Rehabilitation und Physiotherapie nach Totalhüftendoprothesen

Autor(en): **Debrunner, A.M.**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **28 (1992)**

Heft 4

PDF erstellt am: **02.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-929943

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

PRAXIS

Rehabilitation und nach

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Physiotherapie nach Totalhüftendoprothesen-Operationen in vielen Fällen nicht den gewünschten Erfolg erzielte, ja sogar sich nachteilig ausgewirkt hat. Es scheint deshalb zweckmässig, sich einige Gedanken über die Nachbehandlung zu machen.

Der alte Patient

In der Regel handelt es sich bei den TP-Patienten um Menschen im höheren Alter, meist über 60 Jahre, häufig über 70, ja 80 Jahre. Naturgemäss stellen sich in diesem Alter andere Probleme als bei jungen Menschen: Der Bewegungsapparat, aber auch der ganze Organismus ist starken Involutionsvorgängen unterworfen: Osteoporose (Knochenbrüchigkeit, häufige Frakturen ohne adaequates Trauma), Muskelatrophie, Atrophie des Bindegewebes, der Haut, oft degenerative Veränderungen an mehreren Gelenken.

Probleme für die Nachbehandlung ergeben sich aber auch aus der progressiven Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Abnahme und Verlangsamung der Reaktionsfähigkeit des Nervensystems, der Leistungsverminderung und häufig auch durch Krankheiten anderer Systeme (Herz, Kreislauf, Atmung, Nieren). Zunehmende Schwäche und rasche Ermüdung sind normale Altersveränderungen, welche zu berücksichtigen sind.

Dazu kommt die veränderte Situation des alten Menschen: Meist aus dem Produktions- und Arbeitsprozess ausgeschaltet (Pensionierung, keine Familie mehr), ist ihm als Aufgabe nur geblieben, für sich selbst, vielleicht und wenn möglich noch für den Partner zu sorgen. Notgedrungen sind die Ansprüche viel bescheidener geworden. Sie konzentrieren sich in der Regel auf die Grundbedürfnisse: Schmerzfreiheit, gute Gehfähigkeit, Selbständigkeit, wenn möglich in einer eigenen Wohnung leben und das Nötige im Haushalt selbst tun können. Auf dieses Ziel hin sind auch unsere medizinischen Tätigkeiten ausgerichtet, das heisst die Operation und die Nachbehandlung.

Operationsfolgen

Die Operation selbst ist für den älteren Menschen eine grosse Anstrengung, mit einer schweren Grippe etwa zu vergleichen. Die Narkose beziehungsweise Regionalanästhesie sowie das Trauma der Hüftoperation (ein recht grosser Eingriff) belasten den Organismus (Atmung, Herz, Kreislauf, Leber, Nieren, Regulationsmechanismen, Nervensystem) stark, und der Körper braucht im Alter längere Zeit, um sich zu erholen, mindestens eine Woche für die unmittelbare Erholung vom Operationstrauma, viele Wochen bis zur vollen Genesung.

Die Wunde ist verhältnismässig gross, vor allem auch tief, und da eine Blutstillung am Knochen nur teilweise möglich ist, kommt es immer zu einer mehr oder weniger starken Nachblutung ins Operationsgebiet in der Tiefe (Hämatom), in seltenen Fällen in die Hautwunde. Immer ist der ganze Oberschenkel geschwollen (kollaterales Ödem), manchmal bis zum Knie, gelegentlich kommt es gar zu einem Kniegelenkserguss. Die Ausheilung dieser (traumatischen) Wundreaktionen (mechanische Entzündung) braucht in der Regel mehrere Wochen, die anschliessende «innere Vernarbung» (Gelenkskapsel, Muskulatur, Bindegewebe usw.) wesentlich länger. Während dieser Zeit ist das ganze Operationsgebiet stark empfindlich auf äussere Einwirkungen wie direkten Druck, Bewegungen im Gelenk usw.

Die feste Verkerung der Prothese im Knochen braucht, soviel man heute weiss, viele Wochen, um richtig fest zu werden (Knochenbildung an der Implantatsgrenze), wenn auch eine primäre Stabilität schon kurz nach der Operation eine gewisse Beanspruchung (axiale Belastung) erlaubt.

