

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

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 20 (1984)

Heft: 6

Artikel: Ausbildungskonzept : manuelle Medizin in der Schweiz 1983

Autor: Schneider, Werner / Tritschler, T. / Dvorak, J. / Dvorak, V.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930266>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 31.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ausbildungskonzept

Manuelle Medizin in der Schweiz 1983

W. Schneider
T. Tritschler
J. Dvorak
V. Dvorak

Diagnostik

In unseren Ausbildungskursen setzen wir Kenntnisse in Orthopädie und Rheumatologie zu einem grossen Teil voraus. Sowohl der manualtherapeutisch tätige Arzt wie Physiotherapeut muss in der Lage sein, eine spezielle funktionelle Pathologie des Bewegungsapparates herauszuarbeiten und darauf ein therapeutisches Konzept aufzubauen. Es ist Aufgabe und Pflicht des Arztes, mögliche absolute und relative Kontraindikationen zur Manualtherapie zu erkennen. Der Physiotherapeut ist dazu weder legitimiert noch in der Lage, da zum Erkennen der Kontraindikation neben fundierten klinischen Kenntnissen häufig zusätzliche Untersuchungen miteinbezogen werden müssen, wie z.B. Röntgenuntersuchungen, Laborabklärungen u.a.m.

Die funktionelle Pathologie im manualtherapeutischen Sinne basiert auf folgenden Untersuchungsschritten:

- Gelenkmechanik
- Palpationsbefund
- muskuläre Balance
- (Probebehandlung)

1. Gelenkmechanik

Bei der Untersuchung der Gelenkmechanik bewerten wir die artikulären Bewegungsmuster: dabei testen wir die grossen *angulären Bewegungsausschläge* wie Flexion, Extension und Rotation, aktiv, passiv und resistiv. Diese anguläre Bewegungstestung wird ergänzt durch die Testung vom *Joint-play*: durch gezielte, dem jeweiligen Gelenk oder Wirbelsäulensegment angepasste Griffassung bewerten wir das *dreidimensionale Joint-play*: die Traktionsfähigkeit und die in der senkrecht zur Traktionsrichtung liegenden Gleitmöglichkeiten in mindestens zwei Richtungen. Einerseits wird das Ausmass vom Joint-play beurteilt und andererseits ist in den meisten Fällen der Stop dieser Bewegungen noch wesentlicher. Ein harter Stop wird meist verursacht durch eine Limitierung der Bewegung durch artikulär-arthrotische Veränderung. Manchmal kann ein harter Stop durch einen schnell einschliessenden Abwehr-Spasmus verursacht werden, wie z.B. beim Lasègue-Test bei lumbaler Discushernie.

Ein weicher Stop wird in der Regel verursacht durch Verkürzung tonischer Muskeln, gele-

gentlich auch durch das Vorhandensein eines Gelenkergusses.

2. Palpationsbefund

Die Irritationszone ist für die Diagnose der segmentalen Dysfunktion im Bereiche der Wirbelsäule sehr wesentlich. Wir palpieren segmental etwa ein bis zwei Querfinger lateral des Dornfortsatzes und suchen eine Weichteilveränderung im Sinne der Konsistenzvermehrung und verminderten Verschiebbarkeit der Haut. Eine Irritationszone ist auf Druck hin schmerzhaft, häufig können Entlastungs- und Provokationsteste die Schmerzhaftigkeit abnehmen- respektive zunehmen lassen. Die Tendinosezonen stellen periphere Palpationspunkte im Bereiche von Muskelinsertionen und Sehnenansätzen dar. Sutter und Dvorak sind der Meinung, dass sehr enge Beziehungen zwischen einzelnen peripheren Tendinosezonen-Mustern und Befall einzelner Wirbelsäulensegmente bestehen. Die diagnostische Wertigkeit der Tendinosezone ist wesentlich weniger bedeutungsvoll als diejenige der Irritationszone. Hingegen können die Tendinosezonen häufig pseudoradiculäre Schmerzausstrahlungen bei bestehenden segmentalen Dysfunktionen erklären.

