natur med
Fachbuch-Blog

Bucher-Dollenz, G / Wiesner, R. Maitland

zum Bestellen hier klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München
Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157
Email: info@naturmed.de, Web: http://www.naturmed.de

Inhaltsverzeichnis

1 Geschichte des Maitland-Konzeptes 2

Robin Blake

1.1 Manipulation im 20. Jahrhundert . . 2
1.2 G.D. Maitland – frühe Entwicklung der Manuellen Therapie in Australien 2
1.3 Erste Fachbücher 3
1.4 Entwicklung des Konzeptes in der Hermitage 4
1.5 Entwicklung des Kurssystems in der Hermitage 5
1.6 Ausbildungskurse für Instruktoren . 6
1.7 International Maitland Teachers Association (IMTA) 7
1.8 G.D. Maitland – ein kurzes persönliches Profil 7
1.9 Überblick zur Entwicklung des Maitland-Konzeptes 8

2 Das Maitland-Konzept heute 14

2.1 Was bietet das Konzept Patienten und Therapeuten? 14
Renate Wiesner

2.1.1 Patienten 14
2.1.2 Therapeuten 15

2.2 Konsequente Orientierung am Denkmodell „Brickwall“ 15
Elly Hengeveld

2.2.1 Entwicklung des Denkmodells 15
2.2.2 Symptome und Zeichen – physiotherapeutische Diagnose 16
2.2.3 Denkmodell Brickwall und Clinical Reasoning 17
2.2.4 Zeitgemäße Bedeutung des Denkmodells Brickwall 18
Definitionen Physiotherapie, physiotherapeutische Diagnose 18
Bewegungskontinuum und ICF/ICD . . 18
Denkmodell Brickwall und Phänomenologie: Krankheitserleben – Gesundheitserleben 19
Denkmodell Brickwall in der Forschung: theoretisch und klinisch, qualitativ und quantitativ 19
Vorteile des Denkmodells Brickwall . . 20

2.3 Kontinuierliches analytisches Vorgehen – Assessment und Clinical Reasoning 20
Elly Hengeveld

2.3.1 Denkmodelle und Paradigmen 21
2.3.2 Prozessarbeit der Physiotherapie 21
2.3.3 Formen von Assessment 22
Erstanalyse 22
Wiederbefund 23
Assessment während der Behandlung 24
Retrospektives Assessment – Standortbestimmungen 24
Schlussanalyse in der abschließenden Phase des therapeutischen Prozesses . 24
2.3.4 Clinical Reasoning 25
Prozedurales Reasoning. 25
Interaktives Reasoning 25
2.3.5 Prozedurales Reasoning – Hypothesen und Muster 26
Hypothesen bilden und prüfen 26

Hypothesen kategorisieren 26
Klinische Muster entwickeln 28
2.3.6 Fazit 28

2.4 Bewegungsdiagramm 29
Pierre Jeangros und Renate Wiesner

2.4.1 Ziele des Bewegungsdiagramms 29
2.4.2 Konstruktion des Bewegungsdiagramms 29
Bewegungsdiagramm: Schmerz (P) steht im Vordergrund 30
Bewegungsdiagramm: Widerstand (R) steht im Vordergrund 30
Bewegungsdiagramm: Schmerz (P) und Widerstand (R) 30
Bewegungsdiagramm: Schutzspasmus (S). 32
Bewegungsdiagramm: Hypermobilität (H) 33
Fazit 33

2.5 Behandlung durch passive Bewegung in unterschiedlichen klinischen Situationen 34
Pierre Jeangros und Gerti Bucher-Dollenz

2.5.1 Technik der passiven Mobilisation im Maitland-Konzept 34
2.5.2 Prinzip der Bewegungsrichtungen . . . 35
Mobilisation mit passiven physiologischen Bewegungen. 35
Mobilisation mit Zusatzbewegungen . 35
Kombination von physiologischen Bewegungen mit einer Zusatzbewegung. 36
2.5.3 Grade der Bewegung 36
2.5.4 Mobilisationsvarianten 37
2.5.5 Kriterien für die Auswahl von Techniken 38
Beschreibung von Aktivitäten 38
Klinische Kategorien. 38
Schmerzmechanismen 39
Körperstruktur bzw. Gewebe 40
Biomechanische Aspekte. 40
Ärztliche Diagnose. 41
Fazit 42

2.6 Miteinbeziehung der neuralen Strukturen 42
Gerti Bucher-Dollenz und Hugo Stam

2.6.1 Klinische Hinweise für eine neurale Beteiligung 43
2.6.2 Prinzip der Differenzierung 44
2.6.3 Physische Untersuchung neuraler Strukturen 45
Neurologische Untersuchung 45
Neurodynamische Tests 45
Palpation der peripheren Nerven 47
2.6.3 Therapie neuraler Strukturen 47
Indirekte neurale Mobilisationen 49
Direkte neurale Mobilisationen 50

3 Praxisrealisation: Anwendung des Konzeptes. 56

Pieter Westerhuis und Renate Wiesner

3.1 Clinical Reasoning und Hypothesenkategorien 56

3.2 Subjektive Befragung (Anamnese) . 58

3.3 Hauptproblem und Körpertabelle . 58
3.3.1 Verhalten der Symptome 59
3.3.2 Spezielle Fragen 59
3.3.3 Geschichte 60

3.4 Funktionsuntersuchung 60
3.4.1 Planung 60
3.4.2 Aktuelle Symptome und Inspektion . . 61
3.4.3 Funktionelle Demonstration 61
3.4.4 Aktive Bewegungen 62
3.4.5 „Wenn-notwendig-Tests“ 62
3.4.6 Neurologische Untersuchung 63
3.4.7 Neurodynamische Untersuchung . . . 63
3.4.8 Passive physiologische intervertebrale Bewegungen (PPIVMs) 64
3.4.9 Passive akzessorische intervertebrale Bewegungen (PAIVMs) 64

3.5 Behandlung und Management 67
3.5.1 Behandlungsplan 67
3.5.2 Gelenkmobilisationen 68
3.5.3 Aktivitäten 70
Wechsel von Ausgangsstellungen als gemeinsame Problemlösung 107
Aktive Veränderung des Alignment in verschiedenen Haltungen 108
Fazilitation 108

Behandeln veränderter Körperstrukturen 109
Behandeln neuromuskulärer Probleme 109
Beispiele in den einzelnen Phasen der Rehabilitation 109
3.2.5 Evaluation 122

4 Bedeutung des Konzeptes aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive 74

Veronika Schöb Mezzanotte

4.1 Was ist Gesundheit? 74
4.1.1 Biopsychosoziales Modell 75
Maitland-Konzept 75
Biopsychosoziales versus biomedizinisches Modell 76
Maitland-Konzept 77
Fazit 77
4.1.2 Salutogenese 77
Maitland-Konzept 78
Fazit 78
4.1.3 Patientenzentrierter Ansatz 79
Maitland-Konzept 79
Fazit 80
4.1.4 Anwendung gesundheitswissenschaftlicher Modelle im Maitland-Konzept . . 80
Vorbereiten der Anamnese 80
Welche Systeme gibt es und wie verändern sie sich? 80
Über welche Ressourcen verfügt der Patient? 81

4.2 Wie lässt sich Gesundheit klassifizieren? 82
4.2.1 Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 83
4.1.1 Anwendung der ICF im Maitland-Konzept 85
Definition der Probleme mithilfe der ICF 86
Physiotherapeutische Diagnose und weitere Therapie mit der ICF 87
Maitland-Konzept 88

4.3 Weiterentwicklung des Maitland-Konzeptes im Hinblick auf gesundheitswissenschaftliche Aspekte 88
4.3.1 Miteinbeziehung und Beteiligung der Patienten 88
4.3.2 Qualitative Forschung 90
4.3.3 ICF 91