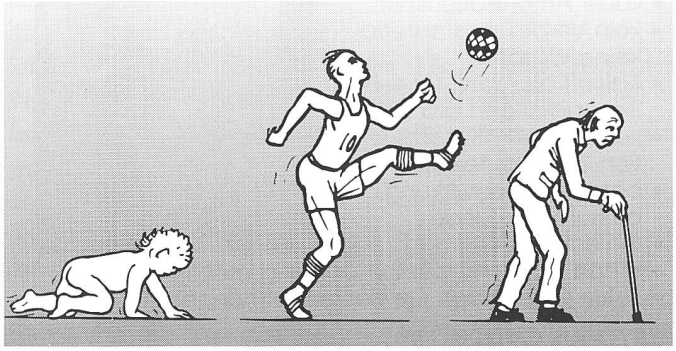
Dies alles schränkt die Möglichkeiten einer intensiven Bewegungstherapie stark ein. Ein guter Indikator, was schädlich ist und was nicht, ist der Schmerz, dass heisst die vom Patienten empfundenen Schmerzen bei einer bestimmten Bewegung. Schmerzen in Ruhe nach der Operation, vor allem bei geschwollenem Bein, erheischen meist kalte Wickel (cool packs). Bewegungen sind jedoch nicht nur schmerzhaft, sie können schädlich sein. Aufsitzen mit mehr oder weniger gestreckter Hüfte am Bettrand und Aufstehen neben dem Bett (mit Belastung) ist jedoch schon in den ersten Tagen erlaubt und als Thrombosenprophylaxe erwünscht. Bewegungen sind nur mit den anderen, gesunden Extremitäten erlaubt, ebenso Atmungsgymnastik. Die Mobilisierung des operierten Gelenkes ist erst zweckmässig, wenn sie ohne oder mit nur geringen Schmerzen möglich ist.

Bedeutung der Gelenkbeweglichkeit

Das Erreichen einer normalen Beweglichkeit der operierten Hüfte ist nach unserer Erfahrung von untergeordneter Bedeutung: In den meisten Fällen erlangen die operierten Hüften mit der Zeit, das heisst innerhalb von mehreren Wochen bis Monaten, eine genügende Flexion, welche das Sitzen erlaubt (ca. 90 Grad), je nach Beweglichkeit der Wirbelsäule auch das Anziehen der Strümpfe und Schuhe und die Fusspflege. Zum Stehen und Gehen ist die volle Extension wichtig, also die Streckung der Hüfte. In manchen Fällen ist eine gute Flexion des Hüftgelenkes nicht zu erreichen (meist sind es jene, die schon vor der Operation stark versteift waren). Eine forcierte Bewegungstherapie wirkt sich dann eher schädlich als nützlich aus, weil dadurch das kollaterale Ödem und die perikapsulären Entzündungserscheinungen zunehmen und unerwünschte Narbenbildungen fördern, womit die Beweglichkeit eher noch verschlechtert wird.

Abduktions- sowie Rotationsbewegungen sollen nicht geübt werden. Sie sind für das Gehen nicht von Bedeutung. Wichtig ist

Physiotherapie Totalhüftendoprothesen



«Was ist des Morgens vierfüssig, des Mittags zweifüssig, des Abends dreifüssig?» Ödipus hat das Rätsel der Sphinx gelöst: Es ist der Mensch in seinen drei Lebensaltern. Vom kriechenden Kind bis zum stockgebeugten Greis ist ein langer Weg. Alte Leute haben nicht mehr die Kräfte der Jugend und auch nicht mehr dieselben Bedürfnisse. Die Physiotherapie muss darauf Rücksicht nehmen.

«C'est qui, qui va le matin à quatre pieds, à midi à deux et le soir à trois pieds?»

die Mittelstellung (90° für Abduktion, 0° für Rotation beziehungsweise eine leichte Aussenrotation von 5 bis 10°). Sie ist funktionell die beste Stellung und deshalb wo möglich anzustreben. Fehlstellungen sollten aber nur behutsam zu korrigieren versucht werden, wobei keine Schmerzen ausgelöst werden dürfen.

Die Hüftflexion soll nur aktiv, bei gebeugtem Knie, trainiert werden und nicht passiv, in der Regel auch nicht assistiert durch den Physiotherapeuten, sondern nur durch den Patienten selbst (direkt von Hand oder mittels eines über dem Bett aufgehängten Rollenzuges, mit welchem der Patient selbst das Bein hochziehen kann). Auf diese Weise wird die Schmerzgrenze automatisch beachtet.

