

CHRONIK DER PHYSIOTHERAPIE SEIT 1950



BEWEGUNG ALS HEILMITTEL WAR SO ERFOLGREICH, DASS SIE SICH ÜBER DAS «URSPRUNGSGEBIET» ORTHOPÄDIE HINAUS AUF WEITERE KLINISCHE FACHGEBIETE AUSBREITETE: INNERE MEDI- ZIN, NEUROLOGIE, FRAUENHEILKUNDE, CHIRURGIE. DIESER KURZE RÜCKBLICK RESÜMIERT DIE VIELFÄLTIGEN ENTWICKLUN- GEN DER PHYSIOTHERAPIE IN DEUTSCHLAND AB 1950. IM FOKUS STEHT DIE BEWEGUNGSTHERAPIE ALS DAS ZENTRALE THERA- PEUTISCHE MITTEL DER PHYSIOTHERAPIE.

Antje Hüter-Becker

1949 bis 1965: Erste Schritte der Professionalisierung

Bereits 1949 gelingt es einigen weitsichtigen Krankengymnastinnen im Westen Deutschlands, den Grundstein zu legen für einen (später bundesdeutschen) Berufsverband; eine Fachzeitschrift wird gegründet, und die ärztlichen und krankengymnastischen Leiter/innen treffen sich zu einer «Ständigen Konferenz» – drei Voraussetzungen, um erste Schritte zur Professionalisierung und vor allem zur inhaltlichen Qualitätssicherung einzuleiten. 1949 entsteht die Bundesrepublik Deutschland, 1959 wird das erste Berufsgesetz und 1960 die Ausbildungs- und Prüfungsordnung verabschiedet. Damit gibt es einheitliche Voraussetzungen, die aber hinsichtlich der Ausbildungsinhalte genügend Spielraum für Weiterentwicklungen lassen. Definiert wird die Bewegungstherapie jetzt als das «Ausführen und Ausführenlassen von Körperbewegungen». Dieses wird inhaltlich nicht näher bestimmt, der Rahmenlehrplan spricht von «Krankengymnastik in der Orthopädie, der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Neurologie, Kinderheilkunde und Gynäkologie. Was dort im Einzelnen mit dem Patienten zu geschehen hat, orientiert sich weiterhin am Krankheitsbild, am bekannten «Passiv-aktiv-resistiv» und an den Schnellkraft-, Schwung- und Widerstandsübun-

gen aus der Sportgymnastik. Primäres Ausbildungsziel ist, dem Berufsanfänger ein möglichst umfangreiches Wissen über die Krankheitsbilder in den Fachgebieten der klinischen Medizin zu vermitteln. Der Unterricht und auch die damaligen Lehrbücher folgen dem Dreiklang:

- Symptomatik bei Krankheitsbild xyz
- Spezifische Gesichtspunkte der krankengymnastischen Behandlung und
- konkrete durchzuführende Massnahmen.

Unter den Massnahmen etablieren sich in den frühen Nachkriegsjahren vermehrt sogenannte «spezielle Techniken», die gezielt für bestimmte Krankheitsbilder entwickelt worden sind: Für die Behandlung der Skoliose die Methoden nach Klapp und nach Niederhöffer. Das Klapp'sche Kriechen fusst auf der Beobachtung, dass Vierbeiner selten oder nie an einer Skoliose leiden, weil ihre Wirbelsäule zwischen vier Unterstützungspunkten sozusagen frei schwingend aufgehängt ist. Dies wird auf die jungen Patienten übertragen, die dann auf allen Vieren kriechend diverse Übungen absolvieren müssen, die je nach Scheitelpunkt der Skoliose so eingestellt werden, dass der Rippenbuckel abgeflacht und das Rippental aufgerichtet wird. Generationen von Krankengymnastikschülerinnen müssen kriechen lernen, bevor sie in höhere Positionen aufsteigen dürfen. Die Methode Niederhöffer nutzt

– ähnlich wie später Vojta – die statische Kontraktion der Arm- und Beinmuskulatur, um bei Umkehr von Punktum fixum und Punktum mobile die Wirbelsäulenmuskulatur zu aktivieren. Die Vorstellung ist, durch den Muskelzug die Wirbelsäulenkrümmung ausgleichen zu können. Bei schmerzhaften Funktionsstörungen am Bewegungssystem wird viel mit dem Schlingentisch gearbeitet, der ein Bewegen unter Abnahme der Eigenschwere oder mit Expanderzügen auch aktives Bewegen gegen therapeutisch dosierten Widerstand ermöglicht. Entsprechend dem diagnoseorientierten Paradigma werden auch die Fortbildungsveranstaltungen, eine wesentliche Aufgabe des Berufsverbands, für bestimmte Krankheitsbilder angeboten: Behandlung der Skoliose, der Koxarthrose, des Haltungsfehlers, des Asthmas und so weiter und firmieren nicht unter dem Titel einzelner Untersuchungs- und Behandlungstechniken.

