



Jürgen Förster
Instrumentengestützte myofasziale Techniken
in der Physiotherapie
ISBN: 9783132417908



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

Theoretischer Teil

1	Geschichte der instrumentengestützten myofaszialen Therapie	14
2	Evidenz	16
3	Instrumente	18
3.1	Fazer 1: „Wal“	18
3.2	Fazer 2: „Bumerang“	19
3.3	Fazer 3: „Finger“, Fazer 4: „Daumen“ und Fazer 5: „Zapfen“	20
3.4	Fazer-Gel	22
4	Behandlungstechniken	23
4.1	Klassifikation	23
4.1.1	Klassifikation nach Art der Technik	23
4.1.2	Klassifikation nach Handhabung der Instrumente	23
4.1.3	Klassifikation nach Behandlungs- zielen	26
4.2	Techniken	27
4.2.1	Technik 1: Analgesierung	27
4.2.2	Technik 2: Rehydrierung.....	28
4.2.3	Technik 3: Mobilisierung.....	29
4.2.4	Technik 4: Tonusregulierung	30
4.2.5	Technik 5: Metabolisierung	31
4.3	Kontraindikationen	32
5	Diagnostik	33
6	Therapieplan	35
6.1	Progressionen	35
6.1.1	Einführung.....	35
6.1.2	Beispiele für Progressions- behandlungen	36
6.1.3	Protokoll der Progressionen	42
	1. Progression: Spannungszustand des Gewebes	42
	2. Progression: Belastung des Gewebes: Ausgangsstellung des Patienten	42
	3. Progression: Dynamik des Gewebes .	42
	4. Progression: Widerstand gegen die Bewegung	43
	5. Progression: Funktionalität	43
	6. Progression: Einsatz von Hilfsmitteln	44
7	Therapiesteuerung und Evaluation des Therapieerfolges (Algorithmus, Testverfahren)	45
7.1	Behandlungsablauf	46
7.1.1	Basisbehandlung mit lokalem Therapieansatz	46
7.1.2	Komplexbehandlung mit globalem Behandlungsansatz.....	47
7.2	Grenzen der instrumenten- gestützten myofaszialen Therapie	52

Praktischer Teil

8	Anwendung in der therapeutischen Praxis	54
8.1	Basisbehandlung mit lokalem und symptomorientiertem Therapieansatz	54
8.1.1	Einführung	54
8.1.2	Fuß	55
	Plantare Strukturen	56
	Dorsale Strukturen	63
8.1.3	Sprunggelenk	69
	Behandlungsprotokoll allgemein	69
	Behandlungsprotokoll speziell	74
8.1.4	Unterschenkel	75
	Beugelogen (hintere Kompartimente) und Fibularisloge (laterales Kompartiment)	75
	Streckerloge (vorderes Kompartiment) ..	81
8.1.5	Kniegelenk	86
	Ventrale Strukturen	86
	Dorsale Strukturen	93
8.1.6	Hüftgelenk – Oberschenkel	98
	Ventrale, ventrolaterale und ventromediale Strukturen	98
	Dorsale Strukturen	106
8.1.7	Hüftgelenk – Becken	113
	Behandlungsprotokoll allgemein	114
	Behandlungsprotokoll speziell	120
8.1.8	Lendenwirbelsäule – Bauchwand ..	121
	Dorsale Strukturen	121
	Bauchwand (Abdomen) – ventrale Strukturen	128
8.1.9	Brustwirbelsäule – Brustkorb	135
	Brustwirbelsäule	135
	Ventrale Strukturen des Brustkorbes ..	143
	8.1.10 Halswirbelsäule	148
	Ventrale Strukturen	149
	Dorsale Nackenmuskulatur	155
	8.1.11 Schultergürtel – Oberarm	162
	Ventrale Strukturen	162
	Dorsale Strukturen	173
	8.1.12 Ellenbogengelenk – Unterarm	182
	Ventrale Strukturen	182
	Dorsale Strukturen	190
	8.1.13 Handgelenk – Hand	197
	Palmare Strukturen	197
	Dorsale Strukturen	205
	8.1.14 Kiefergelenk (Art. temporo- mandibularis)	213
	Behandlungsprotokoll allgemein	213
	Behandlungsprotokoll speziell	217
	8.1.15 Gesichtsmuskulatur (mimische Muskulatur)	218
	Behandlungsprotokoll allgemein	218
	Behandlungsprotokoll speziell	222
8.2	Komplexbehandlung mit globalem Behandlungsansatz ...	223
8.2.1	Superficial Front Line	224
	Behandlungsprotokoll	224
8.2.2	Superficial Back Line	224
	Behandlungsprotokoll	225
8.2.3	Daumen-Atlas-Schlinge	226
	Behandlungsprotokoll	226
8.2.4	Große diagonale Muskelschlinge ..	227
	Behandlungsprotokoll	227
9	Literatur	228
9.1	Weiterführende Literatur	228
	Sachverzeichnis	229

4 Behandlungstechniken

Nachdem bisher die Geräte samt ihrer Geschichte und Entwicklung vorgestellt wurden, soll nun die physiotherapeutische Behandlung mit den Fazern dargestellt werden. Dies gestaltete sich anfangs sehr schwierig. Nicht, weil der Autor nicht wusste, wie man die Geräte einsetzen kann – dies hatte er in Paris gelernt –, sondern weil sich die Frage stellte, wie man diese Behandlungstechniken am besten klassifizieren kann. Die vorgestellten Klassifizierungen haben primär einen didaktischen Charakter, sind jedoch trotzdem in den Augen des Autors für eine reflektierte Anwendung von großer Bedeutung. Natürlich sind sich einige Techniken in mancher Hinsicht sehr ähnlich, z. B. auch bezüglich des Handlings. Damit überschneiden bzw. ergänzen sich die angegebenen Therapieziele teilweise. Die Erfahrung der Kurse zeigt jedoch eindeutig, dass es notwendig ist, die Techniken in ein bestimmtes System einzuordnen, um eine eindeutige Darstellung und damit eine gewisse Sicherheit in der therapeutischen Anwendung zu ermöglichen. Aus diesen Erfahrungen leitet sich folgende didaktische Vorgehensweise ab: Es werden nur die reinen Behandlungstechniken vorgestellt. Diese technikorientierte Darstellung der Fazer-Behandlung, die den strukturellen und funktionellen Bezug vernachlässigt, dient lediglich der Vorstellung bzw. dem Erlernen der Handhabung der Instrumente in der Therapie (Handling). In Kap. 8 wird dann weiterführend die anwendungsorientierte Durchführung mit strukturellem und funktionellem Bezug beschrieben. Hier werden die Techniken in unterschiedlichen Regionen des Körpers angewendet. Abschließend wird die Behandlung häufiger Krankheitsbilder, teilweise anhand von Fallbeispielen, illustriert.

4.1 Klassifikation

4.1.1 Klassifikation nach Art der Technik

Eine 1. Klassifizierung orientiert sich intuitiv an der Durchführung der Technik bzw. der Handhabung des Fazers. So kann man den Fazer horizontal auf der Haut des Patienten bewegen. In diesem Fall spricht man im Allgemeinen im Deutschen von Reibung bzw. im Englischen von „friction“ (► Abb. 4.1). Erfolgt die Behandlung in vertikaler Richtung, so spricht man im Deutschen



Abb. 4.1 Friktionsbehandlung mit dem abgerundeten Ende von Fazer 1.

von „Druck“ und sinngemäß im Englischen von „strain“. Parallelen zu bestehenden, gängigen Behandlungskonzepten springen bereits hier ins Auge.

Die dargestellte Behandlung mit den Fazern versteht sich keinesfalls als eine wirklich neue Technik, sondern als Möglichkeit, mittels der Instrumente die vom Therapeuten bereits eingesetzten Verfahren zu verfeinern, deren Effizienz zu steigern oder einfach nur im Sinne des Gelenksschutzes die Strukturen des Therapeuten zu schonen. Natürlich sind Kombinationen von Behandlungen mit horizontaler und vertikaler Behandlungsrichtung denkbar und sinnvoll. Über die Ausprägung von gleichzeitig eingesetztem Druck und Reibung entscheidet der Therapeut.

4.1.2 Klassifikation nach Handhabung der Instrumente

Eine 2. Klassifikation ergibt sich zwangsläufig aus der Handhabung der Geräte. Schnelle und oberflächliche Bewegungen (Reibungen) bezeichnet man als *Schaben* (► Abb. 4.2).

Dagegen verstehen wir unter *Schieben* eher langsame und etwas tiefer gehende Bewegungen (► Abb. 4.3). Die Bezeichnungen „schnell“ und „langsam“ beschreiben hier einerseits die Geschwindigkeit, mit der die Fazer bewegt werden, als auch andererseits den Rhythmus der wiederholten Bewegungen.

Wird das Gerät nach der Kontaktaufnahme mit einer Körperstruktur langsam und eher tief hin- und herbewegt, spricht man von *Querreiben* (► Abb. 4.4).



Abb. 4.2 Schabende Behandlungstechnik mit Fazer 2 am Oberarm.

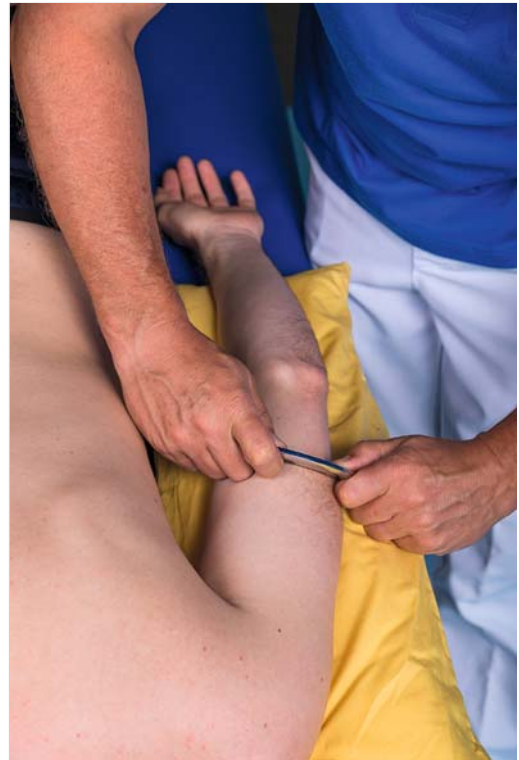


Abb. 4.3 Schiebende Behandlungstechnik mit Fazer 2 am Oberarm.

