ein weiteres Problem für sie ist die Gefahr der Routine bei Dauerbehandlungen. Bei vielen ihrer Patienten ist die Grenze der Möglichkeiten bald erreicht und es braucht viel Kraft, um nicht in einen Trott zu fallen.

B) Gespräch mit der Domiziltherapeutin Frau S.

• Persönliche Situation

Bevor Frau S. mit Domizilbehandlungen angefangen hat, arbeitete sie fünf Jahre lang in Spitälern und in einem Altersheim. Während sieben Monaten führte sie nur Domizilbehandlungen aus, bis sie zusätzlich eine kleine Praxis einrichtete.

Heute arbeitet sie ungefähr 60%, davon wendet sie je die Hälfte für Praxis- und Domizilbehandlungen auf.

Frau S. hat eine Familie mit einem dreijährigen Kind.

• Motivation für die Ausführung von Domizilbehandlungen

Das Interesse für alte Leute ist der Hauptgrund, dass sie mit Domizilbehandlungen begonnen hat. Aufgrund ihrer Erfahrungen betrachtet sie unter anderem Domiziltherapie als eine Möglichkeit, alten Leuten den Spital- oder Pflegeheimaufenthalt zu verkürzen oder sogar zu ersparen.

Sie war auch neugierig, wie sich die eigene Umgebung des Patienten auf seine Psyche und letztlich auf die Behandlung auswirkt.

Weitere Beweggründe sind der Wunsch nach selbständigem Arbeiten und mehr Zeit zu haben für den Patienten. Sie ist frei in der Zeiteinteilung und kann mehr Rücksicht auf ihre Familie nehmen. Nicht zuletzt zu erwähnen ist der praktische Grund, dass sie ihren kleinen Jungen problemlos mitnehmen kann.

- **Arbeitsablauf einer Woche**

Frau S. führt 10–16 Domizilbehandlungen pro Woche aus. Die Verordnungen bekommt sie hauptsächlich vom Arzt ihrer Wohngemeinde oder von Ärzten in der näheren Umgebung. Mit der Zeit hat es sich herumgesprochen, dass sie Domizilbehandlungen macht. Sie muss jetzt öfters Anfragen zurückweisen.

Als Grenze für ihre Arbeitsregion nimmt sie einen Umkreis von etwa sechs Kilometer. Den Weg legt sie je nach Länge der Strecke mit dem Fahrrad oder der Bahn zurück.

Die Arbeitszeit für Domizil- und Praxisbehandlungen teilt sie in je zwei bis drei Halbtage ein. Die Büroarbeiten für Domizilbehandlungen und Praxis erledigt ihr Mann. Sie müsste dafür etwa drei Stunden pro Woche aufwenden. Zudem braucht sie noch ein bis zwei Stunden pro Woche, um die Patientenprotokolle zu schreiben. Diese führt sie am Abend eines Arbeitstages nach.

- **Die häufigsten Krankheitsbilder und entsprechende Behandlungsziele**

Sie behandelt meistens ältere, chronisch kranke Patienten zwischen 70 und 80 Jahren. Häufig sind neurologische Erkrankungen wie Parkinson oder Hemiplegie sowie orthopädische Probleme oder allgemeine Altersschwäche, beispielsweise nach einer schweren Grippe oder längerer Bettlägrigkeit.

Die Behandlungsziele sind ähnlich wie im Spital oder in der Praxis. Frau S. findet die Ziele angepasster, mehr auf die Alltagssituation des Patienten ausgerichtet. Bei den meisten ihrer Domizilpatienten ist die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit das Hauptziel. In Absprache mit Haushälterin, Gemeindeschwester oder -pflegerin und Angehörigen werden ihre Ziele unterstützt und mitverfolgt.

- **Hauptgründe, dass diese Patienten zu Hause behandelt werden**

Für die meisten ihrer Patienten wäre

der Transport zu aufwendig, zu kompliziert und vor allem zu ermüdend. Da der Grossteil ihrer Patienten Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit als Hauptbehandlungsziel hat, ist es sinnvoll, in ihrer Wohnsituation auf die funktionellen Probleme einzugehen. Wenn sich der Zustand der Patienten verbessert hat und ihre funktionellen Probleme soweit gelöst sind, fordert Frau S. die Patienten auf, in ihre Praxis zu kommen.

- **Vor- und Nachteile aus persönlicher Sicht**

1. **Vorteile**

Einen der wichtigsten Vorteile gegenüber ambulanter Therapie findet Frau S. das gezieltere Ausrichten der Behandlung auf die Wohn- und Alltagssituation des Patienten.

Sie kann Angehörige, Gemeindeschwester und Haushälterin an Ort und Stelle über Arbeitshaltung, Griffe, Lagerungen, Hilfsmittel usw. instruieren. Sie hat die Möglichkeit, die Ausführung ihrer Instruktionen nachzukontrollieren.

Ein weiterer Vorteil ist, dass die Ermüdung durch den Transport wegfällt.

Zudem schätzt Frau S. ihre Selbstständigkeit und die Möglichkeit, ihr Kind mitzunehmen.

2. **Nachteile**

Als Hauptnachteil gegenüber ambulanter Therapie empfindet sie den Platzmangel und die schlechte Ergonomie des Therapeuten.

Geräte und Hilfsmittel kann sie nur beschränkt mitnehmen. Ältere Patienten sind wenig flexibel, wenn es um die Änderung des Zeitpunktes der Behandlung geht.

Die Hygiene lässt oft zu wünschen übrig.

- **Einzelne Problemkreise**

Die Therapeutin kommt in das «Revier des Patienten». Der Patient kann unter Umständen offener sein. Frau S. erlebt es aber oft, dass Patienten launisch sind und sich nicht anpassen

können. In der ambulanten Therapie nimmt sich der Patient eher zusammen.

Die psychische Belastung ist grösser als im Spital. Frau S. gehört zur Familie und wird oft in die ganze Problematik des Patienten und seiner Angehörigen miteinbezogen. Sie verbringt viel Zeit für geduldiges Zuhören. Nehmen die psychischen Probleme überhand, gibt sie dem Arzt Bescheid.

Sie findet, dass die Gefahr der Routine, vor allem bei Langzeitpatienten, grösser ist, wenn man im Alleingang arbeitet. Die Aussprache im Team fehlt.

- **Idee und Anregung**

Frau S. würde ein Treffen von Domiziltherapeuten(-innen) befürworten. Ihr fehlt, wie schon erwähnt, eine gewisse Teamarbeit. Sie wäre froh um Informations- und Erfahrungsaustausch und Abmachung für Stellvertretungen. Ein besonderes Anliegen ist ihr die Weiterbildung. Leider kommt diese zu kurz. Es stellt sich das Problem, für diese Zeit eine Vertretung zu finden. Allgemein findet sie, braucht es mehr Initiative, sich alleine weiterzubilden, als in einem Team, wo die Auseinandersetzung mit neuen Möglichkeiten viel eher erfolgt.

