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: 27 (1991)

Heft: 4

Artikel: Die sozial-medizinische Bedeutung der physikalischen Medizin am Beispiel des Morbus Bechterew

Autor: Baumberger, Heinz

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930053

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: 10.12.2025

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

Die sozial-medizinische Bedeutung der physikalischen Medizin am Beispiel des Morbus Bechterew

Heinz Baumberger, Oberengstringen

Vortrag anlässlich der Jahresversammlung der Gesellschaft für physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie des Kantons Zürich vom 8. Juni 1989

Der Titel meines Referates heisst «Die sozial-medizinische Bedeutung der physikalischen Medizin am Beispiel des Morbus Bechterew». Ihr Präsident hat mir als Ergänzung dazu drei präzise Fragen gestellt:

1. Konnte durch die konsequente Physiotherapie der Krankheitsverlauf bei Morbus Bechterew günstig beeinflusst werden?
2. Gibt es sozial-medizinische Daten über Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, die durch die physikalische Medizin positiv beeinflusst werden?
3. Zeichnet sich ein Unterschied ab in der Lebensqualität verglichen mit anderen Ländern oder der Zeit vor der Gymnastik-Ära?

Da das Thema des Referates in der mir zur Verfügung stehenden Zeit nicht voll ausgelotet werden kann, werde ich mich auf die Beantwortung dieser drei Fragen beschränken.

Beginnen wir mit der ersten Frage: Konnte durch die konsequente Physiotherapie der Krankheitsverlauf bei Morbus Bechterew günstig beeinflusst werden?

Der Morbus Bechterew ist eine uralte Krankheit, vielleicht so alt wie die Menschheit selber. Der älteste bekannte Bechterewler lebte in der Steinzeit, vor rund 5500 Jahren, in der Bretagne. Den ältesten Bechterewler Zürichs fand man auf dem Münsterhof; er lebte im Frühmittelalter. Das am besten erhaltene Bechterewler-Skelett stammt aus der Nähe von Stuttgart; auch dieser Mann lebte bereits im Frühmittelalter.

Die physikalische Behandlung des Morbus Bechterew ist viel jüngeren Datums. Aus dem Altertum und dem frühen Mittelalter stammt der hippokratische Luxationstisch; zur Zeit von Wilhelm Busch war schon die Anwendung von Wärme bekannt.

Die moderne physikalische Behandlung des Morbus Bechterew ist noch jung. Was die schweizerischen Verhältnisse betrifft, darf man nicht vergessen, dass die Anfänge der physikalischen Medizin z.B. in Zürich erst wenige Jahrzehnte zurückliegen. Albert Böni trat im Jahre 1942 in das Institut für physikalische Therapie des Kantonsspitals Zürich ein, und Rheumapatienten wurden dort erst etwa von 1945 an behandelt. Zudem hatte man damals Angst davor, den Entzündungsprozess beim Morbus Bechterew zu schüren und behandelte deshalb die Patienten mit Ruhigstellung, sei es im Bett oder gar in einer Gipsschale; Turnen und Sport waren verboten. Der Morbus Bechterew wurde damals oft als tuberkulöse Spondylitis betrachtet; die Ruhigstellung brachte dann wenigstens eine Versteifung der Wirbelsäule in gerader, aufrechter Form.

Heute ist die aktive physikalische Therapie der wesentlichste Bestandteil der Behandlung des Morbus Bechterew. Sie wird unterstützt durch Medikamente und Massnahmen der passiven physikalischen Therapie, auf die ich hier nicht näher eingehen will.

Die aktive physikalische Therapie wurde in der Schweiz durch Albert Böni in die Behandlung des Morbus Bechterew eingeführt. Sein Standardwerk, das 1954 in Zusammenarbeit mit Girsas Kaganas erschienen ist, ist noch heute aktuell und lesenswert. Sein Schüler Niklaus Fellmann baute die Bechterew-Gymnastik in der Rheumaklinik Leukerbad ab 1961 weiter aus und ergänzte sie durch den Bechterew-Sport.

Die Wirksamkeit von Medikamenten lässt sich durch Doppelblindversuche und mit anderen Methoden prüfen. Die Bechterew-Gymnastik ist auf diese Weise nicht überprüfbar; die Wirkungen sind nur langfristig feststellbar und sind dabei oft von anderen Einflüssen überlagert; adäquate Kontrollgruppen sind kaum vorhanden.

Es gibt dementsprechend nur sehr wenige Arbeiten über die Bedeutung der Bechterew-Gymnastik.

Die erste bekannte Arbeit zu diesem Thema stammt von N. Fellmann und berichtet über die Resultate aus den ersten 3 Jahren nach der Eröffnung der Rheumaklinik Leukerbad im Jahre 1961.

Behandlungsergebnisse mit einer kombinierten physikalisch-balneologischen und sportlichen Behandlung bei der Spondylitis ankylosans
N. Fellmann, Leukerbad
Archiv f. phys. Therapie, Heft 5/1965

Krankengut der letzten 3 Jahre (1961–64), 133 Patienten (113 Männer, 20 Frauen)

Therapie:
1. Lagerung
2. Wärme- und Massagetherapie
3. Heilgymnastik
4. Bechterew-Schwimmen
5. Volleyballspiel

Resultate:
Behandlungsergebnisse Therapieende:

– kein oder unbedeutender Erfolg	29 = 21,8%
– guter Erfolg	29 = 21,8%
– sehr guter Erfolg	75 = 56,3%

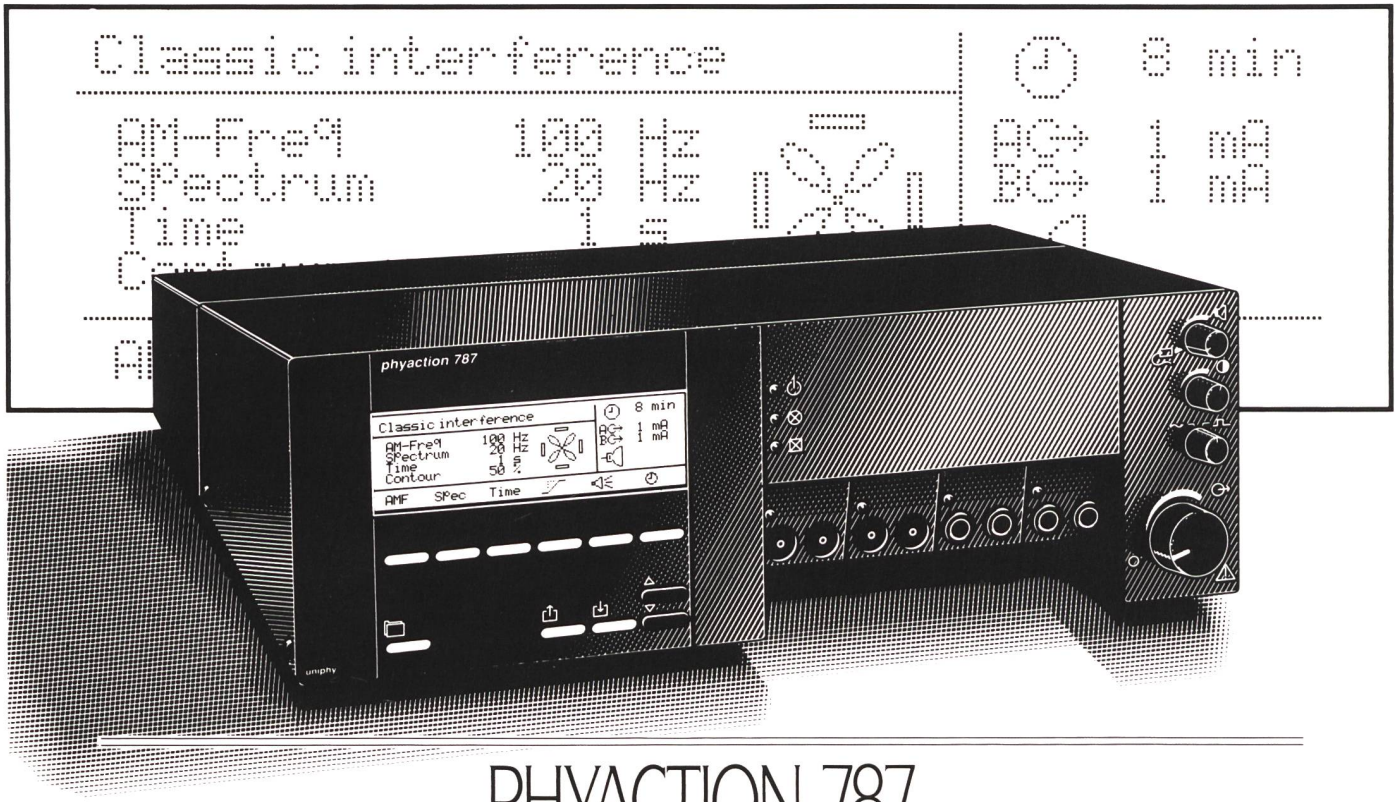
Erfolgskontrolle 1 bis 2 Jahre nach Therapiebeginn (bezogen auf Befund beim Erst-Eintritt)

– kein oder unbedeutender Erfolg	22 = 53,6%
– guter Erfolg	5 = 12,2%
– noch sehr guter Erfolg nachweisbar	14 = 34,2%

Am ausführlichsten haben sich C. Mucha und seine Mitarbeiter in Hannover mit dieser Frage beschäftigt.