Isometrisches Muskeltraining ist hingegen sehr zweckmässig als Krafttraining, ausserordentlich wichtig für die Gelenkfunktion und unschädlich. Der Patient kann es den ganzen Tag im Bett betreiben, auch unter der Decke, sobald er die nötige Instruktion von der Physiotherapie erhalten hat.

Stehen und Gehen

Die wichtigsten Funktionen des Beines nach TP-Operationen sind das Stehen und das Gehen. Nach einer normalen TP-Operation kann das Bein sofort voll belastet werden. Zum Gehen ist die Stabilisierung des Standbeines die wichtigste Voraussetzung. Sodann ist das Anheben des Schwungbeines wichtig, vor allem um eine Schwelle zu überwinden, sodann für das Treppensteigen.

Mit Stehen und Gehen kann schon früh begonnen werden. Die erste Schwierigkeit ist das Sitzen am Bettrand (mit noch weitgehend gestreckter Hüfte). Bei vielen älteren Patienten tritt am Anfang ein orthostatischer Kollaps auf: Es wird ihnen schwarz vor den Augen, schwindlig und schlecht, und sie können ohnmächtig werden und umfallen. Das Aufstehen muss deshalb langsam und vorsichtig erfolgen. Ein Sturz des (evtl. schweren!) Patienten muss vorausschauend verhindert werden können.

Sodann ist die Instruktion der Stockhilfe wichtig, weil viele Patienten damit Mühe haben. Manche schwächeren Patienten müssen aber zuerst mit Gehwagen (Eulenburg) beziehungsweise Gehböcken mobilisiert werden.

Nach einer normalen TP-Operation können die Patienten oft schon nach einer Woche auf alternative Stockbenützung übergehen, und viele brauchen nach dem Spitalaustritt zu Hause in der Wohnung nur noch einen Stock. Dies ist ein wesentlicher Vorteil, vor allem für alleinstehende Leute, weil man dann eine Hand frei hat. Die Gefahr eines «einseitigen Ganges» soll nicht überschätzt werden. (Patienten, bei welchen eine Trochanterosteotomie und Cerclage gemacht werden musste, sollten während zwei bis drei Monaten nur mit etwa 15, später mit 25 Kilogramm belasten und dürfen auch das gestreckte Bein im Liegen nicht anheben oder abduzieren.)

Das Wichtigste bei der Rehabilitation der TP-Patienten ist die Gehschule. Zweifellos ist eine gerade, aufrechte Haltung beim Gehen erstrebenswert. Unbedingt notwendig ist sie nicht. Viele ältere Leute sind froh und zufrieden, von ihren Schmerzen befreit zu sein und überhaupt wieder einigermassen schmerzfrei gehen zu können. Manchen von ihnen ist es gar nicht möglich, ohne Hinken «schön» zu gehen. Für diese ist es natürlich besser, sich hinkend fortzubewegen als gar nicht, und ihnen ist erfahrungsgemäss mit Aufmunterung mehr geholfen als mit Kritik, sonst werden sie leicht depressiv.

Das Behandlungsziel: Schmerzfreiheit und Selbständigkeit

Der Zweck der Operation ist die Schmerzfreiheit und das Ziel

CorpoMed®-Kissen

für eine bessere Lagerung

- vielseitig verwendbar in der Physiotherapie
- einzigartige Füllung: mit Luft gefüllte Mini-Kügelchen
- diese Füllung bewirkt, dass die Kissen sich einerseits jeder Körperform anpassen, dass sich andererseits eine gegebene Form nicht ungewollt ändert.

▲ Für viele Rückenpatienten die richtige Lagerung.

◄ Optimal entspannende Lagerung, z. B. nach Rotatorencuff-Operation.

Während der Massage bei einem Coxarthrosepatienten. ▼

Auch für eine stabile Seiten- oder Halbseitenlagerung, nach Hüftoperationen und in der Heim- und Alterspflege.