Die Struktur kann vorher z.B. mit dem Haken des Fazers 1 angehakt werden. Auch hier ist die Bezugnahme zu einer bestehenden Therapietechnik von Kurt Ekmann augenscheinlich und keinesfalls zufällig. Ob die Bewegung nun bei festen fasziellen Strukturen parallel zum Faserverlauf durchgeführt wird oder nicht, entscheidet wiederum der Therapeut.

Neben dem horizontalen Bewegungen des Fazers kann auch eine vertikale Bewegung durchgeführt werden, um Druck auf die Strukturen auszuüben. Dieser Druck kann zunächst punktuell und rein vertikal bzw. diagonal ausgeübt werden (► Abb. 4.5).

Nach einem kurzen Moment erreicht der Therapeut einen Punkt, an dem der Gewebswiderstand sehr groß ist und unüberwindbar erscheint – jedenfalls ohne unerträgliche Schmerzen oder gar körperlichen Schaden in Kauf zu nehmen. Diese aktuelle Endstellung kann einige Zeit gehalten werden. Diese Durchführung ähnelt der bekannten und hinreichend beschriebenen Behandlung von Triggerpunkten. Zusätzlich kann dieser Druck mit

kleinen seitlichen oder kreisenden Bewegungen kombiniert werden, um den Gewebswiderstand zu senken. Aufgrund dieser Tatsache bezeichnet Robert Schleip diese Technik als eine „schmelzende“. Die wahrnehmbare Senkung des Gewebswiderstandes – vor allem, wenn sie spontan eintritt – nennt man im Englischen *Release* oder *Myofascial Release*. Diese eher lokale Kombination von Reibung und Druck kann auch großflächig durchgeführt werden. Ist beispielsweise der Gewebstonus nicht nur lokal, sondern in einer ganzen Region erhöht, bietet es sich an, zunächst Druck auszuüben, bis der Gewebswiderstand maximal ist, und anschließend das Instrument mit dem gehaltenen Druck über die Struktur zu bewegen. Diese regionalen Tonuserhöhungen sind erfahrungsgemäß häufig innerhalb einer bestimmten anatomischen Struktur verteilt. Aufgrund der zusammenhängenden Darstellung der Spannung wird hier auch manchmal von einem *Triggerband* gesprochen.



Abb. 4.4 Querreibungen mit dem Haken von Fazer 1 am Ellenbogen.



Abb. 4.5 Punktuelle Druckbehandlung mit Fazer 4 am Oberarm.

Prinzipiell sind sämtliche Anwendungen mit jedem Fazer möglich, doch aufgrund ihrer Form sind die Fazer für verschiedene Techniken prädestiniert. Die Geräte sind schließlich entsprechend der Bedürfnisse entwickelt worden und nicht umgekehrt. Fazer 1 bietet sich vornehmlich für schabende, schiebende Techniken und zum Querreiben an. Fazer 2 ist ebenfalls für schabende und schiebende Techniken konzipiert. Seine raue Oberfläche bietet einen zusätzlichen Effekt. Seine Ausmaße erlauben die Behandlung größerer Bereiche als mit Fazer 1. Beide Geräte werden meist zur Behandlung von oberflächlichen Strukturen angewendet. Fazer 3, 4 und 5 sind eher für Behandlungen entworfen worden, die mit Druck arbeiten. Fazer 3 ist zudem besonders gut für sehr präzise Anwendungen (► Abb. 4.6) oder in engen Räumen wie den Zwischenrippenbereichen oder den Intermetatarsalräumen.

Fazer 4 ist aufgrund der größeren Auflagefläche entsprechend schonender in der Wahrnehmung

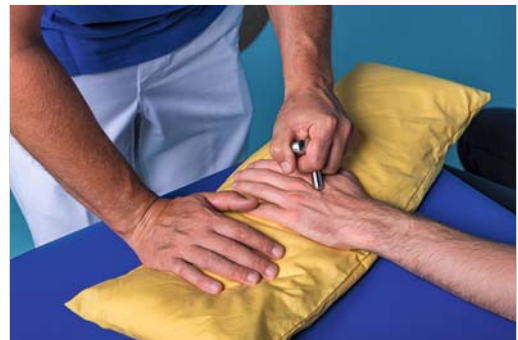


Abb. 4.6 Punktuelle Druckbehandlung mit Fazer 3 an der Hand.

der Patienten. Er ermöglicht eine größere Druckausübung (► Abb. 4.7).

Fazer 5 kombiniert beide Möglichkeiten, zeichnet sich jedoch vornehmlich durch seine Länge aus. Durch das verhältnismäßig sehr lange Mittel-



Abb. 4.7 Punktuelle Druckbehandlung mit Fazer 4 an der Hand.



Abb. 4.8 Punktuelle Druckbehandlung mit Fazer 5 an der Lendenwirbelsäule.

teil können auch sehr tief liegende Strukturen erreicht werden (► Abb. 4.8). Auch bei adipösen Patienten ist die Länge des Instrumentes sehr hilfreich.

Diese Klassifizierung der Behandlungstechniken nach dem Handling der Geräte ist für deren sinnvollen Einsatz von großer Bedeutung. In diesem Buch werden verschiedene Techniken und Behandlungsmöglichkeiten mit den Instrumenten gezeigt. Diese dienen jedoch nur der Orientierung. Der Therapeut sollte immer entsprechend seines Behandlungsplans die für den Patienten am besten geeignete Technik anwenden. Dazu ist ein tiefes Verständnis der Methode wichtig. Die Leser, die eher vorgefertigte Behandlungsschemata wünschen, finden solche in Kap. 8.1.

4.1.3 Klassifikation nach Behandlungszielen

Der nächste Schritt, um ein umfassendes Verständnis für die Therapie mit den Fasern zu erlangen, ist die Klassifizierung nach Behandlungszielen. Diese sind aus den bisher beschriebenen Anwendungsmöglichkeiten entwickelt worden. Das Expertenteam hat nachgeforscht, welchen Effekt welche Technik auf welche Strukturen haben könnte. Die Erkenntnisse der Wissenschaft haben demnach einerseits die Anwendungsbeurteilung der Techniken geliefert und andererseits deren Modalitäten bestimmt. Der Autor nennt diese Vorgehensweise deshalb „wissenschaftsbasiert“. Die später in Kap. 8 beschriebenen Behandlungen basieren hingegen auf Erfahrungswerten, sind also „eminenzbasiert“. Während im angloamerikanischen Raum hauptsächlich von „soft tissue mobilization“ die Rede ist, werden entsprechend der Recherche bzw. des Kenntnisstandes des Expertenteams folgende **Zielsetzungen** definiert:

- Schmerzlinderung
- Rehydrierung
- Lösen von Adhäsionen
- Stoffwechselaktivierung
- Tonusregulierung

Auch hier wurden zur besseren und treffenden Kommunikation unter den Therapeuten griffige Ausrücke bzw. Bezeichnungen für die einzelnen Zielsetzungen gewählt. Die Technik mit der Zielsetzung Schmerzlinderung nennt sich *Analgesierung*, diejenige mit der Zielsetzung, den Flüssigkeitsgehalt des Gewebes zu verbessern, *Rehydrierung*. Wenn Hypomobilitäten gelöst werden, heißt die Technik *Mobilisierung*. Zunächst wurde an den Terminus „Fibrolyse“ gedacht, doch da wahrscheinlich keine echte, strukturelle Fibrose vorliegt, schien der Begriff nicht präzise genug. Etwas genauer ist zwar der Begriff „Adhäsioolyse“, jedoch bezieht sich auch dieser Terminus auf eventuell gar nicht wirklich vorliegende Veränderungen im Gewebe und wurde somit ebenfalls verworfen. Die Aktivierung des Stoffwechsels im Gewebe wird als *Metabolisierung* bezeichnet und die Veränderung der Spannungsverhältnisse *Tonusregulierung*. Im weiteren Verlauf des Buches werden diese prägnanten Begriffe der Einfachheit halber Anwendung

finden. Auch hier ist nicht immer eine scharfe Abgrenzung der einzelnen Zielsetzungen möglich und auch nicht sinnvoll. Ein rhythmisches Reiben auf der Haut wird sowohl den Stoffwechsel aktivieren als auch den Flüssigkeitsgehalt und den Tonus beeinflussen. Die Zielsetzung entspricht jeweils der gewünschten Hauptreaktion. Die Namensgebung spiegelt dies wider.

Die nachfolgend beschriebene Durchführung der Techniken ist das Ergebnis der Erfahrung des Autors und des Expertenteams. Die Ausführungen haben einen beschreibenden Charakter. Anpassungen an den Patienten und die jeweilige Situation sind selbstverständlich.

4.2 Techniken

4.2.1 Technik 1: Analgesierung

Die Analgesierungstechnik kann tatsächlich mit jedem der beschriebenen Geräte durchgeführt werden. Die Wahl des Instrumentes hängt am ehesten von der Ausdehnung der zu behandelnden Fläche ab. Falls nur ein Punkt schmerzhaft oder der zu behandelnde Bereich räumlich eingeschränkt ist, kann man durchaus den „Finger“ oder den „Daumen“ einsetzen. Da man annimmt, dass die Wirkung dieser Technik auf der Gate-Control-Theorie beruht, scheint jedoch ein Einsatz der Geräte auf großflächigen Behandlungsregionen sinnvoll. Deshalb setzt der Autor zur Analgesierung vornehmlich die Fazer 1 und 2 ein. Dabei sollte immer Fazer-Gel als Gleit- und Hautschutzmittel angewendet werden, vor allem bei empfindlichen Patienten und bei solchen, die bestimmte Medikamente einnehmen oder eine sehr dichte Körperbehaarung besitzen. Hierbei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass jeweils nur eine geringe Menge des Gels verwendet wird, denn das Gel ist qualitativ sehr hochwertig: Es verleiht eine hohe Gleitfähigkeit über eine lange Zeitspanne. Ein großzügiger Gebrauch bringt hier keinerlei Vorteile.

