

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:	23 (1987)
Heft:	6
Artikel:	Physiotherapie im Wagerenhof
Autor:	Wymann, Sylvia
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930135

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: 05.02.2026

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

Physiotherapie im Wagerenhof

Skizzen zum Heim:

«Der Wagerenhof ist für die Behinderten Ort des Lebens. In seiner ganzen Vielfalt vermittelt er diesen Menschen, die auf eine solche Vermittlung angewiesen sind, einen Bereich, wo sie in einem umfassenden Sinn daheim sein können.»

(aus dem Leitbild).

Zur Zeit leben und arbeiten hier ca. 230 geistig schwer bis schwerst behinderte Kinder und Erwachsene. Fachkräfte aus verschiedensten Richtungen (Erzieher, Heilpädagogen, Therapeuten, Angestellte des Dienstleistungssektors, der Gärtnerei Landwirtschaft etc.) versuchen in gemeinsamer Anstrengung diese oben geforderte Vielfalt erfahrbar zu gestalten bzw. die Erlebnisfähigkeit der einzelnen Behinderten zu verbessern, dass er zum Teilhaber bzw. Mitgestalter wird. Diese Ganzheitlichkeit des Arbeitens bedingt eine enge und direkte Zusammenarbeit der an diesem Prozess beteiligten Personen.

Am 25. Oktober 1986 wurde offiziell unser neues Therapiegebäude eingeweiht. Damit wurde als sichtbarer Akzent unserer Bemühungen um die Entwicklung unserer Bewohner ein weiteres Zeichen gesetzt.

Physiotherapie bei schwer Geistigbehinderten

Im Gegensatz zum üblichen Heilungsauftrag der Physiotherapie brauchen bzw. können unsere Bewohner nicht geheilt werden. Sie sind in ihrer Entwicklung aber auf Unterstützung angewiesen. Im Interesse eines ganzheitlichen, umfassenden Betreuungsauftrages leistet der Therapeut seinen Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Dies wird auch im therapeutischen Alltag sichtbar.

So hat er neben der eigentlichen therapeutischen Aufgabe Beratungsfunktionen bei der Hilfsmittelbeschaffung, bei baulichen Veränderungen, er leitet das Personal bei Lagerungen an etc.

Im Gegenzug quasi übernimmt er selber Wissen aus anderen Gebieten (Pädagogik, Psychologie), die es ihm erlauben, auf die Bedürfnisse der einzelnen «Patienten» einzugehen. Erschwerend wirkt sich bei seiner Arbeit aus, dass er nur auf wenig Eigentätigkeit der Bewohner stösst, dass kein unmittelbares «Feed-back» erfolgt, dass Therapien z. T. erst nach langjähriger Arbeit Erfolge ausweisen, dass letztere darin bestehen, dass keine Rückschritte erfolgt sind etc. Seine Motivation kann sich nicht am kurzfristig zu erreichenden Ziel orientieren, sondern liegt im Gestal-

ten der einzelnen Stunden unter Berücksichtigung mannigfaltiger «Nebenaufgaben» begründet (Beziehungsaufnahme, Pflege, Atmosphäre schaffen etc.).

Physiotherapie somit verstanden als wertvollen Beitrag in der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Verbesserung der «Lebensqualität» unserer Bewohner.

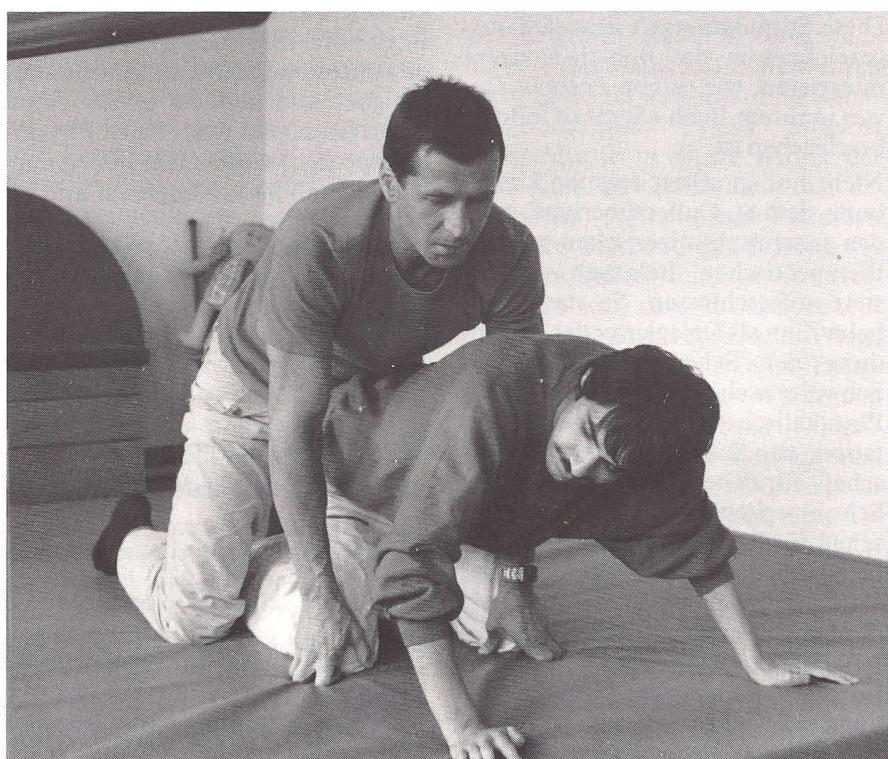
Lesen Sie im folgenden Beiträge zur Physiotherapie aus der Sicht zweier Erzieherinnen und unserer Therapeuten.

Tagesablauf in der Physiotherapie (Beispiel)

Ich will einen gewöhnlichen Arbeitsstag beschreiben:

Ich fange gleich mit Montag an. Seit Juni arbeiten wir in unserem Neubau. Kurz nach acht Uhr bin ich in meinem Zimmer. Da habe ich noch einige Minuten Zeit für kurze Vorbereitungen. Um halb neun Uhr erscheint der erste Patient, der von der Erzieherin aus der Wohngruppe im Rollstuhl hergebracht wird. Er heisst Robert, ist 26 Jahre alt und in seiner Diagnose steht: Geistige Störung, spastische Diplegie, Epilepsie, Blindheit.

Manchmal wird er autoaggressiv, dann muss man die Beruhigungsmittel-Dosis erhöhen. Die Physiotherapie-Stunden hat er gern. Wir begrüssen uns, indem er seine Arme ausstreckt und nach meiner Armbanduhr tastet. Dann zeigt er mir seinen





NEUHEITEN

Vier Formen der Elektrotherapie sind mit Nemectodyn®-Geräten möglich!

