

# Manuelle Therapie : das Kaltenborn/Evjenth-System

Autor(en): **Zahnd, Fritz**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): **26 (1990)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930168>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



# Manuelle Therapie: Das Kaltenborn/Evjenth-System

von Fritz Zahnd

Anlässlich einer Tagung des SVMP vom 18. November 1989 über Manuelle Therapie bei Rückenpatienten, wurde unter anderen Therapiekonzepten auch das Kaltenborn/Evjenth-System vorgestellt.

Bei anschließenden Gesprächen mit Physiotherapeuten wurde deutlich, dass oft der Begriff Manuelle Therapie mit dem Begriff Mobilisation (Massnahme zur Verbesserung der Beweglichkeit) gleichgesetzt und die Unterschiede innerhalb der verschiedenen Manual-Therapie-Konzepte unbekannt sind.

Dies hat zur Entstehung dieses Artikels geführt.

## Zur Geschichte

Freddy Kaltenborn hat Gedankengut aus Osteopathie, Chiropraktik und Orthopädischer Medizin zusammengetragen, zu einem System entwickelt (1954) und den Physiotherapeuten trotz heftiger Widerstände zugänglich gemacht. Erstaunlicherweise kam der Widerstand auch aus den eigenen Reihen (Berufsverband). Man erachtete eine spezialisierte Weiterbildung eines Physiotherapeuten als nicht wünschenswert. In Deutschland z. B. unterzeichnete der Verband der Krankengymnasten sogar einen Vertrag mit der Ärzteschaft, der die Weiterbildung in Manueller Therapie für Krankengymnasten auf eine bestimmte Anzahl Kurse limitiert!

Von 1962–1982 unterrichtete Kaltenborn in Skandinavien und Deutschland Ärzte und Physiotherapeuten (1978–1979 und 1984 auch in der Schweiz); nach 1982 nur noch Physiotherapeuten, nachdem eine Zusammenarbeit mit den Ärzten aus verschiedenen Gründen nicht mehr möglich war.

1968 begann die Zusammenarbeit mit Olaf Evjenth, der das System, wie es 1977 am 2. IFOMT-Kongress in Vail (Colorado, USA) vorgestellt wurde massgeblich beeinflusst hat (siehe die folgende Zusammenstellung der Inhalte des Systems).

Olaf Evjenth, Lehrer in Manueller Therapie und Chirotherapie (u. a. Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin in Hamm, Cyriax und Stoddard in England), Sporthochschulabsolvent, aktiver Spitzensportler (Olympiateilnehmer) und Nationalmannschaftstrainer, hat sich innerhalb des Systems vor allem der möglichst spezifischen Aus-

führung der Behandlungstechniken, der aktiven Übungsbehandlung und der Untersuchung und Behandlung der Muskulatur (Dehnungstechniken) gewidmet. Die Behandlungstechniken wurden durch die Anwendung ergonomischer Prinzipien durch ihn perfektioniert.

## Das Kaltenborn/Evjenth-System

Es folgt eine Zusammenstellung der Inhalte des Systems:

### Kaltenborn/Evjenth-System Orthopädische Manuelle Therapie OMT

- I Befunderhebung  
Biomechanische Beurteilung
- II Behandlung  
Techniken und Beurteilung
  - A Schmerzlindernde Massnahmen
    - 1 Immobilisation
      - a) Allgemein: Bettruhe usw.
      - b) Lokal: Korsett, Taping, Gips usw.
    - 2 Thermo-, Hydro-, Elektrophotherapie
    - 3 Spezielle Verfahren
      - a) Traktion, dreidimensional eingestellt
      - b) Vibrationen, Oszillationen usw.
  - B Beweglichkeitsfördernde Massnahmen für die physiologischen Gelenke = Mobilisation der Hypomobilität

- 1 Weichteil Mobilisationen
  - a) Massage (verschiedene Methoden)
  - b) Aktive Entspannung der Muskeln (verschiedene Methoden)
  - c) Passive Dehnung verkürzter Muskeln (bindegewebige Strukturen)
  - d) Übungen zur Förderung oder Erhaltung der Beweglichkeit der Weichteile

- 2 Gelenkmobilisation (knöchernen Gelenkpartner, intraartikuläre Strukturen, Kapsel und Ligamente)
  - a) Allgemeine Gelenkmobilisationen mehrerer Gelenke gleichzeitig
  - b) Spezifische Gelenkmobilisationen nur eines Gelenkes bzw. Bewegungssegments mit dreidimensionaler Traktion und Gleiten
  - c) Mobilisationsgriffe
  - d) Übungen zur Förderung / Erhaltung der Beweglichkeit der Gelenke

### C Beweglichkeitsmindernde Massnahmen = Stabilisation der Hypermobilität

- 1 Stützende und kontrollierende Massnahmen (Korsett, Pflaster usw.) kombiniert mit Injektionen
- 2 Übungen zur Minderung (Stabilisierung) der Beweglichkeit der Gelenke

### D Erziehende und vorbeugende Massnahmen

- 1 Übungen für Koordination (Technik), Ausdauer und Kraft
- 2 Prophylaktische Verfahren und Erlernen richtiger Verhaltensweisen im Alltag

### Medizinische Trainingstherapie:

(Oddvar Holtén, Olaf Evjenth)

Automobilisation: B.1.d und B.2.d

Autostabilisation: C.2

Erziehende und vorbeugende Massnahmen: D

### III Forschung

Dieses für Physiotherapeuten entwickelte System eignet sich sehr gut, um Probleme am Bewegungsapparat zu untersuchen und spezifisch zu behandeln.