3. Muskuläre Balance

Eine über eine gewisse Zeit bestehende segmentale Dysfunktion ruft mit praktischer Sicherheit eine muskuläre Dysbalance hervor: die tonische Muskulatur neigt zur Verkürzung und ist im Zustande der Verkürzung leichter faszitierbar. Gleichzeitig wird die zugehörige «antagonistische» phasische Muskulatur gehemmt, sodass ein Ungleichgewicht eintritt. *Die phasische Muskulatur wird im Sinne eines Circulus vitiosus immer schwächer, die tonischen Muskelgruppen neigen zur Verkürzung bei gleichbleibender Muskelkraft.* Dadurch entstehen regionale Fehlhaltungen, welche sich in extremen Fällen sogar generalisieren können. Diese regionalen Fehlhaltungen können die muskuläre Dysbalance verstärken oder neue muskuläre Dysbalancen auslösen.

Die Diagnose der muskulären Dysbalance beruht einerseits auf der Längentestung der dem tonischen System zugehörigen Muskeln und andererseits auf einer Krafttestung der dem

phasischen System zuzuordnenden Muskeln. Häufig wird die Muskeltestung erschwert durch verminderte Gelenkbeweglichkeit. In dieser Hinsicht spielt die Beurteilung vom Joint-play und des Stops der Bewegung eine entscheidende Rolle. Nur unter Zuhilfenahme dieser Faktoren kann eine verminderte Gelenkbeweglichkeit entweder einer muskulären Verkürzung oder einer artikulär-arthrotisch bedingten Bewegungsverminderung zuzuordnen sein.

4. Probebehandlung

Der Probebehandlung kommt nach unserer Auffassung ein grosser Stellenwert zu. Nachdem die bekannten Kontraindikationen ausgeschlossen sind, kann der Untersucher ein diagnostisch und therapeutisches Konzept aufstellen, dessen Richtigkeit durch eine erfolgreiche Probebehandlung nachhaltig unterstrichen wird. Ist die Probebehandlung ohne subjektiven und objektiven Erfolg, so muss, die Richtigkeit der Behandlungstechnik vorausgesetzt, die gesamte Diagnostik und Beurteilung neu überdacht und erarbeitet werden. Die Probebehandlung ist vor allem von grosser Wichtigkeit in Bezug auf die muskuläre Dysbalance und auf die gestörte Gelenkmechanik. Die Probebehandlung wird sich in Bezug auf den Palpationsbefund so auswirken, dass die Irritationszone quantitativ und qualitativ vermindert wird. Tendinosezonen pflegen nach unserer Erfahrung, wenn überhaupt, mit einer grösseren zeitlichen Latenz auf die Behandlung anzusprechen.

Therapie

Die Manuelle Therapie kann im weitesten Sinne als der Physikalischen Therapie zugehörig angesehen werden. Wegen den bekannten und nicht zu unterschätzenden Risiken bei *Mobilisationstechniken mit Impuls* (Manipulationen) im Bereiche des Achsenskelettes muss diese Therapieform gesondert und isoliert betrachtet werden. In der Schweiz bestehen diesbezüglich auch spezielle rechtliche Voraussetzungen: die Manipulationen im Bereiche des Achsenskelettes sind den (ausgebildeten) Ärzten und Chiropraktoren mit Berufsausübungsbewilligung vorbehalten. Die Physiotherapeuten sind nicht legitimiert, solche mobilisierenden Behandlungen mit Impulsen (Manipulationen) durchzuführen. Hingegen sind mobilisierende Behandlungen ohne Anwendung eines Impulses eine nennenswerte Bereicherung der üblichen krankengymnastischen Behandlungstechniken. Voraussetzung zur Anwendung dieser mobilisierenden Techniken sind exakte biomechanische und neuromuskuläre Kenntnisse der

Wirbelsäule und Gelenke sowie der Muskulatur. Darauf baut sich die gewählte Behandlungstechnik auf.