Senden Sie mir bitte:
☐ Prospekt
☐ Preise, Konditionen
☐ Informationsblätter «Lagerung von Hemiplegiepatienten»

BERRO AG
Postfach
4414 Füllinsdorf
Telefon 061/901 88 44

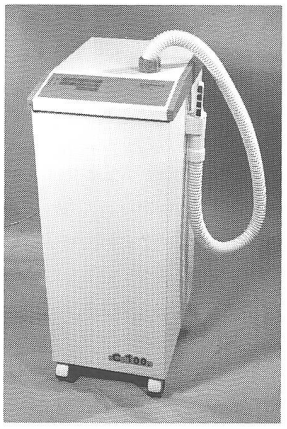
Stempel

PG-A14-12

CRYO-AIR C 100
von CADENA

KÄPPELI
MEDIZINTECHNIK BIEL

Das Kaltluft-Therapiegerät im Kleinformat – passt in jede Praxis



- klein in den Abmessungen
- leicht und problemlos verschiebbar
- kein Stickstoff, kein Geruch
- Kosteneinsparungen von Fr. 400.– bis 1 500.–/Monat
- kurze Amortisationszeit
- kein Verbrauchsmaterial, keine Wäsche
- Kaltluft bis –35°C für 4–5 Behandlungen pro Stunde
- kurze Applikationsdauer von 3–5 Minuten
- bessere Tiefenwirkung, bessere Analgesie
- Gelenkmobilisierung schon während der Behandlung möglich
- keine Gefahr von Gefrierverbrennungen

CRYO-AIR C 100 –
das kleine Kaltlufttherapiegerät, das für Sie in der Praxis grosses leistet. Rufen Sie uns an!
Verlangen Sie jetzt eine Präsentation!

KÄPPELI MEDIZINTECHNIK BIEL
Höheweg 25, 2502 Biel **032 23 89 39**

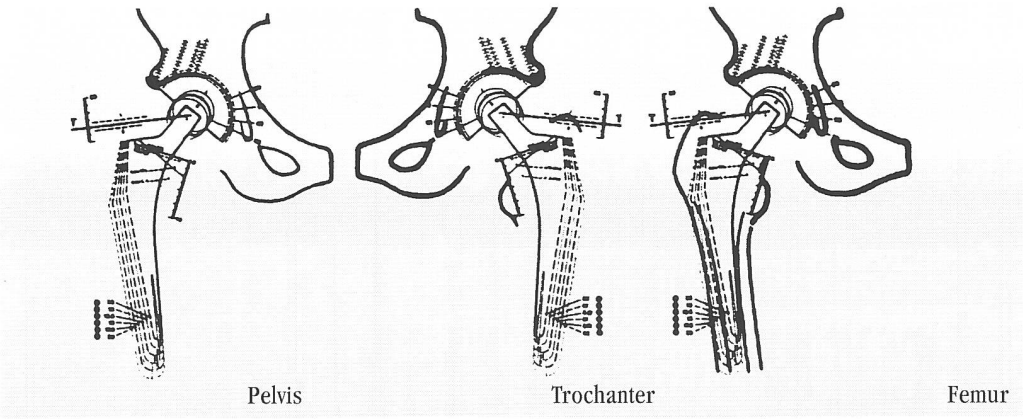
PG-A7-12

Ganz schön stark!
Der NEUE Allround 950
von Bimeda

Verlangen Sie doch einfach eine Gratis-Probefahrt oder die ausführliche Dokumentation.

bimeda

Rehabilitationshilfen
Heim- und Spitalbedarf
Kasernenstrasse 1
CH-8184 Bachenbülach
Tel. 01/860 97 97
FAX 01/860 95 45



Beispiel eines Operationsplanes für eine Hüftendoprothese: Metallpfanne mit Schrauben, im Becken fixiert, Prothesenschaft in der Femurmarkhöhle fest verankert. So wie die Operation genau auf den einzelnen Patienten .abgestimmt ist, richtet sich auch die Physiotherapie nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten.

Exemple d'un plan d'opération, qui s'oriente comme la fisiotérapie aux besoins du patient.

der Rehabilitation die Selbständigkeit. Daran ist die Physiotherapie zu orientieren. Beim Spitalaustritt sollten die Patienten wenn immer möglich imstande sein, sich selbst zu versorgen. Sie sollten möglichst nicht mehr auf fremde Hilfe angewiesen sein, Die vornehmste Aufgabe und wertvollste Hilfe der Physiotherapie besteht darin, den Patienten zu diesem Ziel zu verhelfen, was bedeutet, mit Patienten die wichtigsten täglichen Gebrauchsfunktionen einzuüben und Anleitung dafür zu geben.

