

Inhaltsverzeichnis

1	Das Maitland-Konzept als Rahmenwerk der klinischen Praxis für neuromuskuloskeletale Störungen	1	1.7.1	Beurteilung und Bestimmung der Verlaufspareter	33
1.1	Einstimmung – das Maitland-Konzept als Rahmenwerk für die klinische Praxis	2	1.7.2	Analytische Beurteilung	33
1.1.1	Die fünf Säulen der klinischen Praxis	2	1.7.3	Formen der Beurteilung	34
1.1.2	Professionelle und klinische Kompetenzen, die den Physiotherapeuten in eigenständiger Praxis unterstützen	3	1.7.4	Prognose	41
1.1.3	Das biopsychosoziale Modell	3	1.8	Kompetenzenrahmenwerk und autonome Praxis	45
1.1.4	Das Maitland-Konzept als Rahmenwerk klinischer Praxis	3	1.8.1	OMT und IFOMPT	45
1.2	Die fünf Säulen der klinischen Praxis	4	1.8.2	Autonome Praxis	48
1.3	Patientenzentrierte Praxis	4	1.9	Das biopsychosoziale Modell der Gesundheitsversorgung	48
1.3.1	Der Patient und gesundes Leben	4	1.9.1	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO 2001)	48
1.3.2	Analyse der Erfahrung des Patienten	5	1.9.2	Die Theorie des Bewegungskontinuums der Physiotherapie	49
1.3.3	Einbeziehung des Patienten und Teilhabe an der Entscheidungsfindung	5	1.9.3	Die Theorie des Bewegungskontinuums und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	49
1.3.4	Patientenzentrierte Kommunikation	6	1.9.4	Vom medizinischen zum biopsychosozialen Paradigma	50
1.3.5	Mitteilungs- und Adaptionsfähigkeit des Körpers verstehen	7	1.9.5	Die Rolle des biomedizinischen Modells in der Manualtherapie	51
1.3.6	Die Rolle des kooperativen Denkprozesses (Collaborative Reasoning)	8	1.9.6	Die Internationalen Klassifikationen von Krankheit (ICD) sowie Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und das Konzept der Backsteinmauer	52
1.4	Clinical Reasoning	8	1.9.7	Das biopsychosoziale Paradigma und gesunder Lebensstil	52
1.4.1	Clinical Reasoning und das Backsteinmauer-Konzept	9	1.10	Forschung und das Maitland-Konzept	52
1.4.2	Patientenzentriertes Clinical Reasoning	10	1.10.1	Passive Bewegung	53
1.4.3	Clinical Reasoning, spezielle Behandlungspfade und „Best Practice“	13	1.10.2	Irritierbarkeit	54
1.4.4	Clinical Reasoning und das Rahmenwerk klinischer Praxis des Maitland-Konzepts	13	1.10.3	Grad der Mobilisation und Manipulation	54
1.5	Untersuchung	19	1.10.4	Dosierungsparameter der Mobilisation und Manipulation	55
1.5.1	Kommunikation während der subjektiven Untersuchung	20	1.10.5	Bewegungsdiagramme	56
1.5.2	Manuelle Tests	20	1.10.6	Wiederbefundung	58
1.5.3	Wiederbefundung während der Untersuchung	20	1.10.7	Das Oxymoron des Maitland-Konzepts	59
1.5.4	Reihenfolge und Struktur der Untersuchung	20			
1.5.5	Reasoning-Strategien während der Untersuchung	28	2	Das Maitland-Konzept: evidenzbasierte Praxis und Bewegungswissenschaften	63
1.5.6	Planung und Ausführung der Funktionsuntersuchung	28	2.1	Einleitung	63
1.6	Interventionen	29	2.1.1	Physiotherapeutische Diagnose und ICF	64
1.6.1	Überblick über Mobilisation und Manipulation und deren Auswirkungen	29	2.2	Evidenzbasierte Praxis	65
1.6.2	Verständnis dafür, wie Techniken ausgewählt, weiterentwickelt und mit Selbstbehandlungsstrategien verknüpft werden	30	2.2.1	Dilemma und Herausforderung der evidenzbasierten Praxis	65