Erste Spezialisierungen: Physiologie & Funktion als Basis

Der V. Internationale Kongress für Heilgymnastik findet 1950 in Paris statt, auf Einladung des französischen Berufsverbands nehmen erstmals deutsche Krankengymnastinnen daran teil: Der internationale Fachaustausch beginnt. Die neuen Behandlungsansätze und Methoden brauchen allerdings Zeit, bis sie sich an allen deutschen Krankengymnastikschulen einfinden.

Ende der Fünfzigerjahre beginnt sich das Berufsfeld zu differenzieren, indem eine separate Entwicklung krankengymnastischer Massnahmen für einzelne klinische Fachgebiete einsetzt. Vor allem die Innere Medizin verlangt ein anderes Vorgehen als das alte «Passiv – aktiv – resistiv», hier wird vor allem die Atemtherapie «entmystifiziert», auf einen funktionell-anatomischen und atemphysiologischen Boden gestellt und gezielt gegen obstruktive oder restriktive Atemwegserkrankungen eingesetzt. Bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen soll durch Ratschow'sche Rollübungen die arterielle Kollateralbildung angeregt werden: Die Beine nach oben gestreckt, kreist der Patient seine Fussgelenke bis kurz vor die schmerzhafte Minderdurchblutung und hängt die Beine dann aus dem Bett. Später kommt das strukturierte Gehtraining mit systematischer Vergrößerung der Gehleistung hinzu. Beim Herzinfarkt ändert sich das Therapiekonzept allmählich von wochenlangender absoluter Bettruhe über kleine Bewegungen der Extremitätengelenke zur allmählich nach einem Stufenplan gesteigerten Belastung. Kurzum: Die Krankengymnastinnen in der Inneren Medizin verstehen sich als Spezialis-

tinnen für dieses Gebiet – und meist nur für dieses Gebiet –, so wie die Kolleginnen in den anderen klinischen Fachgebieten dies ihrerseits für ihr Fachgebiet empfinden.

Die Krankengymnastik in der Orthopädie freundet sich allmählich an mit den «Komplexbewegungen», die in den USA von Knott und Kabat entwickelt wurden. Ein Umdenken beginnt: nicht mehr das isolierte Bewegen möglichst «achsengerecht», wie das Bewegen um nur eine Achse auch genannt wird, ist gefragt, sondern fortan regiert die Diagonale, und Rotation ist Trumpf. «Kabat» wird zum Mädchen für (fast) alles in der orthopädischen Krankengymnastik. Der zweite Renner ist die Manuelle Therapie, Import aus Schweden, der fortan die «moderne» von der «klassischen» Krankengymnastik zu unterscheiden lehrt.

Das dritte Fachgebiet, das sein Besondersein betont, ist die Kinderheilkunde, in der langsam im Laufe der Sechzigerjahre die Bobath-Therapie einzieht. Noch werden viele «spastisch gelähmte» Kinder mit Säuglingsgymnastik traktiert (passives Bewegen von Armen und Beinen, endgradig in allen Gelenken), aber bald schon erobern Bobathrolle und Bobathbank die Behandlungsräume der Kinderkliniken. Da schliesst sich auch gleich die Neurologie an, auch hier wird jetzt komplex bewegt und nicht mehr nur passiv oder gegen Widerstände, ebenso wie es nun eine Hemiplegiebehandlung nach Bobath gibt. Das vorherrschende Paradigma ist weiterhin, dass Krankheitsbilder die Richtung der Behandlung vorgeben.

1965 bis 1990: Methoden und Techniken auf dem Vormarsch

In diesen Jahren wendet sich das Blatt auf dem Fortbildungsmarkt. An die Stelle der Fortbildungen zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder treten die Angebote für einzelne krankengymnastische Behandlungstechniken und -methoden: Grundkurse für Manuelle Therapie, PNF (ehemals Komplexbewegungen bzw. Kabat), Funktionelle Bewegungslehre (FBL), Bobath, nach 1970 auch Vojta, Brügger (Lehre von Funktionskrankheiten des Bewegungssystems) oder Stemmführungen nach Brunkow. Den Grundkursen folgen Aufbaukurs I, II, III, Refresher I, II, III bis hin zur Instruktorrenausbildung. Die Manuelle Therapie (Kaltenborn, Cyriax u.a.) ist Spitzenreiter. Diese Diversifizierung scheint berufspolitisch gewollt, was sich an der Gründung von Arbeitsgemeinschaften zu allen «modernen» Techniken und an der Gestaltung des Gebührentarifs für Freiberufler ablesen lässt. Der jüngste Stern am Methodenhimmel der Physiotherapie ist in den Neunziger-

jahren die Spiraldynamik, die allerdings – ebenso wie die Brüggertherapie – eher keine Technik oder Methode ist, sondern ein funktioneller Denk- und Handlungsansatz, der unterschiedliches methodisches «Handanlegen» und «Anleiten» zu einem therapeutischen Konzept vereint.