5 Forschung zum Konzept 98

Harry J.M. von Piekartz

5.1 Von der klinischen Evidenz zur evidenzbasierten Medizin 98

5.2 Evidenzbasierte Medizin und Evidenzstufen 99

5.3 Frühzeitige wissenschaftliche Untermauerung des Maitland-Konzeptes 100
5.3.1 Priorität der Bewegungsanalyse 101
5.3.2 Klassifizierung der klinischen Testverfahren 101
5.3.3 Multitestergebnisse 101
5.3.4 Probebehandlung 101
Fazit 102

5.4 Einige Beispiele von höchster Evidenz in Manueller Therapie 103
5.4.1 Literaturreviews 103
Effectiveness of hand therapy interventions in primary management of carpal tunnel syndrome: a systematic review (Muller 2004) . . . 103
Effectiveness of rehabilitation for patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review (Michener et al. 2004) 104
Manual therapy for mechanical neckdisorders: a systematic review (Gross et al. 2002) 104
Manual therapies in myofacial trigger point treatment: a systematic review (De Las Penas et al. 2005) 104

A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training and biofeedback in the management of temporomandibular disorder (Medicott et al. 2006) 104
Fazit 105
5.4.2 Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) 105
The initial effects of a cervical spine manipulative physiotherapy treatment on the pain and dysfunction of lateral epicondylalgia (Vicenzino et al. 1996) 105
Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial (Deyle et al. 2000) 105
Randomized controlled trial of exercises and manual therapy for cervicogenic headache (Jull et al. 2002). 106
Immediate effects of thoracic manipulation in patients with neck pain: a randomized clinical trial (Cleland et al. 2005) 106

5.5 Qualitative Forschung – Paradigmenwechsel in der Manuellen Therapie? 106

6 Blick ins Ausland 110

Renate Wiesner

6.1 Internationale Verbreitung 110
6.1.1 Schweiz 110
6.1.2 Deutschland 112
6.1.3 Österreich 112
6.1.4 England 113
6.1.5 Italien 113
6.1.4 Niederlande 114
6.1.5 Finnland 114
6.1.6 Spanien 115
6.1.7 Dänemark 115
6.1.8 Ungarn 115

6.2 Zukunftspläne 116

Anhang 119

Glossar 120

Hinweise auf die Weiterbildung 122

Gerti Bucher-Dollenz

Qualitätssicherung der IMTA 122
Orthopaedic Manipulative Therapy: OMT-Qualifikation 122
Masterstudiengänge 125

Sachverzeichnis 126

Vorwort

Die Idee, im Rahmen der Buchreihe T*herapiekonzepte in der Physiotherapie* das Maitland-Konzept vorzustellen, hat uns sofort begeistert. In Zukunft wird es immer mehr zu einer Verschmelzung der einzelnen Konzepte kommen und gerade deshalb erscheint es uns wichtig, die konzeptionelle, theoretische Fundierung, die Prinzipien, die Methoden und die Techniken des Mailtand-Konzeptes zusammenfassend zu dokumentieren. Das Maitland-Konzept hat seit seiner Entwicklung in den 50er Jahren die Physiotherapie maßgebend beeinflusst. Viele Physiotherapieausbildungen, vor allem im angelsächsischen Raum, wenden die Prinzipien, Methoden und Techniken aus dem Maitland-Konzept an. Aus Feedback von Kursteilnehmern wissen wir, dass das Konzept eine große Hilfe bei der Analyse und Behandlung von individuellen Patientenproblemen ist.

Das Maitland-Konzept ist ein manualtherapeutisches Konzept und somit ein Spezialgebiet der Physiotherapie für das Management von neuromuskulo-skelettalen Bewegungsdysfunktionen. Wir sind alle herausgefordert, den Spagat zwischen den Ansprüchen der Wissenschaft, der Kostenträger, dem evidenzbasierten Vorgehen und dem individuellen Problem des Patienten und seinen Ansprüchen auszuführen. Für G.D. Maitland ist die geistige Beweglichkeit des Therapeuten eine Grundvoraussetzung, um diesen Spagat möglichst elegant und effektiv zu beherrschen. Maitland legt Wert auf sorgfältige und umfassende Untersuchung, die zur genauen Anwendung von Bewegungsbehandlungen führt. Die Beurteilung des Effekts solcher Behandlungen auf den Patienten, bildet die Basis für moderne klinische Verfahrensweisen. Die Definition von EBP (Integration von bester Evidenz aus Forschung mit klinischer Expertise und individuellen Patientenwerten) entspricht genau der Vorgehensweise im Mailtand-Konzept. Das Denkmodell Brickwall, bildet die Basis für dieses Vorgehen und für das heutige Clinical Reasoning.

Der Leser, der sich mit den Alleinstellungsmerkmalen des Konzeptes befasst, wird schnell klar, welcher Reichtum an Grundlagen im Maitland-Konzept verborgen ist. Diese werden im Kapitel 2 dargestellt und sollen aufzeigen, was die Einzigartigkeit des Konzeptes ausmacht und inwiefern sich das Konzept von anderen abgrenzt.

Dieses Buch soll dem interessierten Physiotherapeuten helfen, möglichst schnell einen Einblick in die Prinzipien, Methoden und Techniken des Konzeptes zu erhalten.

Es eignet sich auch ausgezeichnet für Physiotherapeuten in der Ausbildung, Berufsanfänger oder auch anderen Berufsgruppen zur Orientierung.

Die inhaltliche Gliederung entspricht den anderen Büchern dieser Reihe und stellt sich folgendermassen dar:

- Im Kapitel 1 werden die geschichtlichen Hintergründe des Konzeptes dargestellt
- Im Kapitel 2 schildern wir das Konzept heute mit der Darstellung der Alleinstellungsmerkmale
- Im Kapitel 3 wird gezeigt, wie das Konzept am Beispiel eines Patienten angewandt wird
- Im Kapitel 4 geht es um die Bedeutung des Maitland-Konzeptes aus gesundheitswissenschaftlichen Perspektive
- Im Kapitel 5 wird dargestellt, welchen Bezug das Konzept zur Forschung hat
- Im Kapitel 6 wird mit einem Blick ins Ausland dargestellt, wie sich das Konzept verbreitet hat und wie es sich heute vor allem in Europa darstellt
- Im Anhang findet der Leser alles Wesentliche über das Kurssystem und die Aus- und Weiterbildung

Die Basisprinzipien dieses Konzeptes sind aktueller als je zuvor. Es wird immer weiter verfeinert und an die jeweiligen Anforderungen angepasst. Das Maitland-Konzept gehört zu den großen und bedeutenden Strömungen in der Manuellen Therapie. Mit diesem Buch wollen wir dokumentieren, wo wir

heute stehen und wohin wir uns weiter entwickeln wollen.

Es ist uns gelungen mehrere Autoren für dieses Buch zu gewinnen, erst das hat es möglich gemacht die einzelnen Kapitel durch Spezialisten zu beleuchten. Wir möchten an dieser Stelle unseren Autoren herzlich danken, für Ihre spontane Zusage und für die engagierte Mitarbeit an diesem Buch.

Herzlichen Dank an Dorothee Richard für ihren Input durch die redaktionelle Bearbeitung und an Rosi Haarer-Becker vom Thieme Verlag für ihre stets unterstützende und aufmunternde Betreuung.

Gerti Bucher-Dollenz und Renate Wiesner

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 312(7023), 71-72.

des Kurses einen handgeschriebenen Dankesbrief (letter of thanks).

1.9 Überblick zur Entwicklung des Maitland-Konzeptes

Tab. 1.1 und Tab. 1.2 zeigen die Entwicklung des Maitland-Konzeptes und des damit verbundenen Kurssystems.