Die *Behandlung der muskulären Dysbalance* ist in der Regel zeitlich wesentlich aufwendiger als Behandlungen am Achsenskelett durch mobilisierende Techniken mit Impuls: in den allermeisten Fällen müssen mehrere Muskeln gedehnt und für eine grössere Anzahl Muskeln isometrische Kräftigungsübungen durchgeführt werden. Eine Behandlungssitzung für eine muskuläre Dysbalance dauert in der Regel 20 bis 40 Minuten, häufig sind 10 bis 20 Behandlungen notwendig. Eine dermassen intensive Behandlungsserie gehört in die Hand des Physiotherapeuten, nur in Ausnahmefällen werden speziell interessierte Ärzte diese Behandlungstechniken selbst durchführen (können). Die mobilisierenden Behandlungstechniken ohne Impuls im Bereiche der Wirbelsäule, kombiniert mit der Behandlung der muskulären Dysbalance. Diese werden durch weitere physiotherapeutische Behandlungstechniken wie Haltungsschulung, Aufnahme eines regelmässigen Körpertrainings etc. ergänzt. Sie gehören nach unserer Meinung zur umfassenden krankengymnastischen Behandlung des Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

Nicht allzu selten sind Fälle zu beobachten, bei denen einige Manipulationen im Bereiche der Wirbelsäule die häufig notwendige muskuläre Rehabilitation – wie oben beschrieben – erleichtern und gelegentlich sogar erst ermöglichen.

Die *Indikationen zur Manuellen Therapie* ist an folgende Hauptkriterien gebunden:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Schmerz in dem zu behandelnden Gebiet2. Pathologischer Bewegungstest3. Irritationszone4. Erfolgreiche Probebehandlung <p>Von diesen vier Kriterien sollen mindestens zwei, besser aber drei vorhanden sein.</p> <p>Fakultative Nebenkriterien stützen die Indikation zur Manualtherapie:</p> <ol style="list-style-type: none">5. Muskuläre Dysbalance6. Tendinosezonenmuster |
|--|

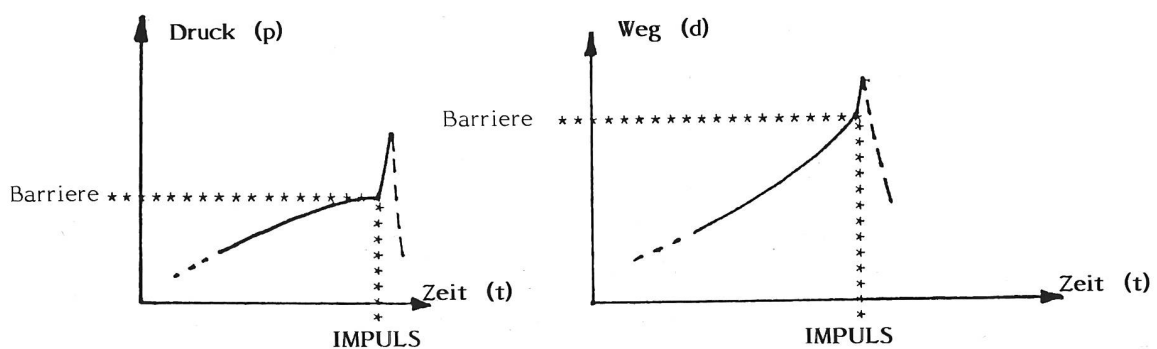
Die Manuelle Therapie teilen wir in folgende Kategorien ein, welche häufig kombiniert zur Anwendung gelangen:

- Mobilisation mit Impuls (Manipulation)
- Mobilisation ohne Impuls
- Neuro-muskuläre Therapie (inkl. Muskeldehnung)
- Muskelkräftigung

1. Mobilisation mit Impuls (Manipulation)

Die Mobilisation mit Impuls im Bereiche des Achsenskelettes führt häufig zu einer schnellen und nachhaltigen Abnahme der Hauptkriterien. Gerade im Bereiche der Halswirbelsäule, aber auch der Lendenwirbelsäule ist das Komplikationsrisiko nicht zu vernachlässigen. Deshalb ist die Manipulation *ausgebildeten* Ärzten vorbehalten, da nur sie die Kontraindikationen erkennen können. Bei der Manipulation berücksichtigen wir folgende Faktoren:

- Die dem zu behandelnden Segment benachbarten Wirbelsäulenabschnitte sollen durch entsprechende Lagerung *verriegelt* sein.
- Die Lagerung und Verriegelung der Wirbelsäule soll schmerzfrei sein.
- Die Manipulation soll in die *schmerzfreie Richtung* erfolgen.
- In den meisten Fällen ist dabei die Irriationszone so zu impulsieren, dass sie nach ventral verlagert wird.
- Durch den Impuls soll die Bewegung im Segment nicht über die anatomischen Grenzen hinaus forciert werden.