1.7	Beurteilung (Assessment)	31	2.2.2	Evidenzbasierte Praxis und Clinical Reasoning	67
			2.3	Bewegungswissenschaften und Paradigmen zur Bewegung	68

2.3.1	Paradigmen zur Bewegung	68	4	Management von Funktionsstörungen von Schulter und Schultergürtel	125
2.3.2	Physiotherapeutische Diagnose	68	4.1	Einführung	125
2.3.3	Vom biomedizinischen Modell zum biopsychosozialen Modell	69	4.2	Eine kurze Einführung in die Position des praktisch tätigen Physiotherapeuten mit Rollenerweiterung (ESP)	126
2.3.4	Neurophysiologische Modelle	72	4.3	Diagnostische Überlegungen – aus der Perspektive eines Arztes, eines ESP und eines traditionellen Physiotherapeuten	126
2.3.5	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle	76	4.3.1	Physiotherapeutische Diagnose	127
2.3.6	Biomechanische Modelle	77	4.3.2	Diagnose und der ESP im neuromuskuloskeletalen Fachgebiet	128
2.4	Zusammenfassung	77	4.4	Diagnose und diagnostische Bezeichnungen von Schulterstörungen	128
3	Management von kraniomandibulären Dysfunktionen	81	4.4.1	Diagnose und das Maitland-Konzept	128
3.1	Einführung	81	4.4.2	Die biomedizinische Perspektive	129
3.2	Theorie – funktionelle Anatomie	82	4.5	Schulterstörungen – eine Sichtweise aus der „erweiterten Rolle“ des Physiotherapeuten (ESP – Extended Scope)	147
3.3	Kraniomandibuläre Dysfunktionen – Ursachen und beitragende Faktoren	83	4.5.1	ESP-Funktionspraxis und die diagnostische Aufgabe	147
3.4	Subjektive Untersuchung	86	4.5.2	Die Bedeutung des Screenings auf Red Flags	148
3.4.1	Hauptproblem	86	4.5.3	Suche nach Störungen, die frühzeitiger, medizinischer Aufmerksamkeit bedürfen	149
3.4.2	Symptombereiche (Körpertabelle)	87	4.5.4	Suche nach extrinsischen Ursachen – analytische Beurteilung und Differenzierung	150
3.4.3	Verhalten der Beschwerden (über 24 Stunden)	87	4.5.5	Stellung der medizinischen Diagnose einer Schulterstörung	157
3.4.4	Geschichte der Beschwerden (aktuell, früher)	90	4.6	Schulterstörungen – eine physiotherapeutische Sichtweise	184
3.5	Funktionsuntersuchung (P/E)	92	4.6.1	Ein Überblick	184
3.5.1	Aktuelle Symptomatik (Present Pain, PP)	93	4.6.2	Physiotherapeutische Diagnose und Schulterstörungen	184
3.5.2	Inspektion	93	4.6.3	Physiotherapeutische Diagnose und Schulterstörungen – Perspektive der American Physical Therapy Association	186
3.5.3	Funktionelle Demonstration	93	4.6.4	Weitere Entwicklungen und Überlegungen zum physiotherapeutischen Management von Schulterstörungen	187
3.5.4	Kurze Bewertung	95	4.6.5	Integration des Maitland-Konzepts in die aktuelle Physiotherapiepraxis von Schulterstörungen	189
3.6	Isometrische Tests	100	5	Management von Funktionsstörungen des Ellenbogens	225
3.6.1	In Rückenlage	100	5.1	Subjektive Untersuchung	227
3.6.2	Aktive Tests für die HWS	101	5.1.1	Körpertabelle	227
3.7	Vorsichtsmaßnahmen	101	5.1.2	Symptomverhalten	228
3.7.1	Neurodynamische Tests	101	5.1.3	Geschichte (die aktuelle Episode und ihr Verlauf seit Beginn sowie frühere Episoden und ihre natürlichen Verläufe)	229
3.8	Extraorale Palpation	102	5.1.4	Spezielle Fragen	230
3.8.1	Palpation des TMG	102	5.2	Evidenzbasierte Praxis und Manualtherapie	230