Die Analgesierungstechnik ist eine eher oberflächliche Technik mit geringer Behandlungstiefe. Die Wirkung beruht auf der sogenannten *Gate-Control-Theorie* von Melzack und Wall (Melzack und Wall 1965). Die Reibung mit dem Fazer auf der Haut soll den propriozeptiven Input steigern und dadurch im Gegenzug die nozizeptive Wahrnehmung senken. Dies vermutlich bedingt durch die schnellere Reizweiterleitung der mechano-



Abb. 4.9 Analgesierungstechnik mit Fazer 1 im Bereich des lateralen Oberschenkels.

rezeptiven Afferenzen im Vergleich zur nozizeptiven Reizweiterleitung. Dies wiederum ist abhängig vom Grad der Myelinisierung der Nervenfasern. Die Analgesierungstechnik ist also eine indirekte Technik mit einer reflektorischen Wirkungsweise. Der Wirkungsort der Technik scheint das zentrale Nervensystem zu sein. Hier werden die Afferenzen interpretiert und die Wahrnehmung des Inputs als Perzeption wird organisiert. Deshalb scheint es vor allem wichtig zu sein, viel Input zu geben. Ob die präzise Lokalisation des mechanozeptiven Inputs von Bedeutung ist, bleibt nach dem Kenntnisstand des Autors ungeklärt. Deshalb setzt der Autor hauptsächlich die Fazer 1 und 2 ein.

Die Technik besteht aus Reibung im Sinne von Schaben (► Abb. 4.9). Der Therapeut hat hierbei die Wahl zwischen 2 verschiedenen Techniken: Schaben ohne Rotation des Fazers oder mit Fazer-Rotation. Bei ersterer Ausführung ohne Rotation bewegt der Therapeut den Fazer „einfach“ auf der Haut. Die Bewegung kommt am besten aus dem gesamten Arm, um möglichst ökonomisch zu arbeiten. Das Handgelenk bleibt dabei locker und bewegt sich mit. Die Bewegung beginnt also proximal und endet distal. Bei der zweiten Variante mit Rotation rotiert der Therapeut den Fazer gleichzeitig um dessen Achse. Diese Bewegung sollte ebenfalls eine entspannte Bewegung des gesamten Armes sein, während der Unterarm eine lockere Pronations- und Supinationsbewegung durchführt. In beiden Fällen wird während des Schabens Druck ausgeübt, sowohl auf dem Hin- als auch auf dem Rückweg, also in beide Richtungen. Die Richtung des Schabens, die Behandlungsrichtung, scheint dabei nicht wichtig zu sein und bleibt dem Therapeuten überlassen. Möglicherweise ist

ein Beginn in einer parallelen Richtung zur behandelten Struktur für den Patienten angenehmer. Um einen hohen Input in kurzer Zeit zu erreichen, sollte die Behandlungsgeschwindigkeit hoch sein, d. h. der Therapeut führt schnelle bzw. zügige Bewegungen mit dem Fazer durch. Diese hohe Geschwindigkeit reduziert aus praktischen Gründen die Fläche der Technik in einer Durchführung. Die Behandlungsfläche ist maximal mittelgroß, ca. 10–15 cm. Die Behandlungsdauer ist erfahrungsgemäß nicht gut quantifizierbar. Sie ist natürlich abhängig davon, wie gut die Technik beim Patienten wirkt. Generell liegt die Dauer im Sekundenbereich, d. h. unter 1 Minute – dies vor allem, um die Haut des Patienten zu schonen. Es sind jedoch mehrere Serien möglich und manchmal auch sinnvoll. Die Analgesie ist eine symptomatische Technik, hat also keinen kausalen Ansatz! Sie ist allerdings eine Technik, die einerseits in akuten Schmerzsituationen und andererseits häufig als Einstieg in die Behandlung eingesetzt werden kann (Kap. 7.1.1).

4.2.2 Technik 2: Rehydrierung

Auch die Durchführung der Rehydrierungstechnik ist prinzipiell mit allen Fazern möglich. Welcher Fazer eingesetzt wird, ist vor allem abhängig von der Größe und der Zugänglichkeit der zu behandelnden Struktur. Für größere Behandlungsgebiete setzt der Autor eher Fazer 1 und 2 ein, während lokale Behandlungen spezifischer Strukturen auch mit den Fazern 3, 4 und 5 möglich bzw. sinnvoll sind, z. B. wenn eine bestimmte Sehne, ein bestimmtes Retinaculum oder der Bereich um eine knöcherner Prominenz im Gesichtsbereich behandelt werden soll. Die Technik der Rehydrierung wird mit einem Schieben ausgeführt und erfolgt unidirektional (► Abb. 4.10). Auf dem Hinweg wird Druck ausgeübt und die Rückkehr zum Ausgangspunkt erfolgt druckfrei. Wie bei einer Bugwelle eines Bootes soll Flüssigkeit vor dem Instrument hergeschoben werden, um den Flüssigkeitsgehalt des Gewebes zunächst zu reduzieren. Anschließend sollen sich die bearbeiteten Bereiche durch den entstehenden Sog, analog zu einem Schwamm, wieder mit neuer Flüssigkeit füllen. Dieser Effekt soll sich vor allem auf die zelluläre Ebene auswirken. Deshalb ist die Druckausübung prinzipiell in alle Richtungen möglich. Bei der Durchführung muss sich der Therapeut natürlich für eine Behandlungsrichtung entscheiden. Ausschlaggebend scheint vor allem die Kontinuität



Abb. 4.10 Rehydrierungstechnik mit Fazer 2 im Bereich des lateralen Oberschenkels.

des Schiebens zu sein. Da die Behandlungstiefe dieser Technik eher hoch ist, steigt der ausgeübte Druck mit zunehmender Tiefe und damit die Belastung für die Haut. Deshalb ist die Verwendung von Fazer-Gel bei dieser Technik sehr empfehlenswert, denn es dient hier gleichzeitig auch als Hautschutzmittel. Bei sichtbaren Ödemen scheint jedoch eine zentripetale (proximale/kraniale) Richtung sinnvoller zu sein. Dazu muss die Behandlungsgeschwindigkeit reduziert werden, sodass auch größere Flächen (mittelgroße bis große Flächen) behandelt werden können. Auch hier ist es schwierig, die Behandlungsdauer zu quantifizieren. Sie hängt vom Patienten und dem erreichten Behandlungseffekt ab. Normalerweise dauert die Behandlung eine bis wenige Minuten, auch mehrere Serien sind möglich. Die Rehydrierungstechnik eignet sich ebenfalls gut als Therapieeinstieg. Die Patienten tolerieren sie in der Regel gut, sie ist schmerzfrei und meist angenehm. Deshalb wird die Technik häufig auch zwischen anderen Techniken durchgeführt. Die Rehydrierungstechnik ist weder eine symptomatische noch eine kausale Technik. Sie unterstützt andere Techniken und kann zur Vorbereitungs-, Nachbereitungs- und Unterstützungsmöglichkeiten eingesetzt werden. Der mechanische Einfluss auf das Gewebe durch alternierenden Druck durch den „Schwammeffekt“ (Rehydrierung der extrazellulären Matrix) verändert als eine direkte Technik mit lokalem Wirkungsort die Qualität des Gewebes, indem sie die Remodellierung unterstützt.

4.2.3 Technik 3: Mobilisierung

Die Mobilisierungstechnik ist wahrscheinlich diejenige, die Therapeuten spontan mit dem Gebrauch von Instrumenten in der Behandlung von muskuloskeletalen Beschwerden assoziieren – sicherlich auch deshalb, weil der Einsatz von Instrumenten seit Langem als Instrument Assisted Soft Tissue Mobilization bekannt ist. Die Technik ähnelt in der Durchführung den Cyriax'schen Querfraktionen oder der Crochetage von Ekman. Beide Interventionen basieren auf der Annahme, dass sie Crosslinks, unphysiologische Querverbindungen zwischen Strukturen oder innerhalb einer gleichen Struktur, lösen. Ekman's Technik wird auch als „Fibrolyse“ bezeichnet. Da die hier dargestellte Mobilisierungstechnik die mechanische Mobilisation von Gewebsschichten und eine damit einhergehende „Ruptur“ dieser unerwünschten Querverbindungen verfolgt, wurde diese Technik zunächst auch „Fibrolyse“ genannt. Da dies unweigerlich zu Missverständnissen führte, wurde die Technik in „Mobilisierung“ umbenannt.