Druckzeit- und Wegzeit-Diagramm der Mobilisation mit Impuls

Das Druckzeit-Diagramm zeigt, dass während der Lagerungsphase kaum eine Kraft aufzuwenden ist. Im Wegzeit-Diagramm ist

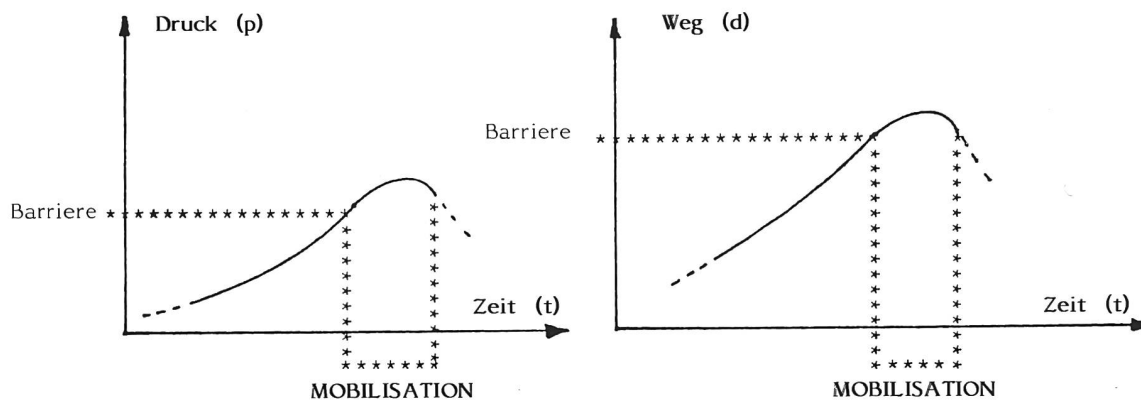
ersichtlich, dass der Impuls über die aktuelle Barriere hinausgeht, er soll aber die anatomische Bewegungsgrenze nicht überschreiten.

2. Mobilisation ohne Impuls

Die Indikation zur Mobilisationsbehandlung ohne Impuls ergibt sich aus denselben Haupt- und Nebenkriterien wie für die Mobilisation mit Impuls. In der Regel wird die Mobilisation ohne Impuls in den Fällen vorgezogen, in denen ein erhöhtes Manipulationsrisiko zu erwarten ist, also z.B. die Gefahr einer Schädigung der Arteria vertebralis bei Arteriosklerose, die Gefahr einer Rippen- oder Wirbelfraktur bei Osteoporose etc. Die Mobilisationsbehandlung ohne Impuls ist in der Hand von ausgebildeten Physiotherapeuten weitgehend frei von Komplikationsrisiken. In Zweifelsfällen soll die Mobilisation ohne Impuls der Manipulation vorgezogen werden.

Für die Mobilisation gelten folgende Grundsätze:

- Die dem zu mobilisierenden Wirbelsäulensegment benachbarten Wirbelsäulenabschnitte sollen wenn möglich verriegelt sein
- Die Kontaktaufnahme mit den ossären Strukturen der Wirbelsäule soll möglichst ausserhalb der Irritationszone liegen
- Die Mobilisation soll in die schmerzfreie Richtung gehen
- Die Mobilisation soll die Irriationszone in der Regel so bewegen, dass sie nach ventral verlagert wird
- Die Dauer der Mobilisation beträgt ca. 3-10 Sekunden
- Die Mobilisation soll die Beweglichkeit im Segment nicht über die anatomische Grenze hinaus fördern.



Druckzeit-Diagramm und Wegzeit-Diagramm der Mobilisation ohne Impuls

Das Druckzeit-Diagramm zeigt, dass während der Lagerungsphase ebenfalls keine nennenswerte Kraft aufgewendet werden soll. Während der Mobilisation wird der Druck langsam zunehmend erhöht und wieder langsam abgebaut. Aus dem Wegzeit-Diagramm

ist ersichtlich, dass die Mobilisation ebenfalls wieder an der Barriere beginnt und dass der Weggewinn durch die Mobilisation nicht über die anatomische Bewegungsgrenze hinausgehen soll.