3.8.2	Extra- und intraorale Palpation der stomatognathen Muskeln	102	5.3	Funktionsuntersuchung der Ellenbogenregion	231
3.8.3	Intraorale Inspektion und Palpation	103			
3.9	Zusatzbewegungen	103			
3.9.1	Extraoral ausgeführte Zusatzbewegungen	103			
3.9.2	Intraoral angewandte Zusatzbewegungen	104			
3.9.3	Schlussfolgerung	107			
3.9.4	Os hyoideum und Larynx	107			
3.9.5	Okklusal-zervikale Beckenbeziehungen	108			
3.9.6	Kranium	108			
3.9.7	Os temporale	109			
3.9.8	TMG: bilateral longitudinal (Kompression – Dekompression)	110			
3.9.9	Mandibula	111			
3.9.10	Maxilla	111			
3.9.11	Os sphenoidale	111			
3.10	Definitive okklusale Restaurierung nach erfolgreicher, stabiler symptomatischer Therapie ..	113			

5.3.1	Im Stand	233	6.2.3	Symptomverhalten (über 24 Stunden)	284
5.3.2	Im Sitzen	234	6.2.4	Geschichte der Beschwerden (aktuell, früher)	284
5.3.3	In Rückenlage	234	6.2.5	Spezielle Fragen	285
5.3.4	In Seitlage	234	6.3	Planung der Funktionsuntersuchung (P/E)	285
5.3.5	In Bauchlage	234	6.3.1	Funktionsuntersuchung (P/E)	285
5.3.6	Vorsichtsmaßnahmen und Planung	234	6.3.2	„Wenn-notwendig-Tests“	290
5.4	Funktionsuntersuchung des		6.3.3	Screeningtests	321
	Ellenbogenkomplexes	234	6.3.4	Behandlung von Handgelenk- und Handstörungen	
5.4.1	Inspektion	234		– ein Überblick	321
5.4.2	Funktionelle Demonstration/traumatisierende Bewegung/ aktive funktionelle Bewegungen und Differenzierung dieser Bewegungen (bis P ₁ oder Bewegungslimit) ...	235	7	Management von Funktionsstörungen	
5.4.3	„Wenn-notwendig-Tests“	235		des Hüftgelenks	325
5.4.4	Dynamische Kontrolle der oberen Extremität	235	7.1	Einführung	325
5.4.5	Isometrische und Muskellängentests	238	7.1.1	Komponenten von Hüftdysfunktionen	325
5.4.6	Palpation	240	7.2	Angewandte Theorie	327
5.4.7	Neurodynamische Tests der oberen Extremität, Nervenpalpation und neurologische Untersuchung ..	241	7.2.1	Integration struktureller und funktioneller Störungen	327
5.4.8	Passive Bewegungen (Gelenke)	243	7.2.2	Muskelklassifizierung und assoziiertes Muskelungleichgewicht	329
5.4.9	Mobilisation mit Bewegung (Mobilisation with Movement, MWM)	245	7.2.3	Motorische Kontrolle	331
5.4.10	Differenzierungstests	246	7.2.4	Behandlungsprinzipien	332
5.5	Untersuchungs- und Behandlungstechniken:		7.3	Evidenzbasierte Praxis	333
	Ellenbogenkomplex	246	7.4	Subjektive Untersuchung	334
5.5.1	Neurologische Untersuchung	246	7.4.1	Hauptproblem („Frage 1“)	334
5.5.2	Nervenpalpation	247	7.4.2	Symptombereiche (Körpertabelle)	335
5.5.3	Passive Bewegungen	248	7.4.3	Symptomverhalten	335
5.5.4	Mobilisation mit Bewegung	261	7.4.4	Geschichte	336
5.5.5	Techniken bei lateraler Epikondylagie	267	7.5	Funktionsuntersuchung	338
5.5.6	Neurodynamische Techniken	269	7.5.1	Inspektion	338
5.6	Funktionsstörungen des Ellenbogens und ihre		7.5.2	Funktionelle Demonstrationstests	340
	klinischen Muster	270	7.5.3	Aktive Bewegungen	340
5.6.1	Einführung	270	7.5.4	Aktive Tests im Stand	341
5.6.2	Laterale Epikondylagie	272	7.5.5	Aktive Tests im Sitzen	343
5.6.3	Gelenksteifigkeit	273	7.5.6	Aktive Tests in Rücken- und Bauchlage, einschließlich Überdruck	343