Untersuchungen für ein ambulantes Rehabilitations-Modell berufstätiger Patienten mit ankylosierender Spondylitis (Effizienz und Gestaltung physikalisch-medizinischer Gruppentherapie)
C. Mucha und E.A. Zysno, Hannover
Z. Phys. Med. 3/79 (1979), 149–160

Ambulante Übungsbehandlung berufstätiger aSp-Kranker, Einrichtung einer Rehabilitations-Gruppe nach Arbeitsbeendigung (ab 1977)
34 Patienten (27 Männer, 7 Frauen), maxi-



PHYACTION 787.
GLÄNZENDE LEISTUNGEN IN DER PRAXIS.

Das kompletteste Gerät für Elektrotherapie, daß es gibt. Komplett in jeder Hinsicht. Hinter dem Phyaction 787 steckt ein theoretisches und ein technisches Konzept von allerhöchstem Niveau. Und wie funktioniert das in der Praxis?
Wer dieses schöne Gerät in der Praxis erprobt, entdeckt bald, daß seine wahre Stärke eben gerade in der Praxis zum Ausdruck kommt. Wie auch immer diese Praxis aussehen möge. Welche Anforderungen auch immer gestellt werden mögen: der Phyaction 787 bietet ungeahnte Möglichkeiten auf allen Einsatzgebieten...

Wenn Flexibilität ein Kriterium ist

- Wahlmöglichkeiten zwischen allen niederfrequenten, dia-dynamischen, mittelfrequenten und diaphysischen Stromformen im weitesten Sinne.
- Interferenz mit einzigartigem, rotierendem Vektorfeld.
- Alternierende Polarität zur Behandlung von Patienten mit Implantaten. Alternierende Kanäle zur Muskelstärkung und Behandlung von Kreislaufstörungen.

Auch Benutzerkomfort zählt

- Mehr als 60 vorprogrammierte Indikationen aus der Orthopädie, Neurologie, Rheumatologie und Gynäkologie. Mit einem einzigen Tastendruck zugänglich!
- Außerordentlich leicht zu bedienen. Der Phyaction 787 hilft Ihnen bei der richtigen Einstellung der Stromform und gibt Anweisungen in Ihrer Sprache.
- Eingebaute Vakuumeinheit, die die Elektroden schnell, problemlos und flüsterleise fixiert. Es gibt auch ein Modell ohne Vakuum.
- Automatische Bestimmung der I/t-Kurve und des Akkomodationsquotienten. Graphische Wiedergabe der Kurve auf dem Display!
- Eingebaute Kabel- und Elektrodentest.

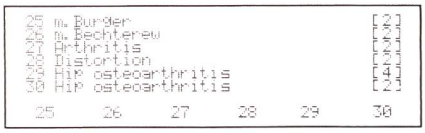
Wo Wissenschaft vorherrscht

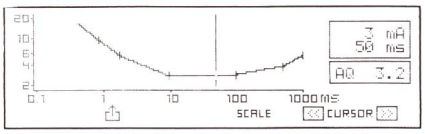
- Unbeschränkte Einstellmöglichkeiten ermöglichen Individualtherapien.
- Möglichkeit, kombinierte Programme zusammenzustellen, z.B. 1 Min. DF und danach automatisch 4 Min. CP.
- Zwei-Kanal-Anwendung für kombinierte, örtliche und segmentale Behandlung.
- Großer Elektronenspeicher, um Stromformen und I/t-Kurven zu speichern!

Wenn Design auch mitzählt

- Der Phyaction 787 wurde mit der Deutschen Forum Design Award 1990 ausgezeichnet - ein Beweis für gutes Design, das Ihre Kollegen und Patienten schätzen werden.

Möchten Sie mehr wissen?
Für weitere Auskünfte stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung.
Ein Versuch wird Sie überzeugen!





DER PHYACTION 787.
IHR IDEALER PARTNER.

VISTA HI-TECH AG
Langendorfstrasse 2
4513 **Langendorf-Solothurn**
Tel. 065 38 29 14
Fax 065 38 12 48

VISTA med S.A.
Chemin du Crosset 9a
1024 **Ecublens**
Tél. 021 691 98 91
Fax 021 691 31 80

Bitte senden Sie mir Unterlagen über Ihr Elektrotherapiegeräte-Angebot an:

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Tel.: _____

mal 16 Monate, 2 x wöchentlich, Durchschnittsalter 39 Jahre

Prüfung der Effizienz durch Messungen frühestens nach einer 4wöchigen regelmässigen Behandlung:
Ergebnisse (20 Patienten):
- Atemexkursion +41%
- BWS-Mobilisation (Schober) +60%
- Vitalkapazität +15%

Gute Ergebnisse dank des untrainierten Ausgangszustandes der Patienten (wegen unzureichender krankengymnastischer Versorgung)

Auswirkungen von Therapie-Unterbrechungen:

Dauer des Unterbruchs	Schmerzbefund unverändert	Bewegungszunahme unverändert	Zustimmung zu Therapiepause
2 Wochen	75%	71%	50%
5 Wochen	50%	43%	25%
6 Wochen	9%	32%	18%

Durchführungskriterien einer ambulanten krankengymnastischen Gruppentherapie bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis
C. Mucha et al., Hannover
Krankengymnastik 38 (1986), 100–113

offene Übungsgruppe, Langzeitstudie, 91 Patienten, davon 69 während 2 Jahren überwacht

- im Behandlungsverlauf eindeutige Ermüdungseffekte → Reduktion der Teilnahmefrequenz und verminderte Übungskonzentration
- funktionelle Verbesserungen, wenn noch keine morphologischen Struktureinschränkungen bestehen
- Leistungsverbesserung → Schmerzverminderung und Reduktion des Medikamentenkonsums
- Bedeutung aus Patienten-Sicht: beeinflusst den Krankheitsverlauf wesentlich

Messparameter:
- Schober: geringe Verbesserung
- Atemexkursion: deutliche Verbesserung in 1 Jahr
- BSG: deutliche Verbesserung in 2 Jahren
- funktionelle Belastungseinschränkung (mit Schmerzen verbunden):
  - während Gruppentherapie deutlich verbessert
  - deutlicher Rückgang bei Unterbruch von < 4 Monaten.
- Medikamentenkonsum: Reduktion hauptsächlich im 1. Jahr
- Mobilität der HWS: deutlich verbessert
- Arbeitsplatzwechsel: deutlich vermindert

Eine weitere Arbeit stammt von E. Keck aus Düsseldorf.
Spondylitis ankylosans – Effizienz und Möglichkeiten der krankengymnastischen Behandlung in einer Selbsthilfegruppe
E. Keck et al., Düsseldorf
Krankengymnastik 40 (1988) Nr. 10

Obligatorischer Bestandteil der Behandlung:
- tägliche Gymnastik daheim: meist nur sporadisch
- Gruppenübungen: bessere Kontinuität, Vorteile der Gruppe

Bechterew-Selbsthilfegruppe Düsseldorf, 38 Patienten
Beobachtungszeit 1,5 Jahre, Altersdurchschnitt 42 Jahre
Warmwasser- und Trockengymnastik mehrere Übungstermine pro Woche, abends ab 18 Uhr
Leitung durch Krankengymnasten, Untersuchung alle 3 Monate

Ergebnisse:
- Akzeptanz
  - Warmwassergymnastik 100%
  - Trockengymnastik 50%
  - verordnete Einzelgymnastik 47%
  - häusliche Selbstübungen 45%
- geringere Schmerzen 70%
  verbesserte Beweglichkeit 90%
  (subjektive Angaben, mit jahreszeitlichen Schwankungen)
- Verschlechterung der Beschwerden nach Pause von 6 Wochen
- BSG: gesunken
- Thoraxexkursion: verbessert
- BWS-Beweglichkeit: verbessert
- Medikamentenverbrauch: deutlich vermindert
- Gruppenbehandlung effektiver als häusliche Selbstübungen
- Wassergymnastik bevorzugt; Trockengymnastik zu anstrengend und zu schmerzhaft

T. Bastian und D. Büttner in Bad Kreuznach haben das gesamte Behandlungskonzept überprüft.

Physiotherapeut
ein 100%iges
Zielgruppen-Medium

Die balneo-physikalische Behandlung – ein wirkungsvolles Mittel zur Behandlung der ankylosierenden Spondylitis
T. Bastian et al., Bad Kreuznach
Z. f. Phys. Med. 6/80 (1980), 302–313

571 Patienten mit 4–6 Wochen Heilverfahren (balneo-physikalisches Therapieschema)

Programm:
- tägliches Bewegungsbad im beheizten Schwimmbad
- 2–3 Solewannenbäder pro Woche
- 2–3 Radonstollenbehandlungen pro Woche
- 3–4 Wärmeapplikationen und Massagen pro Woche
- tägliche Bechterew-Gymnastik (Trokken- und Wasser-Gymnastik alternierend)
- tägliche Atemgymnastik

Resultate: Verbesserung bei:
- Finger-Boden-Abstand 89%
- Kinn-Sternum-Abstand 84%
- Hinterkopf-Wand-Abstand 83%
- Atemexkursion 83%

Die einzigen bekannten Arbeiten, die ausserhalb des deutschen Sprachraums entstanden sind, stammen aus der Rheumaklinik Bath, dem Bechterew-Zentrum Englands.