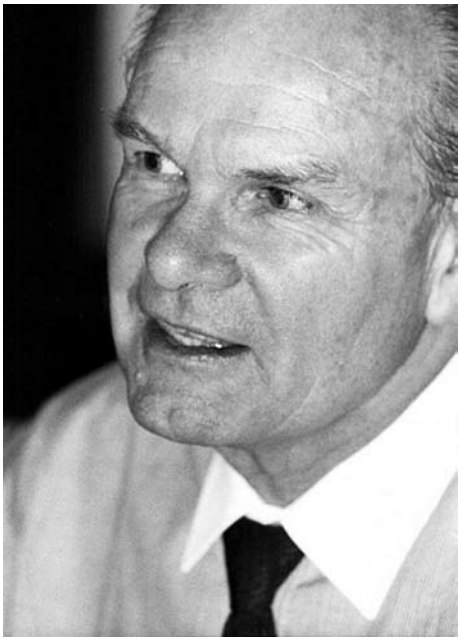

Abb. 1.7 G.D. Maitland 1988 in der Hermitage (Foto: Pierre Jeangros privat).

Tab. 1.1 Stationen und Entwicklung des Maitland-Konzeptes

Jahr	Ereignis
1951	*Maitlands erste Anstellung:* Maitland beginnt in einer physiotherapeutischen Privatpraxis. Er erkennt, dass eine effektive Behandlung von einer detaillierten Untersuchung und einem kontinuierlichen Assessment aller angewandten Techniken abhängt, um für den Patienten von Nutzen zu sein. Er ist zunehmend davon überzeugt, dass die Manuelle Therapie, die zu dieser Zeit keine Selbstverständlichkeit ist, Teil der Behandlung von muskuloskelettalen Störungen sein sollte.
1960	*Studienreise*: Geoffrey und Anne Maitland unternehmen eine Studienreise durch Großbritannien und die USA, auf der sie Ärzte und Therapeuten besuchen, die bereits Erfahrungen mit der Manuellen Therapie gesammelt haben. Dieses „Abenteuer" hilft Maitland, einige seiner Ideen zu formulieren, die später als das Maitland-Konzept bekannt wurden. *Untersuchung und Mobilisation*: Im Anschluss an diese „Welttournee" führt er in seine klinische Praxis eine subjektive Untersuchung ein (die zum Teil auf der Methode von Dr. James Cyriax basiert) sowie sanfte Manipulationen (als Mobilisationen bezeichnet), die von den Ärzten James und John Mennell befürwortet werden.

Bucher-Dollenz, Wiesner, Maitland (ISBN 9783131447715) © 2008 Georg Thieme Verlag

Tab. 1.1 Fortsetzung

Jahr	Ereignis
1964	*Veröffentlichung der ersten Ausgabe von „Vertebral Manipulation“:* Maitland veröffentlicht sein erstes Buch, „Vertebral Manipulation“. Die Veröffentlichung dieses Buchs erregt großes Interesse in der englischsprachigen Welt und Maitlands Name wird zu einem „Gütesiegel“ für Physiotherapeuten in aller Welt. Bescheiden wie er ist, fühlt sich Maitland jedoch ein wenig unbehaglich angesichts der Bezeichnung „Maitland-Technik“, die sich nach der Veröffentlichung seines Buchs durchsetzt.
1965	*Zertifizierte Kurse in Manipulation in Australien:* In Zusammenarbeit mit Elma Caseley entwickelt Maitland den weltweit ersten dreimonatigen postgraduellen Kurs in manipulativer Physiotherapie.
1968	*Veröffentlichung der zweiten Ausgabe von „Vertebral Manipulation“*
1970	*Veröffentlichung der ersten Ausgabe von „Peripheral Manipulation“:* Das Buch basiert auf den in den beiden Ausgaben von „Vertebral Manipulation“ beschriebenen Prinzipien.
1973	*Veröffentlichung der dritten Ausgabe von „Vertebral Manipulation“*
1974	*Erster einjähriger Diplom-Studiengang:* Der erste einjährige Diplom-Studiengang in manipulativer Physiotherapie für Postgraduierte findet am South Australian Institute of Technology statt. Ähnliche Kurse werden bald darauf auch in anderen Bundesstaaten angeboten.
1978	*Maitland beginnt in der Schweiz zu unterrichten:* Er hält einen dreiwöchigen Kurs in Manipulation ab; der erste Kurs in der Hermitage in Bad Ragaz, den Physiotherapeuten aus vielen Ländern besuchen.
1998	*Ruhestand*: Nach zahlreichen Kursen, dem Aufbau des Kurssystems (Tab. 2.2) und der Entwicklung des Konzeptes gehen Anne und Geoffrey Douglas Maitland in den Ruhestand.

Tab. 1.2 Entwicklung des Kurssystems

Jahr	Ereignis
1978	In der Hermitage in Bad Ragaz hält Maitland den ersten dreiwöchigen Kurs in Manipulation, Physiotherapeuten aus vielen Ländern nehmen teil.
1979	Weitere Kurse in der Hermitage: Eine Reihe von Grundkursen über das Maitland-Konzept hält Gisela Rolf ab, die „erste Physiotherapeutin“ der Hermitage. Das Ziel der Kurse ist es, die Teilnehmer auf Maitlands folgenden Kurs im Jahr 1980 vorzubereiten. Peter Wells aus London schließt sich dem Unterrichtsteam in der Hermitage an. Peter, der zuvor einen Kurs in Manipulation in Adelaide absolvierte, spielt eine wichtige Rolle für die Entwicklung von Maitlands Arbeit in Großbritannien.
1980	Maitland kehrt in die Hermitage zurück, um den zweiten Kurs in Manipulation abzuhalten.

weise, wenn er aufgrund von Schmerzen während des Sitzens nicht mehr an gemeinsamen Aktivitäten teilhaben kann.

Zum Verständnis über Kontraindikationen zur Anwendung von Manueller Therapie folgt das Maitland-Konzept genau den Richtlinien, die für die Manuelle Therapie im Allgemeinen gelten: Gefahrensituationen werden *Red Flags* genannt. Das bedeutet, der Patient könnte eine schwerwiegende Pathologie haben, z. B. eine Kompression des Rückenmarks oder Schmerzen, die keinen mechanischen Ursprung haben, z. B. eine Entzündung. Woran kann der Therapeut solche Situationen erkennen? Indem er bei der Befragung des Patienten auf folgende Punkte achtet:

- nicht mechanisches Verhalten der Schmerzen,
- starke Nachtschmerzen,
- zunehmende neurologische Ausfälle,
- starke, nicht diagnostizierte Schmerzen nach größerem Trauma.

Fallbeispiel

Es existieren keine Kontraindikationen. Der Patient kann 100-prozentig arbeiten und auch zweimal pro Woche Tennis spielen. Es gibt keine Hinweise auf Angstvermeidungsverhalten oder Einschränkungen in seinem psychosozialen Umfeld.

3.3.3 Geschichte

Die Entwicklung der Symptome in der Vergangenheit kann wertvolle Informationen über die Mechanosensitivität geben und ebenso Hinweise auf eine mögliche Quelle der Symptome. Der Therapeut sollte sich über folgende Punkte informieren:

- frühere Episoden,
- Stadium der Störung,
- Stabilität der Störung,
- Reaktion auf bisherige Behandlungen,
- zeitlicher Zusammenhang zwischen einzelnen Symptomen etc.

Fallbeispiel

Der Patient erzählt, dass Problem habe vor 4 Wochen mit Symptom ① begonnen, nachdem er in einer unbequemen Position geschlafen hat. In den folgenden zwei Tagen wurden die Beschwerden stärker und strahlten ins Gebiet 2 aus. Durch die zehntägige Einnahme von NSAR kam es zu keiner nennenswerten Veränderung der Symptome. In den letzten zwei Wochen hat sich die Situation nicht mehr verändert. Es gibt keine Vorgeschichte, der Patient hatte bisher keine Probleme oder Verletzungen der HWS.