3.2.3. *Beschreibung zweier Patientenbehandlungen der unter 3.2.2. vorgestellten Therapeutinnen Frau H. und Frau S.*

A) *Frau G., MS-Patientin*

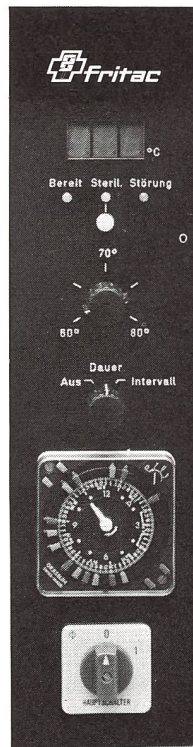
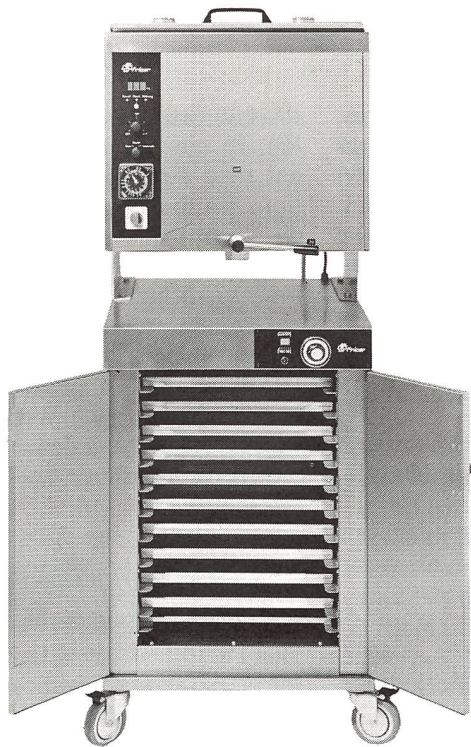
- **Kurze Krankengeschichte**

Frau G. ist 50 Jahre alt. Die Krankheit begann 1978 mit Lähmungserscheinungen im linken Fuss, starken Rückenschmerzen und Gehschwierigkeiten. Die Fehldiagnose lautete Discushernie, Frau G. wurde operiert. Es trat aber keine Besserung ein, Frau G. blieb arbeitsunfähig. Erst 1982 wurde die MS diagnostiziert. Heute ist Frau G. rollstuhlabhängig. Sie hat stark einschliessende Spasmen, die beinbetont sind.



Fritac Fangoanlagen

Schweizer Fabrikat / SEV-geprüft



Fango-Paraffin

aus Bad Pyrmont

Die Packungsmasse mit der hohen Wärmespeicherung und Elastizität.

Auf Wunsch mit Fichtenduft parfümiert.

Mischung S:

- Dünnbreiig, für Geräte mit Auslauf oder Pumpe.

Mischung M:

- Dickbreiig für Geräte ohne Auslauf.

Verlangen Sie unser Einführungsangebot!

← Elektronik

Hochliegende Rührwerke: 30/40 und 60 Liter Inhalt und Wärmeschränke in zwei verschiedenen Grössen.

- grosse Einfüllöffnung für das Fango-Paraffin (im Durchmesser gleich gross wie der Fango-Kessel).
- Schaltuhr: Die eingebaute Schaltuhr gestattet das vollautomatische Ein- und Ausschalten der Anlage bei Tag- und Nachtbetrieb und ist für 1 Woche programmierbar. Das heisst: Die Uhr schaltet das Gerät zu der von Ihnen gewünschten Zeit ein und aus. Die Anlage ist immer dann betriebsbereit, wenn Sie sie benötigen. Es wird aber nicht unnötig Energie verbraucht, wenn Sie keine Fango-Behandlungen haben. Auch die «Sterilisation» ist vorwählbar: Sie können z. B. am Abend den Befehl «Sterilisation» eingeben, und diese wird durchgeführt, zu der von Ihnen programmierten Zeit.
- weitere Details finden Sie in unseren Unterlagen, die wir Ihnen auf Wunsch gerne zustellen.



Gutschein

ich wünsche

- Reizstrom-Therapiegeräte
- Ultraschall-Therapiegeräte
- Laser-Therapiegeräte
- Magnetfeld-Therapiegeräte
- Hochfrequenz-Therapiegeräte
- Druckwellen-Therapiegeräte
- Massagegeräte
- Wärme- u. Licht-Therapiegeräte (Fango - Infrarot - Kompressen)
- Eismaschinen, Eiskompressen
- Liegen
- Gymnastikgeräte
- Blutdruckmessgeräte
- Therapie-Kurzkatalog
- Offerte für Therapie-Einrichtung (nach vorheriger Besprechung)

Offerte

unverbindliche Demonstration
Probeflieferung nach vorheriger tel. Vereinbarung

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____



FRITAC MEDIZINTECHNIK AG
CH-8031 Zürich

Hardturmstrasse 76 · Postfach · Tel. 01 - 42 86 12

- Therapie

Anfangs hatte sie Therapie im Zieglerspital, wo sie hospitalisiert war. Nach der Entlassung kam sie während einem Jahr dreimal wöchentlich ins Ziegler-Tagesspital, wo sie jeweils eine halbe Stunde Therapie hatte. Ihre persönliche Meinung dazu: «Ich war nicht zufrieden mit dieser Lösung, da ich mich während dieser drei Tage dem vorgeschriebenen Tagesablauf unterwerfen musste. Ich interessierte mich wenig für dieses aufgezogene Programm, für mich war nur die Therapie von Bedeutung». Seit 1983 wird Frau G. zweimal pro Woche zu Hause behandelt.

- Wohnsituation

Frau G. musste ihr Haus verkaufen, da es nicht rollstuhlgängig war. Nun lebt sie in einer 3 1/2 Zimmer-Invalidenwohnung. Die jüngste Tochter wohnt bei ihr. Zweimal pro Woche hat sie eine Putzhilfe, ansonsten kommt sie selber zurecht. Sie geht täglich ins nahegelegene, rollstuhlgängige Zentrum einkaufen.

- Grund für Domiziltherapie

Frau G. wird sehr schnell müde. Der Transport wäre für sie so anstrengend, dass eine anschließende Therapie kaum noch möglich wäre. Ich habe Frau G. gefragt, was aus ihrer Sicht die Vor- und Nachteile sind, dass sie zu Hause behandelt wird.

- Vorteile

Da sie sich zu Hause sehr gut auskennt und immer wieder auf praktische Probleme stösst, kann sie ihr Programm zum Teil selber gestalten. Schwierigkeiten können an Ort und Stelle mit der Therapeutin besprochen und zu lösen versucht werden. Beispielsweise ist sie vor dem Haus an einem steilen Wegstück mit dem Rollstuhl umgekippt. Mit der Therapeutin hat sie diese Stelle dann immer wieder geübt und ihre Geschicklichkeit und Fahrtechnik verbessert.

Einen weiteren Vorteil sieht sie darin, dass sie Therapie hat, auch wenn es ihr schlecht geht. In einer solchen Situation würde sie ambulante Therapie bestimmt absagen. Zu Hause kann die Therapie aber an ihren momentanen Zustand angepasst werden, sie kann z.B. im Bett behandelt werden.

- Nachteile

Sie findet, dass die Einrichtungen ungeeignet sind für Physiotherapie, vor allem das tiefe Bett.

Auf diese Art kommt sie seltener aus ihren vier Wänden heraus, als wenn sie ambulant Therapie hätte.

- Therapieziele

- Kräftigung, bzw. Kräfteerhaltung der Beine
- Gehstrecke verlängern
- Transfer, momentan Rollstuhl-Auto, möglich machen
- Selbständigkeit erhalten, die dazu notwendige Geschicklichkeit verbessern
- Schmerzlinderung im Lumbalbereich

- Behandlungsmethoden

- Übungen am Boden zur Kräftigung, Dehnung und Lockerung
- Gehen am Barren, welcher auf der Dachterrasse des Hochhauses steht
- wenn möglich:

- Gehen im Freien an Stöcken
- Rollstuhlfahren draussen

Das Gehen draussen, vor allem barfuss auf dem Rasen, ist für Frau G. sehr motivierend. Die Gefahr ist, dass sie manchmal fast in eine Euphorie gerät und ihre Grenzen nicht mehr sieht. Dann kann es vorkommen, dass es ihr am nächsten Tag schlechter geht.