M.S. Thorlinson, J. Barefoot und A. Dixon beurteilen in der ersten die dort übliche dreiwöchige Intensiv-Behandlung für Bechterew-Patienten.

Intensive in-patient physiotherapy courses improve movement and posture in ankylosing spondylitis
M. Tomlinson et al., Bath
Physiotherapy, 75 (1986), No. 5

180 Patienten, 3 Wochen Intensiv-Behandlung mit Physiotherapie in der Rheumaklinik Bath, 3 Leistungsstufen

Programm:
- Wassergymnastik
- Trockengymnastik
- Sport
- Einzeltherapie

Resultate:
verbessert: Atemexkursion
Vitalkapazität
Finger-Boden-Abstand
Hinterkopf-Wand-Abstand
HWS-Beweglichkeit

W.N. Roberts und Mitarbeiter untersuchten die Kurz- und Langzeitwirkung der jährlichen Intensivkur.

Sensitivity of anthropometric techniques for clinical trials in ankylosing spondylitis
W.N. Roberts et al., Bath/GB
British J. Rheumat. 1989; 28: 40–45

Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Bath/GB
52 Patienten (90% Männer)
3wöchige jährliche Intensivkur während 5 Jahren

Veränderungen der Messparameter (Durchschnitt):

	nach 3 Wochen (Kurzzeitwirkung)	nach 5 Jahren (Langzeitwirkung)
Atemexkursion	+0,5 cm	0 cm
Körpergrösse	+0,7 cm	−1,1 cm
FBA	+5,4 cm	+2,9 cm
Schober	+0,4 cm	0 cm
HWS-Rotation	+19°	−8°

Welches sind denn nun die Prinzipien der modernen Bechterew-Therapie?
Die moderne Behandlung des Morbus Bechterew in der Schweiz H. Baumberger, Zürich
Quelle: SVMB

Prinzipien der Behandlung des Morbus Bechterew:
- frühe Diagnose
- frühe Behandlung
- langdauernde Behandlung
- intensive Behandlung
- dauernde Kontrolle

Alle Rheumakliniken in der Schweiz bieten eine adäquate Behandlung des Bechterew-Patienten an. Die Rheumaklinik Leukerbad ist allerdings das Bechterew-Zentrum der Schweiz. Allein schon die ständig steigende Zahl der Bechterew-Patienten weist auf die Qualität ihrer Strategie hin.

Patienten mit Morbus Bechterew in der Rheumaklinik Leukerbad (Klinik und Ambulatorium)
Jahresberichte

Jahr	Anzahl Patienten	davon Frauen
1983	222	21%
1984	242	22%
1985	234	23%
1986	283	23%
1987	277	24%
1988	279	23%

Die 3- bis 4wöchige intensive physikalisch-balneologische Behandlung setzt sich in der Regel aus folgenden Komponenten zusammen:
in der Gruppe:

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik mit Schwimmen und Tauchen
- angepasster Sport wie Volleyballspiel, Skilanglauf und Fahren mit dem Mountain Bike

bei Bedarf:

- Einzelgymnastik
- Atemgymnastik
- passive physikalische Therapie
- medikamentöse Behandlung

Die Ziele dieser Therapie sind:
Die moderne Behandlung des Morbus Bechterew in der Schweiz
H. Baumberger, Zürich
Quelle: SVMB

Ziele der Intensivkurse (physikalisch-balneologische Intensivbehandlungen):

- Erhaltung der Restbeweglichkeit der Wirbelsäule und der übrigen Gelenke
- Förderung der Beweglichkeit aller Gelenke
- Stärkung der Muskulatur, speziell der Rücken-, Atem- und Beinmuskulatur
- Verbesserung der Körperhaltung
- Verminderung der Schmerzen
- Verbesserung der Atmung
- Verbesserung des Kreislaufs und der Ausdauer
- Stärkung des Selbstvertrauens und der Psyche
- Einüben eines Heim-Gymnastik-Programms, das täglich durchzuführen ist.

Wie sieht die heutige Situation in der Schweiz aus?
Das wichtigste Ziel der SVMB ist die Bildung von Bechterew-Gymnastik-Gruppen.
Welches sind die Vorteile der Gymnastik in der Gruppe?

Die moderne Behandlung des Morbus Bechterew in der Schweiz
H. Baumberger, Zürich
Quelle: SVMB

Vorteile der Gymnastik in der Gruppe:
- Vergleichsmöglichkeiten
- gegenseitige Aufmunterung
- gegenseitiger Ansporn
- Spass und Freude an der gemeinsamen Gymnastik
- Erfahrungsaustausch
- kameradschaftliche Kontakte mit Gleichgesinnten
- Kostenersparnis

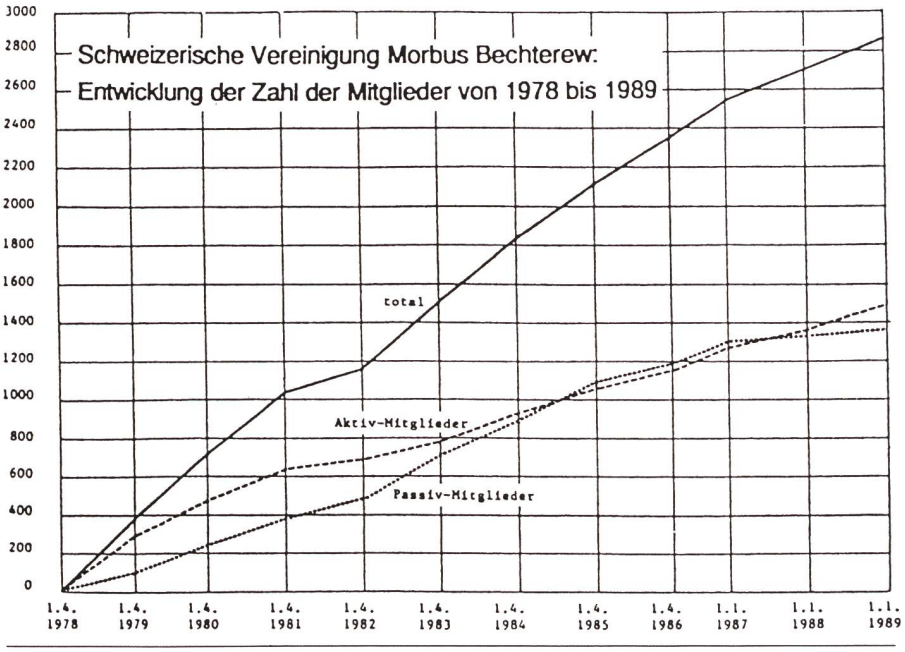
In der Schweiz konnte leider noch keine Untersuchung über die Effizienz dieser Gymnastik-Gruppen durchgeführt werden. Immerhin lassen sich folgende Feststellungen machen:
Die Zahl der Mitglieder der SVMB steigt ständig an (siehe dazu grafische Darstellung).

Aktivmitglieder der SVMB nach Eintrittsjahren (Stand 1.1.1989)
Quelle: SVMB

1978	13,26%	1984	9,11%
1979	10,18%	1985	8,04%
1980	6,97%	1986	9,91%
1981	5,63%	1987	10,05%
1982	6,97%	1988	11,12%
1983	8,31%		

Durchschnittsalter: 44,9 Jahre (1435 Mitglieder)

Die Zahl der Gruppen steigt ständig an. Bechterew-Gymnastik-Gruppen in der Schweiz (Stand 1.1.1989) ▷



Volle Freizügigkeit!

Auch im überobligatorischen Bereich.

SHP

Leben, wie es Ihnen passt.
Aber sicher.

Mit der vollen Freizügigkeit belebt die SHP Pensionskasse ein altes Symbol der Freiheit. Denn wir finden, die finanziellen Nachteile bei einem Stellenwechsel sollten für immer aus dem Weg geräumt werden. Und nicht nur das. Warum komplizieren, wenn es einfacher geht. Auch am neuen Arbeitsort kann die versicherte Person bei der SHP bleiben, vorausgesetzt, der neue Arbeitgeber ist damit einverstanden. Im andern Fall ist ihr der Gegenwartswert der versicherten Rente weiterhin gewährleistet. Und das bei gleichem Vorsorgeschutz. Für Arbeitnehmer wie Arbeitgeber eine zweifellos vorteilhafte Einrichtung. Informieren Sie sich jetzt unter Telefon 01/252 53 00.

☐ Über die volle Freizügigkeit möchte ich Genaueres wissen. Bitte, senden Sie mir kostenlos und unverbindlich Ihre Broschüre.

PH

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Bitte einsenden an: SHP Pensionskasse für Spital-, Heim- und Pflegepersonal, Gladbachstrasse 117, 8044 Zürich, Telefon 01/252 53 00.

Quelle: SVMB

Ende		Ende	
1977	0	1983	65
1978	3	1984	65
1979	12	1985	68
1980	26	1986	70
1981	31	1987	71
1982	42	1988	79

Kanton	Anzahl	Kanton	Anzahl
AG	10	SZ	1
BS	6	SO	3
BE	12	SG	4
GE	2	TI	1
JU	1	TG	1
LU	2	VD	3
NE	1	VS	5
OW	1	ZG	2
SH	1	ZH	23
total	79		

noch keine Kurse in: AI, AR, BL, FR, GL, GR, NW, UR

- Es musste noch nie eine Gruppe wegen ungenügender Beteiligung geschlossen werden; immer wieder müssen aber Gruppen, die zu gross geworden sind, aufgeteilt werden.
- Die Zahl der Teilnehmer nimmt laufend zu.

