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