3. Fall: Phosphoricum acidum: Stillprobleme/ totale Erschöpfung

Zur Vorstellung gelangt die Mutter K. gesegnet mit einem 5 Wochen alten Zwillingspärchen. Die Mutter muss rund um die Uhr stillen, ist nunmehr völlig kraftlos und ausgelaugt. Der Ehemann steht ihr vorbildlich zur Seite, was ihr aber in diesem Zustand nur bedingt hilft.

Spontanbericht

Der Ehemann berichtet über seine Frau, sie sei müde, leicht reizbar, an sich selbst zweifelnd, leide durch das häufige Stillen an einem Schlafmangel.

Die Mutter ergänzt hierzu, sie fühle sich: Entnervt, launisch, kraftlos, müde, hoffnungslos: „Ich sehe nicht das Licht am Ende des Tunnels“. Mit einem Rest von Humor meint sie in dem Zusammenhang:“Ich kann die Kinder ja an Zigeuner verkaufen.“

Gelenkter Bericht

Die Patientin berichtet von starkem Schwitzen und Schwäche in allen Bereichen (körperlich, seelisch, geistig).

Repertorisation nach Kent

Gemüt, Depression	u.a. Ph-ac. (2)
Gemüt, Unzufriedenheit	u.a. Ph-ac. (1)
Schwitzen, reichlich	u.a. Ph-ac. (3)
Allgemein, Müdigkeit	u.a. Ph-ac. (3)
Allgemein, Schwäche, stillende Frauen, bei	u.a. Ph-ac. (3)
Allgemein, Schwäche	u.a. Ph-ac. (3)

Materia Medica

In der Materia Medica von *Boericke* findet sich folgender prägnante Satz zum Arzneimittelbild von Phosphoricum acidum, der auf den vorliegenden Fall sehr gut passt: „…durch Stillen erschütterte Gesundheit“.

Therapie und Verlauf

Es folgte die Gabe von Phosphoricum acidum D 200 (Staufen) Globuli 2 x 5 pro Woche. Nach 3 Tagen rief die Patientin an und berichtet wörtlich: „Alles ist viel, viel besser“.

Nach 1 Woche fühlt sich die Patientin immer noch etwas schwach. Wir verordnen Phosphoricum acidum XM (Schmidt-Nagel) Globuli 1 x 5.

Literaturverzeichnis

1. **Kent J.T.:** Repertory of the Homeopathic Materia Medica, B. Jain Publishers, New Delhi, 2009.
2. **Boericke W.:** Materia Medica und Repertorium. Verlag Grundlagen und Praxis. Leer, 1986.
3. **Allen, H. C.:** Leitsymptome. Ulrich Burgdorf, Göttingen,1990.
4. **Schroyens, F.:** Synthesis, Repertorium homöopathikum syntheticum (Edition 7). Greifenberg, 1998.

Autoren

Burkard Erbe
Klassische Homöopathie
Im Kohlgarten 5
35781 Weilburg

Dr. Michael Hadulla
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Psychotherapie, Homöopathie
Weiterbildungsermächtigter für
Baden-Württemberg
Vizepräsident des ZAEN
Heiliggeiststraße 9, 69117 Heidelberg
Tel. 06221 162277
E-Mail: dr.hadulla@med-homoeopathie.de

Interessenkonflikt: Keiner

© Stadelmann Verlag Wiggensbach

Die Kasuistik von Ingeborg Stadelmann ist im Rahmen des Kurses ‚Phytotherapie für Ärzte (2012-2014) als geforderte schriftliche Prüfungsleistung abgegeben worden. Ingeborg Stadelmann war die einzige Hebamme des Kurses. Sie ist Autorin von Fachbüchern und hat sich als Aromatherapeutin einen Namen gemacht.