Die Mobilisationstechnik kann, je nach Bereich und Struktur, mit allen Fasern durchgeführt werden. Der Haken des „Wals“ ist allerdings explizit zu diesem Zweck entwickelt worden. Durch seine Konkavität lässt sich das Gerät häufig gut den Konturen des Patienten anpassen. Die Technik besteht aus der Kontaktaufnahme mit einer Struktur, anschließender Druckausübung und Bewegung des Fasers in eine Richtung unter gehaltenem Druck sowie der Rückkehr in diese Ausgangsstellung ohne Druck (jedoch ohne Kontaktverlust!) (► Abb. 4.11). Deshalb ist der Gebrauch eines Gleitmittels nicht notwendig bzw. kontraproduktiv, da der Druck nicht über den gesamten Hinweg ge-



Abb. 4.11 Mobilisierungstechnik mit Faser 1 im Bereich des lateralen Oberschenkels.

halten werden kann. Der Druck ist allerdings unerlässlich, da er die Verschiebung einer Gewebsschicht gegen die andere ermöglicht! Die Mobilisationstechnik ist also eine Querreibung im Sinne einer intermittierenden Verschiebung von Gewebsschichten. Eine Variante besteht darin, dass die Endstellung bei jeder Bewegung (Hinweg) kurzgehalten wird. Natürlich sind Kombinationen beider Durchführungen möglich. Die Behandlungsgeschwindigkeit sollte entsprechend niedrig sein. Die Behandlungstiefe der Mobilisationstechnik richtet sich nach der Lokalisation der zu behandelnden Struktur. Die Behandlungsrichtung ist prinzipiell senkrecht zum Faserverlauf der zu behandelnden Struktur. Tiefe Faszien sind schichtweise angeordnet und bestehen aus mindestens 3 Faserschichten. Während die Fasern innerhalb einer einzelnen Schicht parallel angeordnet sind, können sich die unterschiedlichen Schichten jedoch in verschiedene Richtungen überlagern, um so eine Weiterleitung der Kräfte in alle Richtungen zu ermöglichen. Deshalb sollte die Technik immer in verschiedene Richtungen durchgeführt werden, um die Gleitfähigkeit der einzelnen Schichten untereinander zu verbessern. Der Beginn der Behandlung kann abhängig von der Struktur parallel zur oberflächlichen Schicht erfolgen. Bei den oberflächlichen Faszien ist die Richtung der Restriktion, d. h. die Bewegungseinschränkung, ausschlaggebend, da die Faszien hier in einer loseren und weniger strukturierten Form vorliegen. Die Technik erfordert teilweise eine hohe Präzision, um gezielt lokal behandeln zu können. Allerdings kann die Zone der Restriktion auch größer sein, dann wird die Technik an verschiedenen Stellen wiederholt oder nur ein hierfür besonders geeigneter Teil der Faser verwendet, wie z. B. der gerade Teil des Hakens mit seiner abgeschrägten Kante. Die Behandlungsdauer ist eher kurz, jedoch tendenziell länger als bei den zuvor beschriebenen Techniken. Sie kann mehrere Minuten betragen und variiert in Abhängigkeit vom erreichten Behandlungseffekt. Eine Verbesserung der Verschieblichkeit wird im Idealfall bereits während der Durchführung wahrnehmbar. Ob dies nun über eine mechanische Mobilisation der Gewebsschichten mit oder ohne Lösen von Crosslinks erreicht wird, ist nach dem Kenntnisstand des Autors nicht abschließend geklärt. Der Hintergrund dieser direkten Technik im Vergleich zu einer lokalen ist die Verbesserung der Verschieblichkeit des Gewebes durch mechanische Einwirkung. Mit dieser

Technik lassen sich Funktionsstörungen im Sinne von *Hypomobilitäten* behandeln.

Merke

Hypomobilitäten stellen reversible relevante myofasziale Läsionen, auch als Restriktionen bezeichnet, dar.

4.2.4 Technik 4: Tonusregulierung

Die Regulation der Spannungszustände im myofaszialen System ist eine wichtige Zielsetzung in der Behandlung von Beschwerdebildern am Bewegungssystem. Bei den meisten akuten und chronischen Schmerzzuständen kann der Therapeut Veränderungen in den Tonusverhältnissen feststellen. Deren Relevanz zu ermitteln, ist gewiss schwieriger, als die selbigen zu palpieren. Dies kann nur in Zusammenhang mit einer adäquaten physiotherapeutischen Diagnostik geschehen. Während mit der Metabolisierungstechnik (Kap. 4.2.5) der Gewebstonus gesenkt werden kann – hiermit sind keineswegs neurogene Muskelschwächen gemeint – versucht man bei Hypertonien im myofaszialen System, die Spannung des Gewebes zu senken. Die Tonusverhältnisse sind also so zu regulieren, dass die Funktionsfähigkeit wiederhergestellt und eventuell bestehende Schmerzen gelindert oder – besser noch – völlig beseitigt werden. Nach der Erfahrung des Autors gehen nicht alle Tonusveränderungen mit lokalen Schmerzen einher. Der Schmerzort muss also nicht unbedingt auch der Läsionsort sein. Beschwerden in einer bestimmten Region werden nicht selten von Veränderungen der Spannungsverhältnisse in einer ganz anderen, weiter entfernten Stelle im Körper verursacht. Das myofasziale System ist ebenso wie z. B. das Nervensystem ein Kontinuum. Die mechanischen Kräfte und damit die Spannung werden durch die tiefen Faszien weitergeleitet. Häufig gebraucht wird in diesem Zusammenhang der Begriff *Tensegrity*. Ein Akronym, welches sich aus den Wörtern Tension (Spannung) und Integrität zusammensetzt. Diese Sichtweise, dass sich Spannung im Körper ausbreitet und möglicherweise an anderen Stellen des Körpers Beschwerden auslöst, bringt mit sich, dass der Therapeut den gesamten Körper mit in seine Diagnostik einbeziehen sollte. Das Lösen von myofaszialen Hypertonien (MFH), häufig als Myofascial Release bezeichnet, zur Wiederherstellung eines

Gleichgewichtes der Spannungsverhältnisse ist das Ziel dieser Technik. Diese myofaszialen Hypertonien stellen sich entweder punktuell oder flächig dar. Die punktuellen Hypertonien sind vielen als *Triggerpunkte* bekannt, wenn sie einen bestimmten Schmerz auslösen. Findet der Therapeut eine ganze Reihe dieser Punkte auf einer imaginären Linie, spricht man auch von einem *Triggerband*. Nach der Erfahrung des Autors gibt es durchaus auch lokal asymptomatische Hypertonien.

Zum Lösen dieser Spannungsspitzen eignen sich die Fazer 3, 4 und 5. Die zu behandelnde Struktur bzw. deren Ausdehnung und Lokalisation entscheidet über die Wahl des Gerätes. Nicht zu empfehlen ist hier die Anwendung von Fazer-Gel. Einerseits ist ein Hautschutz nicht notwendig, da die Technik die Haut nicht stark beansprucht, andererseits lässt das Gel aufgrund seiner Eigenschaft als Gleitmittel den erforderlichen Druck nicht in ausreichendem Maße zu. Zudem findet die Behandlung in tieferen Regionen statt, da die hypertonen Punkte oder Stränge häufig in tieferen Gewebsschichten liegen. Die Behandlungsfläche hingegen ist eher klein und punktuell – oder es handelt sich um eine Aneinanderreihung von mehreren kleinen Bereichen zu einer entsprechend großen Fläche, einem Band. Die Behandlungsdauer ist auch hier patientenorientiert und hängt von der Wirkung der Behandlung ab. In der Regel ist sie recht kurz (im Sekundenbereich). Nach einer kurzen Pause ist eine weitere Behandlung möglich und oft auch sinnvoll. Es können also mehrere Behandlungsserien innerhalb einer Behandlungseinheit durchgeführt werden.

Die Technik selbst besteht aus einem vertikalen Druck auf den palpatorisch ausfindig gemachten myofaszialen Hypertonus. Die Behandlungsrichtung ist also rein vertikal und der Druck punktuell. Die Größe des Druckes hängt von der Tiefe der zu behandelnden Störung ab. In der Praxis setzt der Therapeut den Fazer auf und gibt den Druck ins Gewebe, bis er einen ersten „Stopp“ wahrnimmt. Hier hält der Therapeut den Druck so lange, bis der Tonus spürbar nachlässt (► Abb. 4.12). Er erreicht hier ein Release, welches erfahrungsgemäß wenige Sekunden anhält. Dann kann der Therapeut entweder die Technik beenden oder den Druck erhöhen, um eine weitere Stelle mit erhöhter Spannung ausfindig zu machen und die Regulation zu vervollständigen. Letzteres ist in der Praxis jedoch nur selten notwendig.



Abb. 4.12 Tonusregulierungstechnik mit Fazer 4 im Bereich des lateralen Oberschenkels.

Häufig reicht der rein vertikale Druck nicht aus, um eine Abnahme der Spannung zu erreichen. Dann sollte die Technik minimal angepasst werden: Im Bereich der maximalen Spannung führt der Therapeut kleine seitliche Bewegungen durch, während er den Druck hält. In dieser „schmelzenden“ Technik kann das Release auch durch kreisende Bewegungen mit geringem Durchmesser erreicht werden. Wichtiger als die Bewegungsrichtung ist die Geschwindigkeit mit der die gesamte Technik durchgeführt wird. Um eine Entspannung zu erreichen, ist eine geringe Geschwindigkeit zielführend – sowohl bei der Steigerung des vertikalen Druckes (kontinuierliche Steigerung) als auch bei den Bewegungen in der Tiefe.

Wie bereits beschrieben, findet der Therapeut nicht selten eine ganze Reihe dieser myofaszialen Hypertonien längsverlaufend in enger Nachbarschaft, einen hypertonen Strang. Hier ist es sinnvoll, neben der möglichen Behandlung einzelner Punkte, diesen Strang als eine Einheit zu behandeln. Dazu wird zunächst an einem Ende des Stranges der oben beschriebene Druck aufgebaut. Dieser wird nun beibehalten, während der Fazer langsam und mit gehaltenem Druck über den Strang bis an dessen anderes Ende gleitet. Die Bewegungsrichtung des Fazers ist dabei unerheblich. Wichtig ist vielmehr, einerseits den Druck zu halten und andererseits den gesamten Strang zu erreichen. Ziel dieser Technik, egal in welcher Ausführung, ist es, durch Druck auf das Gewebe eine Entspannung zu erreichen. Diese Entspannung ist eine Antwort auf den Druck und findet wahrscheinlich aufgrund

von reflektorischen Verschaltungen im zentralen Nervensystem statt. Die Tonusregulierung ist also am ehesten eine indirekte Technik, deren Wirkungsort das zentrale Nervensystem ist. Natürlich hat die Technik auch einen lokalen Effekt auf das behandelte Gewebe.