Hypothese des Therapeuten: Aufgrund der Geschichte des Patienten (mechanische Ursache und Verhalten der Symptome) könnte ein stabiles mechanisches Problem der mittleren oder unteren HWS bestehen.

3.4 Funktionsuntersuchung

Das Hauptziel der Funktionsuntersuchung ist die Prüfung bzw. Bestätigung der Hypothese, die während der subjektiven Befragung entwickelt worden ist. Die Ausführlichkeit der Funktionsuntersuchung verdeutlicht wiederum das Prinzip, dass das klinische Erscheinungsbild des Patienten schwerpunktmäßig berücksichtigt wird.

Fallbeispiel

Der Therapeut versucht nun zu beweisen, dass der Patient eine mechanische Störung der mittleren/unteren HWS hat. Zur Bestätigung der Hypothese muss er entweder

- die genauen Symptome des Patienten reproduzieren,
- und/oder ein vergleichbares physisches Zeichen finden, d.h., dass er in der Untersuchung eine Auffälligkeit in diesem Bereich der HWS finden muss. Das kann z. B. eine Steifigkeit sein.

Idealerweise reproduziert der Therapeut durch eine Rotation der HWS nach rechts das Symptom ①. Bei nichtirritierbaren Störungen, wird dies nicht immer möglich sein. Jegliche Abweichung der Norm in Bezug auf Schmerz (P), Widerstand (R) und/oder Schutzspasmus (S), die der Therapeut während der Funktionsuntersuchung entdeckt, ist ein „objektives" körperliches (physisches) Zeichen. Befindet sich dieses Zeichen in einer Region, die als Quelle der Symptome infrage kommt, wird es ein „vergleichbares" Zeichen genannt.

3.4.1 Planung

Vor der Funktionsuntersuchung sollte sich der Therapeut klar werden über die „Irritierbarkeit" des Problems und er sollte eine Hypothese haben über das Ausmaß und die Art der erforderlichen Tests, um die Symptome zu reproduzieren. Bei einem Pro-

Bucher-Dollenz, Wiesner, Maitland (ISBN 9783131447715) © 2008 Georg Thieme Verlag

blem mit einer *hohen Irritierbarkeit* sollten die Tests nur bis zum Anfangspunkt des Schmerzes ausgeführt werden. Die Menge der Tests sollte auf ein Minimum reduziert werden, Differenzierungstests sind in der Regel in diesem Stadium nicht nötig. Die Tests sollten möglichst wenig Stress auf die betroffenen Strukturen ausüben.

Bei einem *nichtirritierbaren* Problem kann der Therapeut hingegen:

- die Tests trotz erster Symptome weiter durchführen,
- mehrere Tests anwenden,
- gegebenenfalls Differenzierungstests nutzen,
- Tests einsetzen, die mehr Stress erzeugen, provozieren.

Fallbeispiel

Da der Patient anscheinend ein nichtirritierbares, stabiles, mechanisches Problem der HWS hat, berücksichtigt der Therapeut für die Planung die folgenden Punkte:

- Die Symptome können reproduziert werden.
- Alle Standardtests der HWS können durchgeführt werden.
- Die Tests können über den Anfangspunkt des Schmerzes ausgeführt werden.
- Es können Differenzierungstests angewandt werden.
- Er erwartet, dass er „vergleichbare Zeichen" findet durch Extension der HWS und/oder Rotation nach rechts.
- Es ist nicht nötig, spezielle Tests durchzuführen, wie z. B. einen Test der Arteria vertebralis oder eine neurologische Untersuchung.

3.4.2 Aktuelle Symptome und Inspektion

Der Therapeut notiert Symptome, die in Ruhe zu Beginn der Untersuchung vorhanden sind. Eine genaue Inspektion, mit Beurteilung der Konstitution und Statik mit einem besonderen Augenmerk auf Schutzdeformitäten, ist der erste Schritt in der Funktionsuntersuchung. Haltungsbedingte Abweichungen können ein beitragender Faktor sein.

3.4.3 Funktionelle Demonstration

Ein typischer Test im Maitland-Konzept ist das Vorführen der Aktivität, die im Alltag am deutlichsten die Symptome reproduziert. Wenn es notwendig ist, können in dieser Stellung sofort differenzierende Bewegungen durchgeführt werden.

Treten die Beschwerden eines Patienten z. B. im zervikothorakalen Übergang auf, wenn er im Auto beim Rückwärtsfahren den Kopf nach links dreht, kann die Quelle der Beschwerden entweder in der HWS oder in der BWS liegen.

Der Therapeut kann in dieser Stellung den Kopf des Patienten fixieren und im Folgenden die Rotation in der BWS verstärken (Abb. 3.2a) oder verringern (Abb. 3.2b).

Bei hoher Irritierbarkeit des Problems: so viel wie nötig, so wenig wie möglich testen.

Abb. 3.2a–b Test bei einem Patienten mit Beschwerden im zervikothorakalen Übergang.
a Verstärken der Rotation in der BWS. **b** Verringern der Rotation in der BWS.

Wenn der Therapeut von der Hypothese ausgeht, dass die HWS die primäre Ursache der Beschwerden ist, wird er erwarten, dass die Symptome zunehmen, wenn die Rotation der BWS verringert wird (Abb 3.2b). Wird hingegen die Rotation der BWS verstärkt (Abb. 3.2a), erwartet er, dass die Symptome abnehmen, da durch das Weiterdrehen der BWS die Rotation der HWS reduziert wird, die HWS wird dadurch derotiert.

3.4.4 Aktive Bewegungen

Bei geringer Irritierbarkeit können alle sechs Standardbewegungen der HWS getestet werden (Flexion, Extension, Lateralflexion und Rotation zu beiden Seiten). Die Beobachtungskriterien der aktiven Bewegungen sind einerseits das Ausmaß oder die Quantität der Bewegung, welche Symptome dabei auftreten und ebenso die Qualität, wie die Bewegung ausgeführt wird. Durch das Analysieren der Bewegungsqualität erhalten Therapeuten wichtige Hinweise über die Bewegungsmöglichkeiten in einzelnen Wirbelsäulenabschnitten. Oft kann beobachtet werden, dass auf bestimmten Höhen zu viel Bewegung stattfindet, während auf anderen Höhen kaum Bewegung zu beobachten ist.
Maitland rät, als grobes Raster die Bewegungen in der HWS in drei Abschnitte zu unterteilen:

- Obere HWS: Bewegung des Kopfes auf dem Nacken.
- Mittlere HWS: Bewegung des Nacken auf dem Nacken.
- Untere HWS: Bewegung des Nacken auf dem Brustkorb.

Reproduzieren die aktiven Bewegungen keine Symptome, kann der Therapeut am Ende der aktiven Bewegung vorsichtig Überdruck applizieren, um den Stress zu erhöhen.

Fallbeispiel
Treten die Symptome des Patienten im Gebiet 1 auf, z. B. bei 60° Extension, kann der Therapeut auch lokalen Überdruck auf einen bestimmten Abschnitt der HWS anwenden, um zwischen den einzelnen Abschnitten zu differenzieren (Abb. 3.3a–b).

3.4.5 „Wenn-notwendig-Tests“

In einzelnen Fällen kann es notwendig sein, den Stress auf bestimmte Regionen noch zusätzlich zu erhöhen. Allerdings nur, wenn mit den aktiven

Abb. 3.3a–b Applizieren des Überdrucks auf verschiedene HWS-Abschnitte. **a** Lokaler Überdruck auf die mittlere HWS. **b** Lokaler Überdruck auf die untere HWS.