Die Gebrauchsfunktionen

Dazu gehören, in der Reihenfolge von den einfachen zu den komplizierten Funktionen aufgelistet, folgende:

- Sich bewegen im Bett: sich aufsetzen, sich drehen usw.
- An den Bettrand sitzen und aufstehen und sich wieder ins Bett legen. Oft ist es schwierig, das operierte Bein aus dem Bett und vor allem aufs Bett zu bringen. Dabei kann das gesunde dem kranken Bein helfen.
- Sich auf einen Stuhl setzen und wieder aufstehen: Abstützen auf den Stuhllehnen, evtl. Stockhilfe (wo keine Lehne vorhanden). Starkes Vorneigen bringt den Schwerpunkt nach vorne und kann das Aufstehen erleichtern.
- Sicherheit beim Stehen (Standbein). Stockhilfe (Abstützen der Stöcke weit vorne vergrössert die Stützfläche und damit die Stabilität, erfordert aber mehr Armkraft).
- Gehen. Zuerst geradeaus. Mit voller Belastung. Stockhilfe: zuerst Drei-Punkte-Gang, dann alternierend (Vier-Punkte-Gang), dann evtl. mit einem Stock. Patienten mit spezieller Verordnung des Operateurs, zum Beispiel mit Trochanterosteotomie oder TP-Wechsel, sollen nur teilbelasten (ca. 15 kg) und während zwei bis drei Monaten zwei Stöcke benützen, meist im Drei-Punkte-Gang oder nach Anweisung des Operateurs.
- Gehen über Schwellen (Schwungbein: Beinheben).
- Treppensteigen, auf und ab. Mit Hilfe des Geländers, aber auch mit Stockhilfe allein (falls der Patient zu Hause Treppen ohne Geländer hat). Stufen und Treppen in der Regel aufwärts mit dem gesunden Bein voraus, abwärts mit dem kranken voraus (Standbein zur Schwerpunktverschiebung ist das gesunde Bein).
- Selbständig essen.
- Allein auf die Toilette gehen. Schwierigkeiten bereitet oft der niedrige Sitz, von welchem aufzustehen Mühe macht. Manchmal ist eine Erhöhung der Toilettenschüssel nötig (Zusatzring).
- Sich selber waschen (auch kämmen und Intimpflege), evtl. duschen, evtl. Badewanne (Rutschgefahr). Probleme ergeben sich mit der Fusspflege (Nägel schneiden). Die meisten Patienten sind wenigstens temporär auf fremde Hilfe angewiesen (zu Hause Angehörige, evtl. Gemeindeschwester, zweckmässigerweise Pediküre).
- Sich selbst ankleiden. Schwierig ist vor allem das Anziehen der Strümpfe (bei Schwellungsneigung der Beine elastische Stützstümpfe) und Schuhe. Nur der Minderzahl der Patienten ist dies bei Spitalaustritt schon möglich. Die übrigen müssen noch im Spital einen Strumpfanzieher bekommen. (evtl. geht es mit dem umgekehrten Krückstock). Für die Schuhe langer Schuhlöffel, evtl. Schuhe, die nicht geschnürt werden müssen, oder schon vor dem Anziehen schnüren.

In einigen Wochen lernen die Patienten meist selbst zu Hause, Schuhe und Strümpfe von Hand anzuziehen. Das Anziehen von Strümpfen und Schuhen, indem man den Fuss aufs andere Knie legt (Vierer-Zeichen) ist in der ersten Zeit nicht zu empfehlen wegen der Luxationsgefahr in Aussenrotation), hingegen erreichen manche Patienten den Fuss von hinten, indem sie bei gestreckter Hüfte das Knie durchbeugen.

