

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: - (1962)

Heft: 182

Artikel: Die funktionelle Heilgymnastik gegen Wirbelsäulen-Schmerzen
(Rachialgie)

Autor: Kurz, F.G.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929753>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.02.2026

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

Die funktionelle Heilgymnastik gegen Wirbelsäulen-Schmerzen (Rachialgie)

Mr. F. G. Kurz,

Institut de Physiotherapie Haifa/Israel

(Vortrag mit Film in der Sektion Zürich)

Ich habe nicht die Absicht, Ihnen eine Konferenz über die Pathologie der Rachialgie vorzulesen, sondern ich möchte dieselbe vom Standpunkt des Praktikers betrachten und erlaube mir, damit zu beginnen, was eigentlich das Ende dieses Vortrages sein sollte: *Die psychischen und physiologischen Schwierigkeiten*, welchen wir fast immer bei diesen Kranken begegnen. Die Mehrzahl dieser Kranken klagt über diffuse Rückenschmerzen, jedoch können häufig den genauen Schmerzort nicht lokalisieren. Oft bezeichnen die Kranken verschiedene Schmerzpunkte, nach einigen Minuten ist es wieder ein anderer Platz, welchen sie vielleicht am nächsten Tag wieder ändern.

Vor allem dürfen wir jetzt nicht den schweren psychologischen Fehler begehen, ihnen nicht zu glauben. Wir verlieren in diesem Falle sofort ihr Vertrauen, und der Wert unserer Behandlung bliebe ein rein mechanischer, umso mehr ja der Kranke oft ehrlich ist und tatsächlich Schmerzen an verschiedenen, sich oft ändernden Punkten empfindet. Deshalb benötigen wir vor allem viel Geduld, am Beginne dieser Behandlung.

Wir installieren den Patienten in bequemster, entspannender Lage, z. B. auf dem Massagetisch. Unter einer angenehmen, seinem Falle entsprechende Wärmebestrahlung, begleitet von einer anfangs ganz leichten Massage bringen wir unseren Patienten zum plaudern, um uns alle seine grossen und kleinen Leiden zu erzählen. Wir notieren die wichtigsten Angaben und haben so auf zeitgewinnende Weise gleichzeitig die psychische und physische Kontaktnahme begonnen. Ich entschuldige mich für die Wiederholung uns allen bekannter Dinge, aber wir sind doch oft versucht, selbe als nicht allzu wichtig scheinend zu vergessen. Man könnte sagen, dass diese Kranken sozusagen in solchem Ausmasse psychisch verkrampft sind, dass sie in ständiger Erwartung ihrer starken Schmerzen leben. Wir empfinden oft voll

Staunen, wie sich der Patient unter unseren Händen entspannt und wir infolgedessen bald die eigentlichen Schmerzzonen lokalisieren können.

Jetzt können wir mit leichter schmerzloser Mobilisierung beginnen, und an die Cellulitis Fibrositis Zonen, sowie die Retraktionen (Schrumpfung) der Weichteile und an die Kontrakturen herankommen. Nachdem wir jetzt das volle Vertrauen unseres Patienten wie auch seiner aktiven Mitarbeit sicher sind, beginnen wir mit der Verbesserung seiner Deformationen und mit passiver, passiv geholfener und aktiver Arbeit zur Verbesserung seiner Statik. Ich glaube, dass es ziemlich ohne Wichtigkeit ist, ob die verschiedenen Fehlhaltungen dieser Patienten, die Schmerzursache oder nur antalgische Schonhaltungen sind. In beiden Fällen versuchen wir, dieselben auf leichte und progressive Weise zu bessern. Vergessen wir niemals, dass das *Endziel* ist eine *bessere Statik*, die für jeden Fall bestmögliche) die Patienten zu erzielen und *erst nachher zu muskulieren*. Beides erscheint uns von äusserster Wichtigkeit, um die ständigen Rezitiven zu verhindern. Aus demselben Grunde sagen wir unseren Patienten schon kurz nach Behandlungsbeginn, dass kleine Rückfälle vorkommen können, dass jedoch deren Stärke und Dauer viel geringer sein würde und evtl. auch ganz vermieden werden kann. *Hauptbedingung* wäre immer und alle Tage, zu Hause eine kleine Serie von Mobilisierungs- und Streckübungen durchzuführen. Selbstredend lehren wir ihnen diese Uebungen gleich zu Beginn. Wir lassen uns auch alle Positionen vorführen, welche unser Patient während seiner Arbeits- und Ruhestunden einnimmt, und falls nötig, verbessern wir selbe. Ich will nicht die zahlreichen Ursachen der Rachialgien jetzt anführen, sondern begnüge mich mit einigen wichtigen, deren Behandlungen wir im nachfolgenden Film zeigen:

Discushernie und Discopathien, Spondylosis deformans, schwere Skoliosen mit

Rotation und Gibbus, Rachialgie statischen Ursprungs, alte Frakturen an der Wirbelsäule, vernachlässigte Mädchenskoliosen, welche nach Schwangerschaft oft sehr schmerzhaft werden und viele andere. Sicherlich stellt jeder Patient ein eigenes Problem dar und erfordert eine individuelle Behandlung, aber wenn auch die Fälle verschieden sind, so bieten die Folgesymptome viele gemeinsame Punkte: wie Cellulit, Steifheit, antalgische Schonskoliosen, gestörtes Beckengleichgewicht und vor allem *Verkürzung* und *Verkrampfung* der rückwärtigen Oberschenkelmuskulatur, wodurch uns auch das Genoux flexum dieser Patienten erklärt wird. Wir müssen immer bedenken,

1. der Rücken stellt eine *unteilbare Einheit* dar und es wäre lächerlich, nur einzelne Segmente zu behandeln.
2. Selbst bei der Behandlung ähnlicher Symptome ist und muss ein jeder Kranke immer ein eigener individueller Fall bleiben.

Wir haben versucht Uebungen auszuwählen, welche trotz ihrer Einfachheit wirkungsvoll sind und welche ich die Ehre habe, Ihnen zuerst als Heimübungen und nachher im Film in unserem Institut zu zeigen.

Demonstration der Heimübungen

Der Kranke informiert und zeigt uns, wie er schläft und aufsteht und wir demonstrieren ihm individuell seine beste Ruhelage, um jede unnötige Verkrampfung zu vermeiden und die beste Entspannung während des Schlafes zu erreichen und das Einschiessen des Schmerzes beim Aufstehen zu vermeiden. Dies alles ist sehr schwer und erfordert viel Geduld. Bei Lendenschmerzen, eine leichte Erhöhung der Beine mittels eines Kissens unterhalb der Knie, erzielt eine leichte Dehnung mit nachfolgender Erleichterung der Schmerzen. Die Matratze soll ziemlich hart sein. Es ist vorzuziehen ohne Kopfkissen oder nur mit einem leichten Kopfkissen zu schlafen, wodurch eine leichte Dehnung der Halswirbelsäule erreicht wird. Beim Erwachen *vermeide man vor allem das rasche, plötzliche Aufsetzen*. Man ziehe ein Knie nach dem anderen an die Brust,

langsam und entspannt, rolle man auf die eine Seite, nachher auf die andere und wiederhole diese Uebung mehrmals. Nachher kann der Patient mit Hilfe der Hände leicht auf den Bettrand setzen. Dies müsse entspannt und ohne die erwähnte ständige Schmerzangst ausgeführt werden. Am Bettrand sitzend, die Hände aufgestützt, um das Körpergewicht zu entlasten, beginnt der Kranke eine Reihe von Uebungen in Dauer von einigen Minuten.

1. Rumpfmobilisierung in drei Richtungen
 - a) anteriore— posteriore
 - b) seitwärts
 - c) in Rotation

Der Kopf bleibt ein wenig in Doppelkinnstellung, aber gestreckt, so wie der ganze Rumpf.

2. Gleiche Ausgangsstellung mit Maximalaufrichtung.

- a) Der Patient hebt die Knie alternativ gegen die Brust
- b) Einige alternative Kniestreckungen

3. Gleiche immer wieder korrigierte Ausgangsstellung, die Knie zusammen, Fusssohlen am Boden werden einige Rotationsbewegungen des Beckens und der Hüfte ausgeführt.

Alle Uebungen entspannt, rhythmisch und ohne Schmerzangst. Jetzt wird der Oberkörper nach vorne gebeugt und mit leichter Hilfe der Hände und leichter Kniestreckung aufgestanden. Wir haben beobachtet, dass diese kleinen Vorbereitungen es unseren Kranken ermöglichen, fast schmerzfrei aufzustehen. Sein Tagewerk ohnè grosse Schmerzen zu beginnen, ist sicherlich von bester psychologischer Wirkung.

Wenn das Bett sehr hoch ist, empfehlen wir einen Fussbock, um eine Lendenlordosierung zu vermeiden.

4. Jetzt in Kniestellung auf Fersen sitzend, die Hände auf den Bettrand gestützt, streckt der Kranke seinen ganzen Rücken mit gleichzeitiger Bauch- und Glutealmuskel-Kontrahierung. Nachher mobilisiert er in dieser Stellung Hüft, Becken und Lendenteil in allen Richtungen.