Phytotherapie bei vorzeitiger Wehentätigkeit - Eine Kasuistik aus der Hebammenpraxis

Ingeborg Stadelmann

Zusammenfassung

Eine 35-jährige Schwangere stellt sich in der 31. Schwangerschaftswoche in der Hebammenpraxis mit Bitte um Beratung vor. Bundesweit finden Beratungen durch Hebammen in ihren eigenen Praxen, integriert in Arztpraxen, angegliedert an eine klinische Einrichtung, in Geburtshäusern oder durch einen Hausbesuch statt. Immer mehr Ärzte arbeiten Hand in Hand mit Hebammen.
Die schwangere Frau ist sehr beunruhigt und verängstigt, da sie in der ersten Schwangerschaft wehenhemmende Medikamente mit entsprechenden Nebenwirkungen erhalten hatte. Sie bittet die Hebamme um Rat und Hilfe. Es erfolgt eine Beratung mit der Einleitung einer Kombinationsbehandlung mit Phytotherapie, Aromatherapie und Homöopathie. Nach dreitägiger Behandlung waren die vorzeitigen Wehen auf ein Minimum von fünf physiologischen Kontraktionen täglich reduziert. Sowohl auf die Gabe von Fenoterol als auch auf den stationären Aufenthalt konnte verzichtet werden. Die vorzeitige Wehentätigkeit konnte durch die genannten Methoden auf ein physiologisches Maß reduziert werden. Diese Form der Behandlung erfordert eine engmaschige Kontrolle durch Hausbesuche der Hebamme und einen guten Kontakt zwischen Arzt und Hebamme.

Abstract

A 35-year-old woman who is 31 weeks pregnant seeks the advice of her midwife, because she suffers from premature labor.
She is quite worried and frightened, because during her first pregnancy she had been given tocolytics that showed corresponding side effects. Her midwife starts a combined treatment with phytotherapy, aromatherapy, and homeopathy. After three days of treatment the premature labor is reduced to a minimum of five contractions per day. Neither the administration of Fenoterol nor a stay at the hospital became necessary. Through the methods mentioned above premature labour could be reduced to a physiological range.