### Zur Ausbildung

Im Kaltenborn/Evjenth-System werden Manualtherapeuten in verschiedenen Stufen ausgebildet. Die erste Stufe besteht aus Kursen. Für die Extremitäten sind dies MTE-E (Einführung), MTE-1/2 (Untersuchung und unspezifische manuelle Mobilisation), MTE-3/4 (Spezifische Mobilisation und Muskeldehnung) und für die Wirbelsäule MTW-E (Einführung), MTW-1/2 (Untersuchung und unspezifische manuelle Mobilisation) und MTW-3/4 (Spezifische Mobilisation und Muskeldehnung). In anderen Institutionen oder Vereinen für Manuelle Therapie ist die Ausbildung damit zu Ende.

Die zweite Stufe besteht aus einer klinischen Ausbildung, bei der man Unterricht bekommt und zusätzlich eine gewisse Zeit unter Supervision arbeitet. Diese zweite Stufe beinhaltet unter anderem spezifische Mobilisation der Extremitäten und der Wirbelsäule mit Verriegelungstechniken, Dehnstechniken an Extremitäten und Wirbelsäule, verschiedene Arten Weichteilstechniken und Medizinische Trainingstherapie. Es werden die Inhalte der weiter oben genannten Kurse wiederholt und vertieft und eine Literaturliste ist durchzuarbeiten. Diese zweite Stufe dauert 1 Jahr (ca. 500 Unterrichtsstunden und ca. 2000 Patientenbehandlungen z. T. unter Supervision) und endet mit einer Prüfung vor einer Prüfungskommission des Internationalen Seminars für Orthopädische Manuelle Therapie (1. Teil, früher: Mobilisationsexamen).

Ein Teil der Mitglieder dieser Prüfungskommission sind Gründungsmitglieder der IFOMT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapy), der Untergruppe für Manuelle Therapie des WCPT (seit 1978).

Einige haben dann immer noch nicht genug. Nach einem Eignungstest

nehmen sie die dritte Stufe in Angriff. Diese dauert weitere ein bis zwei Jahre (oder mehr) und endet nach einer Prüfung mit dem Diplom für Orthopädische Manuelle Therapie (OMT). Dieses Diplom weist den Inhaber darüber aus, die Manuelle Therapie nach IFOMT-Standard zu beherrschen (2. Teil, früher: Manipulationsexamen).

Die Mitgliedsländer der IFOMT sind: Australien, Kanada, Neuseeland, Norwegen, England, Schweden und Südafrika. Die Schweiz, vertreten durch die SVOMP, ist als «Interested Member» für die Mitgliedschaft vorge-merkt.

### Die aktuelle Situation in der Schweiz

Die nachfolgend genannten Physiotherapeuten haben sich nach ihrer Kursausbildung weitergebildet in Orthopädischer Manueller Therapie nach Kaltenborn/Evjenth.

Fritz Zahnd, OMT (Teil 1 und 2)  
Daniel Mühlemann, OMT (Teil 1),  
Doktor der Chiropraktik SCG, ECU  
Regula Zahnd, OMT (Teil 1)  
Christina Forsström, OMT (Teil 1)  
Jacqueline Amstutz, in Ausbildung (OMT Teil 1): Examen 1990  
Jutta Affolter, in Ausbildung (OMT Teil 1): Examen 1990  
Eveline Posch, in Ausbildung (OMT Teil 1): Examen 1990  
Kerstin Engelhart, in Ausbildung (OMT Teil 1): Examen 1990  
Bea Enzler, in Ausbildung (OMT Teil 1): Examen 1990  
Thomas Wismer, in Ausbildung (OMT Teil 1): Examen 1990  
Ein nächster Ausbildungsgang (OMT Teil 1) beginnt im Sommer 1990.

### Die Praxis

Mit Hilfe einer Zusammenfassung des Referats, welches an der in der Einleitung erwähnten Tagung gehalten worden war (Thema: Entscheidungskriterien für/gegen aktive Gymnastik und/oder passive Mobilisation bei Pa-

tienten mit Rückenbeschwerden im Kaltenborn/Evjenth-System), soll die Denkweise und das praktische Vorgehen dargestellt werden.

Die Defizite am Bewegungsapparat, die sich aus körperlichen und psychischen Stressfaktoren ergeben, sind bei allen Menschen bis zu einem gewissen Grad dieselben, auch wenn nicht alle deshalb zu Patienten werden.

Man findet meistens muskuläre Dysbalancen mit charakteristischen Verkürzungen und entsprechenden Abschwächungen und Gelenksdysfunktionen an typischen Regionen der Wirbelsäule. Dazu kommt oft eine cardio-pulmonale Leistungsarmut.

Interessant dabei ist, dass Leute mit guter körperlicher Leistungsfähigkeit die Defizite am Bewegungsapparat besser ertragen (1).

Deshalb sollten wir bei jedem Patienten einerseits:

- Bedarf abklären
- Defizite feststellen
- Kontraindikationen für Training abklären
- Körperliche Leistungsfähigkeit verbessern

Wie wir das machen, kann man dem Buch «*Muskuläre Rehabilitation*», von Von Ow D., Hüni G. (ed.) Perimed Verlag, Erlangen, entnehmen.

Auf diese Art und Weise kann man allen Patienten helfen, auch dann, wenn wir ihr aktuelles Problem nur schlecht in den Griff kriegen.