- Vor allem für alleinstehende Patienten ist es wichtig, sich das Essen selbst zubereiten zu können. Dazu müssen sie in der Küche stehen können und wenigstens eine Hand frei haben. Sie müssen deshalb mit nur einem Stock gehen lernen.
- Gegenstände vom Boden aufheben. Dazu müssen sich die Patienten bücken. Meist können sie das beim Spitalaustritt noch nicht. Manche können es auch später nicht mehr. Ihnen hilft eine lange Greifzange, welche man ihnen verschafft beziehungsweise vermittelt.
- Leichtere Lasten tragen. Wegen der Schwerpunktverlagerung meist besser und leichter auf der kranken Seite, was man den Patienten erklären muss, da es unlogisch scheint. Dazu müssen sie mit nur einem Stock (auf der gesunden Seite!) gehen lernen. So können sie selber einkaufen gehen.
- Haushaltarbeiten, betten, putzen, waschen, kochen, heizen usw.

ASSA

WIR PFLEGEN

DETAILS

UND KONTAKTE

Seit 1. Januar 1992 ist die ASSA Sursee Ihr neuer Kontakt für Ihre Inserate im «Physiotherapeuten».

Die ASSA betreut Inserate und Inserenten neu mit einem umfassenden, kostenlosen Service in der ganzen Schweiz.

Erfahrene Fachleute der ASSA entlasten Sie bei Planung, Budget, Vorlagenbearbeitung, Disposition und Abrechnung.

Bitte senden Sie mir:

- ❒ eine Unternehmensdokumentation der ASSA, verpackt in einer Schreibmappe (kostenlos)
- ❒ das Dossier «Personalwerbung», eine praktische Arbeitsmappe für Stelleninserate, mit Checkliste und Tips (kostenlos)
- ❒ das erfolgreiche Handbuch für Werbe-Laien «Werbung ohne Stolpersteine» zum Selbstkostenpreis von Fr. 18.50: ____ Ex. deutsch
- ❒ die Checkliste (alle kostenlos)
  - ____ Tips für Ihr Firmenjubiläum
  - ____ Public Relations
  - ____ Medienkonferenz
  - ____ Feiertage und Schulferien 1992
- ❒ Ich möchte ganz generell und unverbindlich mit einem Media-Berater der ASSA über Werbung sprechen und erwarte Ihren Terminvorschlag.

Einsenden an:

assa

Schweizer Annoncen AG
Unterstadt 7
6210 Sursee
Telefon 045-21 30 91
Fax 045-21 42 81

Name: _____

Firma: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

- Die Frage der Stockhilfe auf längere Sicht kann nicht generell beantwortet werden. Gewisse schwerer behinderte Patienten (PcP, Alte) sind auf Krückstöcke angewiesen (bei Befall der oberen Extremitäten evtl. Spezialkrücken, welche eine waagrechte Abstützung des Vorderarmes erlaubten). Für ältere Leute ist der Gebrauch eines Stockes ausser Haus anzuraten. Vielfach genügt ein gewöhnlicher Handstock, evtl. ein Schirm. Für längere Wanderungen usw. ist sicher ein Wanderstock von Vorteil.
- Die öffentlichen Verkehrsmittel (Tram, Bus, Bahn usw.) mit den hohen Tritten und den automatischen Türen stellen für ältere Leute oft ein grosses Problem und eine Unfallgefahr dar.
- Alle übrigen Tätigkeiten und Verrichtungen des täglichen Lebens.
- Dass Patienten, welche wieder skilaufen, bergsteigen usw., Ausnahmen sind, muss man den anderen, die nicht so spektakuläre Resultate erwarten können, erklären. Überdies liegen solche Resultate nicht in der Absicht der Operation, denn was auf lange Sicht mit diesen Prothesen geschieht, weiss man noch viel zu wenig.
- Zusammengefasst ist das Ziel der Physiotherapie eine schmerzfreie Beherrschung der täglichen Gebrauchsfunktionen.

Gefahren der «Mobilisation»

Demgegenüber ist die «Gymnastik» im engeren Sinne nicht von wesentlicher Bedeutung. Sie darf in erster Linie keine Schmerzen verursachen.

In den ersten Tagen hat sie die Funktion, Komplikationen zu vermeiden: Thrombosenprophylaxe, freie Atmung und Dekubitusvorbeugung (Sacrum, Fersen). Später dient sie der Erhaltung der Kraft: Isometrisches Muskeltraining kann der Patient jederzeit selbst, auch unter der Bettdecke, nach entsprechender Anleitung machen. Der Effekt ist aber periodisch zu kontrollieren, zum Beispiel am Spiel der Patella.