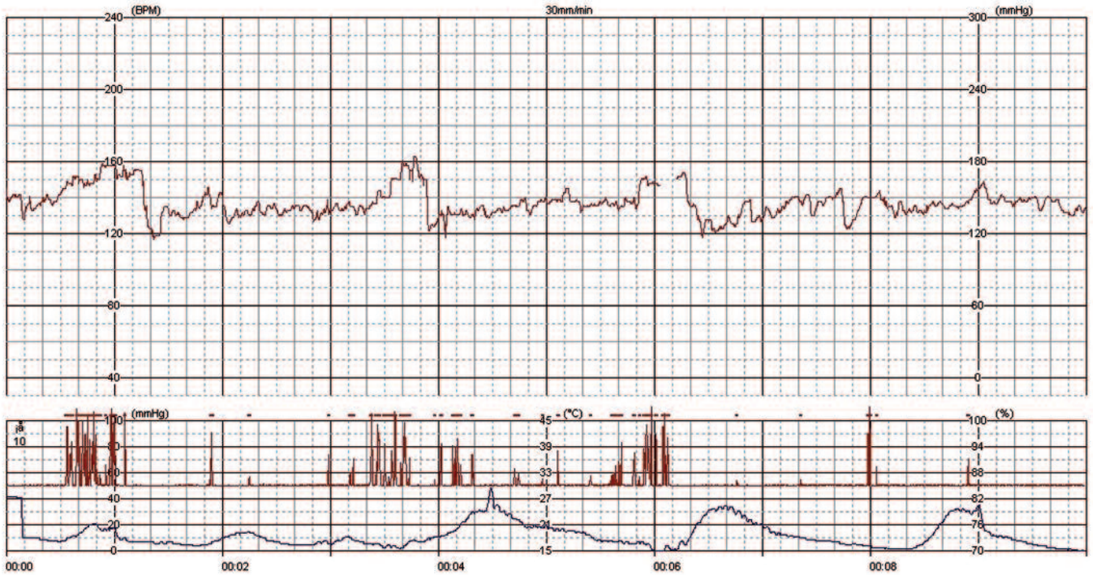

Abb. 1 CTG bei Aufnahme

Anamnese

Bei einer 35-jährigen IG/IIP wurde in der 31. Schwangerschaftswoche bei der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung eine verstärkte Kontraktionstätigkeit mit leichten Wehen im Abstand von 2-3 Minuten am Cardiotokogramm (CTG) aufgezeichnet (Abb. 1).
Es besteht Zustand nach Spontanpartus vor 18 Monaten. Wochenbett und Stillzeit verliefen unauffällig. Der Menstruationszyklus war regelmäßig. Als Kinderkrankheiten sind Masern, Mumps bekannt. Unverträglichkeiten und Allergien sind nicht bekannt. Mutter gesund, Vater verstarb an Herzinfarkt.
Die Schwangere macht sich große Sorgen, leidet zudem seit Wochen unter Schlafstörungen und will einen stationären Aufenthalt als auch tokolytische Medikamenten auf alle Fälle vermeiden, da sie in der ersten Schwangerschaft mit Nebenwirkungen von Fenoterol, Tachycardie, Zittrigkeit und Unruhe reagiert hatte. Sie hat niemanden, der ihr Kind (1 Jahr und 6 Monate) betreuen könnte. Der Ehemann ist noch acht Wochen im Auslandsarbeitseinsatz.

Untersuchungsbefund

Gynäkologische Untersuchung: Portio von 2,5 cm auf 2,0 cm verkürzt, zentriert, weich und für gut fingerdurchgängig. Ein Fruchtwasserabgang wurde nicht diagnostiziert. Schädellage, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne: 140-152/min Blutdruck, Gewicht, Urin, Labor: unauffällig. Die Diagnose des Arztes und der Hebamme lautete: Verdacht auf Frühgeburtsbestrebungen.

In der Hebammenpraxis wurde mit der Schwangeren folgende Therapie besprochen: Eine Kräuterteemischung zu gleichen Teilen aus Baldrianwurzel, Hopfenzapfen, Johanniskraut, Majorankraut, Melissenblättern, Thymiankraut sollte täglich drei Mal aufgebrüht werden. Drei Tassen sollten schluckweise lauwarm getrunken werden. Außerdem wurde die Schwangere gebeten, sich den Arzneitee aus Gründen der Qualitätssicherung in der Apotheke zubereiten zu lassen.
Als unterstützende, weitere Maßnahme kam eine Original-Stadelmann®-Aromamischung (Toko-Öl) aus der Apotheke zum Einsatz. Im Abstand von drei Stunden sollte die Schwangere in Form einer sanften Einreibung von der Symphyse zum Oberbauch die Aromamischung auf den Bauch auftragen, dabei das Becken hochlagern, und so lange es das Erstgeborene zulässt, auf dem Sofa liegen. Zusätzlich sollte die Schwangere das homöopathische Mittel *Viburnum opulus* in der phytochemisch wirksamen Niedrigpotenz D2 einnehmen und stündlich 5 Globuli auf der Zunge zergehen lassen.

1. Phytotherapie

Auf dem Gebiet der Geburtshilfe stehen derzeit keine Phytopharmaka zur Verfügung. Für einige Arzneidrogen, die auch im Bereich der Geburtshilfe eingesetzt werden können, stehen Monographien mit Wirksamkeitsnachweisen [1] zur Verfügung. Dabei ist eine gewisse Übertragbarkeit auf geburtshilfliche Indikationen gegeben, obwohl dies in den Monografien nicht vorgesehen ist. Beispiel: Die Indikation der Baldrianwurzel (*Valerianae radix*) bei Unruhezuständen sowie die dort aufgeführte spasmolytische und muskelrelaxierende Wirkung der in der Baldrianwurzel enthaltenen Valerensäure, wie sie aus traditionellen Anwendungsgebieten bzw. der Erfahrungsheilkunde bekannt ist, kann auch in der Geburtshilfe hilfreich sein [1].
Es gibt eine Evidenz für die Anwendungen

Echter Baldrian (Valeriana officinalis)

von Drogen in der Geburtshilfe durch die lange Tradition (traditionelle Anwendungsgebiete der Erfahrungsheilkunde). Als Beispiel kann das Majorankraut gelten [2], dessen Wirkungsnachweise im Sinne der evidenzbasierten Medizin noch ausstehen.