Dies sind die Erfahrungen, die Olaf Evjenth und Hans Gunnari in ihrer Praxis für Physiotherapie und Rehabilitation in Norwegen während der letzten 20 Jahre gemacht haben. Auch hier in der Schweiz haben wir (mit einem für eine Physiotherapie-Praxis durchschnittlichen Patientengut) während der letzten 5 Jahre dieselben Erfahrungen in unserer Praxis gemacht.

Andererseits müssen wir natürlich das aktuelle Problem des Patienten möglichst *spezifisch* behandeln, d. h. wir müssen die für die Beschwerden verantwortliche Struktur (oder Strukturen) mit der bestgeeigneten Massnahme in der richtigen Dosierung behandeln.



# DER NEUE 787 VON UNIPHY

*Eine Klasse für sich*

DER NEUE PHYACTION VON UNIPHY IST TATSÄCHLICH ETWAS GANZ BESONDERES. DAS SEHEN SIE SCHON AN DER SCHÖNEN FARBKOMBINATION UND DER EIGENWILLIGEN, VERFEINERTEN GESTALTUNG. ABER SIE WÄHLEN IHRE APPARATUR NATÜRLICH AUF GRUND GANZ ANDERER KRITERIEN. DER PHYACTION 787 IST DAS VOLLSTÄNDIGSTE GERÄT AUF DEM MARKT! DER 787 HEBT DIE BESCHRÄNKUNGEN IHRER MÖGLICHKEITEN AUF, DENN DAS GERÄT KANN ALLES FÜR SIE TUN UND BEHÄLT ALLES FÜR SIE IM GEDÄCHTNIS. SEHEN SIE SELBST:

Sie können aus dem Indikationsmenü von wohl-gemerkt 50 Anwendungen wählen, oder Sie stellen das Gerät völlig nach eigenen Erkenntnissen ein.

Sie erhalten interessante neue Möglichkeiten für Segmenttherapie, Interferenz mit speziellen Vektor-techniken, diadynamische Ströme, automatische I/t Kurve, biphasische Ströme.

Sie verbinden bei Bedarf die Elektroden mit der eingebauten flüsterleisen Vakuumeinheit.

Sie speichern Behandlungsdaten oder Vorwahl-einstellungen mühelos im Speicher (mit Batterie-sicherung)...

Und das ist noch lange nicht alles!

Umständlich in der Bedienung? Im Gegenteil, sollten Sie trotzdem mit den Tasten nicht zurecht kommen, "sagt" Ihnen der 787, was zu tun ist. In einer der vier Sprachen, die Sie selbst einstellen.

Einfacher geht es wirklich nicht.

Möchten Sie mehr über dieses einzigartige Gerät wissen? Rufen Sie uns gleich an. Unsere Verkäufer können Ihnen alle Informationen über die Möglichkeiten erteilen.

Oder schreiben Sie an eine der untenstehenden Adressen.

*Sie sehen es, erstklassig*

**PHYACTION 787**

**VISTA med S.A.**  
Chemin du Croset 9  
1024 Ecublens  
**(021) 691 98 91**

**VISTA med AG**  
Altisbergstrasse 4, Postfach  
4562 Biberist  
**(065) 32 10 24**

**Leuenerberger Medizintechnik AG**  
Kanalstrasse 15  
8125 Glatthbrugg  
**(01) 810 46 00**

Wenn man das Thema dieser Tagung «Passive Mobilisation – Aktive Gymnastik: Welches ist wann indiziert bei Rückenproblemen?» sehr wörtlich nehmen würde, könnte man dazu folgendes sagen:

Im Kaltenborn/Evjenth-System verstehen wir unter «Passiver Mobilisation» eine Massnahme zur Förderung einer verminderten Beweglichkeit. Sie kann eingeteilt werden in Gelenk-Mobilisation und in Weichteil-Mobilisation. Ihre Anwendung ist nur indiziert, wenn die Untersuchung eine reversible Hypomobilität ergibt, oder wenn sie zur Erhaltung noch vorhandener Beweglichkeit oder zur Verzögerung fortschreitender Gelenkversteifung eingesetzt wird und wenn keine Kontraindikationen vorliegen.

Passive Mobilisation stellt nur einen Teil des Kaltenborn/Evjenth-Systems dar. Leider wird oft das ganze System auf diesen Aspekt reduziert und dann mit diesem identifiziert (siehe Darstellung des K/E-Systems).

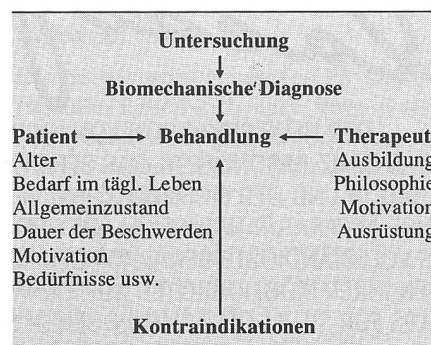
Aktive Gymnastik gehört natürlich auch zum System. Sie kann mobilisierenden oder stabilisierenden Charakter haben. Man kann mit ihr die verschiedensten Strukturen des Bewegungsapparates treffen (Muskeln, Sehnen, Ligamente, Knorpel, Herz-Kreislauf, Nervensystem usw.) und je nach bestehenden Defiziten die entsprechenden Funktionsqualitäten (Koordination, Ausdauer, Beweglichkeit und Kraft) verbessern.