4.2.5 Technik 5: Metabolisierung

Die Metabolisierungstechnik wird hier als letzte Technik vorgestellt, jedoch nur deshalb, weil die anderen Techniken wie Analgesierung, Rehydrierung, Mobilisierung und Tonusregulierung allesamt ihren Ursprung in wissenschaftlichen Erkenntnissen haben und die Metabolisierungstechnik nicht. Sie ist jedoch wahrscheinlich die älteste Technik. So ist es naheliegend, dass das energische Reiben auf der Haut – ursprünglich in Fernost – mit einem Porzellanlöffel, einer Münze, Geräten aus Tierhörnern oder Jade, die lokale Durchblutung verstärkt werden sollte. Ziel war angeblich die Elimination von Toxinen. Deshalb wurde auch in distale Richtung, also zentrifugal gearbeitet. Nach dieser Reinigung sollten die so erzeugten subkutanen Hämatome die Regeneration durch eine Stimulation der Selbstheilungskräfte ankurbeln. Da der Autor physiotherapeutisch im Sinne der Schulmedizin ausgebildet wurde, erschien ihm dies zunächst sehr vage und weit hergeholt – sozusagen etwas esoterisch. Analysiert man die Dinge jedoch nüchtern und unvoreingenommen vor dem Hintergrund des heutigen Kenntnisstandes, so kann man tatsächlich einige gute und sehr westliche Erklärungsmöglichkeiten und hypothetische Wirkungsmechanismen postulieren. Der Autor führte die Metabolisierungstechnik allerdings nie durch, um sichtbare Hämatome zu erzeugen. Doch durch das Reiben auf der Haut – am besten vorher mit Gel behandelt – entsteht eine Hautrötung, ein *Erythem*. Dies kann als mögliches Zeichen einer lokalen Verbesserung der oberflächlichen Mikrozirkulation betrachtet werden, welche wiederum zu einer Heilung der verletzten Strukturen beitragen könnte – im Übrigen ähnlich wie beim Schröpfen oder beim „Cupping“. Da mit dieser Vasodilatation keine oder nur eine sehr geringe Erhöhung der Temperatur einhergeht, könnte diese Technik bei lokalen Entzündungen eingesetzt werden. Die Patienten tolerieren diese Technik nicht nur, sondern sie empfinden bei einer angepassten Dosierung häufig ein angenehmes Gefühl in Kombination mit einer relativen Schmerzlinderung und einer erhöhten Bewegungsbereit-



Abb. 4.13 Metabolisierungstechnik mit Fazer 1 im Bereich des lateralen Oberschenkels.

schaft. Durchgeführt wird die Metabolisierung meist mit den größeren Geräten, den Fazern 1 und 2. Doch auch hier ist der Einsatz der anderen Geräte ebenso möglich, z. B. wenn eine sehr präzise Anwendung nötig ist. Die Verwendung von Fazer-Gel als Hautschutzmittel ist hier empfohlen, auch wenn die Behandlungstiefe eher gering ist, weil die Behandlung oberflächlich erfolgt. Vor dem Hintergrund des vermuteten Wirkungsmechanismus scheint die Behandlungsrichtung unerheblich. In der Regel beginnt der Autor die Behandlung parallel zum Verlauf der Extremität bzw. der oberflächlichen Strukturen. Die Behandlungsgeschwindigkeit ist mittelschnell, also etwas niedriger als bei der Analgesierung, aber höher als bei der Rehydrierung und der Mobilisierung. Somit kann die Behandlungsfläche etwas größer sein als bei der Analgesierung. Sie ist daher meist mittel bis groß – je nach zu behandelnder Fläche.

Bei der Technik selbst handelt es sich wieder um ein Schaben (► Abb. 4.13). Diesmal jedoch wird der Druck nur in eine Richtung ausgeübt, und zwar auf dem „Hinweg“. Auf dem „Rückweg“ wird Druck weggenommen, jedoch ohne den Körperkontakt zu verlieren. Analog zur Analgesierungstechnik können 2 verschiedene Varianten angewendet werden: einerseits eine simple Hin- und Herbewegung des Fazers auf der Haut aus dem lockeren Handgelenk des Therapeuten und andererseits die

Variante, bei welcher der Fazer durch eine lockere Pronations- und Supinationsbewegung um seine eigene Längsachse rotiert wird. Welche Technik der Therapeut bevorzugt, steht ihm frei. Der Autor empfiehlt in beiden Fällen eine fließende Bewegung des gesamten Armes. So kann die Technik am besten und vor allem auch einige Minuten lang durchgeführt werden. Das heißt, die Behandlungsdauer, wenn auch patientenorientiert und abhängig vom erzielten Behandlungseffekt, liegt erfahrungsgemäß im Minutenbereich. Diese Zeit ist nötig, um die gewünschte Aktivierung des Stoffwechsels (Metabolisierung) zu erreichen, die sich durch das auftretende Erythem (Hautrötung) bemerkbar macht. Es handelt sich hierbei also eindeutig um eine direkte Technik mit lokalem Wirkungsort.

4.3 Kontraindikationen

Die Behandlungen mit den Fazern unterliegen keinen speziellen Kontraindikationen, die aus dem Gebrauch von Geräten resultieren. Die generellen Kontraindikationen physiotherapeutischer Behandlungen haben selbstverständlich Bestand. Genauso wie sämtliche Kontraindikationen, die bei einer gleichen Behandlung ohne Gerät bestehen würden (Kap. 5). Selbstverständlich gelten die „Red Flags“ als Kontraindikation bei der Behandlung mit den Fazern. Liegen diese vor, muss eine weiterführende, auch ärztliche Diagnostik vorgenommen werden. Dazu gehören z. B. klinische oder anamnestische Hinweise auf bösartige Neubildungen, bestehende Infektionen oder Entzündungen, Hinweise auf eine Beteiligung des zentralen Nervensystems oder des Gefäßsystems. Auch Hinweise auf schwerwiegende Traumata oder gar knöchernen Verletzungen zählen hierzu. Kontraindiziert sind auch lokale Behandlungen bei z. B. Hautverletzungen bzw. -erkrankungen und akuten Verletzungen mit Hämatom. Die Einnahme von Gerinnungshemmern und Blutgerinnungsstörungen (nach Gautschi 2016 ab einem Quick-Wert von unter 20) sind Kontraindikation für eine manuelle Behandlung von Triggerpunkten.

Sachverzeichnis

A

Abdomen 128
Achillessehne (Tendo calcanei)
76, 78
Achillodynie 223
Adduktorenloge 98
Adhäsion 26
adhäsive Kapsulitis 17
adipöse Patienten 26
agistisch-exzentrische
Kontraktionsmaßnahme
(nach Alois Brügger) 48
Analgesierung 26
– Evidenz 17
– Fazer 1 27
– Fazer 2 27
– Komplexbehandlung 47
– lokale Therapie 46
– Technik 27
Anamnese 33
anterior knee pain (vorderer
Knieschmerz) 223
Aponeurosis dorsalis 206
Aponeurosis musculi bicipitis
brachii (Lacertus fibrosus)
186
Aponeurosis palmaris 199
Aponeurosis plantaris 56
Arteria carotis 150
arthrotendomyotische
Reaktion 223
Articulatio
– acromioclavicularis 165
– sternoclavicularis 144
– sternocostalis 144
– temporomandibularis (ATM)
213
– tibiofibularis proximalis 88
Articulationes
– interphalangeales distales
199, 207
– interphalangeales proxi-
males 199, 207
– metacarpophalangeales
199, 207
Artzt, Fazer-Gel 22
Außenrotation der Arme 45
Ausführungsgeschwindigkeit
43
Ausgangsstellung 36
– funktionelle 135
– instabiler Untergrund 37
– Progression 35
– schmerzfrei, entspannt 69
Ausweichbewegung 45
autochthone Rückenmuskulatur
156, 224, 227
– kurze Nackenmuskulatur
155

– lateraler Trakt 126
– medialer Trakt 123, 138,
160

B

Bauch, Fazer 1 (Wal) 19
Bauchwand
– dorsale Strukturen 121
– ventrale Strukturen 128
Becken 113
Behandlung, *siehe* Therapie
– dynamische 36
– statische 36
– Techniken 23
Behandlungsablauf, *siehe*
Therapie Ablauf
Behandlungsdauer 28–30, 32
Behandlungsfläche 28, 30
Behandlungsgeschwindigkeit
28, 31
Behandlungsprotokoll
– allgemein 55
– biopsychosoziales Setting
56
– funktionelle Evaluations-
tests (FET) 56
– spezielles 55
Behandlungstiefe 29–30
Behandlungsziel 26
Beugerloge 75, 98
Bewegung
– Ausführungsgeschwindig-
keit 43
– Effizienz und Effektivität 43
– oberflächliche Fazer-
bewegung 23
– resistente 43, 49
– tiefer gehende Fazer-
bewegung 23
Bewegungsablauf 49
Bewegungsablauf, natürlicher
50
Bewegungsausmaß 43, 45, 89,
200
Bewegungsmuster 52
Bewegungsqualität 45, 51, 89,
200
Bewegungsquantität 51
– *Siehe auch* Bewegungs-
ausmaß
Bewegungsschulung 49–50
Bewegungsübungen 51
Bewegungsweg 45
Bewegungswille 45
Bienenwachs 22
Biotensegrity 50
Blutgerinnungsstörung 32
Body-Walking 49
börsartige Neubildung 32

Brügger, Alois 48–49, 223
Brustkorb 143
Brustwirbelsäule 135
Brustwirbelsäulenrotation 45
Buddha-Betttest 45
Buddha-Reverse-Betttest 45
Bumerang (Fazer 2), *siehe*
Fazer 2 (Bumerang)

C

Capsaicin 22
Capsula articularis 191, 216
Caput fibulae 76, 83, 89
Cartilago crocoidea 150
Cartilago thyroidea 150
Cayennepfeffer (Capsaicin) 22
Cellulitis 15
Cheatham, Scott W. 16
Chiasma crurale 78
Chiasma cruris 78
Chiasma plantare 59
Chorda obliqua 183
chronische postnatale Waden-
schmerzen 17
Clinical-Reasoning-Prozess 52
Condylus lateralis femoris 76
Condylus lateralis tibiae
[Tuberculum Gerdy] 82–83,
89, 91
Condylus medialis femoris 76
Contract relax 48
Corpus mandibulae 219
Crochetage 14, 29
Crosslinks 14, 29
Cupping 31
Cyriax, James 14
Cyriax'schen Querfraktionen
29