Majorankraut (Origanum majorana)

Majorankraut (*Origanum majorana*) wurde von der Kommission E negativ bewertet, da keine ausreichende Wirksamkeit belegt ist. Es wird vor einer topischen Anwendung von Majorankrautextrakt in Salben abgeraten [3, 4]. In der überlieferten Hebammen- und traditionellen Heilkunde wird Majoran dagegen eine anaphrodisische, uterusstärkende und entspannende Wirkung auf die gesamte glatte Muskulatur zugeschrieben [5]. Dementsprechend wird Majorankraut auch in der Fachliteratur empfohlen [6]. Ebenso wird ein karminativer Effekt bestätigt. [1, 4, 6] Dieser ist auch in der Schwangerschaft von Bedeutung, denn eine Obstipation kann schnell zu einer übermäßigen Kontraktionsbereitschaft der Gebärmutter führen. Wichtig ist außerdem, dass Origanum majorana nicht mit Origanum vulgare (wilder Dost) verwechselt wird. Dieser wird schon im Lehrbuch der biologischen Heilmittel von Madaus (1938) als emmenagog beschrieben.

Hopfenzapfen (*Lupuli strobulus*) werden sowohl traditionell als auch in der wissenschaftlichen Fachliteratur [1] als sedativ und schlaffördernd beschrieben.
Johanniskraut (*Hypericum performatum*) ist gemäß der Monografien [1] bei psychovegetativen Störungen und Angstzuständen wirksam. Melissenblätter (*Melissa officinalis*) wirken beruhigend, spasmolytisch und karminativ. [1] Im Tee gelten sie insbesondere auch als ein wichtiges Geschmackskorrigens.
Thymiankraut (*Thymus vulgaris*) wirkt sowohl bronchospasmolytisch als auch spasmolytisch [1]. Generell gilt: Heilkräutertees werden zuverlässiger getrunken, wenn sie auch wohlschmeckend sind.

Melissenblätter (Melissa officinalis)

2. Ätherische und fette Öle in der Aromamischung

Als ätherische Aromamischung steht Toko-Öl als ein Fertig-Kosmetikprodukt auf dem Markt zur Verfügung. Es enthält folgende Komponenten: Lavendel-, Linaloeholz-, Linaloefrucht-, Rosenholz- und süßes Majoranöl in fettem Mandel, Nachtkerzen- und Weizenkeimöl.
Ätherische Öle sind hochwirksame Konzentrate und müssen immer in verdünnter Form verwendet werden [7]. Die Anwendung hat als kosmetisches und unterstützendes Hautpflegeprodukt den Vorteil, dass die Frau sich hierzu in eine Ruheposition begeben muss, sich ihren Beschwerden – den vorzeitigen Wehen – und vor allem ihrem Kind zuwendet und im wahrsten Sinne des Wortes das Geschehen selber in die Hand nehmen kann. Mit liebevollen Einstreichungen von der Symphyse zum Oberbauch – niemals in umgekehrter Richtung, um eine massierende und somit wehenverstärkende Wirkung zu vermeiden! – gelangt die Ätherische-Fett-Ölmischung durch perkutane Resorption in den Blutkreislauf. Die Wirkung der ätherischen Öle tritt bereits bei geringen Dosierungen auf. Zum einen durch den Duft der ätherischen Öle, also über das Riechsystem und somit auch die psychische Ebene, zum anderen durch die lokale Anwendung [8, 9]. Die Öle ziehen relativ rasch ein und die Anwendung kann nach wenigen Stunden wiederholt oder auch nach Bedarf durchgeführt werden. Mischungen aus mehreren ätherischen Ölen und deren synergistische Wirkung haben sich in der Aromatherapie seit über 25 Jahren bewährt [7]. Entscheidend in der Aromatherapie ist eine Dosierung, die bei Einreibungen meist bei einer Dosis zwischen 1-3% liegt. Die ätherischen Öle werden hierzu in hautfreundliche, native Pflanzenöle eingemischt.