Anzahl der Teilnehmer in den Bechterew-Gymnastik-Gruppen in der Schweiz
Quelle: SVMB

	Anzahl Aktivmitglieder	Anzahl Teilnehmer
1.1.84	899	515 = 57%
1.1.85	1016	527 = 52%
1.1.86	1101	562 = 51%
1.1.87	1224	588 = 48%
1.1.88	1357	623 = 46%
1.1.89	1492	725 = 49%

- Zahlreiche Teilnehmer sind nun schon seit vielen Jahren in einer Gruppe aktiv, zum Teil bereits seit über 10 Jahren.
- Von den Teilnehmern sind immer wieder folgende Bemerkungen zu hören:
  - Die Häufigkeit und die Intensität der Schmerzen sind geringer.
  - Der Bedarf an Medikamenten ist kleiner.
  - Die psychische Situation hat sich dank des Kontaktes mit anderen Betroffenen verbessert.
  - Bei einem längeren Therapieunterbruch, z.B. während der Schulferien, machen sich verstärkte Beschwerden und eine stärker eingeschränkte Beweglichkeit bemerkbar.

An der Rheumaklinik Leukerbad ist zurzeit eine Untersuchung über die Effizienz der Bechterew-Gymnastik im Gange. Nach einer persönlichen Mitteilung von Dr. H. Spring werden bei Bechterew-Patienten die Faktoren Kraft und Kraft-Ausdauer für die Rückenmuskulatur mit Hilfe des Cybex-Gerätes getestet. Der Trend ist positiv.

An der gleichen Klinik wird zurzeit auch eine Arbeit über die Einsatzmöglichkeiten des Mountain Bike bei Bechterew-Patienten durchgeführt.

Damit kommen wir zur Beantwortung der zweiten Frage: Gibt es sozial-medizinische Daten über Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, die durch die physikalische Medizin positiv beeinflusst werden?

Nein, es gibt sie nicht. Es ist, wie wir gesehen haben, schon schwierig, die Kurz- und Langzeit-Wirkungen der physikalischen Medizin auf den Körper des Patienten zu registrieren. Noch viel schwieriger ist es aber, die Beziehungen zwischen physikalischen Therapien und Arbeitsfähigkeit respektive Invalidität zu prüfen. Es gibt auf der ganzen Welt nicht genug Bechterew-Patienten, die über Jahre hinweg an einem regelmässigen, intensiven und speziellen Gymnastik-Programm teilgenommen haben, um daraus statistisch signifikante Schlüsse auf das berufliche Fortkommen zu ziehen.

Wir wissen, dass die moderne Bechterew-Therapie, mit dem Hauptgewicht auf der Bechterew-Gymnastik, in der Lage ist, die Schmerzen zu reduzieren, die Beweglichkeit zu erhalten und die physikalische Situation zu verbessern. Damit sind aber die Voraussetzungen dafür gegeben, dass der berufliche Stress besser bewältigt werden kann, die Arbeitsausfälle reduziert werden, Umschulungen und Berufswechsel seltener vorkommen und schliesslich die Aufgabe der Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen, d.h. die Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität im Sinne der Erwerbsunfähigkeit, zur seltenen Ausnahme wird.

Nur – wissenschaftlich bewiesen hat das noch niemand. Ich kenne jedenfalls keine Arbeit zu diesem Thema. Es ist bezeichnend für diese Situation, dass in der umfassenden Monographie von Moll über den Morbus Bechterew von 1980 weder zur Arbeitsfähigkeit der Bechterew-Patienten noch zur Prognose der Krankheit Angaben zu finden sind.

Im «Grundriss der Rheumatologie», welcher 1985 von der Eidg. Rheumakommission herausgegeben wurde, ist unter der Überschrift «Prognose» festgehalten, dass 90% der Kranken arbeitsfähig bleiben.

Grundriss der Rheumatologie
Eidg. Kommission zur Bekämpfung der Rheumaerkrankungen, 1985

Ankylosierende Spondylitis:
Prognose: 90% der Kranken bleiben arbeitsfähig

In neuerer Zeit sind immerhin einige Arbeiten erschienen, die sich mit der Frage der Arbeitsfähigkeit und Invalidität bei Morbus Bechterew befassen. Ich weise auf ein paar Resultate hin:

1.
Therapie der Spondylitis ankylosans
W. Otto et al., Leipzig
Zeitschr. inn. Med. 32 (1977), 14

Prognose:
vorzeitige Invaliditätsrate 1955 etwa 50%
1975 etwa 10%

Schweizerische Vereinigung Morbus Bechterew:
Bechterew-Gymnastik-Gruppen in der Schweiz (1989)

2.
Rehabilitationsprognose der ankylosierenden Spondylitis K.L. Schmidt, Bad Nauheim
Lebensversicherungsmedizin 4/1980
schätzungsweise höchstens 10–20% der Patienten scheiden vorzeitig aus dem Berufsleben aus.

Ungünstige Faktoren:
- periphere Polyarthritis
- Coxitis, Gonitis
- rezidivierende Iritiden mit Folgen
- Aorteninsuffizienz
- rasch einsetzende totale Versteifung der Wirbelsäule in ungünstiger Haltung
- Hypergammaglobulinämie («Gammatyp» nach Schilling)
- selten: Lungenfibrose, Cauda-equina-Syndrom, schwere atlanto-axiale Dislokation

günstiger Faktor:
- frühe Diagnose → Rehabilitation!

3.
Working ability of 76 patients with ankylosing spondylitis
K. Lehtinen, Heinola/SF
Scand. J. Rheumatology 10: 263–265, 1981

76 Patienten, Diagnose 1952–59, Nachkontrolle 1977

	Dauer der Krankheit			
	10 J.	20 J.	30 J.	40 J.
arbeitsunfähig	5%	16%	41%	50%
leichtere Tätigkeit	9%	15%	22%	13%
ursprüngliche Tätigkeit	86%	67%	31%	25%
Rücktritt altersbedingt	0%	1%	6%	13%
total Patienten	76	73	32	8

4.
Problems of rheumatic arthritis and ankylosing spondylitis patients in their labor and life environments
T. Urbànek et al., Piestany/CSSR
Czechoslovak Medicine 7, 1984, Nr. 2
Sozialmedizinische Studie
170 Patienten mit AS (83,5% Männer)
545 Patienten mit RA (19,6% Männer)

	AS	RA
in ursprünglichem Beruf tätig	61,2%	45,5%
nur teilweise arbeitsfähig	35,9%	45,0%
auf fremde Hilfe angewiesen	2,9%	9,5%
Vollinvalidenrente	28,8%	46,8%

5.
Die berufliche Rehabilitation von Patienten mit Spondylitis ankylosans
P. Baumann und D. Riede, Halle/DDR
Z. gesamte Hyg. 34 (1988) Heft 7, 426-7
200 Patienten, 1986/87

- arbeitsfähig 168 = 84%
  invalidisiert 32 = 16%
  wegen Sp.a. invalidisiert 14
  wegen Begleiterkrankungen invalidisiert 18
- Beurteilung des Behindertenschutzes gemäss 1988 gültiger Behindertentabelle von 1955
  Spondylitis ankylosans → Schwerbehindertenausweis!

6.
Berufswechsel, Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit infolge Spondylitis ankylosans
G. Schwenk, Bad Aibling/BRD
Verhdl. Dtsch. Ges. Rheumat. 1 (1969), 219
200 Patienten

Feststellungen:
- Im Gegensatz zur Schwere des Krankheitsbildes und im Vergleich zu anderen Erkrankungen bleibt der Spondylitis-ankylosans-Patient fast durchwegs arbeitsfähig.
- Bei rechtzeitiger Umschulung ist vorzeitige Berufsunfähigkeit nicht zu erwarten.
- Die Arbeitswilligkeit steht nicht selten in einem eigenartigen Gegensatz zu den Ausmassen der bereits eingetretenen Behinderung.