Eine forcierte passive Mobilisation eines operierten Gelenkes mit dem Ziel, die Beweglichkeit dieses Gelenkes zu verbessern, ja eine normale Beweglichkeit zu erzielen, ist abzulehnen. Tatsächlich wird die Beweglichkeit dadurch auf längere Sicht nicht verbessert (intra- und periartikuläre Nachblutungen, Narbenzerreissung, traumatische Entzündungen und Ödem, Muskelverspannungen usw.).

Eine forcierte Bewegung kann aber auch zur Lockerung des Implantates führen (zu frühe mechanische Beanspruchung der Knochen-Implantat-Grenze, welche sich erst nach Monaten konsolidiert; Anschlag des Prothesenhalses am Pfannenrand, was Subluxation und Lockerung bewirkt).

Schliesslich sollten schmerzhafte Prozeduren grundsätzlich nur angewendet werden, wenn sie unbedingt nötig und sicher von ausschlaggebendem Nutzen sind und wenn ihr Effekt auf schmerzlose Weise nicht zu erreichen wäre (z. B. mittels Mobilisation in Narkose). Schliesslich war der Zweck der Operation die Befreiung von Schmerzen. Die oft gehörte Meinung von Patienten, das es weh tun müsse, wenn es nützen solle, widerspricht der natürlichen und sinnreichen Funktion des Schmerzes und sollte keine Unterstützung finden.

Es ist zweckmässig, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass

1. die Wiedererlangung einer genügenden Gelenkbeweglichkeit weitgehend eine Frage der Zeit ist. Wie man bei späteren Nachkontrollen immer wieder feststellt, dauert es meist etwa drei bis vier Monate), und dass es
2. Fälle gibt, bei denen eine freie Hüftgelenksbeweglichkeit trotz Prothese mit keiner Physiotherapie zu erreichen ist. Trotzdem kann das Resultat gut sein, indem der Patient wieder schmerzfrei gehen kann und seine Selbständigkeit erhalten bleibt.

Das Hüftgelenk muss hier in Zusammenhang mit dem ganzen Bewegungsapparat gesehen und verstanden werden. Die Bewegungseinschränkung eines Gelenkes kann durch andere Gelenke der Gliederkette beziehungsweise des Bewegungsablaufes in weiten Grenzen kompensiert werden, sofern Schmerzfreiheit besteht. Ein eindrückliches Beispiel ist die totale (operativ herbeigeführte) Versteifung des Hüftgelenkes, die Arthrodese, die eine ausgezeichnete praktische Gehleistung ermöglichen kann.

Hydrotherapie

Das Gehbad ist eine für viele Patienten sehr wertvolle und angenehme Therapie. Sie kann den Bewegungsablauf lockern und Beschwerden mildern. Als Einleitung der Gehschule kann sie gute Dienste leisten, indem das Körpergewicht durch die Wasserverdrängung aufgehoben ist und das Gehen ohne Mühe ermöglicht wird. Viele Leute schätzen sie deshalb sehr.

Für manche älteren Leute ist das Bad aber nicht zweckmässig (Alter, Kreislauf, Herz, Schwierigkeiten mit dem Ein- und Aussteigen, Angst, Sturzgefahr, Schmerzen, subjektive Momente). Bei solchen Patienten ist es besser, auf die Hydrotherapie zu verzichten und sie nicht dazu zu drängen. Natürlich muss ihnen dann erklärt werden, dass das Bad zur Erreichung eines guten Resultates tatsächlich nicht unbedingt nötig ist. Die Hydrotherapie kann jenen Patienten helfen, die sich dabei wohl fühlen und sie selbst wünschen.

Daselbe gilt von Badekuren. Die häufig gehörte Ansicht, dass eine Badekur als Nachbehandlung unbedingt nötig sei, trifft nach unserer Erfahrung nicht zu. Die Beliebtheit von Badekuren hat zwei Gründe: Viele Leute empfinden sie als sehr angenehm, auch als gesellschaftliches Ereignis. Zudem werden Badekuren in einer Klinik von den Krankenkassen voll übernommen, sofern der Arzt die Notwendigkeit der Klinikeinweisung bestätigt. Diese Notwendigkeit ist jedoch selten gegeben.