- Bemerkungen der Therapeutin Frau F.

Sie trifft die Patienten hier in ihrem Alltag, wo sie mit praktischen Problemen konfrontiert wird. Sie erlebt sie in Hoch- und Tiefstimmungen und kann sich die Hintergründe dafür besser erklären. Ihre Therapie kann

sie ein Stück weit darauf einstellen. In einer ambulanten Therapie hat man eine viel isoliertere Situation, wo die körperliche Verfassung die Hauptrolle spielt. Der Patient gibt weniger von seinem Innenleben preis, er nimmt sich vielleicht eher zusammen (dies kann allerdings manchmal auch von Vorteil sein).

Die Therapeutin gestaltet die Behandlungen je nach Wetterlage und Jahreszeit verschieden. Das bringt Abwechslung für sie und die Patientin.

B) Herr K., Parkinson-Patient

- Kurze Krankengeschichte

Der Patient ist ein älterer Herr mit Jahrgang 07. Die Diagnose lautet: M. Parkinson und St. nach CVI links vom Jahre 1978. Von der Hemiplegie hat sich Herr K. gut erholt. Im Vordergrund steht heute die Parkinson'sche Krankheit. Zusätzlich leidet er an einer Gonarthrose links. Sein psychischer Zustand lässt ein POS nicht ausschliessen.

Herr K. war nach dem «Schlägli» im Jahre 78 zwei Jahre hospitalisiert. Während dieser Zeit hatte er täglich Physiotherapie.

- Soziale Umgebung und Wohnsituation

Herr K. ist alleinstehend. Er hat eine Freundin und viele Freunde, die ihn oft besuchen. Eine Haushälterin betreut ihn Tag und Nacht. Die Gemeindegemeinschaft besucht ihn zweibis dreimal pro Woche wegen internistischen Problemen. Frau S., die Domiziltherapeutin, behandelt ihn seit einem Jahr dreimal pro Woche während drei Viertelstunden.

Herr K. lebt in einem dreistöckigen Einfamilienhaus. Beim Hauseingang befindet sich eine kurze Treppe ohne Geländer. Im Hausinnern hat es eine Treppe mit Geländer. Die 30 Stufen dieser Treppe muss Herr K. gehen können, um voll selbständig in seiner Wohnung zu leben. Die Zimmer sind sehr eng, mit vielen Möbeln eingerichtet.



- **Gründe für Domizilbehandlung**

Der Patient braucht Unterstützung beim Gehen, sobald er draussen ist. Transport und Therapie würden ihn zu stark ermüden.

- **Funktionelle und andere Probleme des Patienten**

Hat Herr K. einen guten Tag, kann er in seiner Wohnung gehen, indem er sich gezielt von Möbelstück zu Möbelstück bewegt. Die Treppe mit den 30 Stufen besteigt er mit Hilfe des Geländers. Beim Hinuntersteigen braucht er Hilfe zur Sicherheit. Die Eingangstreppe ohne Geländer kann er nicht alleine begehen. Andere funktionelle Probleme treten je nach Tageszeit und psychischem Zustand auf. So ist es ihm oft nicht möglich, am Morgen aufzustehen, da er zu unbeweglich ist.

Allgemein ist die Ausdauer bei Herrn K. sehr beschränkt. Nach zehnmütigen Gehen ist er todmüde und braucht Stunden, um sich zu erholen.

- **Behandlungsziele**

Es ist das Ziel von Herrn K., besser gehen zu können. Frau S. führt vor allem eine erhaltende Therapie aus. Sie ist bestrebt, die Beweglichkeit und somit die Selbständigkeit des Patienten zu erhalten.

- **Behandlungsmassnahmen**

- aktive und passive Bewegungstherapie in Einbezug funktioneller Probleme
- Atemgymnastik
- Gangschule drinnen und draussen
- Instruktion der Angehörigen und Haushälterin über funktionelle Hilfen, Durchbewegen am Morgen, Kommandogebung

Frau S. hat vor allem die Haushälterin instruiert, wie sie den Patienten am Morgen durchbewegen und mittels rhythmischer Kommandos das Gehen unterstützen kann.

Wenn Geräte oder bestimmte Einrichtungen für die Behandlung fehlen, improvisiert Frau S. mit Gebrauchsgegenständen. Sie greift zum Staubsaugerrohr, wenn sie einen Stab

benötigt. Gewöhnliche Stühle können zu einer barrenähnlichen Einrichtung umfunktioniert werden. Die Lieblingsmusik des Patienten unterstützt oft die Behandlung mit rhythmischen Tönen.

- **Vor- und Nachteile gegenüber ambulanter Therapie**

Vom Patienten aus:

- **Vorteile**

Herr K. findet es gut, dass die Therapeutin zu ihm nach Hause kommt. Der Weg in die Therapie würde ihn zu stark ermüden. Auch empfindet er es als Zwang, nach draussen zu gehen. Er fühle sich unwohl und unsicher. Er habe ja viel Besuch und geniesse es Zeit zu haben, da er früher in einer leitenden Position nie Zeit gehabt habe.

- **Nachteile**

Herr K. weiss keine Nachteile zu nennen.

Von der Therapeutin aus:

- **Vorteile**

- funktionell üben in der Wohnsituation des Patienten
- Patient ist noch zu müde zu Beginn der Therapie
- Schwankungen in der Psyche des Patienten sind besser ersichtlich und können im Behandlungsplan berücksichtigt werden
- Instruktion der Haushälterin und Freundin zur Unterstützung der Behandlungsziele

- **Nachteile**

- Ergonomie, Platzmangel (das Problem stellt sich vor allem im Winter, wenn die Gangschule draussen nicht möglich ist)
- Unerwartetes kommt dazwischen (z.B. plötzlich schlechter Zustand des Patienten, die Behandlung kann nicht ausgeführt werden, doch die Zeit für den Weg wurde trotzdem aufgewendet.)
- Freundin mischt sich in die Therapie ein

3.3. Vortrag einer Domiziltherapeutin

3.3.1. Einleitung

Der Vortrag wurde für das Team des Lory-Spitals von Frau C. Hochuli gehalten. Bevor sie mit Domizilbehandlungen begann, hatte sie im Lory-Spital gearbeitet. Sie möchte ihren ehemaligen Teamkollegen einen Einblick in ihre Arbeit geben.

3.3.2. Schwerpunkte des Vortrages

Frau Hochuli vergleicht ihr Arbeitsumfeld als Domiziltherapeutin mit dem einer Physiotherapeutin im Lory-Spital. Weiter vergleicht sie die Situation des Patienten während und nach dem Spitalaufenthalt.

Arbeitsumfeld der Therapeutin

- **Lory-Spital**

- gemeinsame Besprechungen im Team (Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Schwestern, Logopäden, Sozialarbeiter), mit Patient und Angehörigen
- fachliche und moralische Unterstützung
- regelmässige Fortbildung

- **«draussen» (Domizil d. Patienten)**

- kein fachliches Arbeitsteam
- wenig Kontakt mit Ärzten wegen mangelndem Interesse derselben
- Initiative für Besprechungen und Fortbildungen muss immer von der Therapeutin ausgehen.