3. Neuro-Muskuläre Therapie

Unter der Neuromuskulären Therapie subsumieren wir alle diejenigen Behandlungstechniken, bei welchen die Muskelkraft und die dadurch hervorgerufenen neuromuskulären Abläufe der Beweglichkeitsverbesserung und der Muskeldehnung dienen.

Typ 1 Überwindung der Barriere unter Ausnützung der **KRAFT DER AGONISTEN**. Die zu mobilisierende Wirbelsäulenregion wird so eingestellt, dass die benachbarten Wirbelsäulenabschnitte möglichst verriegelt sind. Der Patient führt nun eine von der Bewegungsbarriere ausgehende Mobilisation durch, indem er die entsprechende Bewegung ausführt. Diese häufig schwierig zu erlernende Bewegung kann durch die digitale Stimulation im Bereiche der Muskulatur und verbale Kontrolle durch den Therapeuten, welcher die benachbarten Wirbelsäulenabschnitte verriegelt, qualitativ und quantitativ geleitet werden.

Mit der Neuromuskulären Therapie Typ 1 erlernt der Patient häufig solche Mobilisationstechniken, welche er schlussendlich zu Hause autonom durchführen kann. Bei der Anwendung der Neuromuskulären Therapie Typ 1 sind folgende Faktoren wesentlich:

- Einstellung des zu mobilisierenden Bewegungssegmentes an der aktuellen Bewegungsgrenze
- Durch entsprechende Muskelanspannung führt der Patient eine mobilisierende kleine Bewegung gegen die Barriere durch («kämpft gegen die Barriere an»)
Dauer dieser Muskelanspannung 2-5 Sekunden
- Häufig wird das Erlernen der oft nicht einfachen Bewegungsabläufe durch geführte passive Bewegungen gegen die Barriere erleichtert.
Taktile kutane Reize im Bereiche der zu mobilisierenden Wirbelsäulenregion können das Erlernen dieser Bewegungen ebenfalls erleichtern.

Typ 2 Überwindung der Barriere unter Ausnützung der **POSTISOMETRISCHEN RELAXATION DER ANTAGONISTEN**. Wenn bei der Muskeltestung verkürzte tonische Muskeln festgestellt wurden, so führt dies immer zu einer Verminderung der regionalen Beweglichkeit, sei es im Bereiche des Achsenskelettes oder an peripheren Gelenken. Durch isometrische Anspannung und anschließende Dehnung in der postisometrischen Relaxationsphase kann die Muskulatur gedehnt und auf eine normale Länge gebracht werden. Besteht gleichzeitig, wie so häufig, eine Abschwächung der phasischen Muskulatur, so gilt das Prinzip

Dehnen kommt vor Kräftigen!

Die Neuromuskuläre Therapie Typ 2 ist vor allem in denjenigen Fällen erfolgversprechend, in denen ein weicher Stop in der angulären Bewegungstestung festzustellen ist.

Um eine erfolgreiche Dehnung durchführen zu können sind folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Optimale isometrische Anspannung des zu dehnenden Muskels, ausgehend aus der maximal möglichen Dehnlage
- Dehnungsdauer in der postisometrischen Relaxationsphase 3–10 Sekunden
- Schrittweises Dehnen: der einmal gewonnene Weggewinn soll beibehalten werden und der Muskel soll in der neuen maximalen Dehnlage optimal isometrisch angespannt werden
- In den allermeisten Fällen wird es notwendig sein, dass der Patient ein Dehnungsprogramm erlernt, welches er selbständig zu Hause durchführen kann. Zu diesem Zweck haben wir mit der Firma Hoffmann-La Roche ein entsprechendes Dehnungsprogramm erarbeitet, welches in der Schweiz zur Verfügung stehen wird.