Bucher-Dollenz, Wiesner, Maitland (ISBN 9783131447715) © 2008 Georg Thieme Verlag

Kapitel 5

Forschung zum Konzept

Harry J.M. von Piekartz

Einführung

Dieses Kapitel führt kurz in das Thema evidenzbasierte Therapie ein, die letztlich das Ziel aller Forschungsbemühungen ist (siehe Kapitel 5.1, 5.2). Es geht der spannenden Frage nach, wie wissenschaftlich es bei der täglichen Arbeit nach dem Maitland-Konzept zugeht (Kapitel 5.3). Anschließend werden verschiedene internationale Studien zur Wirksamkeit der Manuellen Therapie vorgestellt. Dazu ist anzumerken, dass die Manuelle Therapie auf internationaler Ebene nicht zwischen unterschiedlichen Konzepten unterscheidet. Viele Aspekte innerhalb der Konzepte entsprechen einander und sind übertragbar. Deshalb beziehen sich die im Kapitel 5.4 aufgeführten Studien generell auf die Manuelle Therapie. Um wissenschaftliche Fragen zu klären, entwickeln Forscher ausgetüftelte Studiendesigns, viele Daten werden gemessen und erhoben. Der Autor stellt trotzdem die Frage, ob die quantitative Forschung ausreichend oder auch qualitative Forschung notwendig ist. Er zeigt die Parallelen zwischen quantitativer/qualitativer Forschung und dem Maitland-Konzept auf. Kapitel 5: wissenschaftliche Evidenz und Manuelle Therapie nach dem Maitland-Konzept.

5.1 Von der klinischen Evidenz zur evidenzbasierten Medizin

Der Begriff *Evidenz* bedeutet in der deutschen Sprache „deutlich machen“ (evident). Im Englischen ist damit so viel gemeint wie „es manifestiert sich sichtbar“ bzw. „Beweismaterial/Information dafür, dass etwas wahr ist“. *Evidenz* in der Medizin hat zwei zentrale Bedeutungen:

- Stimmige Ergebnisse im Sinne einer konsistenten, experimentell bestätigten naturwissenschaftlichen Theorie erarbeiten: Grundlagenforschung.
- Beweismaterial zur Zweckmäßigkeit einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme finden: angewandte Forschung.

Evidenzbasierte Medizin (EBM) wird heutzutage umschrieben als: „Der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Sackett et al. 1996, S. 71) (Abb. 5.1).

Interessant an dieser Umschreibung der Grundlagen von EBM nach Sackett et al. (1996) ist, dass sie Maitlands Brickwall-Denkmodell ähnelt (siehe Kapitel 2.2). Wenn es notwendig ist, wird die externe (wissenschaftliche) Evidenz (linke Seite der Brickwall, Abb. 2.1, 2.2) für klinische Entscheidungen in Bezug auf einen individuellen Patienten genutzt. Die klinischen Daten und Interpretationen der Kliniker (rechte Seite der Brickwall) können Wissen-

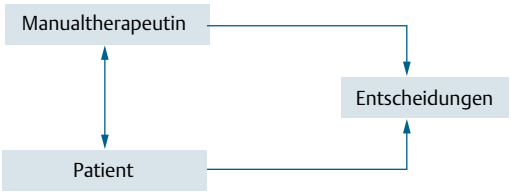

Abb. 5.1 Therapeut und Patient müssen in der Therapie Entscheidungen treffen.

Bucher-Dollenz, Wiesner, Maitland (ISBN 9783131447715) © 2008 Georg Thieme Verlag

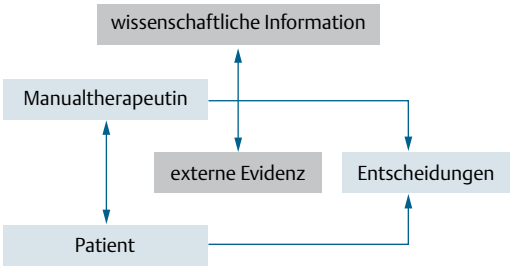

Abb. 5.2 EBM übertragen auf das Maitland-Konzept.

schaftler anschließend für grundlegende Modelle und Theorien (Evidenz) nutzen. Die Botschaft des Maitland-Konzeptes bleibt: Die externe Evidenz soll die klinischen Entscheidungen unterstützen, aber nicht diktieren (Abb. 5.2).

Das entspricht der Meinung von Sackett et al. (1996), die sie schlussendlich auf folgende Weise beschreiben: „Die *Praxis der EBM* bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung" (Sackett 1996, S. 72).

EBM ist also nichts anderes, als dass Mediziner optimal zusammengefügtes Wissen über die Wirksamkeit unterschiedlicher Behandlungswege für medizinische Entscheidungen heranziehen. In der medikamentösen Therapie ist es z. B. nicht akzeptabel, einen Patienten mit einem Medikament zu behandeln, dessen Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist oder dessen Nebenwirkungen nicht bekannt sind. Nach dem Maitland-Konzept arbeitende Manualtherapeuten stellen deshalb die Wirksamkeit ihrer Methoden und Techniken infrage.

5.2 Evidenzbasierte Medizin und Evidenzstufen

Anfang der 1970er-Jahre integrierten australische Universitäten die Manuelle Therapie nach dem Maitland-Konzept. Das Konzept verfügt deshalb über eine lange Tradition von wissenschaftlicher Untermauerung. Klinische manuelle Tests wurden schon frühzeitig auf ihre Reliabilität, Validität und Referenzwerte (Antworten auf Tests bei Probanden ohne neuromuskuloskelettale Dysfunktionen und Schmerzen) untersucht sowie dokumentiert. Dies gilt z. B. für Maitlands Slump Test und die neurodynamischen Tests der oberen Extremität (Keneally et al. 1988). Ende der 1980er-, Anfang der 1990er-Jahre starteten Forscher kontrollierte experimentelle Effektstudien (RCT), die die jetzigen Paradigmen der Manuellen Therapie im Allgemeinen deutlich beeinflussten. Am Ende dieses Kapitels werden einige Beispiele genannt (siehe Kapitel 5.4.2).

EBM entspricht dem Brickwall-Denkmodell.

Zusammen mit dieser wissenschaftlichen Untermauerung ist in den letzten 10 Jahren ein deutlicher Paradigmenwechsel in Richtung evidenzbasierte Medizin in der Fachdisziplin Physiotherapie feststellbar. Das internationale Ziel der Physiotherapie ist *Professionalisierung*. Die evidenzbasierte Praxis (das Prinzip von klinischen Beweisen des individuellen Klinikers am individuellen Patienten) reicht dazu nicht mehr aus. Es basiert empirisch zu sehr auf den Meinungen einzelner Autoritäten und Experten: „authorised based knowledge" oder auf „experience expertise" (Linton 1998). Eine wichtige Eigenschaft einer professionellen Fachdisziplin ist, intuitives Verhalten und falsche Einschätzungen zu reduzieren oder zu vermeiden (Perlett u. Antes 1998). Dazu sind wissenschaftliche Studien notwendig, die später durch Experten, Berufsverbände, Forschungszentren, nationale und internationale Institutionen sowie die WHO in *Leitlinien* umgesetzt werden. Weil es viele verschiedene Arten und Qualitäten von Studien gibt, werden diese heutzutage international in Evidenzstufen eingeteilt (Tab. 5.1).

Kapitel 6

Blick ins Ausland

Renate Wiesner

Einführung

Die geschichtlichen Hintergründe des Maitland-Konzeptes machen es verständlich, dass die eigentliche Entwicklung des heutigen Kurssystems und die Aktivitäten der IMTA ihren Ausgangs- und Mittelpunkt in der Schweiz haben.
Ein wesentlicher Teil der Konzeptentwicklung fand im Fortbildungszentrum *Hermitage* in Bad Ragaz, Schweiz, statt. Wie bereits im Eingangskapitel beschrieben fanden hier zwischen 1978 und 1990 mehrere Kurse mit G.D. Maitland statt. Viele verschiedene Einflüsse, Gespräche, Diskussionen und Querverbindungen haben dazu geführt, dass Maitland in der Hermitage 1982 erstmals die Grundgedanken zu seinem Konzept darstellte, maßgeblich beeinflusst durch gemeinsame Gespräche mit Gisela Rolf und Pieter Wells. Den Engländer Pieter Wells und die Deutsche Gisela Rolf ernannte er dann auch Anfang der 1980er-Jahre als Erste zu Maitland-Instruktoren.
Die Hermitage entwickelte sich in diesen Jahren zu einem wahren Mekka für Fortbildungen im Bereich der Physiotherapie. Ein internationaler Treffpunkt für Referenten und Kursteilnehmer, da ein Großteil der Kurse anfangs in englischer Sprache gehalten wurde. Hier wurde ein wichtiger Grundstein gelegt für die Verbreitung des Maitland-Konzeptes in weitere europäische Länder. Kapitel 6 stellt die Verbreitung und Entwicklung in den einzelnen Ländern vor.