Der teilnehmende Beobachter dieses boomenden Fortbildungsmarktes gewinnt den Eindruck, dass die Physiotherapeuten sich von ihren «Techniken» jagen lassen und jede einzelne von ihnen als ein unabhängiges Universum verstehen, in das sie sich mit grossem Eifer einarbeiten müssen, um endlich auf die Methode/Technik zu stossen, die alle Probleme löst. Und weil es diese nicht geben kann, jagen sie weiter und weiter. Hier zeigen sich die beiden grossen Schwachstellen der Ausbildung an den Fachschulen: Zum einen ist es versäumt worden, die vielen wertvollen Bausteine (Techniken, Methoden), die auf dem Berufsfeld entwickelt worden sind, zu einem stimmigen Mosaik zusammenzufügen und diesem auf der Basis von funktioneller Anatomie, Physiologie und anderen Grundlagenwissenschaften einen festen Halt zu geben. Zum anderen fehlt vollkommen die Anleitung zur Methodenkritik, die befähigt, zu analysieren, Analogien zu bilden, Prinzipien zu erkennen und gezielt auszuwählen.

1990 bis 2013: Akademisierung und klinische Spezialisierung

Gegen Ende der Neunzigerjahre scheint es Zeit zum Innehalten, denn im Zuge der unreflektierten Spezialisierung verschwindet die Identität der Physiotherapie als profiliertes, eigenständiges Fachgebiet. Ein erster Anlass, Atem zu holen, zeigt sich in der Diskussion zum Thema Fachphysiotherapeut. Hier nämlich wird bei der inhaltlichen Planung einer möglichen fachspezifischen Qualifizierung deutlich, dass es gar keine orthopädische oder neurologische oder internistische Physiotherapie gibt, der sich trennscharf Inhalte zuordnen liessen, sondern dass sie alle denselben Fundus an Techniken und Methoden nutzen müssen, wenn sie erfolgreich behandeln wollen. Ein weiteres «Aha» ergab die Diskussion zur Akademisierung bei der Frage, was denn wohl die Inhalte zu sein hätten, wenn jemand an der Hochschule Physiotherapie studiert. Techniken? Methoden? Oder gibt es vielleicht eine facheigene Struktur? Das oben genannte Mosaik vielleicht? Es gab noch weitere fruchtbare Diskussionen und wertvolle Erkenntnisse, die hier nicht im Einzelnen verfolgt werden können. Jedenfalls ist das Neue Denkmodell für die Physiotherapie (NDM) ein greifbares Ergebnis dieses Prozesses: Es löst die Physio-

therapie von den Fachgebieten der klinischen Medizin, gibt ihr als Fundament die Grundlagenwissenschaften und orientiert ihre therapeutischen Interventionen an den Wirkorten «Bewegungssystem», «Funktionen innerer Organe», «Bewegungsentwicklung und -kontrolle» sowie «Erleben und Verhalten». Neben diesem Angebot zu einem neuen Paradigma wird die Physiotherapie zu Anfang dieses Jahrhunderts beeinflusst von der «International Classification of Functioning and Health (ICF)» (dem Pendant zur ICD-Klassifizierung des Arztes), von Strömungen, die mit den Begriffen Salutogenese, Autonomie und Selbstwirksamkeit des Patienten angedeutet werden können.

Seit 2001 steigt die Zahl der dualen Studiengänge und seit 2011 auch der ersten grundständigen Studiengänge an Fachhochschulen. Es ist zu hoffen, dass sich die physiotherapeutische Behandlung in näherer Zukunft nicht mehr am klinischen Fachgebiet oder am Krankheitsbild ausrichten wird, sondern an befund- und patientenorientierten Behandlungssituationen und dass die Behandlung aus dem Denken in Funktionszusammenhängen und Informationsnetzen resultiert. Ausserdem ist zu hoffen, dass durch methodenkritisches Denken Ordnung in das Technik-Chaos gebracht wird und der Therapeut sich nicht mehr fragt, mit welcher Technik dieses Krankheitsbild behandelt werden muss, sondern dass er fragt, welche Möglichkeiten habe ich, dem Patienten einen optimalen Weg zu vermitteln, seine individuellen Behandlungsziele zu erreichen.

Kontakt:

Antje Hüter-Becker
ehem. Chefredakteurin der pt –
Zeitschrift für Physiotherapeuten
Hollmuthstrasse 20
D-69151 Neckargemünd
E-Mail: antjehueter@googlemail.com

Literatur:

Hüter-Becker A. Wandel und Entwicklung krankengymnastischer Techniken und Indikationen in den letzten 25 Jahren. Z. Krankengymnastik, 12/1990, 1354–1357.
dies. Ein neues Denkmodell für die Physiotherapie. Z. Krankengymnastik, 4/1997, 565–569.
dies. Chronik des ZVK 1949–1999; Deutscher Verband für Physiotherapie.
dies. Geschichte der Physiotherapie. In: physiolehrbuch basis – Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten; 2004. Georg Thieme, Stuttgart.