Situation des Patienten

- **im Spital**

- Patient ist aus einer Alltagssituation herausgerissen
- intensive Betreuung (Pflege, verschiedene Therapien)
- strukturierter Tagesablauf
- Patient ist unter Leidensgenossen
- grosse Aufmerksamkeit von Familie und Freunden durch Besuche

- **daheim**

Daheim fällt weg:

- intensive Betreuung (nur noch zum Teil fachliche Betreuung, z. B.

- Arzt, Physiotherapeutin, Gemein-
deschwester)
- strukturierter Tagesablauf (viel «leere» Zeit)
 - Leidensgenossen (fühlt sich eher allein mit seiner Krankheit)

hinzu kommt:

- das Zurechtfinden in der gewohnten Umgebung und die Krankheitsverarbeitung von Seiten des Patienten und der Familie
- in der veränderten Situation bleiben die gewohnten Verhaltensmuster des Patienten und der Angehörigen
- Einsamkeitsgefühl: Besuche werden seltener und der Patient kann weniger an gesellschaftlichen Aktivitäten teilnehmen
- auf die Dauer wird die Familie durch die Pflege des Patienten überfordert
- eine Arbeitseingliederung ist nicht immer möglich.

3.3.3. Konsequenzen und Schlussgedanken

Da die Therapeutin mit dieser Problematik konfrontiert wird, geht ihre Arbeit oft über das Fachspezifische hinaus. Für den Patienten und seine Familie ist es wichtig, einen Aussenstehenden zu haben, der sie praktisch beraten kann (z.B. Wohnungsberatung). Weiter kann die Therapeutin auf andere Hilfspersonen hinweisen, z.B. Haushälterin, Gemeindepflegerin, psychischer Berater. Die Therapeutin ist in das Familiengeschehen einbezogen und lernt so die Umstände genau kennen.

Frau Hochuli wies noch auf einen anderen Gesichtspunkt hin: das Verhältnis zwischen Patient und Therapeutin. Der Patient verhält sich in seiner vertrauten Umgebung anders als im Spital. Es kann sein, dass er sich daheim selbstsicherer fühlt oder sich eher gehen lässt. Für die Therapeutin ist die Situation im Spital vertrauter. Beim Patienten daheim tritt sie anders auf, da sie wie ein Gast in seine Wohnung kommt.

Frau Hochuli möchte ihren Kollegen

im Spital bewusst machen, dass konkrete Alltagssituationen nur zu Hause übbar sind.

Sie weist darauf hin, dass persönliche Anliegen und Probleme erst in der vertrauten Umgebung zur Sprache kommen. Viele Schwierigkeiten ergeben sich erst im Laufe der Zeit.

4. Erstes Zusammentreffen einiger Domiziltherapeutinnen der Stadt Bern und Umgebung

4.1. Einleitung

Zwei «vollamtliche» Domiziltherapeutinnen, mit denen wir Kontakt aufnahmen, hatten schon seit längerem die Idee, sich regelmässig mit ihresgleichen zu treffen. Durch unser Nachfragen brachten wir den Stein ins Rollen. An ihrem ersten Treffen, an dem fünf Domiziltherapeutinnen teilnahmen, waren wir dabei. Wir möchten nun zusammenfassend die Idee dieser Zusammenkünfte vorstellen.

Warum wollen sich diese Domiziltherapeutinnen regelmässig treffen?

- Kennenlernen anderer Domiziltherapeuten in ihrer Umgebung,
- Ständiger Alleingang und fehlendes Team wecken den Wunsch nach Zusammenarbeit.

4.2. Organisation

- *Grösse der Gruppe:* Acht Interessenten, weitere Anzahl Mitglieder wird offengelassen.
- *Häufigkeit:* einmal pro Monat
- *Ort:* abwechslungsweise bei jemandem zu Hause, Möglichkeit zur Benützung eines Praxisraumes.

4.3. Gestaltung

4.3.1. Zusammenstellen der Arbeitsregionen

Die Arbeitsgebiete der einzelnen Therapeuten werden z.B. nach Stadtplan festgelegt.

4.3.2. Besprechung konkreter Probleme

- a) in Bezug auf die Patientenbehandlung,
- b) in Bezug auf die psychische und soziale Situation des Patienten,
- c) zwischenmenschlicher Art (ev. Wechsel der Therapeutin),
- d) über Administratives,
- e) betreffend Stellvertretungen bei Ferien oder Krankheit.

4.3.3. Fortbildung

- a) Austausch praktischer Erfahrungen und eventuell spezieller Fachgebiete.
- b) Austausch von Informationen, z.B. über Literatur oder Kursbesuche.
- c) gemeinsame Teilnahme an Kursen oder Tagungen.

4.4. Persönlicher Eindruck

Wir haben den Eindruck, dass alle Beteiligten froh über den ersten Schritt für ein regelmässiges Treffen waren. Es bleibt abzuwarten, wie sich dieser Versuch für die Zukunft bewährt.

5. Situationsvergleich mit dem Ausland

5.1. Einleitung

Wir wollen wissen, wie es in anderen Ländern um die Domizilbehandlungen steht. Wir betrachten die Situation in Finnland und in der BRD.

5.2. Finnland

In Finnland gibt es Gesundheitszentren, in denen Ärzte, Krankenschwestern (bzw. Gemeindegewerkschaften), Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen zusammen arbeiten. Braucht jemand ärztliche Hilfe, wendet er sich an erster Stelle an das Zentrum. Von dort aus wird entschieden, ob der Patient ambulant behandelt werden kann oder ins Spital überwiesen werden muss.

Viele Domizilbehandlungen werden von Privatpraxen ausgeführt. Wenn nötig, gehen auch Therapeuten vom Gesundheitszentrum zum Patienten nach Hause. In grösseren Zentren

NEU: AKRON-Serie 8000

Der neue AKRON Kipptisch 8712/13 gestattet alle Behandlungsmethoden und die Anwendung der neuesten Techniken. Die seit Jahren bewährte elektrische Ausführung ist jetzt auch als Manualmodell erhältlich. Dank der genial ausgewogenen Konstruktion lässt sich der Manual-Kipptisch mühelos bedienen.

AKRON Elektro-Kipptisch 8712

Diese Ausführung ist mit einem leise arbeitenden Motor ausgerüstet, der den Patienten langsam und kontrolliert in jede gewünschte Schräglage bringt. Die Bedienung erfolgt mit einem gefährlosen Luftstrom-Schalter von minus 10 Grad der

Horizontalen bis zur beinahe senkrechten Stellung. Der Kipptisch lässt sich bei Bedarf sogar vom Patienten selber bedienen.

Die neue Ausführung ist mit seitlichen Handgriffen ausgerüstet, die in jeder Höheneinstellung weggeklappt werden können.

Die Winkelstellung der Fussaufgabe ist einstellbar. Der Tisch ist mit robusten Bremsrädern versehen. Die jeweilige Neigung der Liege lässt sich am Clinometer jederzeit ablesen.

Zur Standardausrüstung gehören drei breite Velcro-Befestigungsgurten und ein verstellbarer Patienten-Auflagetisch.

Der AKRON Elektro-Kipptisch entspricht den Sicherheitsvorschriften und den Normen über Brandschutz.