6.1 Internationale Verbreitung

Nach dem Start im Fortbildungszentrum Hermitage war die Ausbildung einer zweiten Generation von Instruktoren ein weiterer Impuls für die Verbreitung des Gedankenguts von G.D. Maitland. 1988 ernannt er fünf weitere Physiotherapeuten zu Instruktoren (Abb. 6.1): Pierre Jeangros aus der Schweiz, den Holländer Pieter Westerhuis, den Engländer Robin Blake, die Schweizerin Martha Hauser und Di Adisson aus Australien.
Ehemalige Kursteilnehmer der Hermitage wollten gerne die Organisation von Maitland-Kursen auch in ihren eigenen Ländern initiieren. Durch die neuen Lehrer konnte man diesem Wunsch gerecht werden. Nach 1988 wurden in Deutschland, Österreich und Holland deutlich mehr Kurse durchgeführt.

6.1.1 Schweiz

Bis 1990 fanden alle Maitland-Kurse in der Hermitage statt. Nachdem Gisela Rolf die Leitung der Hermitage beendete, fanden 1992 und 1994 noch zwei weitere Kurse mit G.D. Maitland im FBZ (Fortbildungszentrum) Zurzach statt (Abb. 6.2).
Die Gruppe der Lehrer vergrößerte sich 1990 und 1992. Innerhalb der Gruppe tauschte man bereits seit längerer Zeit Gedanken aus, wie man sich organisieren könnte. So kam es 1992 zur offiziellen Vereinsgründung der International Maitland Teachers Association (IMTA). G.D. Maitland übertrug der Gruppe das Recht, als *Einzige* seinen Namen für Unterrichtszwecke zu gebrauchen, und traf damit eine weitreichende Entscheidung. Er sicherte somit die gemeinsame Weiterentwicklung der Inhalte bzw. der Lehrer und letztlich die Konzeptqualität.
Neben der Hermitage und dem FBZ in Zurzach kamen später noch Derendingen und Melchtal als deutschsprachige Kursorte dazu. In Lutry bei Lausanne finden regelmäßig Kurse in französischer Sprache statt.
Die Schweiz konnte trotz der zunehmenden Kursanzahl im benachbarten Ausland ihren Bestand

Bucher-Dollenz, Wiesner, Maitland (ISBN 9783131447715) © 2008 Georg Thieme Verlag

Abb. 6.1 Kursgruppe mit Geoff und Anne Maitland (in der Mitte) vor der Hermitage 1988 (Foto: Pierre Jeangros privat).

Abb. 6.2 G.D. Maitland 1994 im Fortbildungszentrum in Zurzach bei seinem letzten Kurs in der Schweiz (Foto: Renate Wiesner privat).

an Kursen halten und wird immer noch gerne von deutschen und österreichischen Therapeuten als Kursort gewählt. Es finden aktuell 7 Grundkurse pro Jahr in der Schweiz statt, regelmäßige Aufbaukurse Level 2A und 2B und auch Level-3-Kurse (siehe Anhang).

Parallel zur Entwicklung der Kurse und der Lehrervereinigung fand auch die Gründung der Interessenvereine zur Verbreitung des Maitland-Konzeptes statt. Pierre Jeangros wurde 1985 der erste Präsident des SVMP (Schweizerischer Verband für Manipulative Physiotherapie), der 1997 mit der AMT (Arbeitsgruppe für Manuelle Techniken) fusionierte. Der neue Verein mit der Bezeichnung SVOMP (Schweizerischer Verband für Orthopädische Manipulative Physiotherapie) vereint die Interessen der GAMT (Gesellschaft für die Ausbildung in Manueller Therapie – Kaltenborn-Evjenth-Konzept) und der Maitland-Gruppe. Seit 2001 bietet der SVOMP eine OMT-Ausbildung (nach IFOMT-Standard) an. Die OMT-Ausbildung (Orthopädische Manuelle Therapie) basiert auf einem integrierten Modell, das den Zugang sowohl über das Kaltenborn- als auch über das Maitland-Kurssystem ermöglicht.

Sachverzeichnis

A

Adverse mechanical interface 36
Aktivität
– Beschreibung 38
– ICF 83 f
–– Beispiel 86 f
Aktivitätsbeeinträchtigung (limitation), ICF 83 f
Akutkontext 83
Alleinstellungsmerkmal 15
Alltag, Funktionsfähigkeit 58
Amplitude 36 f
Analyse, physiotherapeutische 16
Anamnese
– Befragung, subjektive 58
– Modell, biopsychosoziales 76
– Patientenzentrierung 79
– Vorbereitung 80
Angulation 35
Antonovsky, Salutogenesemodell 77 f
Antizipation 24 f
Arbeitsgruppe für Manuelle Techniken (AMT) 111
Arthrose, Kniegelenk 105
Aspekt, biomechanischer, Mobilisationstechnik 40
Assessment 20 ff
– analytisches, Definition 22
– Behandlungsprozess 24
– Form 22 ff
– retrospektives 24
Ausbildungssystem 6
Ausgangsstellung 37

B

Backsteinmauer, semipermeable
s. Brickwall-Denkmodell
Bandscheibe, Mobilisationstechnik 40
Bedeutsamkeit, Definition 78
Befragung, subjektive 58
Befundaufnahme, spezifische 16
Befunddokumentation 66
Behandlung, Assessment 24
Behandlungsplan
– ICF 87
– Management 67 f
Behandlungstechnik 68
– Auswahl 16
– direkte, Ausführung 69
– Gelenkmobilisation 68
– indirekte, Ausführung 69
– passive, Auswahl 38
Behindertengrad, Hypothesenkategorie 28
Berufsbeschreibung des Weltverbandes für
Physiotherapie (WCPT) 18
Bewegung
– aktive 61
– intervertebrale
–– akzessorische, passive (PAIVMs) 64 f
–– physiologische, passive (PPIVMs) 64
– passive 34 ff
– physiologische, passive 35
– transversale 51
Bewegungsanalyse, Priorität 101
Bewegungsausmaß 36 f
Bewegungsdiagramm 29 ff
– Hypermobilität 33
– Konstruktion 29
– Ziel 29
– Zusatzbewegung, unilaterale 65
Bewegungsdysfunktion
– Analyse 22
– Quelle 26
Bewegungseinschränkung,
widerstandsdominante 65
Bewegungsgrad 36 f
– Einteilung 68 f
Bewegungskontinuum, WCPT-Beschreibung 18
Bewegungsparadigma,
physiotherapiespezifisches 21
Bewegungsrichtung
– Normalisierung, Prinzip 42
– Prinzip 35
Beweiserbringung, klinische 18
Beweisführung, klinische 19

Biopsychosoziales Modell s. Modell, biopsychosoziales
Brickwall, semipermeable s. Brickwall-Denkmodell
Brust- und Lendenwirbelsäule
– Beteiligung, neurale 43
– Studie, kontrollierte, randomisierte (RCT) 106

C

Chondropathia patellae 41
Clinical Reasoning 20 ff
– Definition 17, 25
– Brickwall-Denkmodell 17
– Hypothesenkategorie 56 f
– Patientenzentrierung 79
– prozedurale 17
Copingmechanismus 78
Core Set 83
C7-Radikulopathie 43
Cyriax, James 2