Lavendel (Lavandula angustifolia)

© Stadelmann Verlag Wiggensbach

Lavendelöl (*Lavandula angustifolia*) und seine Komponenten (Linalool, Linalyacetat, α-und β-Pinen, 1,8-Cineol) verursachen eine Reduzierung der Uterusaktivität bei Kontraktionen [10]. Hier muss jedoch zwingend darauf geachtet werden, dass das Öl nicht mit dem wehenfördernden, kampferhaltigen Lavandin (*Lavandula hybrida*) oder Speiklavendel (*Lavandula latifolia*) verschnitten wurde. Vom Hersteller müssen entsprechende Qualitätsanalysen vorliegen. Studien zu in-vitro-Anwendungen von Lavendelöl und dessen Wirkung auf die Gebärmutter zeigen eine Abnahme der Intensität der Kontraktionen.
Süßes Majoranöl (*Origanum majorana*): Spontane Kontraktionen in Uteruszellen der Ratte wurden geringer, wenn das ätherische Öl in vitro angewendet wurde [10]. Hier ist sehr wichtig, dass keine Verwechslung mit Oreganumöl (Wilder Dost [*Origanum vulgare*]) vorliegt, denn dieses enthält 60-70% Carvacrol, gegenüber dem spanischen Majoranöl, das fast frei von Phenolen ist [11].
Rosenholzöl (*Aniba roseadora*): Spontane Kontraktionen im Uterus der Ratte wurden geringer, wenn das Öl in vitro angewendet wurde [10].
Linaloeholzöle (Bursera penicillata) enthalten nahezu dieselben Wirkstoffe wie Rosenholzöl. Das Öl der Linaloefrucht weist einen hohen Anteil an Monoterpenester Linalylacetat von 41-53% [12] auf. Diesem Inhaltsstoff wird ein spasmolytischer Effekt zugeschrieben [10].
Pflanzenöle: Die im Toko-Öl als Basis verwendeten fetten Pflanzenöle wie Mandel-, Nachtkerzen- und Weizenkeimöl stammen aus nativer Pressung und sind reich an ungesättigten Fettsäuren. Weizenkeimöl enthält zusätzlich reichlich Vitamin E, was der Elastizität von Haut und Muskulatur zusätzlich dienlich ist [12].

3. Viburnum opulus D2 als wehenhemmende homöopathische Arznei

Für den gemeinen Schneeball (*Viburnum opulus*) liegt eine positive Monographie der Kommission D zur Behandlung von schmerzhafter Menstruationsblutung vor [13]. In der traditionellen Medizin wird Viburnum opulus mit krampflösender Wirkung und zur Verhinderung von Fehl- und Frühgeburten erwähnt und heute in Deutschland breit dafür verwendet. Dennoch ist bis heute nicht bekannt, welcher Wirkstoff für den krampflösenden Effekt auf die Gebärmutter verantwortlich ist [14]. Auch liegen keine klinischen Studien vor, die die Wirksamkeit bei vorzeitiger Wehentätigkeit aufzeigen würde.
In der homöopathischen Materia medica und in der Hebammen-Fachliteratur wird die wehenhemmende Wirkung von Viburnum opulus in tiefsten Potenzen beschrieben. Die Verwendung von D2 ist der deutliche Hinweis, dass es sich hier noch um eine phytotherapeutische Arzneiwirkung handelt.