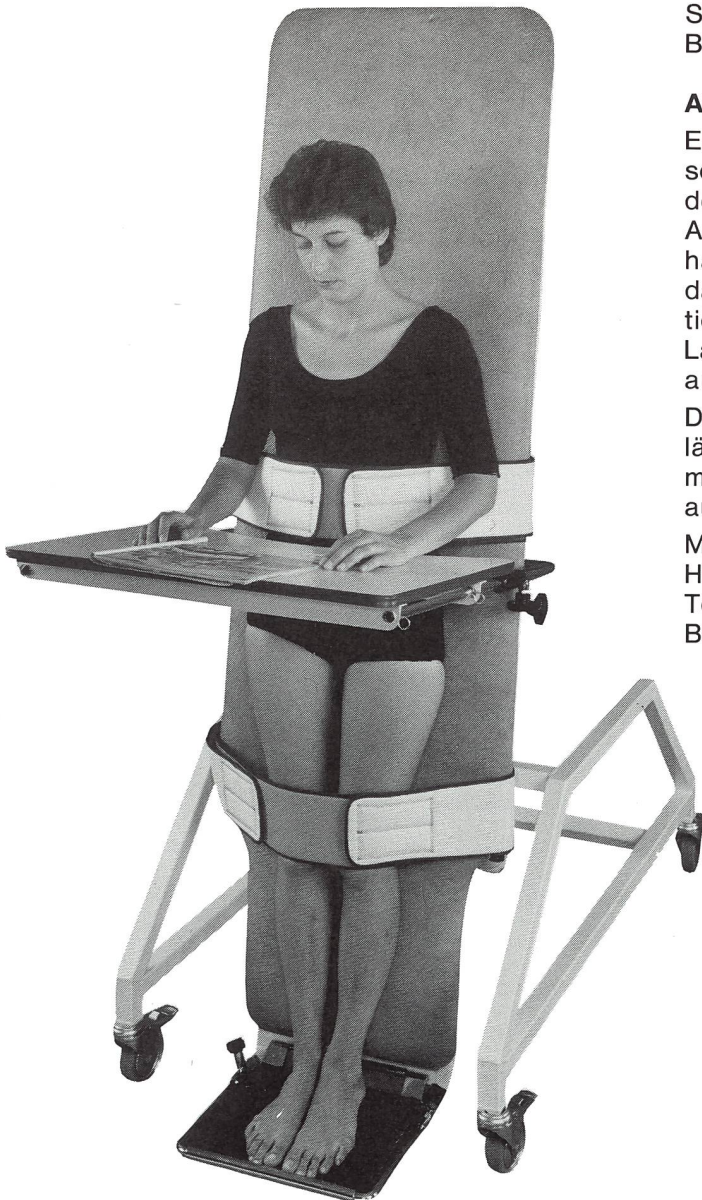
AKRON Manual-Kipptisch 8713

Eine gelungene Synthese: es sind weder elektrische Anschlüsse noch Kabel notwendig – und doch hat dieser Kipptisch in jeder Stellung jene Ausgewogenheit, die Voraussetzung für jede Behandlung ist. Gasdruckfedern unterstützen und dämpfen die Einstellungen. Selbst schwere Patienten lassen sich mühelos in jede gewünschte Lage bringen. Die Verriegelung funktioniert augenblicklich beim Loslassen des Klinkhebels.

Da der Manual-Kipptisch stromunabhängig ist, lässt er sich leicht überall hinbringen und in Zimmern, Therapieräumen und Gymnastikhallen augenblicklich einsetzen.

Masse: Modelle 8712/13 Elektrisch und Manual
Höhe 74 cm, Länge 191 cm, Breite Kopfteil 56 cm, Totalbreite 71 cm.

Bestellnummer: Elektrisch Nr. 1000.8712.000
Manual Nr. 1000.8713.001



REHABILITATIONSHILFEN
PHYSIKALISCHE MEDIZIN
FOURNITURES MEDICALES

E. Blatter + CO AG

Staubstrasse 1 8038 Zürich
Postfach 566 Tel. 01/482 1436
Telex 816 778 ekb

gibt es Therapeuten, die nur für Domizilbehandlungen zuständig sind.

Oft sind es Kontrollbesuche, z.B. wenn es um Hilfsmittelbeschaffung geht. Manchmal werden solche Besuche von der Gemeindeschwester vorgeschlagen. Die Behandlung besteht dann hauptsächlich aus Instruktion. Daneben gelten die gleichen Indikationen für Domizilbehandlungen, wie bei uns (Immobilität des Patienten, Transportunmöglichkeit).

Weiterbildungen werden vom Distriktphysiotherapieverband wie auch vom Dachverband aus organisiert.

Durch die zentrale Organisation kann eine gute Zusammenarbeit ermöglicht werden.

5.3. BRD

In einigen Regionen der BRD gibt es Spastikervereine. Diese sind durch die Initiative von Eltern spastischer Kinder entstanden. Sie sind als gemeinnützige Verbände anerkannt.

Es gibt «mobile Krankengymnastinnen», die bei Spastikervereinen angestellt sind. Dadurch sollen möglichst alle Betroffenen physiotherapeutisch betreut werden, auch Patienten an abgelegenen Orten.

Wir haben mit einer «mobilen Krankengymnastin» Kontakt aufgenommen und sie hat uns ihr Arbeitsfeld folgendermassen beschrieben:

In ihrem Verein sind vier Physiotherapeutinnen angestellt. Jede betreut einen Umkreis von 20–30 Kilometern.

Sie treffen sich alle 14 Tage in einem vereinseigenen Haus. Dort kommt es zu Informationsaustausch, konkrete Fragen und Probleme werden besprochen. Es gibt theoretische und praktische Fortbildungen. Die Therapeutinnen bringen auch öfters Patienten mit, um gemeinsam Befund und Therapie zu besprechen.

Neben den Behandlungen haben die Therapeutinnen noch andere Aufgaben wie Arztgespräche, Hilfsmittelbeschaffung und Elternanleitung.

Ausser den Domizilbehandlungen betreuen diese «mobilen Krankengymnastinnen» auch Kinder in «Geistigbehindertenschulen» oder «Werkstätten für Behinderte», die selber keine Physiotherapie haben.

5.4. Vergleich mit der Schweiz

Das soziale System in Finnland ist anders aufgebaut als bei uns. Durch die grossen Distanzen ergeben sich eher Transportprobleme. Die Voraussetzungen sind so verschieden, dass man sich das finnische System hier nicht vorstellen kann.

Die Möglichkeit, wie in der BRD, aus Interessengemeinschaften Vereine zu gründen, würde hier auch bestehen. Als Domiziltherapeutin ist man dann allerdings vom Verein angestellt und muss auf die Selbständigkeit verzichten, was von vielen im Fragebogen als unerwünscht genannt wurde.

An dieser Stelle möchten wir in Anschluss an Frage 15 des Fragebogens (Kap. 3, S. 9) eine Bemerkung anbringen. Zu Beginn hatten wir die Idee einer zentralen Organisation der Domiziltherapie in der Schweiz. Ein solches Projekt ist aber unserer Meinung nach unrealistisch, da das ganze soziale System bei uns nicht zentral organisiert ist.

Eine gute Möglichkeit sehen wir in Gruppenpraxen, wo Arzt, Physiotherapeuten und eventuell Heimpfleger(-innen) bzw. Gemeindeschwestern zusammen arbeiten und sich vor allem auf Domizilbehandlungen konzentrieren.