D

Daumen (Fazer 4), *siehe* Fazer
4 (Daumen)
Daumen-Atlas-Schlinge 226
Deep Squat 45
Diagnostik, physiotherapeu-
tische 33
Diaphragma 132
distales Interphalangealgelenk
[DIP] 198
Dorsalaponeurose I–V 65
Dorsalgie 223
Dreh-Dehn-Lage 127
Druck (strain) 23–24
Druckbehandlung 24
Druckbehandlung, punktuelle
25
Durchblutung, lokale 31

E

Eaton, Asthon 15
Eigenübungen, resistive 49
Ekman, Kurt 14, 24, 29
elastisches Band, *siehe*
Übungsband
Ellenbogenflexion, uni- oder
bilaterale 45
Ellenbogengelenk
– dorsale Strukturen 190
– ventrale Strukturen 182
Endstellung 37
Entzündung 32
Entzündung, lokale 31
Epicondylus lateralis femoris
89, 91
Epicondylus medialis humeri
183
Epikondylitis 17
Epikondylodynie 223
Erythem (Hautrötung) 20, 31
Evidenz 16
– Analgesierung 17
– Funktionsverbesserung 17
– history based 16
– Instrument Assisted Soft
Tissue Mobilization (IASTM)
16
– instrumentengestützte
myofasziale Therapie (IMFT)
16
– science based 16
extrazelluläre Matrix 28
Extremitäten, Bumerang 20

F

Facies medialis tibiae 82, 85,
89, 91
Fascia
– abdominalis superficialis
129
– antebrachii 183, 191
– brachii 163, 173
– cervicalis 149
– cruris 70, 75, 82, 87
– dorsalis pedis 64, 70
– glutea 114
– lata 87, 99
– masseterica 214
– nuchae 155
– parotidea 214
– temporalis 214
– thoracolumbalis 43, 121,
136
Fascial Fitness 50
Fascial Stretch Technique 51
Fascial Walk 49

- Fasciculi longitudinales 57
 Fasciculi transversi 57
 Faszien
 – oberflächliche 29
 – tiefe 29
 – Verschieblichkeit 58, 65
 – Viskoelastizität 58, 65, 89
 Faszienball 52
 Faszienrolle 15, 51
 Faszitis 17
 Fazer 18
 – Anwendungsgebiete 21
 – Behandlungstechniken 23
 – Bumerang (Fazer 2) 19
 – Daumen (Fazer 4) 20
 – Druckbehandlung 24
 – Finger (Fazer 3) 20
 – prophylaktischer Einsatz 52
 – Querreiben 23
 – Schaben 23
 – Schieben 23
 – Wal (Fazer 1) 18
 – Zapfen (Fazer 5) 20
 Fazer 1 (Wal) 18
 – Analgesierung 21, 27
 – Art. temporomandibularis (ATM) 213
 – Gesichtsmuskulatur 218
 – Kniegelenk, ventrale Strukturen 88, 91
 – Metabolisierung 21, 32
 – Mobilisierung 21, 59
 – Rehydrierung 21, 57
 – Strukturen, oberflächliche 25, 58
 Fazer 2 (Bumerang) 19
 – Analgesierung 21, 27
 – Fuß, plantare Strukturen 60
 – Lendenwirbelsäule 121
 – Metabolisierung 31, 60
 – Mobilisierung 21
 – Rehydrierung 21
 – Schaben 20
 – Schieben 20
 – Strukturen, oberflächliche 25
 – Unterschenkel, Beugelogen 75, 79
 – Unterschenkel, Streckerloge 84
 Fazer 3 (Finger) 20
 – Fersensporn 58
 – Fuß, plantare Strukturen 60
 – Hallux valgus 58
 – Strukturen, tieferliegende 25
 – Tonusregulierung 21, 59
 Fazer 4, bandartige Restriktionen 78
 Fazer 4 (Daumen) 20
 – Strukturen, tieferliegende 25
 – Tonusregulierung 21
 Fazer 5 (Zapfen) 20
 – Strukturen, tieferliegende 21, 25
 – Tonusregulierung 21
 Fazer-Gel 22, 27–28, 64
 FBA (Finger-Boden-Abstand), *siehe* Finger-Boden-Abstand (FBA)
 Federn 51
 femoropatellares Schmerzsyndrom 17
 Fersensitz 45
 Fersensporn 58
 FET (funktionelle Evaluations-tests), *siehe* funktionelle Evaluationstests (FET)
 Fettgewebe 113
 Fibrolyse 14, 26, 29
 Fibromyalgie 17
 Fibularisloge 75–76
 Finger (Fazer 3), *siehe* Fazer 3 (Finger)
 Finger-Boden-Abstand (FBA) 45, 47, 224
 Fingerflexion 45
 Fortbewegungsform, natürliche 50
 Fossa pterygoidea 214
 Friction (Reibung) 23
 Friction-Training 44
 funktionelle Evaluationstests (FET) 35, 45, 51, 56
 Funktionsprüfung 33
 Funktionsverbesserung, Evidenz 17
 Fuß
 – dorsale Strukturen 63
 – plantare Strukturen 56
 Fußmuskulatur, extrinsische 56, 63, 65
 Fußmuskulatur, intrinsische 56, 63, 65
- G**
- Galea aponeurotica 220
 Gangschulung 49–50
 Gate-Control-Theorie 27
 Gefäß-Nerven-Strang 149
 Gelenkspiel 35
 Gelenkverstauchung 17
 Gerinnungshemmer 32
 Geschichte, instrumentengestützte myofasziale Therapie 14
 Gesichtsmuskulatur (mimische Muskulatur) 218, 221
 Gewebespannung 42
 Gleitfähigkeit, *siehe* Verschieblichkeit, Faszien
 Goniometer 46
 Götz-Neumann, Kerstin 49
- Graston-Technique, *siehe* Instrument Assisted Soft Tissue Mobilization (IASTM)
 Großzehe 56
 Gua Sha 14
 Gymnastikball 40, 44
- H**
- Haken, Fazer 1 (Wal) 19
 – Achillessehne 76
 – Aponeurosis plantaris 57
 – Lig. patellae 90
 – Mandibula 219
 – Mobilisierung 29
 – Schaben 19
 – Schieben 19
 – Unterschenkel 84
 Hallux valgus 58, 65
 Halswirbelsäule
 – dorsale Strukturen 155
 – ventrale Strukturen 149
 Halswirbelsäulenflexion 45
 Haltungsmuster 52
 Haltungsschulung 50
 Hämatome, subkutane 31
 Hammer, Warren 17
 Hand
 – dorsale Strukturen 205
 – palmare Strukturen 197
 Handgelenk
 – dorsale Strukturen 205
 – palmare Strukturen 197
 Handhabung der Instrumente (Handling) 23
 Handlung (Handhabung der Instrumente) 23
 Hands-off-Bewegungstechnik 50
 Hands-on-Bewegungstechnik 50
 Hautrötung (Erythem) 31
 Heiße Rolle 48
 Hilfsmittel 44
 Hold relax 48
 Hüftgelenk 98, 113
 – dorsale Strukturen 106
 – ventrale Strukturen 98
 Hüftgelenksinnenrotation 45
 HWS-Syndrom 17
 Hypertonus
 – lokaler 60
 – primärer und sekundärer 221, 223
 – reaktiver 47
 Hypomobilität, *siehe* Restriktionen
- I**
- Infektionen 32
 infrahyoideale Muskulatur 152
 Insertionen, myofasziale 65, 71
 Inspektion 33
 Instrument Assisted Soft Tissue Mobilization (IASTM) 14, 29
 – Evidenz 16
 Instrumente
 – IMFT 18
 – klinische Anwendung 54
 instrumentengestützte myofasziale Therapie (IMFT) 16
 – Evidenz 16
 – Geschichte 14
 – Grenzen 52
 – Instrumente 18
 – Studien 16
 – Unterhautfettgewebe 113
 Intermetatarsalräume 25
 Interphalangealgelenke 64
- J**
- Jobobaöl 22
 Jones, Lawrence H. 48
- K**
- Kabat, Hermann 48
 Karpaltunnelsyndrom 17
 Katapulteffekt 51
 Kettelbells 44
 Kiefergelenk (Art. temporomandibularis), *siehe* Articulatio temporomandibularis (ATM)
 Klassifikation
 – Behandlungsziel 26
 – Fazer-Behandlungstechnik 23
 – Fazer-Handhabung 23
 Klein-Vogelbach, Susanne 49
 Kleinzehe 56
 Knee Bent 224
 Knee to Wall 45, 224
 Kniegelenk 86
 – dorsale Strukturen 93
 – ventrale Strukturen 86
 Kniegelenksflexion 45
 Kompartiment
 – laterales 75, 79
 – oberflächliches 75, 78
 – tiefes 75
 Kompensation, funktionelle 223
 Komplexbehandlung 47, 223
 Kontraindikationen, Fazer-Behandlung 32
 Kopffrotation 45
 Körperbehaarung 27
 Körperbewegung, Anamnese 33