Verlauf

Bereits am ersten Tag nach Therapiebeginn erklärt die Schwangere beim Hausbesuch der Hebamme, dass die Abstände der Kontraktionen größer geworden sind, und dass sie vor allem gut geschlafen hat. Erfreulicherweise hatte auch das Erstgeborene eine ruhige Nacht. Beim Abtasten des Uterus und der Herztonkontrolle ertastet die Hebamme eine leichte Kontraktion innerhalb von 20 Minuten. Die Frau nimmt weiterhin Viburnum opulus, tagsüber zweistündlich und nachts, wenn sie aufwacht. Sie streicht weiterhin alle drei Stunden den Bauch mit der Aromamischung ein, ruht viel und trinkt den Arzneitee.
Am Tag drei der Behandlung sind die Kontraktionen für die Frau nicht mehr spürbar, sie ist zuversichtlich und hat weitere Hilfe aus der Nachbarschaft angenommen. Die Situation scheint entspannt. Viburnum opulus wird dreistündlich weiter eingenommen, das Öl morgens, mittags, nachmittags und vor dem Zubettgehen eingestrichen. Vom Tee werden unverändert drei Tassen lauwarm schluckweise getrunken.
Am Tag vier sind keine nennenswerten Kontraktionen mehr zu beobachten, wie die Hebamme bestätigt.
Eine weitere Untersuchung und ein Kontroll-CTG beim Arzt nach einer Woche sind unauffällig, der Untersuchungsbefund lautet: VGT weit über Beckeneingang, Portio gut 2,0 cm, druckfrei exzentrisch, derbe Konsistenz, äußerer MM fingerdurchgängig. Die homöopathische Arznei wird nun fünfmal täglich eingenommen, das Öl dreimal am Tag eingerieben, auch der Tee wird weiterhin getrunken.
Die Hebamme und Schwangere bleiben im Kontakt. Nach weiteren zwei Wochen können aufgrund von Symptomfreiheit alle Präparate abgesetzt. Die Frau schläft gut, hat gelernt, sich Ruhe zu gönnen, Hilfe anzunehmen und ist zuversichtlich.
Die Schwangerschaft verläuft unauffällig. 3 Tage nach dem errechneten Termin gebärt die Frau ein Mädchen, spontan und gesund.

Diskussion

Verstärkte Kontraktionen in einer Schwangerschaft benötigen immer besondere Aufmerksamkeit, wenn gleich deren Beginn von der werdenden Mutter nicht immer als schmerzhaft oder akut erkannt wird. Um eine zielgerichtete Beratung durchführen zu können, muss nach der Ursache geforscht werden. Für eine vorzeitige Wehentätigkeit sind meist Ängste, Schlafstörungen und Stress verantwortliche Faktoren [6].
Eine Beruhigung des Zustandes muss innerhalb kurzer Zeit erreicht werden, da ansonsten eine stationäre Behandlung mit wehenhemmenden Infusionen mit Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Partusisten®) erfolgen müssen [6].
Phytopharmaka stehen nicht zur Verfügung. Auf evidenzbasierte Studien im Bereich der Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit kann kaum zurückgegriffen werden, da sie aus nachvollziehbaren Gründen als unethisch zu betrachten sind und demnach nicht durchgeführt werden können. Hier gilt es, sich an der Evidenz durch Tradition zu orientieren. Umfragen haben ergeben, dass sich die Hebammen zunehmend die Einbeziehung dieser Therapien in ihren Arbeitsalltag wünschen...
Hebammen greifen auf überliefertes, erfahrungsheilkundliches Wissen zurück. Insbesondere wird die wissenschaftlich belegbare Wirksamkeit von ätherischen Ölen [8, 9, 12] genutzt, die sich gut übertragen lässt auf viele Indikationen rund um die Geburtshilfe. Immer häufiger nutzen Hebammen die klassische Hochpotenz-Homöopathie oder aber – wie in diesem Fall – zur bewährten,

wirkstoffbezogenen Tiefpotenz-Homöopathie von Viburnum opulus D 2 [15, 16]. Letztere kann phytochemisch auch als pflanzliches Arzneimittel bezeichnet werden. Unklar wird bleiben, was aus dem angebotenen Therapiefundus der Hebamme tatsächlich zum Erfolg geführt hat.