Es ist vorzuziehen, einen grossen Teil dieser Bewegungen im warmen Bad, oder noch besser, unter warmer Dusche auszuführen.

Ferner kontrollieren wir alle Positionen in sitzender und stehender Stellung. Wir regulieren Stuhl und Arbeitstischhöhe etc. Falls empfehlenswert korrigieren wir evtl. antalgische Lendenlordose durch eine Unterlage, ausserdem nach Einverständnis des Orthopäden entwöhnen wir wenn möglich den Patienten progressiv seines Korsetts. Wir warnen ihn, schwere Gegenstände ruckartig zu heben oder zu tragen und lehren ihn, sich in Kniebeuge zu bücken, um evtl. Gegenstände aufzuheben. Wir studieren gemeinsam seine beste Statik vor einem Spiegel, sitzend, stehend und im Gehen, um durch ständige Wiederholung des besten motorischen Bildes mit der Zeit den gewünschten Automatismus einer guten Haltung zu schaffen. Wir verbieten absolut längeres am Platze stehen. Der Gang muss trotz korrigierter Kopf- und Rückenhaltung rhythmisch und elastisch sein. Dasselbe gilt für Stiegen steigen. Wir beachten, dass Schulter und Hüftgelenke frei Spiel haben. Dies ist von äusserster Wichtigkeit zwecks Erlernung genauer und harmonischer Bewegung der Gliedmassen, ohne den Rumpf kompensatorisch mitzubewegen (ich erinnere die wichtige analytisch decompensierte Erziehung nach den Prinzipien Dr. Balland und unseres teuren verstorbenen Kollegen Grozelier).

Wir veranlassen, oft die Position bei der Arbeit zu wechseln, wenn möglich öfter aufzustehen und einige Schritte zu gehen.

Ausser den erwähnten Morgenübungen müssen täglich drei- oder viermal eine Uebungsserie von ungefähr 5 Minuten durchgeführt werden.

1. Die bereits erwähnte Rumpfmobilisierung sitzend in drei Richtungen
2. In korrigierter Rückenlage Knie gebeugt, Lenden und Hals-Segment wenn nötig am Boden auflegen. Mit einem Stock in den Händen eine Serie maximaler Streckübungen des Rückens ausführen. Der Stock darf den Boden nicht verlassen.
3. Gleiche Ausgangsstellung, jedoch Hän-

de halten Tisch- oder Schrankfüsse: langsame alternative Kniestreckung und retour. Diese Kniestreckung ist von einer Dorsiflexion des Fusses begleitet, wodurch eine Maximaldehnung der rückwärtigen Schenkel- und Beinmuskulatur erzielt wird. Jedoch keinesfalls die Schmerzgrenze überschreiten.

4. Gleiche Ausgangsstellung. Simultanes Anheben der Knie an die Brust und entspannt zu Boden zurück. Der Rücken bleibt immer in Maximalstreckung.
5. Stehend, Rücken an Tür oder Mauer angelehnt, Füsse ca. 20 cm vorgerückt, um Lendenlordose Stellung zu vermeiden. Der Patient muss jetzt eine maximale Auto-Extension seines Körpers durchführen mit begleitender Anspannung von Bauch und Glutealmuskeln.
6. Einfache, nicht gespannte, jedoch korrigierende Normalhaltung vor einem Spiegel wenn möglich. Alle diese Übungen sollen von regelmässiger Atmung begleitet.

Ich entschuldige mich für die Einfachheit dieser Hausübungen. Die Erfahrung hat uns gelehrt, dass diese einfachen, gut ausgeführten Heimübungen immer die besten sind und erklären wir dies auch aus psychologischen Gründen unseren Patienten.

Und jetzt das Wichtigste: Wir müssen dem Patienten verständlich machen, dass, obwohl gewöhnlich seine Schmerzen ziemlich plötzlich begonnen haben, selbe dennoch das Resultat eines langsamen, oft jahrelangen Vorbereitungs- oder Zerstörungsprozesses seien und daher mit Ausnahme von wenigen, sehr raschen Erfolgen, er nicht mit einer sofortigen Besserung rechnen dürfte. Der auf diese Art seelisch vorbereitete Patient wird eine gute Moral bewahren und wenn wir ihm dieses Vertrauen vermittelt haben, wird er seine Uebungen selbst mit etwas Schmerzen dennoch fortsetzen. Selbstredend nicht während eines hyper-akuten Stadiums. Dies alles ist von äusserster Wichtigkeit, denn gewöhnlich lockert sich Steifheit und Reflexverkrampfung nach einigen Uebungen und die Schmerzen verlieren progressiv ihre Intensität.