Mittelfrequenz-Therapie

– zweipolige Applikation –

Wirkungen:

- Schmerzblockierung
- Regenerationsförderung
- Entzündungshemmung
- Ödemreduktion
- Stoffwechselerleichterung

Die Wirkungen der Mittelfrequenz entstehen hauptsächlich im Bereich unter den Elektroden.

ENDOSAN®-Therapie mit ENDODYN®

– vierpolige Applikation –

Wirkungen:

- Schmerzblockierung
- Regenerationsförderung
- Entzündungshemmung
- Ödemreduktion
- Stoffwechselerleichterung

Mittelfrequenzwirkungen in der Tiefe des Gewebes.

Interferenz-Therapie mit ENDODYN®

– vierpolige Applikation –

Wirkungen:

Nieder- und Mittelfrequenzwirkungen in tiefen oder – durch Wahl entsprechender Elektroden – oberflächlich gelegenen Gewebebereichen.

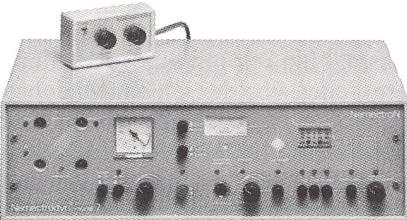
- Effizienzsteigerung durch Einschalten der ENDODYN®-Einrichtung

NEU:

Der Reizzeitgeber S 4000 ermöglicht es, bei der Stimulation den Strom periodisch zu unterbrechen. Reiz- und Pausendauer können entsprechend den therapeutischen Erfordernissen separat gewählt werden.

Mit Hilfe des **Reizzeitgebers S 4000** können Nemectodyn-Geräte als besonders vielseitige **Muskelstimulatoren** eingesetzt werden.

Auch bei der Schmerztherapie mit ENDOSAN® bringt der Reizzeitgeber entscheidende Vorteile.



NEMECTODYN 7 mit Reizzeitgeber S 4000

Niederfrequenz-Therapie

– durch zweipolige Interferenz –

Wirkungen:

- Muskelreizung, besonders vielseitig mit dem **Reizzeitgeber S 4000**
 - Ausdauertraining
 - Muskelaufbaustraining
 - Muskelermüdung
- Nervenreizung

Niederfrequenzwirkungen hauptsächlich im Bereich unter den Elektroden.



NEMECTODYN®2 / ENDOVAC®2 mit Ultraschallgerät IMPULSAPHON M 100 auf Free Line Gerätewagen

Elektrotherapie-Seminar

Freitag, 26. Juni 1987 oder Samstag, 27. Juni 1987

Leitung: Dr. A. Hansjürgens und Dr. med. H.U. May

Bitte Unterlagen anfordern!



FRITAC
MEDIZINTECHNIK AG
8031 ZÜRICH
Hardturmstr. 76
Telefon 01/42 86 12

BON

Bitte ausschneiden und einsenden an:

FRITAC AG
Postfach
8031 Zürich

Ich interessiere mich für: (Gew. bitte ankreuzen)

- Offerte für _____
 Demonstration/Probe: _____
 Seminarprogramm: _____

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

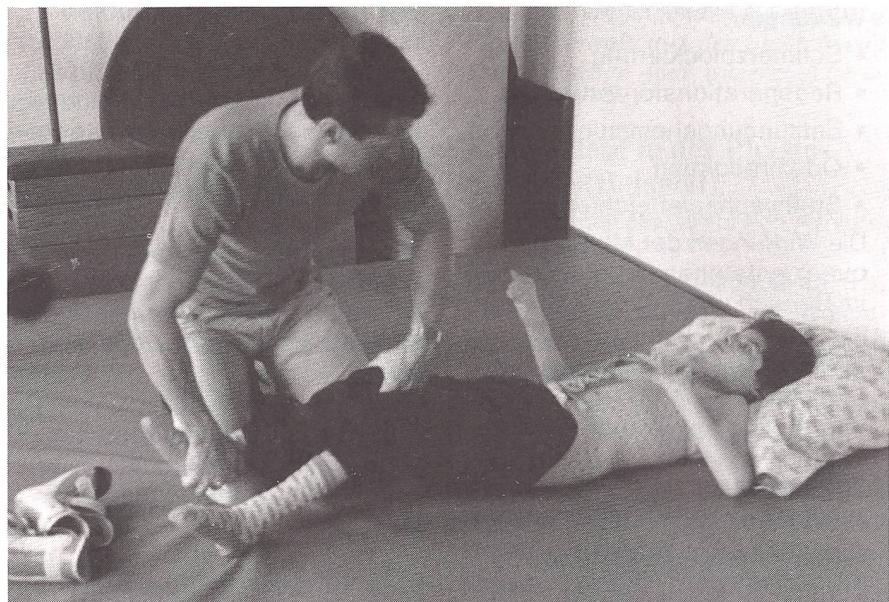
linken Unterarm, wo auch er eine Uhr hat.

Ich bringe Robert auf den grossen Bobath-Ball: Lockerungsübungen, regelmässiges Durchbewegen der Beine und Füsse (Prophylaxe gegen Spitzfuss-Deformation), Üben von Gleichgewichtsreaktionen, damit er beim Essen beide Hände einsetzen und sicher im Rollstuhl sitzen kann. Das Gehen mit dem Eulenburger musste ich leider etwa nach einem Jahr aufgeben. Die Beine waren unfähig, das Körpergewicht zu übernehmen. Jetzt, ab und zu, sitzt Robert auf dem Trainingsvelo, schaukelt auf dem Schaukelbrett, kriecht über die grosse Turnmatte, macht Schubkarren usw. Er ist konzentriert, gibt sich Mühe, meistens macht er gut mit. Bald sind die 30 Minuten vorbei, wir verabschieden uns.

Der Nächste ist ebenfalls im Rollstuhl und von einer Erzieherin gebracht worden: Peter, 16 Jahre alt, Diagnose: Mikrocephalie, multifokale Epilepsie, schwere spastische Tetraplegie mit psychomotorischem Entwicklungsrückstand. Er kommt 3x pro Woche zu mir in die Physiotherapie für 45–60 Minuten.