Typ 3 Überwindung der Barriere unter Ausnutzung des Gesetzes der *REZIPROKEN HEMMUNG DER ANTAGONISTEN*. Diese Technik findet in den Fällen ihre Anwendung, in denen die isometrische Anspannung der verkürzten tonischen Muskulatur schmerzhaft ist. Die Antagonisten der zu dehnenden Muskulatur werden iso-

metrisch angespannt, wobei im Gegensatz zur Neuromuskulären Therapie Typ 1 der zu mobilisierende Skelettabschnitt fixiert wird. Die isometrische Anspannung erfolgt in Richtung der Bewegungseinschränkung, wobei während der Anspannung durch Fixation des Therapeuten keine Bewegungsverbesserung zugelassen wird. Diese Behandlungstechnik ist in denjenigen Fällen angezeigt, in welchen die Lagerung des Patienten wegen Schmerzen problematisch ist und schon geringe isometrische Anspannung der verkürzten Agonisten Schmerzen auslöst.

Bei der Anwendung der Neuromuskulären Therapie Typ 3 sind folgende Faktoren wesentlich:

- Einstellung des zu mobilisierenden Bewegungssegmentes unmittelbar an der Barriere
- Manuelle Fixation dieses Wirbelsäulenabschnittes, sodass keine Bewegung möglich ist
- Reine isometrische Anspannung in der Richtung, welche von der Bewegungseinschränkung wegführt.
Dauer dieser isometrischen Anspannung 5–10 Sekunden
- Vorsichtige passive Mobilisation über die bewegungseinschränkende Barriere hinaus.
Diese Mobilisation soll mit weniger Kraft durchgeführt werden als das schrittweise Dehnen in der postisometrischen Relaxationsphase bei der Neuromuskulären Therapie Typ 2.

4. Muskelkräftigung

Die Muskelkräftigung führen wir in Form von isometrischen Muskelanspannungen der zu kräftigenden Muskulatur durch. Dabei legen wir besonderes Augenmerk auf die Ausschaltung der synergistisch wirkenden tonischen Muskeln. Gerade im Zustande der muskulären Dysbalance ist die verkürzte tonische Muskulatur wie oben dargestellt vermehrt faszitierbar und würde so bei der isometrischen Muskelanspannung die Arbeit der zu kräftigenden phasischen Muskulatur übernehmen.

- Vor Beginn der isometrischen Kräftigungsübung sollen eventuell vorhandene verkürzte tonische Muskeln gedehnt werden
- Ausgangsstellung so einnehmen, dass synergistisch wirkende tonische Muskeln durch Annäherung von Ursprung und Ansatz ausgeschaltet werden.
- Isometrische Anspannung während 5–10 Sekunden Dauer
- Um ein optimales Resultat zu erreichen ist es unbedingt notwendig, dass der Patient zu Hause ein Heimprogramm mit isometrischen Kräftigungsübungen regelmässig und über lange Zeit durchführt. Dieser Aspekt ist insbesondere in der Prophylaxe eines möglichen Rezidives der muskulären Dysbalance wesentlich.

LEHRINHALTE:	SAMM-KURSE					SAMT-KURSE					
<i>Unters. + Beh. d. Extr. gelenke:</i>	A	B	C	D	E	10	11	12	13	14	15
Motion Palpation			X			X		X			
Beurteilg. d. Hypomob.			X			X		X			
Joint Play / Palpation			X		X	X	X	X			
Probebehandlung			X		X	X	X	X			
Mob. aus d. Ruhestellung						X		X			
aus d. aktuellen Ruhestellung						X		X			
Traktion als schmerzblind. Beh.			X			X					
Traktion als Mobilisation			X			X		X			
Mob.: Gleiten/translatorisch			X			X		X			
Mob. ausserh. d. akt. Ruhestell.								X			
dreidimens. Traktion								X			
Manipulation d. Extr. Gel.			X					X			
Klinik mit S-Gew. Gelenksmob./ Muskeldehnung a.d. Extr.			X		X			X			
Medik. Lehre / Radiologie im Bezug z. M. Th.	X	X		X	X			X		X	X
Beurt. d. musk. Dysbalance auf Verkürzung und Abschwächung			X		X		X	X			
Probebeh. d. tonisch verkürzten Muskulatur / Dehnung			X		X		X	X			
Dehnung der verk. Muskulatur							X	X			
Kräftigung der abgeschw. Mu.					X		X	X			
Instruktion d. Heimprogramms					X		X	X			
<i>Unters. + Beh. d. Achsenskeletts:</i>											
Beurt. d. Hypomob.	X	X		X					X	X	X
Joint Play / Barriere	X				X				X	X	X
Probebehandlung	X	X		X	X				X	X	X
Segm. Motion Palpation	X	X		X					X	X	X
Mob. d. WS aus d. akt. Ruhestellg.					X				X	X	X
Neuro-Muskuläre Therapie					X				X	X	X
Heimprogr./auton. Mob. der WS					X					X	X
Manipulation ungezielt	X	X		X							
Manipulation gezielt		X		X							
Klinik mit S-Gew. WS Manip.				X							
Klinik mit S-Gew. Musk. Rehab. Gelenk- u. WS Mobilisation					X						
Klinik mit S-Gew. Musk. Rehab. Neuro-Musk. Therapie/Mob. gezielt/Heimprogramm											X