D

Dänemark, Maitland-Konzept 115
Demonstration, funktionelle 61
Denkmodell
– biomedizinisches 21
– biopsychosozial orientiertes 21
– Brickwall 3
–– Bedeutung, zeitgemäße 18 f
–– Clinical Reasoning 17
–– Entwicklung 15 f
–– Forschung 19
–– Medizin, evidenzbasierte (EBM) 99
–– Phänomenologie 19
–– Vorteil 20
–– Zuordnung ICD/ICF 18
– verhaltenstherapeutisches 21
Deutscher Verband für Manuelle Therapie im Maitland-Konzept (DVMT) 112
Deutschland, Maitland-Konzept 112
Diagnose
– ärztliche, Mobilisationstechnik 41
– biomedizinische
–– Brickwall-Denkmodell 16
–– Komplementarität 17
– physiotherapeutische 22
–– Definition 18
–– International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) 18, 87
Differenzialdiagnostik, Wiederbefundprozess 23
Differenzierung, Prinzip 44
Diskushernie
– intraforaminale 40
– Mobilisation, neurale
––– direkte 50
––– indirekte 49
Dokumentation, effektive 58
Double-Crush 43
DVMT (Deutscher Verband für Maneulle Therapie im Maitland-Konzept) 112
Dysfunktion, zervikale 104

E

Engel, Georg, Biopsychosoziales Modell 75 f
England, Maitland-Konzept 113
Entscheidungsfindung, patientenzentrierte 79
Entscheidungsreflexion 24
Epikondylopathie, laterale 105
Erfahrungswissensbasis 24
Erfolgskontrolle
– Erstanalyse 22
– Wiederbefundprozess 23
Erstanalyse 22 f
Evidenz, klinische 19
–– Definition 98
Evidenzstufe 99 f
Extension
– horizontale, Karpalknochen 49
– Differenzierungstest 61 f

F

Fachbuch, erstes 3
Faktor, personenbezogener, ICF 83 f
Finnland, Maitland-Konzept 114
Flexion
– Differenzierungstest 62
– Zusatzbewegung, kombinierte 36
Forschung, qualitative 90
–– Paradigmenwechsel 106
Fragestellung, kontraindikationsspezifische 59 f
Funktionsfähigkeit

– Alltagsbezogenheit 58
– Unterteilung, ICF 84
Funktionsuntersuchung 60 f
– Dokumentation 66
– Planung 60 f
– Testdurchführung 60 f
– Ziel 22 f

G

Gefahrensituation 22
– Hypothesenkategorie 27
Gelenkbehandlung
– Gelenk, benachbartes, behandlungsintegriertes 69
– Vorspannung, neurale 49
Gelenkknorpel, Beeinflussung, therapeutische 39
Gelenkmobilisation
– Behandlungsplan 68
– Zusatzbewegung, physiologische 36
Gesellschaft für die Ausbildung in Manueller Therapie (GAMT) 111
Gesundheit
– Definition
–– Bircher/Wehkamp 74 f
–– WHO 74 f
– Förderung, patientenzentrierte 79
– Klassifikation 82
Gesundheitsstörung
– internistische 85
– muskuloskelettale 85
– neurologische 85
Gesundheitswissenschaft 88
Grundhaltung, therapeutische 77

H

Halswirbelsäule (HWS)
– Differenzierungstest 61 f
– Ditorsion (Schleudertrauma) 50
– Flexion, Slump Test 43
– Funktionsuntersuchung 60 f
– Lateralflexion 69
– mittlere
–– Bewegung, intervertebrale, physiologische 64
–– Gelenkdysfunktion, Befundzusammenfassung 66
– untere
–– Funktionsuntersuchung 60
–– Störung, nozizeptive, primär periphere 58
Handhabbarkeit, Definition 78
Hermitage 110
Higher-system-level occurences 81
Hüftgelenk, Bewegungsdiagramm 31
Hypermobilität, Bewegungsdiagramm 33
Hypothesenbestätigung
– Prozess, zyklischer 26
– Wiederbefund 67 f
Hypothesenerstellung 17 f, 26
Hypothesenkategorie
– ICF 87
– Maitland-Konzept 26 ff, 56 f
Hypothesenmodifizierung 27

I

ICD (International Classification of diseases) 18
ICF s. International Classification of Functioning, Disabilities and Health
Impingement, subakrominales, nicht operatives 104
IMTA (International Maitland Teachers Association) 7, 110 ff
Inspektion 61
Instruktor, Ausbildungskurs 6
Interaktives Reasoning 25
International Classification of diseases (ICD) 18
International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) 83 ff
– Aufgabe 83
– Begriffsbestimmung 18
– Denkmodell Brickwall 18
– Dimension 82
International Classification of Impairments, Disability and Handicaps (ICIDH) 82
International Maitland Teachers Association (IMTA) 7, 110 ff
Interventionskategorie 83, 86
Irritierbarkeit, Funktionsuntersuchung 60 f
Italien, Maitland-Konzept 113

K

Kaltenborn-Evjenth-Konzept 111
Karpaltunnel, Palpation 48
Karpaltunnelsyndrom 40
– Beteiligung, neurale 43
– Literaturreview 103 f
– Mobilisation, neurale, direkte 50
Kniegelenksarthrose 105
Kohärenzgefühl, Definition 77
Kommunikation, Therapeut-Patient 15
Komponenten-Konzept 22
Kontextfaktor
– ICF-Klassifikation 83 f
–– Beispiel 87
– Patientenzentrierung 79 f
Kontraindikation 22
– Fragestellung, spezielle 59 f
– Hypothesenkategorie 27
Konvex-Konkav-Regel 16
Kopf- und Nackenschmerz
– Beteiligung, neurale 43
– Studie, kontrollierte, randomisierte (RCT) 106
Kopfschmerz, zervikogener (C1/2) 40 f
Körperfunktion (body function), ICF 83 f
–– Beispiel 86
Körperstruktur (body structure), ICF 83 f
–– Beispiel 86
Körpertabelle 58 f
Koxarthrose
– Bewegungsdiagramm 31
– Brickwall-Denkmodell 16
Krankheitserleben, individuelles 79
–– Fallbeispiel 81
–– Hypothesenkategorie 28
Krankheitsverlauf, Patient, chronischer 76
Kurssystem, Entwicklung 5

L

Langzeitcompliance 25
Langzeitkontext 83
Lateralflexion
– HWS 69
– Differenzierungstest 62
Lendenwirbelsäule (LWS), Mobilisation 40
Lernprozess, Wiederbefund 23
Literaturreview 103 ff

M

Maitland Douglas Geoffrey 2
––– Profil, persönliches 7
Maitland-Konzept
– Anamnese 76
–– Befragung, subjektive 58
– Entwicklung 4 f
–– Überblick 8 ff
– Funktionsuntersuchungsziel 22 f
– Geschichte 2 f
– heutiges 14 ff
– Hypothesenkategorie 26 ff
– ICF, Anwendung 85 f
– Kurssystem, Entwicklung 5
– Mobilisation, passive, Technik 34 f
– Modell, biopsychosoziales 75 ff
– Praxisrealisation (Anwendung) 56 ff
– Salutogenesemodell 78
– Therapie, Zusammenfassung 51
– Untermauerung, wissenschaftliche, frühzeitige 100
– Untersuchung, Zusammenfassung 51
– Verbreitung, internationale 110 ff
– Weiterbildung 122 ff
– Weiterentwicklung 88 ff
– Zukunftsplan 116 f
Makroebene 81
Management
– Behandlung 67 f, 82
– Hypothesenkategorie 28
Manipulation
– Bewegungsgrad 38
– Methodenentwicklung 2
Massage, neurogene 51
Masterstudiengang 125
Mature Organism Model, Gifford 85
Mechanosensitivität
– Erstanalyse 22
– Symptomgeschichte 60
Medizin
– evidenzbasierte (EBM) 98 ff
–– Definition 98
–– Praxis 99
– patientenzentrierte 79
Mennell James 2
Mikroebene 81
Mobilisation
– Bewegung, physiologische, passive 35