Erstaunlich ist, dass dieses Kind fast ständig gut gelaunt ist und lacht. Es freut sich sehr, wenn man mit ihm redet, kommuniziert. Es zeigt seine Zufriedenheit aber auch dann, wenn es allein ist. Bewegungen auf dem Ball, auf der Matte, auf der Rolle, auf dem Schaukelbrett mag er sehr. Er gibt unverwechselbare Laute von sich, lacht oft. Nur passive Bewegungen der Extremitäten gefallen ihm nicht. Da hört er auf zu lachen und macht einen besorgten Gesichtsausdruck.

Hemmen der ständig aktiven tonischen Reflexe und Bahnen von Bewegungsabläufen nach Bobath-Konzept, Automatisierung von Bewegungsabläufen in immer noch niederen Positionen, räumliche Orientierung, vestibuläre Stimulation aber auch einige PNF-Techniken und vor allem richtige konsequente Lagerung in seinem Bett sind die Haupt-



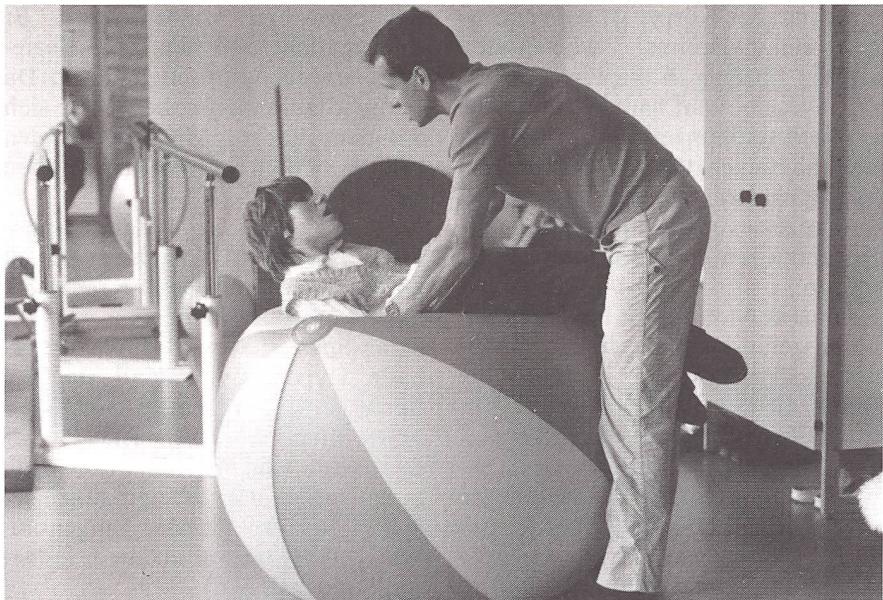
instrumente der Behandlung. Nach meiner 2 1/2-jährigen Behandlung verbesserte sich die Kopfkontrolle und vielleicht kommt es noch zu weiteren Fortschritten. Um zehn Uhr wird Peter abgeholt und ich mache mit der Kollegin eine kurze Pause. Anschliessend habe ich Zeit für Beratung.

Diesmal bin ich mit einer Abteilung verabredet, von der ich ein Mädchen in Behandlung habe und wo ich über Resultate der in den letzten Wochen durchgeföhrten orthopädischen Kontrolle berichten möchte. Also begebe ich mich rasch auf die Wohngruppe, dort werde ich bereits erwartet.

Hier erzähle ich dem ziemlich neuen Erzieherteam über die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung und von der Bedeutung der Fussorthesen für Suzan, erkläre Grundsätze der (vor allem vom Physiotherapie-Standpunkt) richtigen Förderung, beschreibe die richtige Bewegungsstimulation und die Bedeutung der Bewegungserfahrungs-Vermittlung, schlage ein paar Massnahmen vor, beantworte einige Fragen. Zum Schluss demonstriere ich richtige Positionen beim An- und Ausziehen, Hilfe beim Aufstehen, Absitzen usw.

Die Stunde verläuft schnell und ich muss bald zurück in mein Zimmer, wo mich schon der nächste Patient erwartet. Es ist Andrea (31 Jahre, tetraspastische Cerebralparese mit Athetose, Epilepsie).

Sie hat 3 Stunden/Woche bei mir und kommt sehr gern zum «Turnen». Die Aktivität des ATNRs beeinflusst immer noch die Körperhaltung und vor allem der Gang bietet keinen schönen Anblick. Aber Andrea ist völlig selbstständig. Bei der Muskeltonus-Normalisierung und bei den Koordinationsübungen arbeiten wir mit Gewichtsmanschetten und auch mit schweren Gegenständen, ebenso beim Üben von gezielten Bewegungen. Gleichgewichtsreaktionen, Übungen in verschiedenen Positionen und während der Bewegung, bei Übergangspositionen, Orientierung im Raum während des Bewegens, eigene, willkürliche Hemmung der ATNR-Aktivität, Verbesserung des Gehens und Förderung der Selbstständigkeit sind einige der Schwerpunkte der Arbeit. Bis heute gelang es mir nicht, das unschöne Gangbild zu beeinflussen. Die Fuss-Dorsalflexion fehlt, und Andrea zieht die Fussspitzen dem Boden entlang. Bei Erregung werden ihre Bewegungen unter



ATNR-Einfluss schwer kontrollierbar. Aber doch bewegt sich jetzt Andrea sicherer, ihre Bewegungen sind ruhiger, koordinierter und vor allem beim Velofahren (mit Dreirad) weist sie wesentliche Fortschritte auf. Kurz vor zwölf beenden wir die Arbeit und ich führe Andrea die Wohngruppe zurück.

Um 13.00 Uhr beginne ich wieder mit der Arbeit. Der erste Behinderte heißt Otto. Er gehört zu den Schwerstbehinderten (Hirnatrophie, Mikrocephalie, Epilepsie, starke spastische Tetraplegie). Die meiste Zeit verbringt er im Bett, wo er richtig gelagert werden muss, einige wenige Stunden sitzt er fixiert im Rollstuhl. Zweimal pro Woche behandle ich ihn in der Wohngruppe an seinem Bett, einmal kommt Otto in mein Zimmer. Seine Beweglichkeit ist beschränkt und er hat viele Kontrakturen. Chirurgische Durchtrennung der Kniebeuger- und Hüftadduktoren-Sehnen brachte nicht viel Erfolg. Die Arbeit besteht hauptsächlich aus intensivem passivem Durchbewegen des ganzen Körpers und entsprechender Lagerung.

Während der Behandlung zeigt Otto nur wenig Reaktion. Nach einer halben Stunde, nachdem ich ihn

schön gelagert hatte, verabschiede ich mich von Otto.