7.
Die prognostische Dimension des ärztlichen Gesprächs bei chronischer Polyarthritis, Polyarthrose, Spondylitis ankylopoetica und Insertionstendinopathien
F. Hartmann, Hannover
Lebensversicherungsmedizin Heft 3/1984
«Die persönliche Prognose eines Bechterew- oder Reiter-Kranken hängt sehr davon ab, was der Kranke selbst tun kann und tut, um die fatalen Folgen des Nichtstuns zu vermeiden und die den entzündlichen Prozess begleitende oder ablösende Versteifung zu verlangsamen.
Der Weg dazu ist eine gezielte Übung des Rückens mit dem Ziel, die Muskulatur gleichzeitig zu entspannen, damit den Bewegungsspielraum für die zu übende Dehnung der bindegewebigen Band- und Kapselstrukturen zu erweitern und gleichzeitig die Muskulatur zu kräftigen, weil das die entzündeten Strukturen des Rückens entlastet. Dazu gehören Willen und Ausdauer, aber auch die Überzeugung, dass diese Anstrengung nützt. Eine Hilfe dazu ist das regelmässige Üben in Gruppen.»
«Um so wichtiger ist es zu wissen, dass nur 1% der epidemiologisch befallenen und nur 10% der klinisch Kranken jenen Verlauf nehmen, den die Lehrbücher abbilden und die Medien zeigen: der kyphotisch versteifte Rücken mit dem Blick, der nicht über den Horizont gehoben werden kann.»
Frau Dr. J. Fellmann, zurzeit in Leukerbad, arbeitet gegenwärtig an einer Studie über Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit bei Bechterew-Patienten. Es werden gegen 1000 Fragebogen ausgewertet, die 1986 von Mitgliedern der SVMB ausgefüllt worden sind. Auf die Resultate darf man gespannt sein.
Eine ausführliche Übersicht von Dr. P. Schmied, Zürich, dem ärztlichen Berater der SVMB, über «die Prognose des Morbus Bechterew» wurde im Mitteilungsblatt Nr. 34 vom April 1986 der SVMB publiziert. Der Beitrag ist auch für den medizinischen Laien gut verständlich und eignet sich deshalb zur Information der Bechterew-Patienten.
Die Situation in der Schweiz geht auch aus meinen eigenen Untersuchungen hervor. Die Frage ist natürlich von grosser Bedeutung, weil im Durchschnitt jeder 50. Arbeitnehmer in leichterer oder schwererer Form vom Morbus Bechterew betroffen ist.
Häufigkeit des Morbus Bechterew bei Arbeitnehmern in der Schweiz
Quelle: SVMB
Morbidität: 1–2%
Häufigkeit: im Durchschnitt jeder 50. Arbeitnehmer

In den Jahren 1979, 1984 und 1989 habe ich bei den Aktiv-Mitgliedern der SVMB mit Hilfe eines unveränderten Fragebogens Erhebungen über berufliche, krankheitsbedingte und soziale Probleme gemacht.

Probleme der Bechterew-Patienen
H. Baumberger, Zürich
Quelle: Umfragen 1979, 1984 und 1989

	1979	1984	1989
Anzahl Fragebogen			
versandt	307	989	1492
zurückerhalten	176	364	742
Rücklauf	57%	37%	50%
Fragen			
Personalien			
Berufstätigkeit			
Krankheit			
soziale Probleme			
Geschlecht			
Männer	74%	70%	70%
Frauen	26%	30%	30%

Für die heutige Thematik sind folgende Resultate beachtenswert:
Probleme der Bechterew-Patienten
H. Baumberger, Zürich ▷

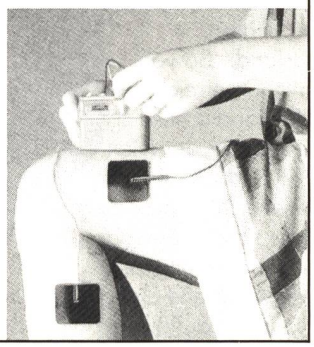
Rasch schmerzfrei ohne Nebenwirkungen durch TENS AGAR

Transkutane Elektrische Nervenstimulatoren (TENS) eignen sich zur Behandlung akuter und chronischer Schmerzen. TENS-Geräte sind so einfach, dass sie vom Patienten nach Anweisung des Arztes auch zuhause angewandt werden können.

Economic 9 K Fr. 185.–
Fr. 480.–

Wirkungsweise (Schleusentheorie):
Das Nervensystem kann pro Zeiteinheit nur eine beschränkte Menge sensorische Informationen verarbeiten. Werden zuviele Informationen gesendet, unterbrechen bestimmte Zellen im Rükkenmark die Signalübertragung; die Schmerzsignale treffen nicht mehr im Hirn ein. Bei der TENS-Anwendung werden daher auf der Haut über dem Schmerzbereich Elektroden angebracht, durch die ein schwacher Strom fliesst. Der elektrische Reiz tritt so in Wettstreit mit den Schmerzsignalen.

Das Gerät kann verwendet werden bei:
Rückenschmerzen, Postoperativem Schmerz, Gelenkschmerzen, Phantomschmerzen, Ischias, Neuralgie, Migräne und Spannungskopfschmerzen, Verstauchungen, Muskelzerrungen und in der Sportmedizin. Auch bei rheumatischer Arthritis empfehlenswert.
Behandlungsdauer: 20 bis 30 Minuten.
Es besteht keine Suchtgefahr. Das Gerät verursacht keinerlei Nebenwirkungen. Die Behandlung ist symptomatisch, das heisst, sie unterdrückt die Schmerzempfindung. Jedes Gerät wird in einer handlichen Tasche, die alle notwendigen Zubehörteile enthält, geliefert.



parsenn-produkte ag
ch-7240 küblis

Narben

werden glatt und elastisch

Bei Narben daran denken:
Möglichst frühzeitig behandeln

ABROKA PHARMA

Zusammensetzung: Allantoinum 10 mg, Extr. Cepae 100 mg, Heparinum 50 U.I., Conserv.: Methylparabenum, Acidum sorbicum, Excip. ad unguent. pro 1 g.
Ausführliche Produkteinformationen im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Quelle: Umfragen 1979, 1984 und 1989

	1979	1984	1989
Alter (Männer und Frauen)			
< 20	1%	1%	0%
20–40	47%	45%	37%
40–65	48%	50%	57%
> 65	4%	4%	6%
	1979	1984	1989
Berufstätigkeit:			
Männer:			
noch nicht berufstätig	2%	1%	1%
berufstätig	89%	88%	83%
nicht mehr berufstätig	9%	11%	16%
Frauen:			
noch nicht berufstätig	2%	0%	0%
berufstätig	33%	29%	36%
berufstätig und Hausfrau	11%	24%	20%
Hausfrau	52%	46%	40%
nicht mehr berufstätig	2%	1%	4%
	1979	1984	1989
Art der Berufstätigkeit			
Büro, Verkauf, Schule o.ä.	65%	62%	82%
Fabrik, Werkstatt o.ä.	24%	20%	20%
Hoch- u. Tiefbau, Landarbeit o.ä.	7%	7%	9%
Haushalt	21%	20%	20%
total	117%	109%	131%
	1979	1984	1989
Behinderung in der Berufsausübung:			
Männer:			
nicht behindert	47%	44%	44%
wenig behindert	32%	24%	41%
stark behindert	21%	32%	16%
Frauen:			
nicht behindert	29%	33%	40%
wenig behindert	56%	50%	45%
stark behindert	15%	17%	14%
	1979	1984	1989
Behinderung in der Berufsausübung:			
20–40 Jahre:			
nicht behindert	50%	47%	48%
wenig behindert	39%	22%	41%
stark behindert	11%	31%	12%
40–65 Jahre:			
nicht behindert	35%	38%	41%
wenig behindert	38%	41%	39%
stark behindert	27%	21%	19%
	1979	1984	1989
Besondere berufliche Massnahmen zufolge der Krankheit:			
Männer:			
ja	33%	35%	32%
nein	67%	65%	68%
Frauen:			
ja	22%	47%	39%
nein	78%	53%	61%
total:			
ja	30%	37%	33%
nein	70%	63%	67%

1979	1984	1989	Berufliche Massnahmen:	besondere	Grundausbildung	13%
6%	5%		Umschulung	32%		14%
20%			Wechsel des Berufes	36%		29%
26%			Verzicht auf höheren Posten	42%		
25%	19%		Wechsel des Arbeitsplatzes			
57%	42%	31%	total der Betroffenen			
180%	116%	101%				

Nun kommen wir zur dritten und letzten Frage: Zeichnet sich ein Unterschied ab in der Lebensqualität verglichen mit anderen Ländern oder der Zeit vor der Gymnastik-Ära?

Diese lässt sich am kürzesten beantworten, weil es auch darüber überhaupt keine wissenschaftliche Untersuchungen gibt. Die Frage, ob bezüglich der Folgen des Morbus Bechterew Unterschiede zwischen der Schweiz und dem Ausland bestehen, muss aber trotzdem ganz eindeutig bejaht werden.

Sie kennen die klassischen Bilder von Bechterewlern, wie sie früher in jedem Lehrbuch zu finden waren. Haben Sie in den letzten Jahren in ihrer Praxis solche Patienten zu sehen bekommen? Wohl kaum! Der Bechterewler von heute sieht doch in der Regel ganz anders aus!

Am 10. Schweizerischen Bechterew-Treffen vom Juni 1988 nahmen über 500 Bechterewler, Angehörige und Gäste teil. Kein Aussenstehender hätte aber auf eine Versammlung von Patienten geschlossen! Das Erscheinungsbild der kranken Teilnehmer war nicht zu vergleichen mit dem, was man sich früher unter einem Bechterew-Patienten vorstellte. Erst während der Vorführungen der Bechterew-Gymnastikgruppen und beim Volleyball-Turnier wurden die Bewegungseinschränkungen sichtbar.

Ganz anders im Ausland. Sowohl in Deutschland als auch in Österreich, Belgien, Norwegen und England scheint die Zahl der sichtbar Betroffenen, der Menschen mit deutlicher Hyperkyphose der Brust-Wirbelsäule, wesentlich grösser zu sein als bei uns, so dass sie das äussere Bild einer Bechterew-Versammlung prägen. Auch der Bechterew-typische Gang zufolge der Hüftbeteiligung ist auffälliger. Ganz besonders schlimm erschien mir die Situation in Kanada und den Vereinigten Staaten, wo selbst junge Leute die grösste Mühe mit dem Gehen haben oder wegen ihrer in gekrümmter Stellung völlig versteiften Wirbelsäule kaum in ein Auto einsteigen können.