- Körperhaltung, Anamnese 33
 Körperhaltung, natürliche 50
 kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) 223
 Kreuzbänder 89
- L**
- Lagerungsübungen, aktive (Placement) 50
 Lamina anterior vagina musculi recti abdominis (Rektusscheide) 131
 Langsitz 45
 Läsionen, *siehe* Restriktionen
 Läsionen, kybernetische 48
 Leistenband (Lig. inguinale) 131
 Leistungsgedanke 50
 Lendenwirbelsäule, dorsale Strukturen 121
 Lewitt, Karel 48
 Ligamenta interspinalia 122
 Ligamenta intertransversaria 122
 Ligamenta sacroiliaca interossea 113
 Ligamenta sacroiliaca posteriora 115
 Ligamenta sternocostalia radiata 144
 Ligamentum
 – acromioclaviculare 164
 – annulare 199, 207
 – annulare radii 183, 191
 – bifurcatum 70
 – calcaneocuboideum 59, 70
 – calcaneocuboideum dorsale 70
 – calcaneonaviculare 70
 – calcaneonaviculare plantare (Pfannenband) 59
 – capitis fibulae anterior 86–87
 – capitis fibulae posterior 94
 – carpi transversum 199
 – collaterale 199, 207
 – collaterale carpi radiale 199, 207
 – collaterale carpi ulnare 199, 207
 – collaterale laterale 70, 89, 91
 – collaterale mediale 88, 90
 – collaterale radiale 183, 191
 – collaterale ulnare 183, 191
 – conoideum 164
 – coracoacromiale 164
 – coraco-claviculare 164
 – costoclaviculare 144
 – costotransversarium laterale 137
 – costotransversarium superius 137
 – cruciatus anterior 89
 – cruciatus posterior 89
 – deltoideum 70
 – iliolumbale 115
 – inguinale (Leistenband) 131
 – interclaviculare 144
 – mediale 70
 – meniscofemoralia anterior 89
 – meniscofemoralia posterior 89
 – meniscotibiale anterior 89
 – meniscotibiale posterior 89
 – metacarpale transversum superficiale 201
 – nuchae 156
 – obliquum 199, 207
 – palmare 199
 – patellae 90–91
 – plantare longum 59
 – popliteum arcuatum 94
 – popliteum obliquum 94
 – radiocarpale dorsale 207
 – radiocarpale palmare 199
 – radioulnare dorsale 207
 – radioulnare palmare 199
 – sacrospinale 115
 – sacrotuberale 115, 224
 – sphenomandibulare 214
 – sternoclaviculare anterior 144
 – stylo-mandibulare 214
 – supraspinale 122
 – talofibulare anterior 38, 73
 – talofibulare posterior 73
 – talonaviculare 70
 – temporomandibulare laterale 214
 – tibiofibulare anterior 70
 – tibiofibulare posterior 70
 – transversum genus 89
 – transversum superficiale (Artt. metatarsophalangeales) 57
 – trapezoideum 164
 – ulnocarpale dorsale 207
 – ulnocarpale palmare 199
 Linea alba 129
 Loop (Schlingen) 47
 Lumbalgie 223
 LWS-Syndrom 17
 Lymphsystem 48
- M**
- Mandibula 219
 Margo anterior tibiae 82, 85
 mechanorezeptiver Input 199
 Melzack, Ronald 27
 Membrana atlantoccipitalis 156
 Membrana interossea antebrachii 191
 Menci lateralis 89
 Menci medialis 89
 Metabolisierung 26
 – Fazer 1 (Wal) 32
 – lokale Therapie 47
 – Schaben 32
 – Technik 31
 – Technik, älteste 31
 Metakarpophalangealgelenk [MCP] 198
 MFG (Muskel-funktionsgruppe) 48
 Mikro-zirkulation, oberflächliche 31
 Mittelstück, Bumerang 20
 Mobilisierung 26, 35, 224
 – lokale Therapie 47
 – Technik 29
 Mobilization with movements (nach Brian Mulligan) 42
 Mulligan, Brian 42
 Muscle Energie Techniques 48
 Musculi
 – intercostales 139, 145
 – Interossei dorsales (I–IV) 63–64, 209
 – interossei palmares (I–III) 201
 – interossei plantares 56
 – interspinales cervicis 155
 – interspinales lumborum 121, 126
 – intertransversarii 121
 – intertransversarii posteriores cervicis 155
 – ischio-craurales 224
 – lumbricales (I–IV) 56, 201
 – rhomboidei 137
 – rotatores breves lumborum 121
 – rotatores longi lumborum 121
 – scalani 152
 Musculus
 – abductor digiti minimi 58, 201
 – abductor hallucis 58
 – abductor pollicis longus 193, 200, 208
 – adductor brevis 103
 – adductor hallucis 56
 – adductor longus 103
 – adductor magnus 101
 – adductor pollicis 201
 – biceps brachii 163, 185, 226
 – biceps femoris 93
 – brachialis 163, 185
 – brachioradialis 185, 192, 200, 208
 – coracobrachialis 163
 – corrugator supercilii 220
 – deltoideus 163, 165, 174
 – depressor anguli oris 220
 – depressor labii inferioris 220
 – digastricus 152
 – digitorum brevis 64
 – epicranus, Galea aponeurotica 220, 224
 – extensor carpi radialis brevis 185, 192, 209
 – extensor carpi radialis longus 185, 192, 209
 – extensor carpi ulnaris 192, 209
 – extensor digiti minimi 192, 208
 – extensor digitorum 192, 208
 – extensor digitorum brevis 63, 66
 – extensor digitorum longus 65, 82–83
 – extensor hallucis longus 65, 82
 – extensor indicis 193, 208
 – extensor pollicis brevis 193, 209
 – extensor pollicis longus 193, 208
 – flexor carpi radialis 185, 200
 – flexor carpi radialis brevis 208
 – flexor carpi radialis longus 208
 – flexor carpi ulnaris 185, 200, 208
 – flexor digiti minimi brevis 201
 – flexor digitorum brevis 56
 – flexor digitorum longus 56, 78
 – flexor digitorum profundus 186, 200, 226
 – flexor digitorum superficialis 185, 200, 226
 – flexor hallucis brevis 56
 – flexor hallucis longus 56
 – flexor pollicis brevis 201, 208
 – flexor pollicis longus 186, 200
 – gastrocnemius 75, 78–79
 – gemellus inferior 115
 – gemellus superior 115
 – gluteus maximus 115
 – gluteus medius 115
 – gluteus minimus 115
 – gracilis 89, 91, 94, 98
 – hallucis brevis 64
 – hallucis longus 78
 – hyoglossus 152
 – iliacus 132
 – iliocostalis cervicis 155
 – iliocostalis lumborum 126
 – infraspinatus 137, 174, 227
 – latissimus dorsi 139, 176
 – levator labii superioris 220

- levator scapulae 156, 226
- longissimus capitis 155
- longissimus cervicis 155
- longissimus thoracis 126
- longus capitis 149
- longus colli 149, 152
- masseter 216
- mentalis 220
- multifidus 155
- multifidus lumborum 126
- mylohyoideus 152
- nasalis 220
- obliquus capitis inferior 156
- obliquus capitis superior 156
- obliquus externus abdominis 131
- obliquus internus abdominis 131
- obturatorius internus 115
- occipitofrontalis 220
- omohyoideus 152
- opponens digiti minimi 201
- opponens pollicis 201, 226
- palmaris longus 185, 201
- pectineus 98
- pectoralis major 143, 163
- pectoralis minor 144, 165
- peroneus brevis 63, 66, 75, 227
- peroneus longus 63, 66, 79, 227
- piriformis 115
- popliteus 78
- procerus 220
- pronator quadratus 202
- pronator teres 185
- psoas major 131
- pterygoideus lateralis 216
- pterygoideus medialis 214
- pyramidalis 130
- quadratus femoris 115
- quadratus lumborum 124
- quadratus plantae 56
- quadriceps femoris 86, 90
- rectus abdominis 131, 224
- rectus capitis anterior 149
- rectus capitis posterior major 156
- rectus capitis posterior minor 156
- rectus femoris 224
- risorius 219
- rotatores breves 155
- rotatores longi 155
- sartorius 89, 91, 101, 227
- semimembranosus 94
- semispinalis capitis 155
- semispinalis cervicis 155
- semitendinosus 94
- semitendinosus 89, 91
- serratus anterior 138
- serratus posterior inferior 124, 139
- serratus posterior superior 158
- soleus 77–79
- spinalis cervicis 155
- splenius cervicis 155
- sternalis 224
- sternocleidomastoideus 153, 224
- sternohyoideus 152
- sternothyroideus 152
- stylohyoideus 152
- subclavius 169
- subscapularis 176
- supinator 192, 209
- supraspinatus 137, 175
- temporalis 216, 221
- tensor fasciae latae 99, 227
- teres major 174
- teres minor 174
- thyrohyoideus 152
- tibialis anterior 56, 65, 82, 224
- tibialis anterior und posterior 227
- tibialis posterior 56, 78
- transversus abdominis 132, 227
- transversus thoracis 145
- trapezius 137, 158
- trapezius ascendens 227
- triceps brachii 174, 192
- triceps surae 78, 224
- vastus lateralis 103
- zygomaticus major und minor 220
- Musculus erector spinae (autochthone Rückenmuskulatur), *siehe* autochthone Rückenmuskulatur
- Muskelfunktionsgruppe (MFG) 48
- Muskelschlinge, große diagonale 227
- Myers, Thomas W. 224
- Myers, Tom 47, 223
- Myofascial Release 24, 30–31, 48
- myofasziale Hypertonien (MFH) 30
- myofasziale Ketten 224

N

- Nackengriff 45
- Nackenmuskulatur 155
- NAS (numerische Analogskala) 45
- Nervensystem, zentrales 31
- Nervus vagus 150
- Nozizeption 47
- numerische Analogskala (NAS) 45

O

- Oberarm
- dorsale Strukturen 173
- ventrale Strukturen 162
- Oberschenkel 98
- dorsale Strukturen 106
- ventrale Strukturen 98
- Ödem 28
- Os cuboideum 58
- Os cuneiforme 65
- Os frontale 219
- Os metatarsale I 65
- Os nasale 219
- Os naviculare 58
- Os zygomaticus 219
- Ossa cuneiformia 58
- Ossa metatarsalia 58