5.6.4	Chronische, geringfügige Gelenkschmerzen	273	7.5.7	Muskeltests	348
5.6.5	Nachweis eines nicht betroffenen Ellenbogens	274	7.5.8	Untersuchung von anderen Strukturen „im Plan“ ..	354
5.6.6	Der Ellenbogenkomplex	274	7.5.9	Palpation	354
			7.5.10	Passive Testverfahren	355
6	Management von Funktionsstörungen		7.5.11	Zusatzbewegungen	358
	des Handgelenks und der Hand	279	7.6	Behandlung	361
6.1	Einführung	279	7.6.1	Passive Mobilisierungstechniken: Zusatzbewegungen	361
6.1.1	Quelle der Symptome	280	7.6.2	F/Ad als Behandlungstechnik	367
6.1.2	Konsistenzen bei funktionellen Demonstrationen finden	280	7.6.3	Weitere passive Behandlungstechniken	369
6.1.3	Bestimmung des dominanten Schmerzmechanismus	281	7.7	Aktive Techniken	374
6.1.4	Bestimmung des normalen oder idealen Bewegungsausmaßes für Handgelenk und Hand ..	281	7.7.1	Aktive Korrektur von Haltung und Bewegungsmustern	374
6.2	Subjektive Untersuchung (C/O)	282	7.7.2	Die lokalen Stabilisatoren (adaptiert von Comerford und Mottram 2001, Gibbons 2001) ...	375
6.2.1	Art der Störung: das Hauptproblem des Patienten ermitteln	283	7.7.3	Die globalen Stabilisatoren	376
6.2.2	Lokalisation der Symptome	283	7.7.4	Die globalen Mobilisatoren	377

8	Management bei Kniebeschwerden	389	9.2.1	Typische medizinische Diagnosen von Fuß und Knöchel	446
8.1	Einführung	389	9.2.2	Kognitive Prozesse und Verletzungen	448
8.2	Angewandte Theorie und evidenzbasierte Praxis	390	9.2.3	Chronische muskuloskeletale Fuß- und Knöcheldysfunktionen	448
8.2.1	Anatomie	390	9.3	Psychosoziale Faktoren von Schmerz und Beeinträchtigung	449
8.2.2	Stabilität und Mobilität	391	9.3.1	Psychosoziale Faktoren und neurophysiologische Schmerzmechanismen	449
8.2.3	Bewegungsmuster, motorische Kontrollmuster	391	9.3.2	Psychosoziale Faktoren und muskuloskeletale Fuß- und Knöcheldysfunktionen	449
8.2.4	Bewegungsmaß	391	9.4	Lebensstilfaktoren und muskuloskeletale Fuß- und Knöcheldysfunktionen	450
8.2.5	Nervenversorgung	391	9.5	Arbeitsbezogene Faktoren und muskuloskeletale Fuß- und Knöcheldysfunktionen	450
8.2.6	Pathobiologische Prozesse	392	9.6	Subjektive Untersuchung	450
8.3	Clinical Reasoning	398	9.6.1	Art der Störung	451
8.4	Subjektive Untersuchung	398	9.6.2	Symptombereich(e)	451
8.4.1	Hauptproblem („Frage 1“)	399	9.6.3	Symptomverhalten	452
8.4.2	Symptombereiche (Körpertabelle)	399	9.6.4	Verhalten des Patienten gemäß der Störung	452
8.4.3	Symptomverhalten – Aktivitätseinschränkungen	400	9.6.5	Geschichte der Symptome	452
8.4.4	Geschichte	400	9.6.6	Geschichte des Verhaltens des Patienten gemäß der Störung	453
8.4.5	Spezielle Fragen und Fragen nach Funktionssystemen	400	9.6.7	Medizinische Screening-Fragen	453
8.5	Funktionsuntersuchung	400	9.7	Planung der Funktionsuntersuchung	453
8.5.1	Aktueller Schmerz (Present Pain, PP)	400	9.7.1	Reflexion über die subjektive Untersuchung	453
8.5.2	Inspektion	401	9.7.2	Erfassen von Hypothese-kategorien	453
8.5.3	Funktionelle Demonstrationstests	402	9.7.3	Planung der Funktionsuntersuchung	455
8.5.4	Aktive Bewegungen	403	9.8	Funktionsuntersuchung	455
8.5.5	Muskeltests	404	9.8.1	Beobachtung bei Nichtbelastung	456