Auch hier entscheiden die Befunde und die Diagnose nach erfolgter Untersuchung über die anzuwendende gymnastische Massnahme.

Um alle erwähnten Behandlungsmassnahmen spezifisch, d. h. überhaupt sinnvoll einsetzen zu können, müssen wir lernen, den Patienten auch spezifisch zu untersuchen. Dies ist das Hauptproblem, nicht die Zuordnung der Behandlungsmassnahmen.

Diese Aufgabe wird uns in der Regel nicht abgenommen. Ich erinnere an Diagnosen wie Lumbovertebrales Syndrom, PHS usw.

Stark vereinfacht kann man also sagen, dass die Behandlung (und damit auch die Entscheidung für oder gegen aktive und/oder passive Massnahmen) bestimmt wird durch die biomechanische Diagnose am Bewegungsapparat mit ihren Zeichen und Symptomen, unter Berücksichtigung der Kontraindikationen. Die Kontraindikationen für Gymnastik sind ja wohl hinreichend bekannt. Bei den passiven Mobilisationen sind die Kontraindikationen abhängig von der angewendeten Technik. So kann es bei einer Kontraindikation für Rotationsmobilisation durchaus indiziert sein mit Traktionsmobilisation zu behandeln. Natürlich spielen noch



andere Faktoren eine Rolle:

Die für die Beschwerden verantwortliche Struktur und die Lokalisation werden eruiert durch die *systematische Untersuchung*.

Siehe: *Manuelle Therapie der Extremitätengelenke* von F. Kaltenborn, Seiten 40–45 (5-5 Schema von Herbert Frisch).

So erhalten wir:

- Aktualitätsdiagnose
- Probebehandlung (so wenig und so spezifisch wie möglich)
- Wenn besser: Bestätigung der Aktualitätsdiagnose

Die Probebehandlung ist also nicht nur Behandlung, sondern auch ein weiteres diagnostisches Mittel, wie es für den Arzt die Infiltration mit einem Lokalanästhetikum sein kann.

Die passive Behandlung sowie die Übungsprogramme werden ständig dem sich verändernden Zustand (Ak-

tualitätsdiagnose) des Patienten angepasst.

Zur Wahl der Behandlungsmassnahmen (aktiv/passiv) bei Rückenproblemen zuerst ein paar grundsätzliche Überlegungen:

Was unterscheidet den Rücken von den Extremitäten?

- a) das Vorhandensein des Rückenmarks mit seinen Hüllen, der Spinalnerven und
- b) das kollektivistische Funktionsprinzip der Wirbelsäule

Wenn wir bei unseren Untersuchungen feststellen, dass das Rückenmark mit seinen Hüllen oder die Spinalnerven in irgendeiner Art und Weise betroffen sind, hat dies Priorität. Bestimmte Behandlungstechniken scheidet dadurch von vornherein aus.

Zudem müssen wir daran denken, dass wir es in jedem Segment nicht mit einem Gelenk, sondern mit einem 3-, 5- oder 7-Gelenke-Komplex zu tun haben. Wir können nicht eines dieser Gelenke bewegen, ohne dass in anderen Gelenken dieses Komplexes auch bewegt wird.

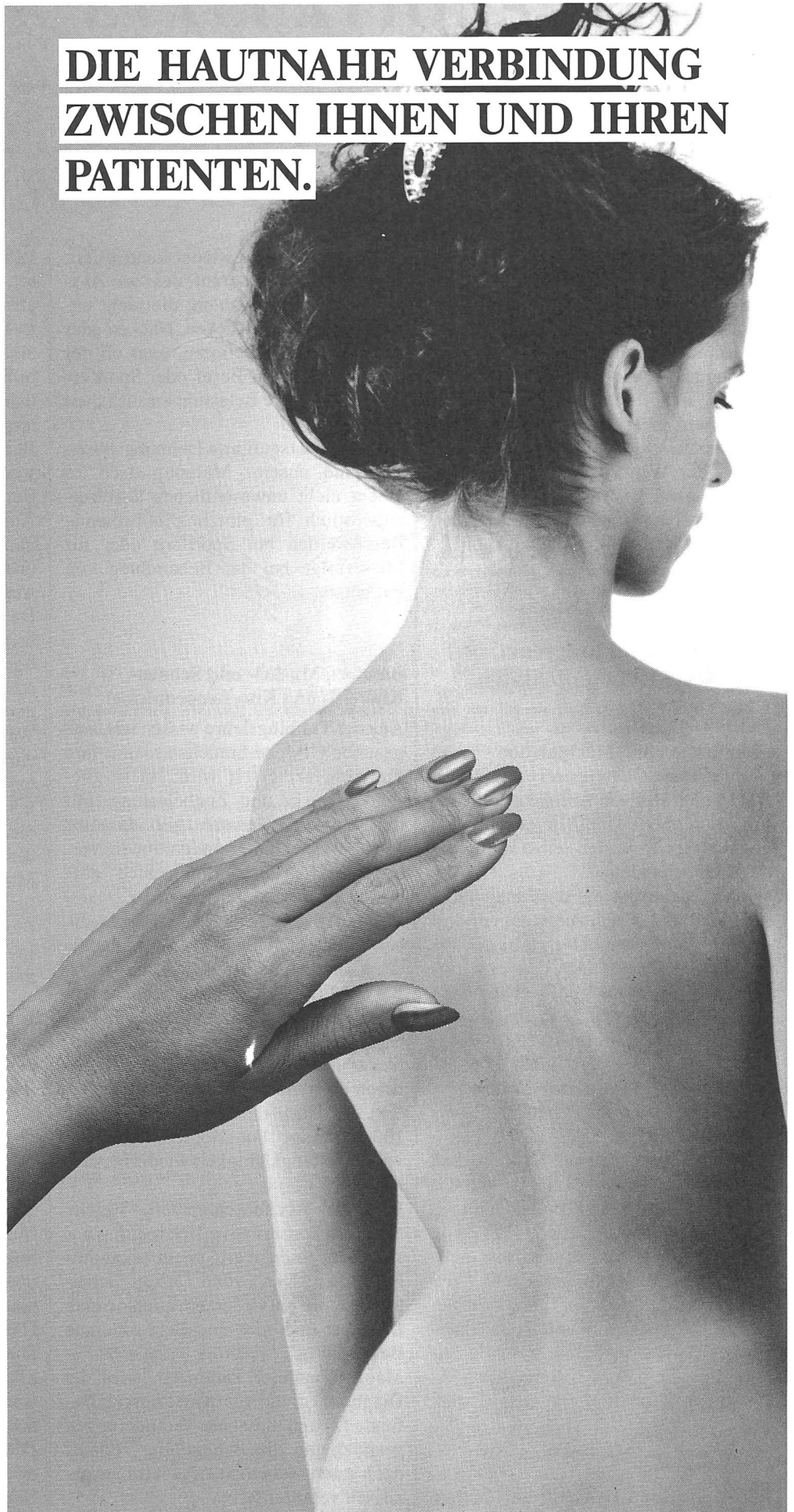
Der Patient soll von Anfang an durch aktive Mitarbeit die Bemühungen des Therapeuten unterstützen. Manchmal besteht die Mitarbeit allerdings nicht aus Übungen, sondern darin, dass er nichts tut, oder Dinge nicht mehr tut, die er sich angewöhnt hat.