Ich habe die Patienten-Selbsthilfe-Organisationen in diesen Ländern teils mehrfach besucht und kennengelernt und musste feststellen, dass es dort erst seit wenigen Jahren Möglichkeiten zur Bewegungstherapie am Wohnort gibt, oder sie sind – wie in Kanada und den Vereinigten Staaten – überhaupt nicht vorhanden. Es fehlt an Lokalen, aber auch an ausgebildeten Therapeuten. Erschreckend ist, dass die amerikanische Bechterew-Vereinigung nicht in der Lage ist, Gymnastik-Kurse zu organisieren, weil keine Versicherungsgesellschaft bereit wäre, das Haftpflicht-Risiko abzudecken, und damit der Vorstand persönlich für Unfälle oder schlechte Resultate haftbar wird. Diese wohlbekannten «malpractice»-Probleme berühren also nicht nur die Ärzte selber, sondern auch die Patienten-Selbsthilfe-Organisationen.

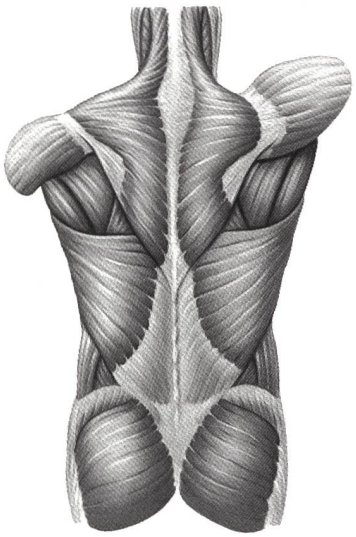
Die grössten Fortschritte sind in Deutschland feststellbar, wo es bereits über 200 Gymnastik-Gruppen gibt und wo ich kürzlich an einer Fortbildungsveranstaltung über den Morbus Bechterew für Krankengymnasten aus Baden-Württemberg mit 700 interessierten Therapeuten teilnahm. In der Schweiz ist bisher trotz entsprechender Vorschläge von unserer Seite noch keine derartige Weiterbildungsveranstaltung zustande gekommen.

Sehr positiv entwickelt sich die Situation auch in Holland, im flämischen Teil von Belgien und in Österreich.

In der Schweiz aber ist die Bechterew-Gymnastik mittlerweile doch über vier Jahrzehnte alt; fast im ganzen Land sind Gymnastik-Gruppen in erreichbarer Nähe verfügbar, und zwar bereits über 80, und die Patienten sind informiert darüber, wie wichtig und unerlässlich die Bechterew-Gymnastik ist. Was uns noch fehlt, ist eine einfache und originelle Anleitung mit abwechslungsreichen Übungen für die tägliche Bechterew-Gymnastik zu Hause und ein Handbuch für die Physiotherapeuten.

In der Rheumaklinik Leukerbad trifft man immer mehr junge Bechterewler, die noch kaum von der Krankheit geprägt sind und die darum auch anspruchsvollere Therapien mit grossem Einsatz und auch Freude absolvieren. Deswegen fanden auch die Übungsstunden mit dem Mountain Bike so grossen Anklang. Die Lebensqualität ist eindeutig besser geworden. Die Bechterew-Gymnastik-Kurse werden nach wie vor eifrig besucht. Wenn die

TENDEL
DAS INTELLIGENTE SITZEN



Revolutionär
Jetzt kann Sitzen Ihre Gesundheit aktiv fördern. Beim Sitzen auf dem Tendel ist – im Gegensatz zu herkömmlichen Sitzgelegenheiten – der Körperschwerpunkt in jeder Bewegungsrichtung immer senkrecht auf die Sitzfläche zentriert.

Gesünder
Die Wirbelsäule bleibt so stets in ihrer optimalen, anatomisch korrekten Haltung. Das neue Sitzprinzip aktiviert zusätzlich den Energiefluss im Körper und fördert die Organtätigkeit. Die ganze Muskulatur wird, von Fuss bis Kopf spürbar selbsttätig trainiert und gleichzeitig entspannt.

Überzeugend
Auch nach Stunden sitzender Tätigkeit fühlen Sie sich deshalb ungewohnt frisch und fit. Ihr Wohlbefinden und das allgemeine Leistungsvermögen werden spürbar besser. Sitzen Sie zur Probe. Sie werden die neue, intelligente Art zu sitzen nicht mehr missen wollen.

Der Tendel kostet Fr. 495.– und ist in neun Farbkombinationen direkt erhältlich bei: TENDAG, CH-4415 Lausen, Telefon 061/921 03 15. Verlangen Sie gratis die neue Broschüre zum Thema «Dynamisches Sitzen».

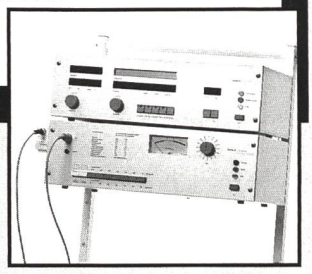
TENDEL
DAS INTELLIGENTE SITZEN

LeistungsSteigerung

Galva 4
Die Wirkungen der Elektrotherapie:
Analgesie,
Trophikverbesserung,
Durchblutungssteigerung,
Muskelaktivierung

Sono 3
Die Wirkungen der Ultraschalltherapie:
Analgesie,
Trophikverbesserung,
„Mikromassage"

Das Simultanverfahren:
Analgesie,
Trophikverbesserung.
Gesteigerte Wirkung gegenüber der Einzelanwendung.
Ihre therapeutische Alternative bei therapieresistenten Krankheitsbildern.



Bitte rufen Sie an.
– Lassen Sie sich beraten.

Wolfgang Kahnau
Postfach 423
CH-4125 Riehen
Tel. 061/49 20 39

Daniel Siegenthaler
Haslerastr. 21
CH-3186 Düdingen
Tel. 037/43 37 81

Herbert Feller
306, Chemin Valmont
CH-1260 Nyon
Tel. 022/61 50 37

Zimmer
Elektromedizin

Teilnehmer nicht vom Erfolg überzeugt wären, würden sie kaum trotz Schmerzen, trotz Müdigkeit, trotz teilweise langer Anreise und trotz spürbarer Kosten jahrein, jahraus, Woche für Woche zur Bechterew-Gymnastik antreten. Das Gruppenerlebnis fördert ganz klar die Motivation zur Teilnahme und zum Durchhalten. Die gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Vorteile lassen sich zwar schwer in Zahlen fassen; sie sind aber zweifellos beträchtlich und sicher grösser als die durch die Kurse verursachten Kosten. Die Teilnehmer selber sind jedenfalls vom Sinn ihres mühsamen Tuns überzeugt.

In der Schweiz verfügen wir über eine grosse Zahl von gut ausgebildeten Rheumatologen. Auch unsere Hausärzte kennen nun den Morbus Bechterew und dessen Therapie. Dadurch sind eine frühzeitige Diagnose und ein früher Therapiebeginn gewährleistet. Die Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Diagnosestellung ist bei uns erfreulicherweise von 7 bis 10 Jahren auf nur noch rund 2 Jahre gesunken. Die Rheumakliniken bieten ein breites und bewährtes Behandlungskonzept an, verfügen über gut instruiertes Personal und lassen so die intensiven Behandlungen langfristig zu einem Erfolg werden.

Mag schliesslich unser Kranken- und Invalidenversicherungswesen auch Lücken und schwer verständliche Ungereimtheiten aufweisen, etwa beim Minimal-Beitrag von lediglich 10 Franken pro Tag an eine ambulante intensive physikalisch-balneologische Behandlung des Morbus Bechterew an einem Thermalkurort, so kann es doch – alles in allem gesehen – den Vergleich mit dem Ausland sehr wohl aufnehmen.

Ein weiterer Hinweis auf die Bedeutung der in der Schweiz betriebenen Bechterew-Behandlung scheint die Seltenheit von notwendig gewordenen orthopädischen Aufrichte-Operationen zu sein. In der Literatur gibt es laufend neue Berichte über diesen schweren Eingriff. An jedem englischen Bechterew-Treffen informiert ein Chirurg die Patienten über diese nicht selten durchgeführte Korrektur der Körpergestalt, und in Deutschland wurden nach einer Meldung der DVMB vom September 1987 allein in der dafür spezialisierten Werner-Wicker-Klinik in Bad Wildungen in letzter Zeit 181 stark verkrümmte Bechterew-Patienten operativ aufgerichtet. Und in der Schweiz? Seit über 10 Jahren wurden bei uns nach Angaben von Prof. Gschwend und Dr. Fellmann keine derartigen Operationen mehr durchgeführt. Das würde bedeuten, dass sie nicht mehr nötig sind, und das wäre ein sehr erfreuliches Ergebnis der heutigen intensiven Behandlung des Morbus Bechterew.

Man darf diesen dritten Abschnitt so zusammenfassen: Schweizer Bechterewler, Du hast es besser – dank Frühdiagnose durch gut informierte Ärzte, dank intensiver Therapie durch speziell ausgebildete Physiotherapeuten, dank einer breiten Palette wirkungsvoller Medikamente, dank umfassender Information durch die SVMB, dank sozialer Beratung durch die Rheumaliga, dank finanzieller Sicherheit durch unser Sozialversicherungssystem – und nicht zuletzt dank des grossen und beispielhaften Einsatzes der Betroffenen selber.

Wenn ich nun zum Schluss das ganze Referat zusammenfassen will, so benütze ich dazu zwei Zitate.