Durch den Arzneitee, das kosmetische Hautpflegeprodukt und die homöopathische Arznei und deren geringe Kosten (insgesamt ca. 20 Euro) wurden weder die Schwangere noch die Krankenversicherung (Kosten der Hebammenleistung ca. 60 Euro) belastet. Außerdem konnten wesentlich höhere Kosten durch einen stationären Aufenthalt für das Gesundheitssystem eingespart werden. Nicht aufzurechnen ist zudem die ausgebliebene familiäre und psychische Belastung für die Mutter, für das Erstgeborene und den Vater.
Wie die Kasuistik zeigt, kann unter Zuhilfenahme von Phytotherapie und in diesem Falle niedrigpotenzierter Homöopathie eine rechtzeitig erkannte, frühzeitige Wehentätigkeit erfolgreich zum Stillstand kommen. Dabei ist ein regelmäßiger Hebammenkontakt erforderlich. Dieser verleiht der werdenden Mutter nicht nur Sicherheit, sondern gewährleistet eine fachgerechte Versorgung und Kontrolle der Situation. Unter ganzheitlicher Betrachtung und Beratung wendet sich eine kurzfristige akute Situation wieder zur Normalität. Das Ziel sollte immer sein, die Mutter nicht zu verunsichern, sondern sie in ihrer Eigenständigkeit zu unterstützen und ihre Kompetenz zu nutzen und zu stärken. Eine enge Kooperation zwischen Arzt und Hebamme sollte zum Wohle der schwangeren Frau immer angestrebt werden.

Interessenkonflikt: Das Toko-Öl ist eine Rezeptur der Autorin und wird als Kosmetikprodukt über die Bahnhof-Apotheke Kempten vertrieben.

Literatur

1 **Schilcher H, Kammerer S, Wegener T:** Leitfaden Phytotherapie (4. Aufl.). Urban & Fischer, München 2010.
2 **Willfort R:** Gesundheit durch Heilkräuter. Tranner, Linz 1959.
3 Origanum majorana. Monographie BGA/BfArM (Kommission E). Bundesanzeiger vom 2.12.1992, Heft 226, ATC-Code: R07AX.
4 **Meyer-Buchtela E:** Tee-Rezepturen: ein Handbuch für Ärzte und Apotheker. Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart 2001.
5 **Heinz U:** Das Handbuch der modernen Kräuterheilkunde. Bauer Verlag, Freiburg 1984.
6 **Feige A, Gerhard I:** Geburtshilfe integrativ. Urban & Fischer, München 2005.
7 **Beer AM, Matreitz T:** Zur Anwendung ätherischer Öle im Krankenhaus – Ergebnisse einer Umfrage. Zeitschrift für Phytotherapie. 2013; 34:158-163.
8 **Teuscher E:** Wirkungsmechanismen ätherischer Öle. Forum Aromatherapie, Aromapflege, Aromakultur 36 (2010).
9 **Teuscher E:** Wirkungsmechanismen ätherischer Öle. *In*: Steflitsch W, Buchbauer G, Wolz D (Hrsg.): Aromatherapie in Wissenschaft und Praxis. Stadelmann Verlag, Wiggensbach 2013. S.18-24.
10 **Maria Lis-Balchin:** Aromatherapy Science. A guide for healthcare professionals. Pharmaceutical Press2006. London. S. 48, 225, 246, 300-301.
11 **Wabner D, Beier C (Hrsg.):** Aromatherapie. Urban & Fischer. 2. Aufl. München 2012.
12 **Steflitsch W, Buchbauer G, Wolz D (Hrsg.):** Aromatherapie in Wissenschaft und Praxis. Stadelmann Verlag, Wiggensbach 2013.
13 Viburnum opulus. Monographie BGA/BrArM (Kommission D). Bundesanzeiger Nr. 190a vom 10.1.1985.
14 **van Wyk BE, Wink C, Wink M:** Handbuch der Arzneipflanzen. 2. Aufl. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2004.
15 **Murphy R:** Klinische Materia Medica. Narayana, Kandern 2008.
16 **Stadelmann I:** Homöopathie im Hebammenalltag (2. Aufl.). Stadelmann Verlag, Wiggensbach 2010.