So soll ein *hypermobiler Patient* zuerst von aussen stabilisiert werden und Mobilisationen (exzessive Bewegungen) vermeiden (ADL-Instruktion). Dann erst wird zuerst am kurzen Hebel stabilisiert, erst später am längeren Hebel. Erst wenn er Stabilisationen am kurzen Hebel beherrscht, kriegt er Stabilisationsübungen zum Selbermachen. Später muss er Koordination, Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit trainieren. Der *akute Diskuspatient* mit radikulären Zeichen bekommt als erste Behandlung strikte Ruhe in möglichst symptomfreier Stellung. Er soll *keine* Übungen machen (Intradiskale Druckmessungen von Nachemson).



P I N I O L

**DIE HAUTNAHE VERBINDUNG  
ZWISCHEN IHNEN UND IHREN  
PATIENTEN.**



**PINIOL Produkte zeichnen sich durch optimale Gleitfähigkeit, Hautfreundlichkeit und Verträglichkeit aus. Fordern Sie Gratismuster an.**



**PINIOL AG**

6048 Horw, Postfach, Winkelstrasse 12  
Telefon 041-47 20 40

PINIOL Produkte für folgende Bereiche: Medizinalbäder, Saunazusätze in verschiedenen Duftnoten, Dampfbadzusätze, Solariumprodukte, Duschmittel, Fango-Paraffin, Massagecrèmes, Spezialsalben, Massageöle. Unsere Aussendienstmitarbeiter beraten Sie gerne.

Er bekommt Schmerzbehandlung: Thermo-, Hydro-, Elektrotherapie, evtl. Traktion oder ein Korsett. Erst später Rückenschule und Übungsbehandlung. Dabei muss man bedenken:

– Übungen, die der Patient aushalten kann und die ihm nicht sofort schaden, müssen ihm deshalb noch lange nicht nützen.

Schon der Weg zu uns in die Praxis kann eine solche Belastung darstellen, dass sie dem Patienten mehr schadet, als unsere Behandlung nützen kann.

## Reversible und bregrenzt reversible Hypomobilitäten

### Artrogene:

Mobilisation und Manipulation  
Mobilisierende Übungen

Der Patient soll von Anfang an die Mobilisation durch Mobilisationsübungen unterstützen bzw. sich selbst so oft wie möglich behandeln.

Wichtig dabei ist es, dass man nicht vergisst, dass es sich zuerst immer dort bewegt, wo es ohnehin schon gut beweglich ist. Theoretisch gibt es natürlich stabilisierende oder verriegelnde Ausgangsstellungen. Es ist aber für den Patienten in seinem Bestreben es möglichst gut zu machen nicht einfach, diese Stellungen strikte einzuhalten. Deshalb ist hier die Kontrolle etwas vom wichtigsten.

Wir mobilisieren solange passiv weiter, bis das Gelenkspiel normal ist und der Patient das Gelenkspiel durch Übungen selbst erhalten kann.

Die Übungen sollen schmerzfrei durchgeführt werden können. Stehen die Schmerzen im Vordergrund, machen wir Traktionen Grad I und II, translatorisches Gleiten bis Grad II, sowie Stimulation von dicken Bahnen durch Vibrationen, intermittierenden Druck usw.

### Muskulogene:

Entspannen und Dehnen (die Gelenke müssen untersucht sein). Der Patient wird von Anfang an in der korrekten Ausführung von Dehnungsübungen in-

struiert und immer wieder kontrolliert. Dabei achten wir darauf, dass wir Ausgangsstellungen wählen, die nicht unnötigerweise den Rücken, Nacken oder andere Gelenke belasten, egal ob der Patient in seinem Beruf oder Sport erheblich grössere Belastungen aushalten muss.