8.5.6	Screening der anderen Strukturen „im Plan“	407	9.8.2	Beobachtung unter Belastung	456
8.5.7	Palpation	410	9.8.3	Funktionstests	456
8.5.8	Passive Testverfahren	411	9.8.4	Gangbeobachtung	457
8.6	Behandlung	416	9.8.5	Aktive Bewegungen	457
8.6.1	Selektion	416	9.8.6	Passive Bewegungen	458
8.6.2	Gruppe 1 – Schmerz	417	9.8.7	Provokationstests	459
8.6.3	Gruppe 2 – Steifheit	417	9.9	Behandlungstechniken	459
8.6.4	Gruppe 3 – Schmerz mit Steifheit	418	9.9.1	Passive physiologische Bewegungen von Fuß und Knöchel	459
8.6.5	Gruppe 4 – kurzzeitiger Schmerz („Momentary Pain“)	419	9.9.2	Passive physiologische Bewegungen des Rückfußes	461
8.7	Beschreibung der Techniken	422	9.9.3	Passive physiologische Bewegungen des Vorfußes	463
8.7.1	Physiologische Bewegungen des Tibiofemoralgelenks: Untersuchungs- und Behandlungstechniken	422	9.9.4	Passive physiologische Rotation und Inversions-/Eversionsbewegungen des Rückfußes	465
8.7.2	Zusatzbewegungen des Tibiofemoralgelenks: Untersuchungs- und Behandlungstechniken	426	9.9.5	Passive Zusatzbewegungen des Rückfußes	466
8.7.3	Zusatzbewegungen des Patellofemoralgelenks: Untersuchung und Behandlungstechniken	431	9.9.6	Passive Zusatzbewegungen des Vorfußes	471
8.7.4	Zusatzbewegungen des proximalen Tibiofibulargelenks: Untersuchungs- und Behandlungstechniken	434	9.9.7	Kombinierte Bewegungstechniken	473
9	Management von Funktionsstörungen des Fußes und Knöchels	443	9.9.8	Therapeutische Übungen von Fuß und Knöchel	476
9.1	Einführung	443	9.9.9	Mobilitätsübungen	476
9.1.1	Anatomie und Bereiche von Fuß und Knöchel	444	9.9.10	Motorische Kontrolle: Übungen im Sitzen	478
9.1.2	Bewegungen von Fuß und Knöchel	445	9.9.11	Motorische Kontrolle: Übungen im Stand	481
9.1.3	Achsen und Ebenen der Bewegungen	445			
9.1.4	Bewegungen der einzelnen Gelenke	445			
9.2	Muskuloskeletale Fuß- und Knöcheldysfunktionen	446			

Anhang	485	A2.3 Anmerkungen zur Dokumentation	495
A1 Selbstmanagementstrategien: Compliance und Verhaltensänderung	487	A2.4 Dokumentation von Befunden aus der subjektiven Untersuchung	495
A1.1 Compliance	487	A2.4.1 Körpertabelle	495
A1.1.1 Barrieren für Compliance	488	A2.4.2 Symptomverhalten und Aktivitäten	496
A1.2 Kognitiv-verhaltensbezogener Ansatz	488	A2.4.3 Entstehungsgeschichte des Problems	497
A1.3 Gewohnheiten ändern sich nicht über Nacht – Phasen der Verhaltensänderung	488	A2.5 Dokumentation der Befunde aus der Funktionsuntersuchung	497
A1.4 Strategien zur Steigerung der Compliance	490	A2.5.1 Aktive Bewegungen	497
A1.4.1 Auswahl von Bewältigungsstrategien für die Schmerzkontrolle und Besserung des Allgemeinbefindens ..	490	A2.5.2 Passive Bewegungen	499
A1.4.2 Integration der Übungen in den Alltag	490	A2.6 Dokumentation der therapeutischen Interventionen	499
A1.5 Zusammenfassung	491	A2.7 Informationen, Instruktionen, Übungen, Warnungen am Ende der Sitzung	500
A2 Dokumentation	493	A2.8 Dokumentation nachfolgender Sitzungen	500
A2.1 Allgemeine Überlegungen	493	A2.9 Retrospektive Beurteilung	501
A2.1.1 Aufzeichnungen nach dem SOAP-Schema	494	A2.10 Schriftliche Aufzeichnungen des Patienten	501
A2.1.2 Asteriske	494	A2.11 Schlussfolgerung	502
A2.2 Anforderungen	495	Register	503