Das nächste Kind, Suzan (5 Jahre spastische Diplegie) ist schon vorbereitet und wir gehen in mein Zimmer. Nach dem Bobath-Konzept, die normale motorische Entwicklung eines gesunden Kindes verfolgend, vermittele ich Suzan auf der Turnmatte, auf dem grossen Ball, auf der Rolle usw. Bewegungserfahrungen, durch kinästhetische und vestibuläre Reize stimuliere ich richtige Reaktionen. Durch Lagen, aus der sie sich befreien muss, provoziere ich Eigenaktivität, kommuniziere mit ihr nicht nur verbal, sondern vorwiegend durch Bewegung. Sie macht Fortschritte, wird von Tag zu Tag besser. Laufen hat sie gelernt, jetzt kriecht sie nicht mehr so oft auf dem Boden herum, sondern steht häufiger auf und läuft selbstständig, interessiert sich vermehrt für die Umgebung. Übergänge zu verschiedenen Positionen macht sie zügiger. Jetzt sind wir daran, die noch ein wenig verkrampte Armhaltung zu korrigieren. Ich nehme an, dass sie auch diese überwinden lernen wird und dass im Verlaufe der Zeit auch die letzten Spuren der Bewegungsstörung verschwinden. Es ist eine erfreuliche Arbeit – die

Früchte unseres Bemühens können wir unmittelbar und durchgehend beobachten. Aber eben, dies ist nicht immer die Regel unserer Arbeit im Wagerenhof. Am Ende der Stunde gehe ich mit Suzan auf die Wohngruppe zurück und eile wieder in mein Zimmer, wo Urs auf mich wartet (9 Jahre, spastische Hemiplegie).

Urs ist sehr lebhaft, läuft herum, die Stunde mit ihm bedeutet 45 Minuten vollste Konzentration und ich muss viele Kräfte aufbieten, um gezielt arbeiten zu können. Er hat das Laufen schön gelernt, hat jetzt noch ein bisschen Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht beim Treppensteigen und beim Gehen auf unebener Fläche. Die Handmotorik ist gut entwickelt. Durch die mangelnde Konzentrationsfähigkeit und auch die Kurzsichtigkeit von Urs ist die Arbeit gestört. Die bisherigen Schuheinlagen werden wir vermutlich bald gegen einen Unterschenkelapparat umbauen müssen, da sich der Fuss in eine gefährliche Haltung zu drehen beginnt. Seine Gelenke sind hypermobil, die Körperhaltung macht mir Sorgen, vor allem die Hyperlordose der LWS. Auf das Velofahren hat Urs nicht gut angesprochen, offenbar der Kurzsichtigkeit wegen. Im Wasser hingegen fühlt er sich wie zu Hause. Vor kurzem fingen wir an, eine von unseren beiden Stunden im Bassin zu verbringen. Nach der Mc-Millan-Methode wären wir bereits bei der dritten Stufe. Wassergewöhnung und Anpassung an andere Schwerkraftverhältnisse waren für Urs kein Problem. Ich versuche, die laterale Rotation einzuführen. Er taucht absichtlich unter die Wasseroberfläche, lässt sich vom Wasser tragen, schwebt bewegungslos in der Tiefe oder dreht sich schnell um – er geniesst es richtig. Von Angst kann keine Rede sein, Urs ist in seinem Element. Derartiges Verhalten im Wasser, zumal bei einem bewegungsgestörten Kind sieht man selten. Diese Stunde verläuft schnell. Beim nachfolgenden Anziehen verlange ich Urs' Mit-

arbeit und das passt ihm nicht immer. Dann wird er abgeholt und ich habe ein paar Minuten Pause für einen Kaffee.

Bald erscheint der nächste Behinderete, wieder von einer Erzieherin gebracht. Es ist Markus, 23 Jahre alt, mit spastischer Hemiplegie. Es dauerte ein Jahr lang, bis er Vertrauen zu mir gefunden hatte. Es war schwierig, ihn zur Mitarbeit zu motivieren. Er wehrte sich gegen aktive Bewegungen, auf den Übungsgeräten liess er sich passiv manipulieren.

Allmählich gelang es mir doch, seine Eigenaktivität zu erwecken. Er begann auf der Turnmatte zu kriechen, bei den Rotationsübungen auf der Rolle mitzumachen, bei Übergängen von der Rückenlage bis zum Kniestand hin zu helfen. Bei den Stützübungen für die Arme lernte er, unter meiner Assistenz, die hemiplegische Beugehaltung der Arme zu überwinden. Jetzt kann er auf Armstrekker-Stimulation mit guter Streckung antworten und bei vielen Tätigkeiten die Arme funktionell einsetzen. Die Armstrekker sowie die Rumpfmuskulatur werden allmählich kräftiger. Markus freut sich jetzt auf das «Turnen», hat Freude an der Bewegung und manchmal erzählt er mir etwas in seiner schwer verständlichen Sprache. Jetzt sind wir soweit, dass ich daran denke den Eulenburger von Markus beiseite zu stellen und ihn mit dem Rollator gehen zu lassen.

Übungen mit diesem zeigen, dass es ein realisierbares Ziel ist. Solcher Fortschritt ist die beste Motivation für Markus, für mich, aber auch für die Wohngruppe, welcher auch die Durchführung der entsprechenden Tätigkeiten obliegt (richtiges Gehtraining, das Stehen auf dem Stehbrett usw.). Nach einer Stunde wird Markus abgeholt, ich informiere die Erzieherin über den Verlauf der Stunde und Markus' Verhalten.

Dann kommt der letzte Patient – Monika (24 Jahre, schwere spastische Tetraplegie, Epilepsie). Eine der Schwerbehinderten. Muskeltonus ständig stark erhöht,

Rigidität, der Körper ist voller Kontrakturen. Dreimal wöchentlich kommt Monika in die Physiotherapie. Diese besteht hauptsächlich aus Lockerungsübungen und passivem Durchbewegen. Das sind die wenigen Möglichkeiten, die die Progredienz des Prozesses und weitere Bildung der Kontrakturen zu verlangsamen vermögen.

Es dauerte Monate, bis ich die Lagen herausgefunden hatte, in denen Monika lockerer wurde, in denen die Beine die Mittelstellung verliessen und eine beschränkte passive Bewegung möglich war. Sie ist sehr ängstlich, die ganze Zeit beobachtet sie mich gespannt. Manchmal kommt eine Erzieherin in die Stunde und wir arbeiten zu zweit. Unter der Begleitung von Singen und Erzählen geht es besser. Dann sitzt Monika schön in ihrem Rollstuhl und ist für ein paar Stunden viel lockerer und entspannter. Für das tägliche Lagern erarbeiteten wir einen genauen Plan, sie wird alle paar Stunden in eine andere Lage gebracht.