Viele Patienten können nach einem Spitalaufenthalt von in der Regel drei Wochen, gelegentlich vier Wochen, nach Hause gehen und möchten dies auch. Mit Hilfe von Angehörigen und/oder einer Haushalthilfe ist dies meistens möglich. Alleinstehende, stärker Behinderte und solche, die zu Hause wenig oder keine Hilfe von Angehörigen haben, sollten nach 3 bis 4 Wochen Spitalaufenthalt eine Erholungskur von einigen Wochen in einem Erholungsheim (mit oder ohne Bad) machen können, um die Zeit bis zur endgültigen Heimkehr in ihre Wohnung zu überbrücken. Die Einweisung in eine Bäderklinik ist nur ausnahmsweise nötig, da eine besonders intensive Therapie zu diesem frühen Zeitpunkt nicht angezeigt ist. Eine spezifische Physiotherapie beziehungsweise Hydrotherapie während dieser Zeit ist nicht unbedingt nötig, sie kann sogar, wenn sie nicht objektgerecht durchgeführt wird, schädlich sein, wie wiederholte Erfahrungen gezeigt haben.

Beim Sport immer dabei !

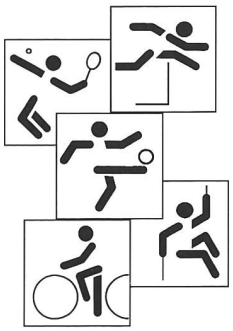
Carmol® Salben und Gel

Heilmittel auf pflanzlicher Basis
mit ätherischen Ölen aus speziellen Heilkräutern

Carmol Salbe "wärmend" — **immer vor dem Sport** um die Muskeldurchblutung zu fördern und die Verletzungsgefahr zu vermeiden

Carmol Salbe "weiss" — **stets nach dem Sport** um Muskelkater zu vermeiden und Ermüdungen zu beseitigen

Carmol Gel — **immer bei Sportverletzungen** kühlt und erfrischt - hilft bei Verstauchungen, Quetschungen, Zerrungen, Verrenkungen



IROMEDICA AG, St.Gallen

Erhältlich in Apotheken und Drogerien

Le sport sans problèmes!

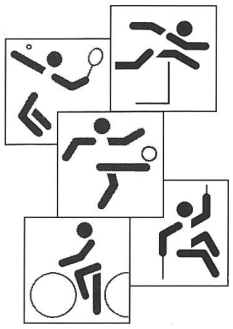
Carmol® Pommades et Gel

Préparation à base de plantes
contenant des huiles éthérées extraites de plantes médicinales

Carmol pommade "thermogène" — **toujours avant les activités sportives** favorise l'irrigation sanguine de la musculature et prévient les blessures

Carmol pommade "blanche" — **immédiatement après les activités sportives** prévient les courbatures et chasse la fatigue

Carmol Gel — **pour blessures sportives sèches** rafraîchit et tonifie - soulage en cas de foulures, de contusions et de luxations



IROMEDICA SA, St-Gall

en vente dans les pharmacies et les drogueries

PG-D11

Le concept d'assurance FSP – une solution pratique pour les physiothérapeutes.
Elaboré en collaboration avec

Mobilière Suisse Société d'assurances — Rentenanstalt — sanitas

Toutes les questions d'assurances ‹sous le même toit . . .›

Grâce au concept d'assurances élaboré par la FSP en collaboration étroite avec la Mobilière Suisse, Société d'assurances, la Rentenanstalt et la caisse-maladie Sanitas, nous proposons désormais aux membres de la Fédération et à leurs familles des prestations de services couvrant la totalité du thème ‹assurances›. De A à Z! Nous allons continuer, d'entente avec nos partenaires, à améliorer ce concept et à le compléter au besoin.

C'est volontiers que nous vous fournirons les informations dont vous pourriez avoir besoin ou répondrons aux questions concrètes que vous vous posez. En toute neutralité et avec compétence. Et gratuitement, par dessus le marché!

SPV FSP FSF FSF — SCHWEIZERISCHER PHYSIOTHERAPEUTEN-VERBAND / FEDERATION SUISSE DES PHYSIOTHERAPEUTES / FEDERAZIONE SVIZZERA DEI FISIOTERAPISTI / FEDERAZIUN SVIZRA DALS FISIOTERAPEUTS

Bureau des assurances FSP
Case postale 3190
6210 Sursee
Téléphone 045/21 91 16, téléfax 045/21 00 66

PG-A27-12