Unkorrekt ausgeführte Dehnungsübungen sind unserer Meinung nach zu einem nicht unwesentlichen Teil verantwortlich für plötzlich auftretende Beschwerden bei Sportlern oder für Misserfolge bei der Behandlung von Patienten.

### Bänder-, Muskel- und Sehnen-, Knorpel- und Knochenprobleme:

Aus der Trainingslehre wissen wir, was gesunde Gewebe brauchen, damit ihre Funktion verbessert wird: Intermittierende Druck- und Zugbelastung. Für die kranken Gewebe gilt dasselbe (wenn keine Kontraindikationen vorliegen). Was den Unterschied ausmacht, ist das Vorgehen bei der *Dosierung* der angewendeten Reize. Es besteht nur ein Unterschied der Quantität, nicht der Qualität.

Bei der Entscheidung passiv oder aktiv muss man sich auch daran erinnern, dass der Bewegungsapparat ein Steuerungssystem und ein System zur Regulation des inneren Milieus hat.

Erst das Üben der *Funktion* kann das 100prozentige Funktionieren und die volle Leistungsfähigkeit wiederherstellen.

Lumbale Rückenschmerzen, welche nicht auf konservative Behandlung ansprechen, sind ein allgemein bekanntes Phänomen. Der Grund für das Scheitern ist oft entweder eine unkorrekte Diagnose und/oder eine nicht adäquate Behandlung.

Mangels anderer Parameter, wird die Diagnose oft auf röntgenologische Befunde (2) und messbare Veränderungen gestützt und die Behandlung verläuft nach sturen Schemata oder wird unspezifisch verabreicht.

Jedermann weiss, wie schwierig es ist, die fehlerhafte Struktur im System sowie den Grund für die Entstehung des

Fehlers zu eruieren. Nur ein systematisches Vorgehen bei der Pannensuche ist erfolgversprechend. Erstaunlicherweise haben uns die technisch und finanziell sehr aufwendigen Untersuchungsmittel nicht wirklich – und wenn, dann nur bei sehr krassen Fällen – weitergebracht.

Bei einem überwiegenden Teil der Bewegungsapparatprobleme – gerade im Bereich des Rückens – sind wir auf die Angaben des Patienten sowie auf unsere Fähigkeiten zur Beobachtung und der Palpation (in Ruhe und in Bewegung) angewiesen.

Da sich aber die Behandlung verschiedener Erscheinungsbilder von Rückenbeschwerden doch erheblich unterscheiden, möchte ich wenigstens zwei davon in etwas einseitiger Art und Weise darstellen, sowie die Entscheidungskriterien für oder gegen aktive bzw. passive Massnahmen erklären.

Ich bin mir natürlich bewusst, dass sich diese Bilder oft nicht so schön und eindeutig präsentieren und dass es viele Mischbilder gibt. Wir müssen uns oft für das im Vordergrund stehende Problem entscheiden.

In der zur Verfügung stehenden Zeit muss leider vieles ungesagt bleiben.

Die zwei Krankheitsbilder sind einerseits *das akute Bandscheibenproblem mit radikulären Zeichen*, andererseits *die Segmentale Hypermobilität*.

Das erste braucht wohl keine Erklärungen zum Verständnis des Krankheitsbildes an und für sich. Beim zweiten sind einige Erklärungen angebracht, um Missverständnissen vorzubeugen.

Segmentale Hypermobilität kann man überall an der Wirbelsäule finden. Am häufigsten allerdings an der LWS und HWS.

Die Anamnese, die Präsentation und die klinischen Zeichen sind eindeutig, wenn die entsprechenden diagnostischen Tests durchgeführt werden.

Die Hypermobilität kann in mehrere oder alle Bewegungsrichtungen im Segment bestehen, oder aber nur in eine Richtung, wobei die anderen Richtungen normal oder sogar hypomobil sein können.

# NEUE EVALUATIONS- UND TRAININGSTECHNIKEN FÜR DIE LENDENWIRBELSÄULE (LWS)

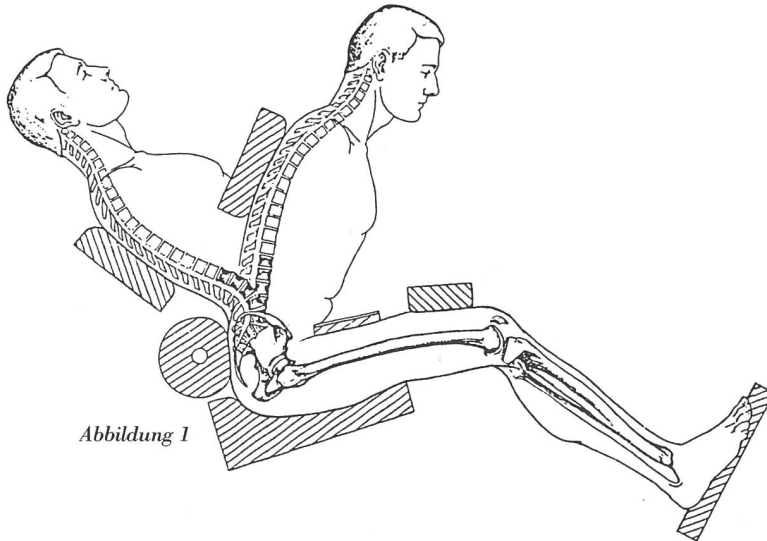


Abbildung 1

Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule gehören zu den häufigsten und teuersten medizinischen Problemen der heutigen Gesellschaft. Doch was sind die Ursachen dieser Beschwerden, welches die Risikofaktoren?