Bei Monika ist leider nicht mit einer Verbesserung der Beweglichkeit zu rechnen. Erfolg ist, wenn die Deformitäten nicht fortschreiten. 10 Minuten vor 17.00 Uhr bringe ich Monika auf die Wohngruppe zurück, manchmal bleibe ich noch beim Nachstesen.

Dann zurück ins Zimmer, aufräumen, Eintragungen in die Präsenz-Karten machen. So endet eigentlich der Arbeitstag.

Jan Gerhard

Zusammenarbeit Physiotherapie/Betreuer (Fallbeispiel)

Im August 1978 schrieb ich in mein Notizheft über Peter folgendes:

Diagnose: Spastische Tetraplegie, die unteren Extremitäten sind mehr betroffen als die oberen.

Neben seiner schweren motorischen Behinderung ist Peter sehr hyperaktiv, ständig in Bewegung und ist nicht in der Lage, sich nur die geringste Zeit

auf etwas zu konzentrieren. Er spricht nicht und hat keine Beziehung zu einer bestimmten Person. Da er nicht laufen kann, bewegt er sich auf dem Boden. Mit den Händen zieht er sich an Stühlen und Tischen hoch.

Den erreichten Gegenstand (Spielzeug, Papier etc.) macht er gleich kaputt, weil er mit seiner Kraft nicht dosiert umgehen kann.

Seine Spastizität wird durch dauerhafte Hyperaktivität und ständige Beweglichkeit in seinem pathologischen Muster noch verstärkt.

Die Beine sind in Adduktion nach innen rotiert oder übereinander gekreuzt. (Später wurde röntgenologisch beidseitig Subluxation festgestellt und operiert.)

Er hat keine Rumpfkontrolle und dementsprechend auch kein Gleichgewicht. Stütreaktionen sind nur verzögert vorhanden. Einmal auf die Beine gestellt, berührt er den Boden nur mit den Zehenspitzen. Peter's Körperschema ist schlecht und seine Sensibilität gestört.

Ich nahm Peter dreimal pro Woche eine Stunde in die Therapie. Bereits am Anfang fühlte ich mich mit seiner Behinderung überfordert. Mein grösstes Problem war, Peter mit nichts motivieren und ablenken zu können. Ich wandte mich an seine Lehrerin und an die Gruppenbetreuer, um darüber zu sprechen. Wir alle hatten die gleichen Schwierigkeiten und stellten uns einige Fragen:

- Wie sollen wir weiter mit Peter arbeiten?
- Wie können wir mit seiner Hyperaktivität umgehen?
- Wie kann er ruhiger werden?
- Was erwarten wir von Peter?

Wir stellten gleich fest, dass Peter mit zu vielen Personen in Kontakt kommt. Besonders auf der Wohngruppe, wo er die meiste Zeit verbringt, sollte etwas geändert werden. Es wurde gemeinsam beschlossen, dass er seine feste Bezugsperson bekommt. Auf diese Weise hätte man mehr Zeit, um auf seine Bedürfnisse

Man sagt, es sollte so viele verschiedene Modelle von Behandlungsliegen geben wie es Physiotherapeuten gibt!

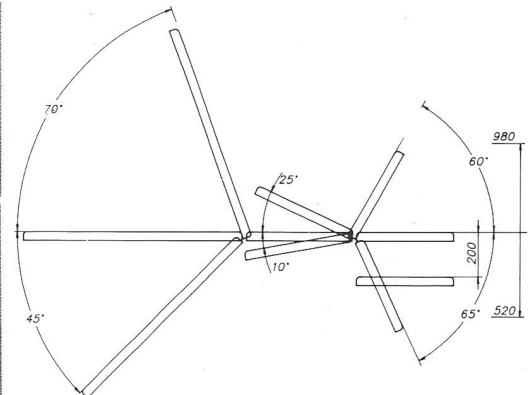
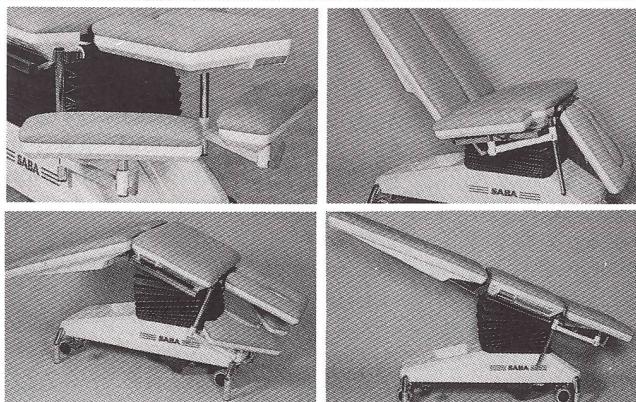
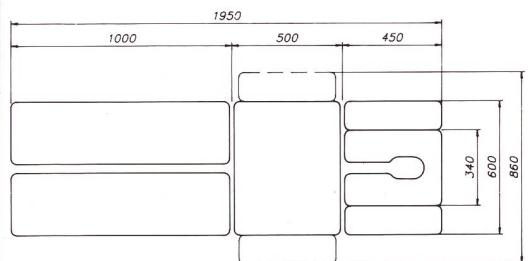
Wir haben jetzt mit der **SABA-Nova** eine Behandlungs-liege, die den meisten Physiotherapeuten gerecht wird. Mit Dreilochdispositiv + Horn. Die Vorzüge verschiedener Modelle sind in der SABA-Nova vereint! Und das zum aussergewöhnlich günstigen Einführungspreis von

SABA
Nova



Fr. 4200.—

(gültig bis 31. Juli 1987)



Generalvertretung für die Schweiz:

KÖLLA AG

Einrichtungen für die physikalische Therapie
Kilchbergstrasse 27, 8134 Adliswil, Telefon 01/710 61 72

Von Mund zu Mund bekannter.

besser eingehen zu können und ihm damit mehr Ruhe zu vermitteln. Meine Erwartungen im physiotherapeutischen Bereich mussten etwas in den Hintergrund gestellt werden. Zuerst konzentrierte ich mich auf sein Körperschema und seine Sensibilität.

An schönen, warmen Tagen verbrachten wir die Therapiestunden draussen. Ich habe ihn mit nacktem Oberkörper bergabrollen und bergaufkriechen lassen.