Auch Gemeinschaftspraxen verschiedener Physiotherapeuten, die genügend Zeit für Domizilbehandlungen einberechnen, sind wünschenswert.

Auf jeden Fall müsste eine bessere Zusammenarbeit im kleineren Rahmen stattfinden. So z.B., wie unter 4.3.1., angedeutet, könnten die Domiziltherapeutinnen der Stadt Bern einen detaillierten Plan ausarbeiten, wo die Arbeitsgebiete der einzelnen Therapeuten festgehalten werden. Dieser Plan müsste dann an

alle Spitäler und Praxen verteilt werden, damit eine reibungslose Patientenübergabe möglich ist.

6. Effizienzstudie aus England

6.1. Einleitung

Wir wollen mit der Studie von L. Smith (1985) keinen Situationsvergleich darstellen. Uns interessiert, in welchen Bereichen Domizilbehandlungen vor allem effizient sind.

Uns sind keine solchen Untersuchungen in der Schweiz bekannt. Vermutlich würde aber diese Studie in Bern ähnliche Resultate ergeben. Krankheitsbilder und die damit verbundenen Probleme in England sind mit denen in der Schweiz vergleichbar.

Die Fragestellung der Studie lautet: «Physiotherapy at Home – Does it help?»

6.2. Methode

Diese beschreibende Studie stützt sich auf die Tätigkeit einer Domiziltherapeutin, die in einem Bezirk von Norwich (England) während einem Jahr arbeitete. (Juni 82–Mai 83).

Bei 329 Patienten dieser Therapeutin erstellte man eine Liste ihrer funktionellen und klinischen Probleme. (siehe Tabellen 1 und 2).

Aufgrund dieser Problemlisten konnte für jeden Patienten bzw. jede Patientengruppe der Behandlungserfolg danach beurteilt werden, ob sich die Probleme a) gelöst, b) verbessert, c) nicht verändert haben.

(Vgl. Grafische Darstellung).

Zudem wurden diese Patienten nach dem erwarteten Behandlungserfolg in vier Gruppen eingeteilt, wobei die klinischen Probleme bei allen vier Gruppen verschieden, die funktionellen aber in etwa auf alle übertragbar sind. (Die Einteilung erfolgte nach Partridge, 1980).

Die Einteilung der Gruppe ist folgende:

– *Gruppe 1:* Patienten mit Weichteilverletzungen, wo die Probleme gelöst werden können.

- *Gruppe 2:* Patienten, bei denen Physiotherapie nur einen kleinen Teil der Behandlung ausmacht. Der Erfolg wird erwartet.
- *Gruppe 3:* Patienten mit irreversiblen Schädigungen oder Verlust eines Körperteils. Bleibende Behinderung wird erwartet.
- *Gruppe 4:* Patienten, bei denen man eine stetige Verschlechterung ihres Zustandes erwartet.

6.3. Resultate

6.3.1. Grafische Darstellung

6.3.2. Interpretation zur grafischen Darstellung

Vermerk:

Gruppe 1 wurde in der Grafik nicht berücksichtigt. Bei dieser Gruppe wurden zu wenig Domizilbehandlungen gemacht und wenn, wurden generell klinische und funktionelle Probleme gelöst.

A) Klinische Probleme

- *Gruppe 2 und 3:* insgesamt konnten in diesen Gruppen mehr klinische Probleme gelöst und verbessert werden, als dass Probleme unverändert blieben.
- In *Gruppe 2* verbesserten oder lösten sich 63% der Probleme, 37% blieben unverändert. In *Gruppe 3* steht das Verhältnis 58% zu 42%.
- *Gruppe 4:* die klinischen Probleme zeigten nur in 22% eine Verbesserung oder Lösung, 78% veränderten sich nicht.

B) Funktionelle Probleme

- *Gruppe 2 und 3:* die funktionellen Probleme liessen sich ebenfalls

Tabelle 1

Gruppe	Krankheitsbild	Klinische Probleme (Symptome)
1	Weichteilverletzung akute Rückenschmerzen	Schmerz Weichteilschwellung Steifigkeit
2	Humerusfrakturen Schenkelhalsfrakturen	wie oben und Muskelschwäche
3	Frische CVI- und Hemi- plegie	Bewegungsstörungen veränderter Muskeltonus, verlorene od. veränderte Sensibilität, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, veränderte visuelle Wahrnehmung, Dysphasie, Angst, Verwirrung, Depression
4	Multiple Sklerose Hemiplegie (> als 2J. her) Degenerative Gelenkerkrankung Rückenmarksläsionen (Para-, Tetraplegie) Rheumat. Arthritis Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	wie oben und Schmerz Parkinson Gelenks- und Muskelschwäche Dyspnoe Sekretretention Weichteilkontrakturen Demenz Antriebsarmut

Tabelle 2

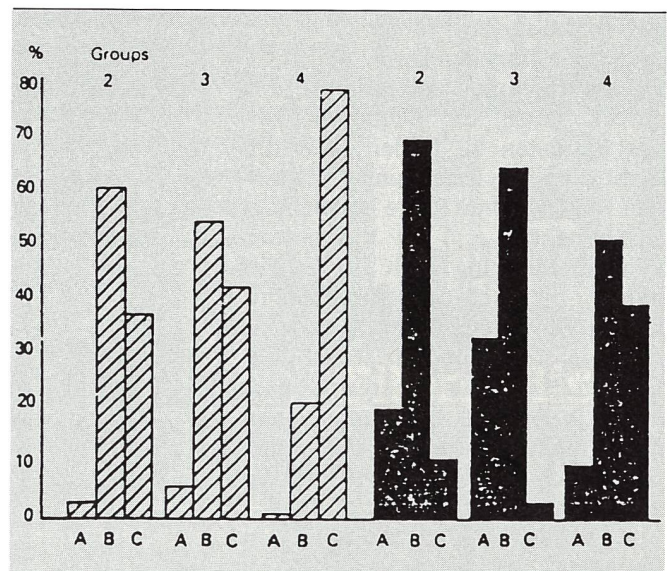
Aussage: mögliche funktionelle Probleme, auf alle vier Gruppen übertragbar

- Unmöglichkeit, sich zu pflegen, waschen, kämmen, an- und ausziehen etc.
- Unmöglichkeit, sich im Bett umzulagern
- Unmöglichkeit, aufzustehen
- Unmöglichkeit, vom Bett in Stuhl zu transferieren
- Unmöglichkeit, eine Minute stehen zu können
- Unmöglichkeit, zu gehen (auch mit einem Hilfsmittel nicht möglich)
- Unmöglichkeit, draussen zu gehen
- Unmöglichkeit, Treppen zu steigen (hinauf od. hinunter)

Bemerkung: die Tabellen sind in der Originalverfassung im «Anhang» beigelegt.

Schlüssel: ▶
A) gelöst,
B) verbessert,
C) unverändert

Aussage: Erfolge der behandelten Probleme (klinische und funktionelle) in % für jede Patientengruppe (2, 3, 4)





eher verbessern oder lösen, als dass sie unverändert blieben.

- Gruppe 2: 89% zu 11%, Gruppe 3: 97% zu 3%
- Gruppe 4: die funktionellen Probleme liessen sich in 61% verbessern und lösen, 39% blieben unverändert.

6.4. Schlussbemerkung

Wenn auch bezüglich klinischer Probleme eine Verbesserung völlig von der Patientengruppe abhängt, so ist doch bei den funktionellen Problemen bei allen Gruppen eine eindeutige Verbesserung festzustellen. Bei chronischen Patienten (wie Gruppe 4) können klinische Probleme selten verbessert werden. Um so wichtiger ist es, bei diesen Patienten die Möglichkeit im funktionellen Bereich voll auszuschöpfen.