Autor

Ingeborg Stadelmann
Hebamme, Referentin
Nesso 8
87487 Wiggensbach

Email:
ingeborg.stadelmann@hebamme-stadelmann.de

© Stadelmann Verlag Wiggensbach

Physiotherapie – auch und gerade im Alter

Rainer Brenke

© Fotolia.de

Ursprung der ärztlichen Physiotherapie

Naturheilverfahren und Physiotherapie haben viel mehr gemein, als man bei oberflächlicher Betrachtungsweise glauben mag. Zunächst einmal ging der heutige Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin aus dem ehemaligen Facharzt für Physiotherapie der ehemaligen DDR hervor – wenn heute auch mit einem anderen Selbstverständnis und modifizierten Aufgaben. Bei seiner Gründung im Jahr 1956 hieß das Fachgebiet ursprünglich ‚Physikalische und diätetische Therapie' (‚Natürliche Heilweisen') und wurde 1962 in ‚Physiotherapie' umbenannt. Dabei war man sich den Traditionen der Naturheilverfahren zwar durchaus bewusst, wollte aber eine Identifikation mit der Naturheilkunde und biologischen Medizin im Dritten Reich vermeiden (z.B. *Alfred Brauchle*). Ein geschickter Schachzug war dabei, dass es sich bei ‚Physiotherapie' um eine wörtliche Übersetzung von ‚Natürliche Heilweisen' handelte. Dementsprechend wurde das Spektrum des Facharztes recht breit gesehen und ging weit über die physikalische Therapie hinaus. Ärztliche ‚Physiotherapie' und ‚Naturheilverfahren' sind somit in vielem deckungsgleich, wenngleich es im Bereich der Naturheilverfahren auch Gebiete gibt, die von ‚Physiotherapie' nur teilweise abgedeckt werden (Beispiel: Phytotherapie). Von dem ärztlichen Fachgebiet abzugrenzen sind die ‚Praktiker' der Physiotherapie, also Physiotherapeuten, Krankengymnasten und Masseure. 1992 wurde dann schließlich für ganz Deutschland der ‚Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin' eingeführt. Daneben existierten und existieren die Zusatzbezeichnungen ‚Naturheilverfahren', ‚Physikalische Therapie' und ‚Balneologie'.

Besonderheiten von Physiotherapie

Die Beliebtheit von Naturheilverfahren und Physiotherapie ist auch der Tatsache geschuldet, dass deren Methoden oft mit unmittelbarer Zuwendung, auch Berührung verbunden sind. Jedes Therapiemittel hat somit mindestens drei Wirkungsebenen:

- Die unmittelbare physiologische Wirkung,
- einen psychosomatischer Wirkungseffekt (Zuwendung, Empathie),
- Placebo-Effekt.

Der zweite Aspekt fehlt weitgehend bei der konventionellen Pharmakotherapie, weshalb man hypothetisch davon ausgehen kann, dass eine naturheilkundliche bzw. physiotherapeutische Anwendung bei gleicher physiologischer Wirkung wie ein Medikament wirksamer ist. Ältere Menschen leben oft allein, was ihre sozialen Kontakte reduziert. Körperliche Kontakte wie Berührung fehlen oftmals. Auch dies kann ein Grund (wenn auch nicht der Haupt-Grund) sein, Physiotherapie zu verordnen.

Eine Besonderheit des Alters ist, dass sich Erkrankungen häufen, die physiotherapeutischen Behandlungen gut zugänglich sind. So verwundert es nicht, dass ein Großteil der physiotherapeutischen Verordnungen die Senioren betrifft. Dabei sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Heilmittel in den letzten Jahren ständig angestiegen. Allerdings betrifft das in erster Linie die Ergotherapie, die Ausgaben für Krankengymnastik und Physiotherapie stagnieren hingegen. Neben dem allgemeinen Kostendruck, den Vorgaben des Heilmittelkatalogs, Budgetierungen und Angst vor Regressen mag das zum Teil daran liegen, dass den ‚passiven Therapien' im Gegensatz zu den ‚aktiven Therapien' (Krankengymnastik, Ergotherapie) mangels ausrei-