Das erste stammt vom kürzlich verstorbenen Zürcher Rheumatologen Ott, der in Bad Nauheim wirkte und der bereits 1972 schrieb:

Klinik und Therapie der Ankylosierenden Spondylitis
V.R. Ott, Bad Nauheim
in: Fortschritte auf dem Gebiet der rheumatischen Erkrankungen und der degenerativen Gelenkerkrankungen. Schattauer Stuttgart, 153 (1972)

«Der Bechterew-Kranke bedarf oft der medikamentösen Behandlung; er kann aber nie auf die physikalische Therapie verzichten.»

Das zweite stammt aus meiner eigenen Küche und sagt das wesentliche zur «Sozial-medizinischen Bedeutung der physikalischen Medizin am Beispiel des Morbus Bechterew» mit nur drei Wörtern:

B b B: Bechterewler brauchen Bewegung!

Adresse des Verfassers:
Dr. phil. Heinz Baumberger
Rebbergstrasse 85
CH-8102 Oberengstringen

●

Infektionsgefahr in der Nothilfe?

Referat von Dr. med. Rolf Peter Maeder, Rotkreuzchefarzt, Präsident AKOR SRK

Die Ärztekommission für Rettungswesen des Schweizerischen Roten Kreuzes (AKOR SRK) ist ein 1961 geschaffenes ärztliches Fachgremium unter Leitung des Rotkreuzchefarztes, dessen Aufgaben hier kurz dargestellt sind:

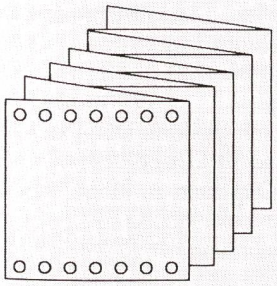
- *Prüfung* von bestehenden und neuen Methoden der Nothilfe und Erarbeitung von entsprechenden Richtlinien,
- *Aufklärung* der Ärztegesellschaft und der Öffentlichkeit über Belange der Nothilfe und des Rettungswesens,
- *Überwachung* der Ausbildung von Instruktoren und Helfern in Nothilfe und im Rettungswesen,
- *Zusammenarbeit* mit allen interessierten Organisationen und Behörden im Sinne einer wissenschaftlichen Beratung.

1978 wurde die AKOR SRK durch das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement beauftragt, Kriterien für die Zulassung von Ausbildungskadern für Nothilfekurse, welche heute für die Erlangung eines Führerscheines obligatorisch sind, aufzustellen und die Entscheide zu treffen. Die AKOR SRK legte Themen und Ausbildungsinhalte der Nothilfekurse fest.

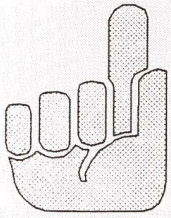
Neben Einzelproblemen, die von verschiedener Seite an die AKOR SRK herangetragen und auf eher pragmatische Art gelöst werden, gilt es, Tendenzen im Gesundheits- und Rettungswesen im Ausland zu beobachten, auszuwerten und die Schlussfolgerungen auf Schweizerische Verhältnisse zu übertragen.

Der AKOR SRK gehören derzeit 14 Ärzte an, welche sich praktisch oder wissenschaftlich im Rettungswesen betätigen. Neben dem vollamtlichen Rotkreuzchefarzt als Präsidenten sind dies ein Vertreter des Bundesamtes für Sanität des EMD, der Leiter des ärztlichen Dienstes des Bundesamtes für Zivilschutz, dann Vertreter der Korporativmitglieder des

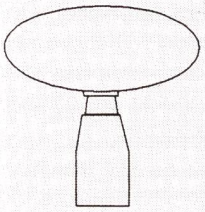
Aufgaben der AKOR SRK
Ärztekommission für Rettungswesen des Schweizerischen Roten Kreuzes)



Prüfung von bestehenden und neuen Methoden der Nothilfe und Verarbeitung von entsprechenden Richtlinien



Aufklärung der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit über Belange der Nothilfe und des Rettungswesens



Überwachung der Ausbildung von Instruktoren und Helfern in Nothilfe und im Rettungswesen

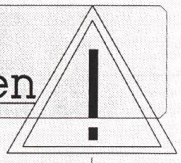
Zusammenarbeit mit allen interessierten Organisationen und Behörden im Sinn einer wissenschaftlichen Beratung

Nothilfe

Behebung der Lebensgefahr oder der Gefahr einer schweren gesundheitlichen Schädigung eines Menschen.

unter Vermeidung einer eigenen gesundheitlichen Gefährdung.

Vorsichtsmassnahmen



1. Vermeiden jeglicher Selbst--verletzung
2. Vermeiden des Kontaktes seiner Haut und Schleimhäute mit fremdem Blut und fremden Körperflüssigkeiten
3. Für die Behandlung stark blutender Patienten trägt der Helfer Handschuhe
4. Bei der Beatmung verwendet der Helfer das Beatmungstuch oder eine Beatmungsmaske

SRK, die sich mit dem Rettungswesen befassen wie der Schweizerische Samariterbund (SSB), die Schweizerische Lebensrettungsgesellschaft (SLRG), der Schweizerische Militärsanitätsverband (SMSV) und die Schweizerische Rettungsflugwacht (REGA) sowie je ein Vertreter der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) und Fachärzte, deren Tätigkeit eng mit dem Rettungswesen verbunden ist. In Arbeitsgruppen werden spezifische Fragen behandelt, wobei weitere Fachexperten aus der Praxis und der Wissenschaft beigezogen werden können.
Das Ziel der AKOR SRK ist es, in unserem föderalistisch aufgebauten Gesundheitssystem einen fachlichen Konsens zu finden und Behörden, Organisationen und der Öffentlichkeit allgemeingültige wissenschaftlich fundierte und praktisch erprobte Richtlinien und Normen anzubieten. Diese Erkenntnisse sollen auch dem Laienhelfer dienen.

Die Nothilfe soll lebensbedrohliche Situationen bei Unfallverletzungen und akuten Erkrankungen verhindern und den Patienten vor zusätzlichen Schädigungen und Gefahren bewahren. Der Helfer soll befähigt sein, die richtigen Nothilfemassnahmen einzuleiten. Bei der korrekten Anwendung der Nothilfe darf kein Retter durch seinen Einsatz einer Selbstgefährdung ausgesetzt werden. Empfohlen oder sogar vorgeschriebene Methoden sind von der AKOR SRK nicht nur auf deren Tauglichkeit, sondern nach dem ärztlichen Verantwortungsbewusstsein auch auf die Ungefährlichkeit für den Helfer zu prüfen.
Glücklicherweise stellt sich die Frage nach schweren und von Laien konkret nicht erkennbaren gesundheitlichen Gefahren für den Helfer nur in einer sehr kleinen Zahl von Unfallsituationen. Grundsätzlich bedeutet wohl jeder Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten ein Infektionsrisiko, denn jeder Mensch kann Träger einer äusserlich nicht erkennbaren oralem Wege (durch den Mund) durch infizierte Körperausscheidungen ist möglich. Das Risiko einer Ansteckung bei lebensrettenden Sofortmassnahmen, insbesondere bei der Beatmung mit dem Mund, wird jedoch weltweit als extrem gering bezeichnet. Bisher gibt es im internationalen Schrifttum keine gesicherten Hinweise einer Ansteckung durch Hepatitis-B-Virus bei der Atemspende.
Eine neue Dimension erhielt die Frage der Übertragungsmöglichkeiten des *HIV (Hu-*Krankheit sein. Die Übertragung einer Krankheit bei der Nothilfe ist nur denkbar, wenn durch Blut oder andere Körperausscheidungen genügend Krankheitserreger in die Blutbahn des Helfers gelangen.
Praktisch stellen heute vor allem Virusinfektionen eine ernsthafte Bedrohung der Gesundheit dar. Relativ stark verbreitet sind die durch verschiedene Virustypen verursachten Leberentzündungen, wobei das *Hepatitis-B-Virus* vor allem durch Blut übertragen wird. Eine Übertragung auf

manes *I*mmunschwäche-*V*irus), das Verursacher der *AIDS*-Erkrankung ist (erworbene Immunschwäche, für welche es derzeit noch keine Behandlungsmöglichkeit gibt und die unweigerlich zum Tod führt). Dieser Sachverhalt war für uns ein Grund, aktiv zu werden. Neben dem allgemein bekannten häufigsten Weg der Ansteckung durch Sexualkontakte und durch direktes Einbringen des HIV in die Blutbahn bei Drogenpraktiken (infizierte Spritzen) wurde in den letzten Jahren in Fach- und Laienkreisen die Frage einer Krankheitsübertragung auch über Schleimhäute diskutiert. Grundsätzlich bedeutet der Kontakt mit Blut oder Körperflüssigkeiten eines HIV-positiven Mitmenschen ein Infektionsrisiko. Trotz des Vorhandenseins von AIDS-Viren in verschiedener Konzentration im Speichel eines HIV-positiven Patienten wird die Wahrscheinlichkeit, sich eine HIV-Infektion bei der Durchführung der Atemspende zuzuziehen, derzeit als äusserst gering eingeschätzt. Die theoretische Möglichkeit ist jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen.
Daher empfiehlt die AKOR SRK zum Schutze der Retter vor Virusinfektionen in der Nothilfe folgende *Vorsichtsmassnahmen:*

1. Vermeiden jeglicher Selbstverletzung
2. Vermeiden des Kontaktes seiner Haut und Schleimhäute mit fremdem Blut und fremden Körperflüssigkeiten
3. Für die Behandlung stark blutender Patienten trägt der Helfer Handschuhe
4. Bei der Beatmung verwendet der Helfer das Beatmungstuch oder eine Beatmungsmaske.