7. Persönliche Ansichten

Wir befürworten Domizilbehandlungen in folgenden Fällen:

- wenn es für den Patienten unmöglich oder unzumutbar ist, eine ambulante Therapie zu erreichen.
- wenn dazu beigetragen wird, dass ein Spital- oder Heimaufenthalt hinausgezögert oder sogar verhindert werden kann.

Den grössten Vorteil sehen wir darin, dass man in der Behandlung gezielt auf funktionelle Probleme an Ort und Stelle eingehen kann.

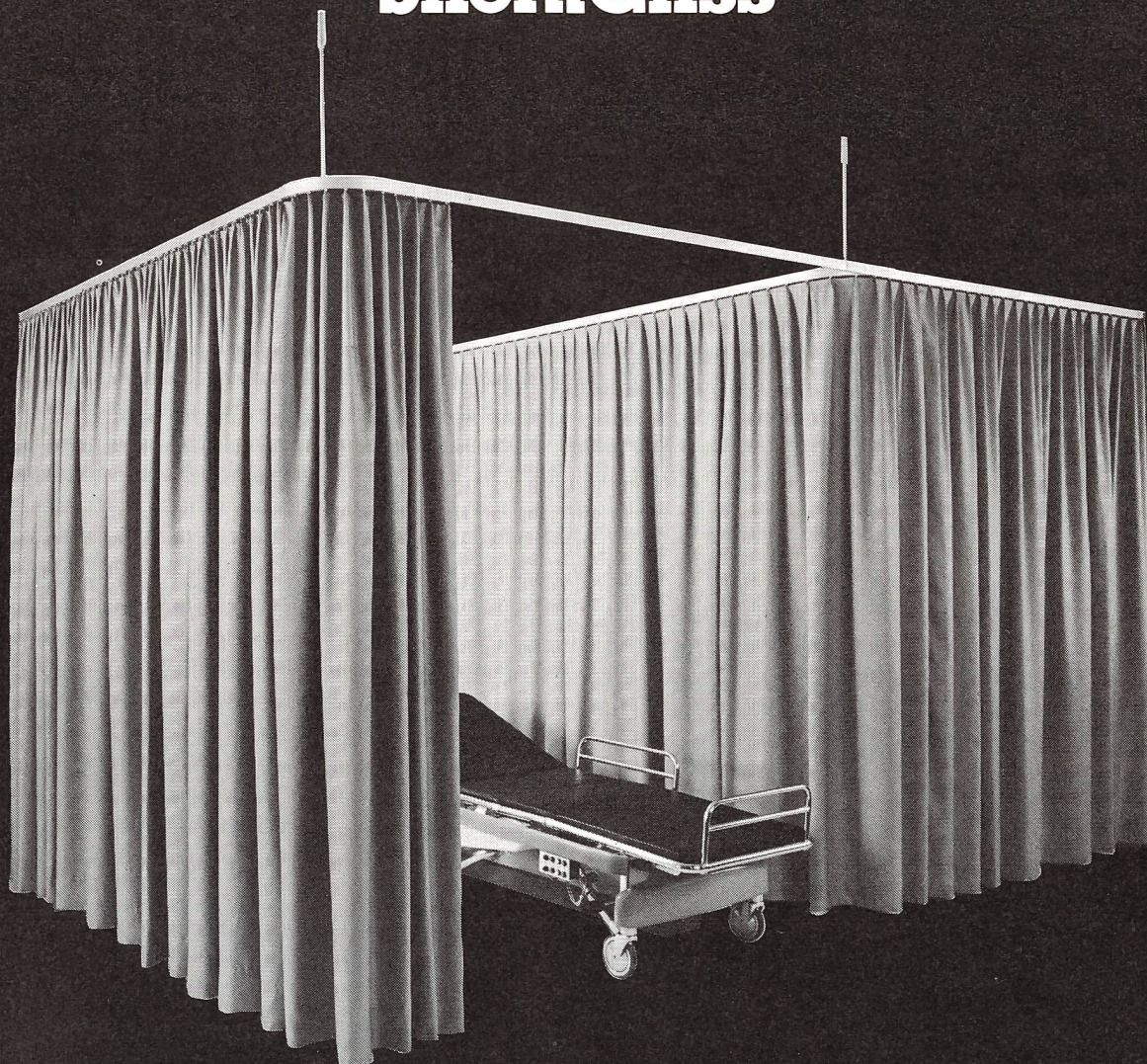
Domiziltherapie soll nicht den Zweck haben, die Bequemlichkeit des Patienten zu fördern. Sie soll nicht als «Serviceleistung» verstanden werden, wenn keine Notwendigkeit besteht.

Unserer Meinung nach gibt es Patienten, die nach dem Spitalaufenthalt daheim eine Starthilfe benötigen. Wir stellen und die Rehabilitation zu Hause als Übergangsphase vor. Als Beispiel kann man einen Beinamputierten nennen, der lernen muss, sich mit seiner Prothese in seiner Umgebung zurechtzufinden. Eine weitere Möglichkeit wäre, den Patienten ab und zu daheim zu

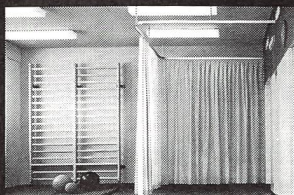
FRAGEBOGEN

- 1) Seit wann machen Sie Domizilbehandlungen?
resp. wie lange haben Sie D. gemacht?
- 2) Falls Sie keine D. mehr ausführen: Warum haben Sie aufgehört?
.....
- 3) Wie viele Behandlungen machen Sie/haben Sie gemacht pro Woche?
- 4) Wie viele Stunden pro Woche wenden Sie für D.auf?
- 5) Haben Sie Kinder? Ja Nein
- 6) Haben Sie neben Domizilbehandlungen noch andere Einnahmequellen, z.B. Praxis, Teilzeitarbeit im Spital, Verdienst des Partners?
Nein Ja , wenn ja, welche?
- 7) Haben Sie Mühe, Verordnungen zu bekommen? Ja Nein , wenn nein, müssen Sie öfters Anfragen zurückweisen? Ja Nein
- 8) Haben Sie Kontakt mit anderen Domiziltherapeuten? Ja Nein , wenn ja,
- tauschen Sie Erfahrungen aus, besprechen Sie Probleme? Ja Nein
- organisieren Sie sich untereinander, z.B. regelmässige Treffs oder gegenseitige Übernahmen von Patienten? Nein Ja , wenn ja in welcher Form?
- 9) Was für Patienten behandeln Sie? Könnten Sie uns die häufigsten Diagnosen angeben?
.....
- 10) Welches sind die Hauptgründe, dass die Patienten zu Hause behandelt werden?
(z.B. abgelegener Ort, Bettlägrigkeit)
.....
- 11) Welche Therapiemassnahmen wenden Sie am häufigsten an? Numerieren Sie nach der Häufigkeit.
a) aktive Bewegungstherapie
b) passive Massnahmen wie Wickel, Fango, passiv durchbewegen
c) Apparate, wenn ja, welche?
- 12) Was sind die Hauptgründe, dass Sie mit Heimbehandlungen begonnen haben?
(stichwortartig)
- 13) Was sind nach Ihren Erfahrungen die grössten Vor- bzw. Nachteile von Domizilbehandlungen im Vergleich zur Therapie ambulant oder im Spital?
.....
- 14) Haben Sie Vorschläge, Anregungen, Ihre Situation als Domiziltherapeut(in) zu verbessern?
.....
- 15) Könnten Sie sich vorstellen in einem Team (mit Ärzten, Ergotherapeuten, Gemeindschwester, evtl. Logopädin) zu arbeiten, welches von einem Zentrum aus organisiert wird? Ja Nein
Wenn ja, würden Sie es bevorzugen, staatlich angestellt oder selbständig zu arbeiten?
- 16) Welche Mittel nützen Sie für Weiterbildung?
.....