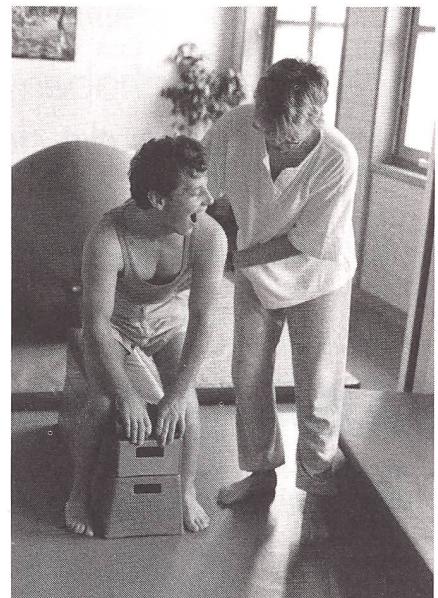
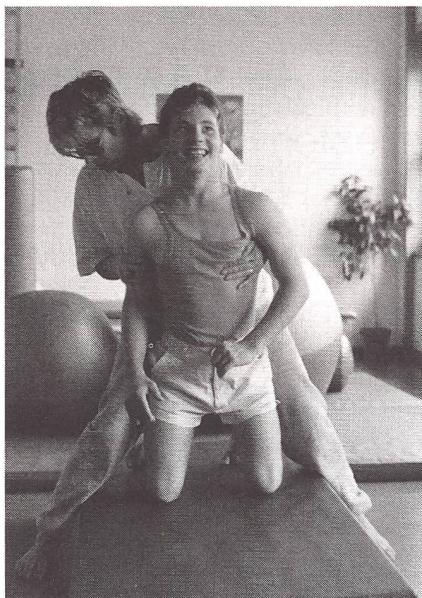
Am Anfang war das für Peter sehr unangenehm gewesen, mit nacktem Oberkörper im Gras zu liegen. Besonders das Gras barfuss zu betreten hat ihm keinen Spass gemacht. Sein Gesichtsausdruck wurde leer, genauso, wie wenn er unsicher ist oder bestraft wird und nicht weiß wofür. Peter hatte überhaupt wenig Möglichkeiten, sein Wohl- oder Unwohlsein zu zeigen. Seine Freude drückt er durch schreien aus, seinen Schmerz, seine Unzufriedenheit und Angst durch seinen leeren Blick.

Damit er seine Extremitäten und seinen Körper besser kennen und seine Bewegungsmöglichkeiten besser ausnützen lernte, liess ich Peter auf der Treppe auf allen Vieren laufen oder auf dem Gesäß nach oben und nach unten rutschen. Dabei hatte er mit den Begriffen wie vorne, hinten, oben und unten Mühe.

In Absprache mit Peters Betreuerin verlangten wir von ihm beim Üben von lebenspraktischen Fähigkeiten (an- und ausziehen, waschen, kämmen, umsteigen vom Rollstuhl auf den Stuhl oder auf das WC) immer die gleichen Bewegungsabläufe.

Um eine bessere Rumpfrotation und ein besseres Gleichgewicht zu erlangen, wurde in verschiedenen Positionen geübt und trainiert. Beispiele: sitzend über Rolle, auf der Rolle, auf dem Bass, im Kniestand, im Stehen; alle diese Übungen immer mit einem Spiel verbunden.

Peter wurde täglich regelmäßig auf die Toilette gesetzt, gerade dort, wo er sich befand, in der Schule, auf der Wohngruppe oder in der Physiothe-



Peter kann sich heute ohne Hilfsmittel fortbewegen, hat aber mit der Feinmotorik Mühe.

rapie. Belohnungen und Bestrafungen wurden von uns allen auf eine möglichst gleiche Art und Weise ausgeführt.

Nach zweijähriger gemeinsamer Zusammenarbeit fühlte sich Peter in seiner vertrauten Umgebung und innerhalb seinen bekannten Regeln wohl. Er wurde ruhiger und dadurch entspannter. Die Therapiestunden wurden abwechslungsreicher.

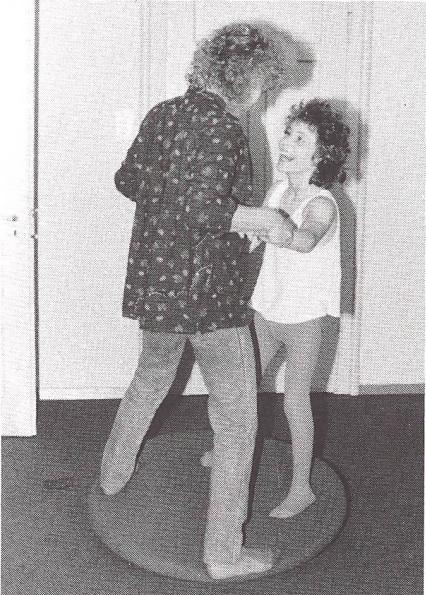
Im Jahre 1981 wurde Peter operiert. Eine intertrochantere varisierende Derotationsosteotomie mit gleichzeitiger Beckenosteotomie wurde gemacht. Durch diesen Eingriff hat sich sein ganzes Bewegungsmuster verändert. Statt einer überkreuzten und überstreckten Beinstellung hatte er jetzt eine abgespreizte, gebeugte Beinstellung. Während dieser Zeit wurde die Zusammenarbeit zwischen mir und der Gruppenbetreuung besonders intensiv. Da Peter in seinem Verhalten erstaunliche Fortschritte machte, konnten wir unser gemeinsames Ziel hauptsächlich auf seine körperliche Behinderung konzentrieren. Unter physiotherapeutischer Anleitung wurden wieder die ersten Gehversuche unternommen.

Peter kannte inzwischen seinen Körper gut. Er konnte die Bewegungen gut nachahmen, die genannten Körperteile zeigen und betasten. Er konnte sich gut in einem Raum orientieren. Peter spricht noch heute nicht, außer ein paar Lauten. Er versucht sich jedoch durch Gestik und Mimik auszudrücken. Sein Sprachverständnis ist gross.

Peter kann sich heute ohne Hilfsmittel bewegen, hat aber mit der Feinmotorik Mühe. Auch sein Watschelgang (zu wenig Rumpfrotation) sollte verbessert werden.