Unter Beachtung dieser wirklich einfachen und klaren Empfehlungen resultiert für den Helfer ein grösstmöglicher Schutz vor den erwähnten Virusinfektionen. Eine mögliche Gefährdung bei der Behandlung von Blutungen und bei der Atemspende kann dermassen gering eingestuft werden, dass sich kein sich schützender Helfer der ethischen Verpflichtung einer Hilfeleistung entziehen darf. Mit diesen Empfehlungen, die von grösster Vorsicht und Verantwortungsbewusstsein geprägt sind, können lebensrettende Sofortmassnahmen, wann immer sie notwendig sind, von jedermann bedenkenlos angewendet werden. ●

Akute Magen-Darm-Krankheiten

(SAel) Im Gegensatz zu den oft schweren, in der Ursache nicht immer geklärten chronischen Krankheiten des Magen-Darm-Traktes sind die akuten Probleme in diesem Organsystem meist durch Infektionen bedingt: Viren, Bakterien, Parasiten und Pilze kommen als Erreger in Betracht. Die klassischen Krankheitszeichen sind folgende:

Erbrechen
Durch Reizung und Entzündung der Magenschleimhaut und Magennerven entstehen Muskelbewegungen der Magenwand, die rückläufig ablaufen, also den Mageninhalt in den Mund zurückpressen. Therapeutisch am wichtigsten ist deshalb, den Magen vorerst möglichst wenig zu füllen, also eine Esspause einzuschalten. Danach können vorsichtig und in kleinen Mengen wieder gewisse Flüssigkeiten und leichtverdauliche Nahrungsmittel eingenommen werden. Bewährt hat sich vor allem eisgekühltes Coca-Cola (löffelweise) sowie Salzstengeli, um den grossen Salzverlust infolge Erbrechen auszugleichen. Daneben gibt es viele rasch und gut wirksame Medikamente in Tabletten- oder Zäpfchenform, von denen meist nur die Tabletten ohne Rezept erhältlich sind. Dazu gehören insbesondere Medikamente gegen die sogenannte Reisekrankheit, die vorbeugend eingenommen werden können.

Durchfall
Ebenfalls durch Reizung und Entzündung der Darmwände kommt es zum beschleunigten Durchlauf des Speisebreis, wobei dem ganzen Darminhalt zu wenig Flüssigkeit entzogen werden kann. Dies führt zu breiigen bis wässrigen Stuhlentleerungen, die oft mit krampfartigen Schmerzen des Dickdarms einhergehen. Medikamentös kann vor allem versucht werden, den Vorwärtstransport des Darminhaltes zu bremsen, indem die Darmmuskulatur «gelähmt» wird. Die früher regelmässig empfohlene Kohle gilt heute als wirkungslos. Bei starken Durchfällen kommt derzeit praktisch nur das Medikament Imodium in Frage, allerdings nur bei Erwachsenen und Kindern über 1 Jahr. Daneben gibt es mehrere Medikamente, welche die natürlicherweise im Darm lebenden Bakterien fördern, um das gestörte Milieu wiederherzustellen. Diese Mittel wirken aber nur für mehrere Tage.

Verstopfung
Sie ist meist durch gestörte Darmnerventätigkeit verursacht. Dabei bleibt der Darminhalt im Dickdarm zu lange liegen und dickt zu stark ein. Häufig spielt dabei eine falsche Ernährung mit zu wenig Ballaststoff eine Rolle. Die Nahrung wird fast vollständig verdaut, und der Darminhalt wird zu klein, so dass er kaum mehr vorwärts transportiert werden kann. Die Therapie der Verstopfung besteht deshalb vor allem in einer Umstellung der Ernährungsgewohnheiten: mehr Ballaststoff, d.h. unverdaubare Fasern wie Kleie, Pflanzenfasern, Quellmittel. Medikamentös muss man nur einschreiten, wenn die Verstopfung 5 bis 7 Tage anhält oder Beschwerden verursacht. Dabei sind womöglich milde Mittel wie Feigensaft, Ricinusöl oder beispielsweise das Medikament Duphalac (unverdaulicher Zuckersirup) einzusetzen.

Stark wirksame Abführmittel (dazu gehören auch alle vermeintlich harmlosen «natürlichen» Abführtee-Sorten) sollten nur in Extremfällen und selten angewandt werden. Die Wirkung dieser Mittel erfolgt via chemische Reizung der Darmmuskulatur und führt zu krampfartigen Schmerzen. Bei regelmässiger Anwendung – leider vor allem bei Frauen allzu häufig beobachtet! – führen diese Medikamente immer zu schweren Darmschäden und erfordern meist zunehmend höhere Dosen, bis eine Wirkung eintritt.
Alle diese Krankheiten können im Normalfall mit Hausmitteln oder Medikamenten aus der Hausapotheke selbst behandelt werden. Sollten aber schlimmere Erscheinungen dazukommen, wie grosser Flüssigkeitsverlust mit Apathie (vor allem bei Kleinkindern), Blutbeimengungen oder Fieber, muss unbedingt ein Arzt aufgesucht werden. Einerseits benötigt der Patient dann weitere, rezeptpflichtige Medikamente, andererseits müssen schwerere Krankheiten ausgeschlossen werden. ●

Hochlagern so oft als möglich,
aber **richtig ist wichtig!**

hilfreich bei:
- venösen Beschwerden
- Krampfadern
- Beinschwere
- Kribbeln in den Beinen
- Stauungen
- Wadenkrämpfen
- Überbelastungen
- während Schwangerschaft
- Übergewicht
- Steh- und Sitzberufen

venenkissen KAMEL

Ärztlich empfohlen

Ihre Beine, die Sie durchs Leben tragen, brauchen dringend diese Erholung, entweder in kurzen Ruhepausen oder während der ganzen Nacht. Wohltuend in Rücken- u. Seitenlage. In 2 Größen, selbst einstellbar auf Ihre Beinlänge, formbeständig.

Erhältlich im Sanitätshaus, Apotheken und Drogerien. Verlangen Sie Prospekte beim Hersteller:
witschi kissen ag, 8426 Lufingen, Ziegeleistraße 15, Telefon 01/813 47 88

AKUPUNKTUR MASSAGE®

ENERGETISCH-STATISCHE-BEHANDLUNG
und
OHR-REFLEXZONEN-KONTROLLE

hält, was...

...Akupunktur, Chiropraktik und Massage versprechen.

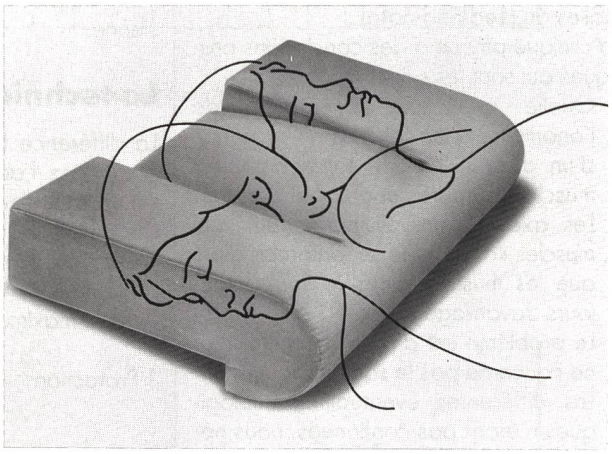
Fordern Sie kostenlose Informationen vom
Lehrinstitut für Akupunktur-Massage
CH-9405 Wienacht (BODENSEE)
Telefon aus D (00 41 71) 91 31 90 aus
A (05071) 91 31 90 aus CH (071) 91 31 90

the pillow®

die orthopädische Kopf- und Nackenstütze

Aufgrund der ausgedehnten klinischen Prüfung indiziert bei:
- Nacken- und Schulterbeschwerden
- hartnäckigem und resistentem Kopfweh
- Rückenbeschwerden.

«the pillow»® ermöglicht eine **optimale Lagerung** von Kopf und Nacken: in Seitenlage bleibt der Kopf in Mittelstellung, in Rückenlage entsteht eine unauffällige aber wirksame Extension.
Die Bewegungsfreiheit bleibt voll erhalten.



Es gibt **3 Modelle:**
Normal: «Standard» und «Soft» für Patienten über bzw. unter 65 kg Körpergewicht.
«Travel»: «Standard» und «Soft», als Reisekissen und für Patienten mit Flachrücken oder kurzem Nacken.

NEU: «Extra Comfort», aus Latex (Naturmaterial), «Standard» und «Soft», besonders angenehm und dauerhaft.

the pillow®: das professionelle Kissen, das den spontanen Schmerzmittelkonsum signifikant senkt.

Senden Sie mir bitte:

- ❒ Prospekte und Patientenmerkblätter zum Auflegen
- ❒ eine vollständige Dokumentation
- ❒ einen Sonderdruck der Publikation «Evaluation eines Kopfkissens bei cervikalen Beschwerden» aus der Schmerzklinik Basel.

BERRO AG
Postfach
4414 Füllinsdorf

Stempel