SilentGliss®



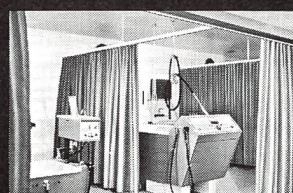
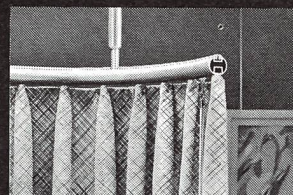
SilentGliss Raumabtrennung®



Mit Silent Gliss Raumabtrennungen lassen sich Räume beliebig unterteilen. "Raum-in-Raum-Gestaltung".



Silent Gliss Raumabtrennungen sind formschön und leicht zu reinigen. Jede gewünschte Ausführung lässt sich sowohl in Neubauten wie auch in bestehenden Gebäuden realisieren. Silent Gliss Raumabtrennungen sind freitragend. Die Bewegungsfreiheit bleibt seitlich und nach unten voll erhalten. Apparate und Betten können problemlos von Kabine zu Kabine verschoben werden.



Silent Gliss – ein Schweizer Qualitätsprodukt.

VonDach+Co

SilentGliss®

Von Dach + Co, 3250 Lyss, Tel. 032 84 27 42

Gutschein für eine Gratis-Dokumentation Raumabtrennungen.
Senden an: Von Dach + Co, 3250 Lyss

Name

Adresse

PLZ/Ort

Tel.

PHY 11

behandeln, im Sinne von Kontrollbesuchen. Es kann sein, dass er daneben noch in eine ambulante Therapie geht (z.B. Praxis). In diesem Fall wäre es günstig, wenn die Domizilbehandlungen von dieser Praxis aus stattfinden würden. Wir denken an einen Multiple-Sklerose-Patienten, der ambulant behandelt werden kann. Bei Verschlechterung seines Zustandes wird er zu Hause vor neue funktionelle Probleme gestellt, die mit der Therapeutin abgeklärt werden müssen.

Wichtig ist, dass der Patient so lange wie möglich ambulant behandelt wird, um eine eventuelle Isolation nicht zu unterstützen.

Wir finden, dass Domizilbehandlungen mehr berücksichtigt werden sollten. Im Moment scheinen sie für viele wenig attraktiv zu sein. Die Nachteile sind in der Meinungsumfrage (3.1.2., Frage 13) zur Sprache gekommen. Ausser dem finanziellen Verlust können diese kaum beseitigt werden. Es stellt sich die Frage, ob sich die Situation durch eine bessere Vergütung ändern würde. Dazu möchten wir festhalten, dass es einen gewissen Idealismus braucht, um Domizilbehandlungen auszuführen und die Nachteile nicht in den Vordergrund zu stellen.

Eine Verbesserungsmöglichkeit der bestehenden Situation ist das unter 4.1.–4.4., beschriebene Treffen der Domiziltherapeutinnen in Bern. Bewährt sich diese Art Organisation auf privater Ebene, könnte sie anderen Regionen als Beispiel dienen. Voraussetzung ist, dass jemand die Initiative ergreift. Einzelnen Therapeuten(-innen), die mit Domizilbehandlungen beginnen und solche, denen der Kontakt mit Kollegen(-innen) fehlt, wird eine solche «Organisation» ein Anreiz und eine Hilfe sein.

8. Zusammenfassung

In der Einleitung erläutern wir unsere Motivation für die Themenwahl. Der administrative Teil soll Informationen geben über die rechtlichen

Bedingungen für die Ausführung von Domizilbehandlungen und über das Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen.

Um die Situation im Kanton Bern zu erfassen, haben wir eine Meinungsumfrage gemacht, welche uns eine grobe Übersicht gibt. Für eine persönliche und detaillierte Darstellung haben wir zwei Domiziltherapeutinnen interviewt und zwei Patientenbehandlungen beobachtet. Die Zusammenfassung des Vortrages einer Domiziltherapeutin zeigt die Spitalsituation verglichen mit der Situation daheim, von Seiten der Patienten wie auch der Therapeutin.

Als wichtigen Teil betrachten wir den Bericht über das erste Treffen einiger Domiziltherapeutinnen aus dem Raume Bern, in welchem Organisation und Gestaltung für weitere Treffen festgelegt wurden.

Aus Interesse vergleichen wir die Organisation der Domiziltherapie in

der Schweiz mit derjenigen in Finnland.

Eine Effizienzstudie aus England beleuchtet unser Thema neben der empirischen auch von der «wissenschaftlichen» Seite her.

Zum Schluss vertreten wir unsere persönlichen Ansichten pro und contra Domizilbehandlungen und machen im Zusammenhang Vorschläge und geben Anregungen.

Literaturverzeichnis

1. Partridge C., «The effectiveness of physiotherapy», *Physiotherapy*, 1980, 66, 5, 153–155
2. Smith Lucinda, «Physiotherapy at Home – Does it help?», *Physiotherapy*, 1985, 71,9, 405–407

Adresse der Diplomanden:

Christine Haenni
Elisabeth Koch
Freiburgstrasse 147
3008 Bern

Bücher / Livres

Spezifische Haltungskorrektur

Renate Klinkmann-Eggers

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1986

Für alle, die nicht den Vorzug hatten (wie wir hier in Zürich) die Autorin persönlich in ihrer Arbeit kennenzulernen, ist nun erfreulicherweise die Spezifische Haltungskorrektur in Buchform herausgegeben worden.

Alle Physiotherapeutinnen und Krankengymnastinnen, die bei Haltungsfehlern und Skoliosen noch nach Klapp, Niederhöffer und Becker arbeiten, werden das Buch dankbar begrüßen und durch die exakten Anleitungen und hervorragenden Bilddarstellungen sich in diese krankengymnastische Methode mit ihren auxoton-truncofugalen Spannungsübungen zur Korrektur

von Wirbelsäulenhaltung und muskulärer Dysbalance einarbeiten können. Das praktische Klappbuch vereinfacht ein Nachschauen und Korrigieren während der Übungen, so dass eine Schülerin oder Kollegin in der Praxis sich mühelos einarbeiten kann.

Die Patienten wiederum erhalten mit den Übungen ohne Hilfe des Therapeuten (ab S. 66) gute Anregungen mit Kontrollmöglichkeiten für ihre selbständige Weiterarbeit zuhause. Diese Hinweise können das in gemeinsamer Arbeit mit der Physiotherapeutin erreichte Haltungskorrekturergebnis dauerhaft erhalten, sie können sich selbst korrigieren! Ein gelungenes Buch einer beispielhaft präzisen Arbeit in der Weiterentwicklung der Skoliosen- und muskulären Dysbalancenbehandlung nach Niederhöffer und Becker unter Einbeziehung der Erkenntnisse von Gierlich und Brunkow.

A. Rasche