– Geschwindigkeit 37
– neurale 36
–– direkte 50
–– indirekte 49
– neurodynamische, Behandlungsplan 68
– passive
–– Bewegungsdiagramm 29 ff
–– Technik 34 ff
– posteroanteriore, unilaterale 41
– Rhythmus 37
– Technik 34 ff
–– Auswahlkriterien 38 f
– passive 42
– Variante 37 f
– versus Manipulation 38
– Zeit 38
– Zusatzbewegung 35
Mobilisationsvariante 37 f
Modell
– biomedizinisches 76
– biopsychosoziales 75 ff
–– Fallbeispiel 80
–– nach Main 85
–– versus biomedizinisches 76
– systemorientiertes, Engel 80 f
Multitestergebnis 101
Myofacial Pain Syndromes (MPS) 104

N

Nackenflexion, passive 45
Nackenschmerz s. Kopf- und Nackenschmerz
Nerv, peripherer
–– Mobilisationstechnik 40
–– Palpation 45
Nervensystem
– Bewegungsanpassung 42
– peripheres 45
– zentrales 45
Nervus medianus 47 f
Neuralbeteiligung 42 ff
– Hinweis
–– klinischer 43
–– subjektiver 45
Neurale Vorspannung 49
Neuralstruktur
– Dehn-und Gleitfähigkeit 43
– Miteinbeziehen 42 ff
– Therapie 47
–– Behandlungsaufbau 1
– Untersuchung, physische 45
Neuropathie, periphere 40
–– Beteiligung, neurale 43
Niederlande, Maitland-Konzept 114

O

Orthopädische Manuelle Therapie (OMT)) 111
Österreich, Maitland-Konzept 112
Österreichischer Verein für Manuelle Physiotherapie (ÖVMPT) 112
Oszillation, Anzahl 38

P

PA s. Zusatzbewegung, posteroanteriore, zentrale
PAIVM (Bewegung, intervertebrale, akzessorische, passive) 64 f
Paradigma, neurophysiologisches 21
Partizipation, ICF 83 f
–– Beeinträchtigung 83 f
–– Beispiel 86 f
Patellamobilisation 41
Patient
– chronischer, Krankheitsverlauf 76
– Geschichte 60
– Indikation, Maitland-Konzept 14
– Miteinbeziehung 88 f
– Problemanalyse, Brickwall-Denkmodell 15
– Problemfindung 15
– Ressourcen 81 f
– Zentrierung 79
Patienten-Arzt-Beziehung 79
Patientenbeteiligung
– Komponente 88 f
– Matrix 90
Periarthritis humeroscapularis, Brickwall-Denkmodell 17
Peripheral Manipulation 3
Phänomenologie, Brickwall-Denkmodell 19
Physiotherapeut s. Therapeut
Physiotherapie
– Definition 18
– Domäne 83 ff

– International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) 87
– manipulative, Kurs, erster 3
Prävention, patientenzentrierte 79
Prinzip
– Bewegungsrichtung 35
–– Normalisierung 42
– Differenzierung 44
Probebehandlung 101
Problem
– Befragung 58
– Definition ICF 86
– irritierbares 60 f
Prognose, Hypothesenkategorie 27
Prone Knee Bend 45
Prozedurales Reasoning 25
Prozessarbeit, physiotherapeutische 21

R

C7-Radikulopathie 43
Range of Motion (ROM) 38 f
Reasoning
– clinical, Definition 25
– diagnostisches 25
– edukatives 25
– interaktives 25
– konditionales 25
– narratives 25
– prozedurales 25
–– Hypothese 26 ff
–– Muster 28
Red Flags
– Definition 60
– Nachfragen 58
Reflexion 24 f
Rehabilitation
– Kontext 83
– muskuläre, Behandlungsplan 68
Rotation, Differenzierungstest 62
Rumpfschmerz, Neuralbeteiligung 43

S

Salutogenese 77 f
– Fallbeispiel 80
Schädigung (impairment), ICF 83 f
Schleudertrauma, Mobilisation, neurale, direkte 50
Schlussanalyse 24
Schmerz (pain)
– Bewegungsdiagramm 29 ff
– Mechanismus, Mobilisationstechnik 38
– Provokation 37
Schultergelenk, Abduktion, Bewegungsdiagramm 30
Schutzspasmus (spasm), Bewegungsdiagramm 29 ff, 32 f
Schweiz, Maitland-Konzept 110 f
Selbstmanagement
– Ansatz, gesundheitswissenschaftlicher 82
– Behandlungsplan 68
Selbstständigkeit 68
Slider 50
Slump Tensioner, aktiver 50
Slump Slider, aktiver 50
Slump Test 42 f, 45
– Mobilisation, neurale, indirekte 49
Spanien, Maitland-Konzept 115
Spasmus 32
Steifigkeit, Mobilisationstechnik 38
Straight leg raise 45
Studie, kontrollierte
–– randomisierte (RCT) 105 ff
––– Definition 100
Symptom
– Analyse 59
– Befragung 58
– Entwicklung, geschichtliche 60
– Inspektion 61
– Irritierbarkeit, Funktionsuntersuchung 60 f
Systemhierarchie 80 f
Systemtheorie 76

T

Tacit knowledge 90
Taxonomie, Komponenten 22
Technik, passive, Auswahl (s. auch Behandlungstechnik) 38

Tennisellbogen 40
Tensioner 50
Tensionstest 63
Test
– Auswahlentscheidung 63
– Durchführung, problemabhängige 60 f
– neurodynamischer 45 f, 63
– notwendiger 62 f
– Verfahren, klinisches, Klassifizierung 101
Theorie/Praxis, Diagnosebedeutung 16
Therapeut
– Maitland-Konzept 15
– Patienten-Beziehung 77
Therapie
– evidenzbasierte 98 ff
– manuelle
–– Evidenz, höchste 103
–– Haltungsschulung 104
Transverse thrust 38

U

Übergang, zervikothorakaler 61
Umweltfaktor, ICF 83 f
Ungarn, Maitland-Konzept 115
Untersuchung
– neurodynamische 63
– neurologische 45, 63
– physiotherapeutische, Erstanalyse 22
Upper Limb Neurodynamik Test 45
– Karpaltunnelsyndrom 49

V

Verbreitung, internationale 110 ff
Verstehbarkeit, Definition 78
Vertebral Manipulation 3
Vorsichtsmaßnahme, Fragestellung, spezielle 59
Vorspannung, neurale 49

W

WCPT (Berufsbeschreibung des Weltverbandes für Physiotherapie) 18
Weichteilbehandlung 49
Weiterentwicklung, Forschung, qualitative 90
Wenn-notwendig-Test 62 f
Widerstand (resistance)
– Bewegungsdiagramm 29 ff
– Bewegungsgrad 36 f
– Mobilisationstechnik 39 f
Wiederbefund
– Assessment 23 f
– Hypothesenbestätigung 67 f
– ICF 88

Z

Zielfindungsprozess, ICF 88
Zuhören, aktives 59
Zusatzbewegung
– a/p-Zusatzbewegung 35
– Bewegung, physiologische, Kombination 36
– Definition 35
– Mobilisation 35
– posteroanteriore, zentrale (PA) 64
– schmerzhafte, Bewegungsdiagramm 66
– unilaterale, Bewegungsdiagramm 65

Hat Ihnen das Buch Bucher-Dollenz, G / Wiesner, R. Maitland gefallen?

zum Bestellen hier klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München
Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157
Email: info@naturmed.de, Web: http://www.naturmed.de