Ausbildungskonzept

Die Trägerschaft der Ausbildungskurse in der Schweiz in Manueller Medizin ist die SCHWEIZERISCHE ÄRZTEGESELLSCHAFT FÜR MANUELLE MEDIZIN sowie die SCHWEIZERISCHE ARBEITSGRUPPE FÜR MANUELLE THERAPIE. Erstere befasst sich mit der Ausbildung und Weiterbildung der Ärzte, die letztere mit der Ausbildung und Weiterbildung von Physiotherapeuten sowie Ärzten, welche an den physiotherapeutischen Ausbildungstechniken besonders interessiert sind.

Naturgemäss liegt das Schwergewicht bei der Ausbildung der Ärzte im diagnostischen Sektor: die Ärzte werden in die funktionelle Pathologie des Bewegungsapparates eingeführt unter Berücksichtigung der orthopädisch-neurologisch-rheumatologischen Gesichtspunkten. In therapeutischer Hinsicht liegt das Schwergewicht bei der Ausbildung der Ärzte in der Mobilisationsbehandlung mit Impuls (Manipulationsbehandlung), ergänzt durch Probebehandlungen im Sinne der Muskeldehnung, der Mobilisationsbehandlung und der Neuromuskulären Therapie. In naher Zukunft wird das Ausbildungskonzept und Programm der Ärzte einer gründlichen Revision unterzogen werden. Dabei sollen gleichwertig neben die Mobilisationstechniken mit Impuls, Mobilisationstechniken ohne Impuls sowie Neuromuskuläre Therapien treten. Im Kursablauf sollen die Behandlungstechniken, welche keinen

Impuls beinhalten, zuerst erlernt werden und erst am Schluss der Ausbildung dann die Mobilisationstechniken mit Impuls.

Das Schwergewicht der Ausbildung der Physiotherapeuten liegt darin, dass sie einen exakten physiotherapeutischen Befund erheben können. Differentialdiagnostische Überlegungen haben dabei weitgehend in den Hintergrund zu treten, da die Physiotherapeuten in der Schweiz nur auf Zuweisung eines Arztes hin behandeln dürfen.

Aufgrund dieses funktionellen Befundes sollen die Physiotherapeuten in der Lage sein, gezielte Mobilisationen sowie gezielte Anwendung der Neuromuskulären Therapie und isometrischen Kräftigungsübungen zu applizieren. Die Physiotherapeuten sollen in der Lage sein, manualtherapeutische Behandlungsmassnahmen in die übliche krankengymnastische Behandlungstechnik zu integrieren.

Der Erfolg der Manuellen Therapie ist häufig erst dann befriedigend, wenn ein optimales Teamwork zwischen Arzt und Physiotherapeut vorhanden ist. Dabei scheint es wesentlich zu sein, dass beide dieselbe Sprache sprechen.

Der Motivation des Patienten kommt ein wesentlicher Stellenwert zu. Eine sinnvolle Motivation ist aber nur möglich auf Grund exakter Kenntnisse der Behandler, wobei die manuelle Geschicklichkeit häufig über Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung entscheiden wird.

Verfasser:

Dr. med. Werner Schneider
FMH für physikalische Medizin,
speziell Rheumatologie, Kreuzlingen
Thomas Tritschler, Schaffhausen

Korrespondenzadresse:

Schweizerische Arbeitsgruppe für
Manuelle Therapie
c/o Kantonsspital
8208 Schaffhausen