Will man die Leistung der Lendenwirbelmuskulatur exakt messen, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein:

- Stabilisierung des Beckens: Die Lumbal-  
extensoren müssen so isoliert werden, dass  
jede Mithilfe der Hüft- und Beinmuskulatur  
an der LWS-Streckung ausgeschaltet  
ist.
- Messung in der gesamten Bewegungs-  
amplitude
- Standardisierung der Testpositionen
- Austarieren des Oberkörpergewichtes

In Ocala, Florida, wurde mit der Entwicklung von MedX-Geräten eine neue Test- und Therapieausrüstung auf den Markt gebracht, die alle oben erwähnten Bedingungen erfüllt.

Abb. 1 zeigt, wie an MedX-Geräten die Lumbal-  
extensoren isoliert und trainiert werden: Das  
Fussbrett ist verstellbar und schiebt den  
Femur zurück in das Becken. Die Ober-  
schenkel werden so fixiert, dass jede vertikale  
Bewegung der Beine oder des Beckens ver-  
hindert wird. Die Bewegungsamplitude für  
die LWS-Extensoren beträgt 72°.

In einem dreiteiligen Test wird die Leistung  
der Lumbal-Extensoren eruiert:

- Feststellen der Maximalkraft in sieben  
verschiedenen Positionen der Bewegungs-  
amplitude (isometrisch)
- Dynamisches Training bis zur völligen  
Ermüdung der isolierten Muskulatur
- Feststellen des Kraftverlustes (isometrisch)

Die so ermittelten Kraftkurven werden von  
dem Computer aufgezeichnet und geben Aus-  
kunft über das Niveau der Kraft in jeder Po-  
sition der Bewegungsamplitude, Kraftabfall,  
Anomalien und den Muskelfasertyp.

Ein 1987 begonnenes Forschungsprojekt mit  
MedX-Geräten an der Sportmedizinischen  
Abteilung der Universität von Florida, ergab  
folgendes:

- Über 90% der Testpersonen wiesen eine  
hochgradig unterentwickelte Rücken-  
streckmuskulatur auf (siehe Abb. 2)
- Mehr als 80% zeigten ausserdem einen  
extremen Kraftabfall von der LWS-Flexion  
zur LWS-Extension, oder erreichten erst  
gar nicht die volle Extension
- Bei mehr als 30% der Testpersonen wurde  
eine Dominanz von Fast-twitch-Fasern  
festgestellt. (Dieses gilt als Risikofaktor.)

Auf Grund dieses Befundes trainierte der eine  
Teil der Testpersonen einmal wöchentlich  
an MedX-Geräten. In einem Zeitraum von 12  
Wochen konnten sie ihre funktionale und  
strukturelle Kraft der LWS-Extensoren  
nachweisbar erheblich verbessern (siehe  
Abb. 3). Analog mit dem Ansteigen der Kraft  
verminderten sich auch ihre Rückenbe-  
schwerden und Schmerzen.

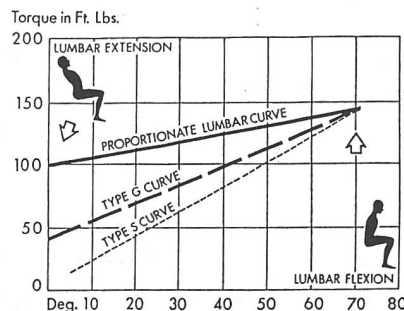


Abbildung 2

Dies ist ein hypothetisches Diagramm. Die  
ideale Kraftkurve ist linear und fällt  
im Verhältnis 1.4 : 1 von der Flexion zur  
Extension. 80% der Testpersonen wiesen  
eine Typ-S-Kurve auf, 18% eine Typ-G-  
Kurve und nur 2% die ideale Kraftkurve.

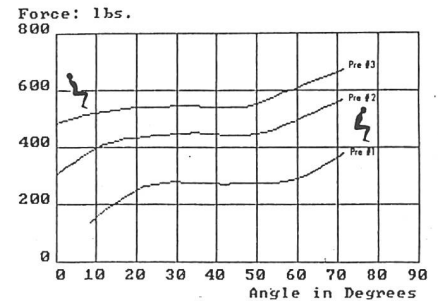


Abbildung 3

Hier sind drei Testkurven aufgezeichnet, die  
im Verlauf eines zehnwöchigen Trainings  
erstellt wurden. Am Anfang war es dem  
Patienten nicht möglich, die volle Extension  
zu erreichen. Mit nur einer Therapie-sitzung  
pro Woche hatte er nach 76 Tagen seine  
Kraft in der schwächsten Position um mehr  
als 400% gesteigert.

Bei der anderen Testgruppe, welche mit her-  
kömmlichen Trainingsgeräten arbeitete, war  
zwar ein Trainingseffekt an der Hüft- und  
Beinmuskulatur zu verzeichnen, aber an der  
Lumbalmuskulatur selbst nicht.

MedX-Geräte ermöglichen erstmals die  
akkurate Messung von Muskelkräften über  
die ganze Bewegungsamplitude sowie eine  
wirksame Kräftigungstherapie mit Erfolgs-  
kontrolle.