Das An- und Ausziehen und andere lebenspraktische Fähigkeiten sind erreicht worden. Bereits sind 8 Jahre seit unserer ersten Begegnung vergangen. Neben ihm und mit ihm habe ich sehr viel gelernt:

- bei mehrfachbehinderten Kindern (so wie es Peter war und heute noch teilweise ist) Prioritäten zu setzen,
- in einem Team von verschiedenen Fachkräften (Erzieher, Heilpädagogen, Therapeuten) zusammen zu arbeiten.
- sich ständig mit der Arbeit ausein-



Peter im Alter von 10 Jahren beim Üben von Gleichgewichtsreaktionen auf dem Schaukelbrett.



anderzusetzen und immer nach neuen Möglichkeiten zu suchen, um die kleinen Ziele zu erreichen. Jeden neuen Schritt in Peters Entwicklung versuchten wir gemeinsam genau zu erfassen und so Schritt für Schritt vorwärts zu gehen.

Da wir eine gewisse Angst hatten, Peter zu überfordern, zogen wir mehrmals die heilpädagogische Beraterin zu Rate.

Was ist unser heutiges Ziel?

- Ein selbständiger sicherer Gang (über Hindernisse, bergab und bergauf)
- Dass Peter den Weg in die Schule/Therapie und zurück auf die Gruppe alleine bewältigen kann.
- Feinmotorische Fähigkeiten zu fördern.
- Die Freizeit mit dem Dreirad im Hof alleine zu verbringen oder sinnvollere Beschäftigung auf der Wohngruppe zu fördern (helfen, spielen).

*Physiotherapeutin
M. Pozar*

So machte ich mich ans Fragen. Ich wandte mich an alle möglichen Leute: Die erfahrenen Mitarbeiter unserer Gruppe, B's Heilpädagogin, der Heimarzt etc.

Mit B's Physiotherapeutin zu sprechen war mir wertvoll. Es wurde mir klar, dass wir B. mit jeder Beschäftigung in ihrer Bewegungsfähigkeit unterstützten, sei es bei der Grundpflege, beim Laufen von einem Zimmer ins andere oder beim Setzen in den Rollstuhl. Es wurde für mich wichtig zu wissen, wie ich im täglichen Umgang B's Bewegungen und die Selbstständigkeit fördern konnte. So begleitete ich sie in die Physiotherapiestunde. Die Physiotherapeutin nahm sich auch wirklich Zeit, mir alles zu erklären. Sie zeigte mir, was bei B's Haltung beim Sitzen wichtig ist. Sie erklärte mir, wie ich B. beim Aufstehen helfen konnte. Sie machte mich auf die verschiedenen Arten aufmerksam, wie man B. beim Laufen unterstützen kann, welche Vorteile die verschiedenen Arten, sie zu halten, haben. Sie führte mir einige einfache Übungen mit dem Gymnastikball vor, um Gleichgewichts- und Stellreaktionen zu fördern. Zu meinem Erstaunen machte mir B. sogar mit Hilfe vor, wie sie Treppensteigen kann! Auch B's Stereotypien und wie man sie abzubauen versucht, erklärte sie mir.

Ich ging voller neuer Ideen zurück auf die Gruppe und versuchte nun das, was ich gesehen und gehört hatte, in mein eigenes Handeln bei der Pflege und der Betreuung zu integrieren. Am Anfang war es recht schwierig, aber mit der Zeit machte ich dann eigene Erfahrungen und Beobachtungen, die mir den Umgang mit ihr erleichterten.

Immer wieder fragte ich B's Physiotherapeutin um Rat, wenn ich irgendwo Schwierigkeiten hatte oder das Gefühl hatte, etwas falsch zu machen. Sie war froh, durch diese kurzen Gespräche Einblick zu erhalten in B's Leben auf der Gruppe. Sie war auch froh, wenn ich ihr meine eigenen Beobachtungen weitergab.



In der wichtigen Zusammenarbeit Wohngruppe-Physiotherapie werden Fragen um Lagerungen, Essenssituation, Transporte, Hilfsmittel, Bewegungstrainig etc. besprochen und den Erziehern vom physiotherapeutischen Standpunkt her korrektes Verhalten vermittelt.

Jetzt im Nachhinein sehe ich, wie äusserst wichtig dieses Fragen und Reden mit anderen Leuten, die B. betreuen, war.

Ich konnte mir ein Bild davon machen, zu welchen Entwicklungs-schritten wir B. gerade verhelfen wollten und konnte dann meinerseits seinen Beitrag dazu leisten im Wissen um den Sinn meiner Handlungen. So wird auch einigermassen eine Kontinuität in der Betreuung von B. gewährleistet, obwohl ich sie nur so kurze Zeit pflegte.

Die Zeit mit B. wurde für mich richtig spannend und befriedigend.

Rachel Jenkins

Physiotherapie und Wohngruppe in Zusammenarbeit, dargestellt an der speziellen Situation des Essens

Meine erste Begegnung mit der Physiotherapeutin war beim Essen. Sie gab einem schwerstbehinderten Mädchen das Mittagessen ein. Dieses verweigerte die Mahlzeit, zumal die Speise nicht süß und breihaft war,

sondern fein zerschnittene Normalkost. Jedes Öffnen des Mundes war ein Erfolgserlebnis. Für dieses Essen konnte sich die Therapeutin fast eine Stunde Zeit nehmen. Wir Erzieher könnten neben den andern Behinder-ten diese Zeit nie aufwenden für ein Einzelnes.

In dieser Zeit habe ich viel gelernt, was das Esseneingeben anbelangt. So zum Beispiel welchen Löffel ich am besten nehme, welche Wärme hat der Löffel, wie muss ich ihn halten um den richtigen Reflex auszulösen. Ebenfalls lernte ich die richtige Haltung einzunehmen, sitze ich gegenüber oder ist es besser zu stehen und gleichzeitig den Kopf ein wenig zu stützen.

Das war alles im Anfangsstadium. Die Therapeutin gab Ratschläge, die wir nachher ebenfalls ausführten. Das Ziel bestand darin, dass wir mit der Zeit die Esstherapie übernehmen sollten, wenn alles ein wenig einge-spielt war. Wir versuchten alle mög-lichst gleich zu arbeiten wie die Physiotherapeutin, damit sich das Kind daran gewöhnen konnte. Mit der Zeit sahen wir Erfolge. Das

Mädchen weigerte sich nur noch bei speziellen Speisen (Salat) sonst ass sie ziemlich gut.

Jetzt konnten wir aufbauen. Neben-bei wurden auch die anderen Speisen anders verarbeitet (Brotbrocken statt Brei und auch das Nachtessen wurde fein zerschnitten). Ich arbeitete gezielt mit dem Mädchen aber immer noch in Absprache mit der Thera-peutin. Sie hatte sich mehr und mehr zurückgezogen, so dass nur noch wir das Essen gaben.