P

- Päckchenlage 224
- Palpation 33, 35, 54, 200
- Periarthropathia humero-scapularis 223
- Peronealsehnen 66
- Pes anserinus superficialis 90–91
- Pfannenband (Lig. calcaneo-naviculare plantare) 59
- Placement (Lagerungsübungen, aktive) 50
- Plantarfaszie 224
- Platysma 150
- PNF-Konzept (nach Hermann Kabat) 48
- Post Isometric Relaxation (nach Karel Lewitt) 48
- postoperative Narben 17
- Praxis, therapeutische 54
- Processus temporalis 219
- Processus zygomaticus 219
- Progression 35
- Ausgangsstellung 35, 37, 42
- Beispiel, Schmerzen im oberen Sprunggelenk 38
- Beispiel, Schmerzen Oberschenkel bei Kniebeugen 40
- Beispiel, Schmerzen Oberschenkel beim Laufen 36
- Dynamik 42
- Einsatz von Hilfsmitteln 44
- Funktionalität 43
- Protokoll 42
- Spannungszustand 36, 40
- Spannungszustand des Gewebes 42
- Widerstand 36, 39, 43
- Protuberantia mentalis 219
- proximales Interphalangealgelenk [PIP] 198
- Pubalgie 223

Q

- Quermassage 14
- Querreiben 23

R

- Racloir 14
- Ramus mandibulae 219
- Rebound elasticity 51
- Red Flags 32–33
- Rehydrierung 26
- Faszirolle 52
- lokale Therapie 46
- Technik 28
- Reibung (friction) 23, 27, 72
- Reizweiterleitung 27
- Release, *siehe* Myofascial Release
- resistives Bewegen, *siehe* Bewegung resistive
- Restriktionen 30
- bandartige 78
- Chiasma crurale 78
- Gesichtsmuskulatur 220
- Mobilisation 35
- oberflächlichen 83
- Palpation 83
- punktuelle 78
- tiefe 83
- Retinaculum musculorum extensorum 207
- Retinaculum musculorum extensorum inferius 63, 70
- Retinaculum musculorum extensorum superius 63, 70, 82
- Retinaculum musculorum flexorum 69, 199
- Retinaculum musculorum flexorum superius 84
- Retinaculum patellae laterale 89–90
- Retinaculum patellae mediale 88, 90
- Rosmarinextrakt 22
- Rossmann, Markus 49
- Runner's Knee (Tractus-ilio-tibialis-Frictionssyndrom) 17, 223

S

- sanfte myofasziale Anhaltetechnik 14
- Schabeisen 14
- Schaben 14, 23, 72
- Bumerang (Fazer 2) 20
- Gesichtsmuskulatur 219
- Haken, Fazer 1 (Wal) 19
- Metabolisierung 32
- mit Fazer-Rotation 27
- ohne Fazer-Rotation 27

- Schieben 23
 – Bumerang (Fazer 2) 20
 – Haken, Fazer 1 (Wal) 19
 – Rehydrierung 28
 Schleip, Robert 24, 49, 51
 Schlingen (Loop) 47
 Schlingentrainer 44
 Schmerzanamnese 33
 Schmerzband, *siehe* Triggerband
 Schmerzen
 – Art. temporomandibularis (ATM) 214
 – Druckbehandlung 24
 – Gesichtsmuskulatur 219
 – Hypertonien, myofasziale 30
 – Linderung, Evidenz 17
 – Perzeption 47
 – Progression 36
 – Triggerpunkte 30
 Schmerzlinderung, *siehe* Analgesierung
 Schmerzprovokation 34
 Schmerzpunkt 27, 60, 66
 Schmerzsyndrom, femoropatellares 17
 Schmerzsyndrom, große Gelenke 17
 Schmerzsyndrom, myofasziales 223
 Schmerzzustand 30
 Schröpfen 31
 Schultergürtel
 – dorsale Strukturen 173
 – ventrale Strukturen 162
 Schürzengriff 45
 Schüttelungen 48
 Schwammeffekt 28
 Seitenbänder 89
 Sensomotorik 50
 Septum intermusculare cruris anterior 83–84
 Septum intermusculare cruris posterior 77
 Septum intermusculare laterale 98
 Septum intermusculare mediale 102
 Setting, biopsychosoziales 26
 Sit and Reach 224
 Skapularotation 45
 Skilaufen 83
 sliding properties, *siehe* Verschieblichkeit, Faszien
 SLR (Straight Leg Raise), *siehe* Straight Leg Raise (SLR)
 Smartphone 196
 soft tissue mobilization 26
 Sound Assisted Soft Tissue Mobilization 15
 Spitzensportler 15
 Spontaneous Release by Positioning 48
 Sprunggelenk 69
 Stoffwechselaktivierung, *siehe* Metabolisierung
 Straight Leg Raise (SLR) 45, 47, 224
 Strain (Druck) 23
 Strain-Counterstrain-Technique (nach Lawrence H. Jones) 48
 Strang, hypertonen 31
 Streckerloge 81, 98
 Strigilis 14
 Strukturen, oberflächliche 25, 58
 Strukturen, schlanke 21
 Strukturen, tieferliegende 21, 30, 58
 Studien, instrumentengestützten myofaszialen Therapie 16
 Summation, räumliche 223
 Summation, zeitliche 223
 Superficial Back Line 224
 Superficial Front Line 224
 Supination, uni oder bilaterale 45
 suprahyoidale Muskulatur 152
- T**
 TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) 14, 16
 Technik, schmelzende 24, 31, 51, 78, 221
 Tendinitis 17
 Tendo calcanei (Achillessehne), *siehe* Achillessehne (Tendo calcanei)
 Tendovaginitis stenosans de Quervain 17
 Tensegrity 30, 50
 Therapie
 – Ablauf 46
 – Dosierung 35
 – eminenzbasiert 26
 – Evaluation 45
 – Nachbereitung 49
 – Praxis 54
 – prophylaktische 52
 – Steuerung 45
 – Unterstützung 50
 – Vorbereitung 48
 – wissenschaftsbasiert 26
 Therapieansatz
 – globaler 46–47, 223
 – lokaler 46, 54
 – symptomorientierter 54
 Therapieplan 35, 45
 Thomas'scher Handgriff 45
 Tonusregulierung 26, 224
 – lokale Schmerzpunkte 59
 – lokale Therapie 47
 – schmerzhaftes Triggerband 60
 – Technik 30
 Trachea 150
 Tractus iliobtibialis 89, 91, 227
 Tractus-iliotibialis-Frictionsyndrom (Runner's Knee), *siehe* Runner's Knee
 Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) 14, 16
 Triggerband 24, 30, 60
 Triggerpunkt 30
 Tuber calcanei 57, 76
 Tuberculum Gerdy [Condylus lateralis tibiae] 82, 91
 Tuberkel, Bumerang-Extremität 20
 Tuberositas tibiae 82, 89
- U**
 Überlastungs-Kompensations-Schmerz-Kaskade 223
 Übungsband 37, 43, 49, 74, 189, 211
- Unterarm
 – dorsale Struktur 190
 – ventrale Strukturen 182
 Untergrund, instabiler 39
 Unterschenkel 75
 Unterstützung 50
- V**
 VAS (visuelle Analogskala) 45
 Vasodilatation 31
 Vena jugularis 150
 verbale Ratingskala (VRS) 45
 Verschieblichkeit, Faszien 35, 65, 71, 89
 Verspannungen 17
 Viererzeichen 45
 Viskoelastizität, Faszien 65, 71
 visuelle Analogskala (VAS) 45
 Vorbereitung 48
 vorderer Knieschmerz (anterior knee pain) 223
 Vorher-Nachher-Test 46
 VRS (verbale Ratingskala) 45
- W**
 Wackelstäbe 44
 Wade 75
 Wadenschmerzen, chronische postnatale 17
 Wal (Fazer 1), *siehe* Fazer 1 (Wal)
 Wall, Patrick David 27
 Weichteilbehandlung, Instrumente 18
 Widerstand, *siehe* Bewegung resistive
 Widerstand, Übungsband 43
- Z**
 Zapfen (Fazer 5), *siehe* Fazer 5 (Zapfen)
 Zehensitz 45, 224
 Zervikalgie 223
 Zwischenrippenbereiche 25

Vorwort

Ich muss gestehen, dass ich ebenso überrascht wie erfreut war, als mich Jürgen bat ein Vorwort für das vorliegende Buch zu verfassen. Überrascht, weil ich zwar seit vielen Jahren mit verschiedenen Konzepten das myofasziale System meiner Patienten erfolgreich behandle und dabei auch die dargestellten Geräte einsetze, ich jedoch immer die Behandlung bzw. den Behandlungserfolg in den Vordergrund stelle und weniger einzelne Behandlungstechniken wie die Technik der Instrumentengestützten Behandlung. Erfreut, weil gerade die Möglichkeit der Integration der beschriebenen Behandlungstechniken mit den Fazern in meine bisherige Behandlungsweise perfekt gelingt. Der Einsatz der Geräte ermöglicht mir in meiner Arbeit – besonders mit den stark gespannten Strukturen professioneller Sportler – eine präzise Therapie unter Schonung meiner Finger- und Handgelenke.

Deshalb freut es mich sehr, dass aus den Ideen und dem Kursskript der ersten Fortbildungsveranstaltung in Donaustauf nun ein Buch entstanden ist.

Es war ein logischer Schritt nach langer Zeit der Reifung ein strukturiertes Konzept für den Einsatz der Instrumente zu veröffentlichen. Ich verstehe dieses als eine Art Leitfaden für die alltägliche Praxis, nicht als ein Rezeptbuch. Als eine weitere Technik, die der Therapeut vortrefflich in seinen Behandlungsplan integrieren kann. Diese pragmatische Offenheit des Konzeptes erforderte geradezu eine ebenso umfangreiche, wie anschauliche Darstellung der eingesetzten Techniken, um einen effektiven Einsatz am Patienten zu erlauben.

Die Erfahrung lehrte mich, dass der offenkundig fehlende Wirksamkeitsnachweis der myofaszialen Behandlung mit Instrumenten keineswegs ein Hemmnis für eine erfolgreiche Therapie ist. Es würde mich somit auch nicht wirklich wundern, wenn zukünftige Forschung diese Lücke schließen würde.

Klaus Eder



Hat Ihnen das Buch von Jürgen Förster Instrumentengestützte myofasziale Techniken in der Physiotherapie 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>