## MedX® – das neue computer- gestützte Test- und Behandlungsverfahren aus den USA

MedX-Geräte, entwickelt von dem Nautilus-  
Erfinder Arthur Jones, sind computerge-  
stützte Test- und Therapiegeräte. Sie er-  
möglichen das genaue Testen von Muskeln  
sowie deren Kräftigung. Durch die Auf-  
zeichnung von Kraftkurven mit verschie-  
denen Variablen (Ermüdung, Erholung, Be-  
wegungsamplitude) ist es dem Therapeuten  
möglich, Fasertypen zu bestimmen,  
Schwachstellen und Anomalien zu eruieren  
und Kraftzuwachs und Therapieverlauf  
exakt zu kontrollieren. Folgende MedX-  
Geräte gibt es jetzt erstmalig in Europa:

- MedX Lumbar Extension
- MedX Rotary Torso
- MedX Cervical Extension
- MedX Rotary Neck

Wenn Sie Einblick in die Anwendungsmög-  
lichkeiten bekommen möchten, kontaktie-  
ren Sie:

WERNER KIESER  
POSTFACH 344  
CH-8026 ZÜRICH



Segmentale Hypermobilität ist ein Krankheitsbild, welches von «Segmentaler Instabilität» oder «Spondylolisthesis» (3) unterschieden werden muss. Ihre Symptomatologie ist charakteristisch und leicht zu erkennen.

Sie gilt als das erste klinische Zeichen der beginnenden Bandscheibendegeneration(4).

In einer späteren Phase kann sich Segmentale Hypermobilität zu «Segmentaler Instabilität» entwickeln, ein Krankheitsbild, das von Kirkaldy-Willis (5), Farfan (6) und anderen klar beschrieben worden ist.

Das Wort Instabilität als klinischer Begriff sollte nur gebraucht werden, wenn er sich auf Strukturen bezieht, bei denen man unter normalen Bedingungen Stabilität erwarten würde, z. B. Knochen und ligamentäre Strukturen, welche strukturelle und funktionelle Integrität garantieren.

Für ungenau umschriebene Vergrößerungen der Beweglichkeit sollte es nicht verwendet werden.

Hypermobile Gelenke oder Segmente behalten ihre Stabilität unter normalen Bedingungen, d. h. sie funktionieren normal was das Tragen des Körpergewichts und das Bewegen innerhalb gewisser Grenzen angeht.

Einige oder alle rotatorischen Bewegungskomponenten können wegen dem kompensatorischen Spasmus der umliegenden Muskulatur sogar eingeschränkt sein.

Die Diagnose wird gestellt aufgrund der Anamnese, Inspektion, Funktionstests (generelle und spezifische), Palpation und ab und zu röntgenologischen Befunden.

Die Behandlung zielt primär auf das Wiederherstellen der verlorenen Koordination, Ausdauer und Kraft speziell der segmentalen Muskulatur sowie auf das Schaffen von Reserven für die oben erwähnten Funktionsqualitäten.

Die 2 Krankheitsbilder wurden einander in Untersuchung (Anamnese, Inspektion, Funktionsuntersuchung, Palpation, Neurologische Tests, Zusatzuntersuchungen) und Behandlung gegenübergestellt. Es wurde ein Stabilisationsprogramm für Segmentale Hypermobilität demonstriert.

Dieser Artikel sollte interessierte Physiotherapeuten über das Manual-Therapiekonzept von F. Kaltenborn und O. Evjenth informieren.

Er sollte das grundlegende Vorgehen bei Patienten mit Rückenbeschwerden aufzeigen, wobei aus Platzgründen auf die Aufzeichnung des praktischen Teils verzichtet wurde.

An Ausbildungsfragen interessierte Physiotherapeuten wenden sich an:

AMT

Sekretariat: Brigitte Reiser

Schlosstalstrasse 50, 8406 Winterthur.

#### Literatur:

1. Biering & Sörensen 1984, Cadyl und Bischoff 1979, Alf Nachemson 1983, Fordyce W.E. 1982, Linton S.J. 1985
2. Gianturco C. (1944): A roentgen analysis of the motion of the lower lumbar

vertebrae in normal individuals and in patients with low back pain. Am. J. Roentgenol. 52: 261

3. Penning L., Blickmann, J.R. (1980): Instability in lumbar spondylolisthesis: Radiologic study of several concepts. Am. J. Roentgenol. 134

4. Kirkaldy-Willis W.H.: The Pathology and Pathogenesis of Low Back Pain. Managing Low Back Pain (1988): 49-75

5. Kirkaldy-Willis M.A., Farfan H.F. (1982): Instability of the lumbar spine. Clinical orthopaedics and related research, 165

6. Farfan H.F., Gracovetsky S. (1984): The nature of instability. Spine 9: 714-719

#### Adresse des Autors:

Fritz Zahnd  
Sihlhallenstrasse 19  
8004 Zürich

## AKUPUNKTUR MASSAGE®

ENERGETISCH-STATISCHE-BEHANDLUNG

und

OHR-REFLEXZONEN-KONTROLLE



hält, was...

**...Akupunktur,  
Chiropraktik  
und Massage  
versprechen.**

Fordern Sie kostenlose Informationen vom  
**Lehrinstitut für Akupunktur-Massage**  
**CH-9405 Wienacht (BODENSEE)**  
**Telefon aus D (00 41 71) 91 31 90 aus**  
**A (05071) 91 31 90 aus CH (071) 91 31 90**