Heute, nach vier Jahren, trinkt das Mädchen allein, isst das Mornenes-sen allein. Bei den übrigen Mahlzei-ten hält sie den Löffel und führt ihn zum Mund.

Dieser Schritt finde ich ist hauptsäch-lich der Physiotherapeutin zu ver-danken, die die ganze Therapie in eine gute Bahn gewiesen hat. Wir waren zwar die Ausführenden, doch der Anstoss und das Wissen wurden uns vermittelt.

Was auch wichtig war, dass wir hinter diesem Ziel stehen konnten und be-reit waren mitzuarbeiten.

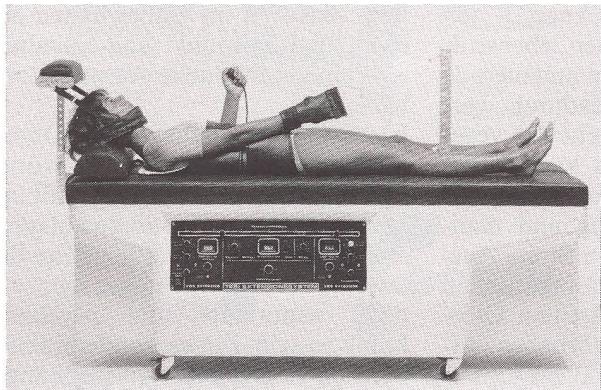
Sylvia Wymanne ●



Medizin-Service Stäfa
Dorfstrasse 27
CH-8712 Stäfa 01/9263764

Extensionssystem zur kombinierten Physikalischen Therapie in Vollendung:

T = Temperierbar
E = Extension
S = Statisch – Vibration
I = Intermittierend



Wir wünschen Unterlagen

Zu reduzierten Preisen

Muskeldehnung

warum und wie?

Olaf Ejenth und Jern Hamberg

Eine erfolgreiche Behandlungsmethode bei Schmerzen und beschränkter Beweglichkeit

Nur solange Vorrat

Teil I

Die Extremitäten. 178 Seiten mit mehr als 260 Bildern, Muskelregister und 16 Tabellen mit Schema über die bewegungshindernde Funktion verschiedener Muskeln. **SFr. 75.–**

Teil II

Die Wirbelsäule. 128 Seiten mit mehr als 190 Bildern, Muskelregister und 16 Tabellen mit Schema über die bewegungshindernde Funktion verschiedener Muskeln. **SFr. 70.–**
Beide Teile zusammen **SFr. 135.–**

Verlangen Sie kostenlos unsere Broschüre mit Leseproben

Bestellschein

Senden Sie mir bitte gegen Nachnahme
Muskeldehnung, warum und wie ?

Anzahl _____ Teil I SFr. 75.– + Verp. u. Vers.sp.

Anzahl _____ Teil II SFr. 70.– + Verp. u. Vers.sp.

Anzahl _____ Teil I und II SFr. 135.– + Verp. u. Vers.sp.

Name _____

Strasse _____ Nr. _____

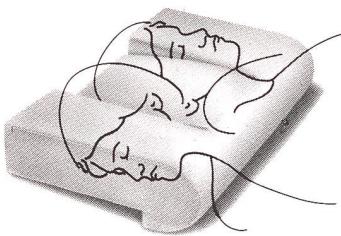
PLZ _____ Ort _____ Land _____

Einsenden an **Remed-Verlags AG**
Postfach 2017, 6300 Zug 2/Schweiz

PH

the pillow®
die orthopädische
Kopf- und Nackenstütze
bei zervikalen Beschwerden

Schmerzreduktion bei 90% der Patienten; bewiesene



Tonussenkung der
Nackenmuskulatur;
Besserung der
Schlafqualität;
erhebliche **Einsparung**
von Medikamenten;
auch bei chronischen
therapieresistenten
Kopfschmerzen

Vertrieb: **BERRO AG, BASEL**



Senden Sie mir bitte

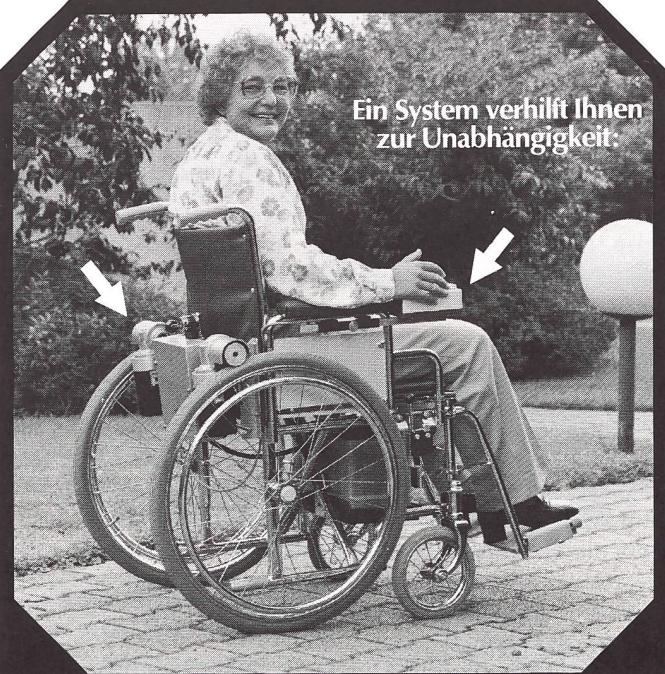
- die neueste Literatur
- Patientenmerkblätter zum Auflegen
- Prospekte zum Auflegen

Senden Sie bitte den Coupon an:

Aichele Medico AG, 4012 Basel

Kannenfeldstrasse 56, Tel. 061 - 44 44 54

Ein System verhilft Ihnen
zur Unabhängigkeit:



Elektrisch Rollstuhlfahren mit dem ak-Rollstuhl-Antrieb

- Variable Bedienung der Steuerung: 1. vom Rollstuhlfahrer aus
- 2. von einer Zweitperson am Haltegriff
- leichte Montage des Antriebssatzes an jeden Rollstuhl
- mit wenigen Handgriffen demontier- und montierbar.
- absolute Bedienungssicherheit mit jeder Autobatterie

Verlangen Sie Unterlagen bei:

AK-ELEKTRONIC

Alb.Kruck, 6344 Meierskappel Tel. 042-64 20 86