

# Die traditionelle Konzeption der Krankengymnastik

Autor(en): **Lavanchy, M.**

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): - **(1971)**

Heft 241

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929787>

## **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.

**Inhalt:** Die traditionelle Konzeption der Krankengymnastik — Betrachtung zur Jahreswende — Mutationen — Séminaires de Récyclage — Kongresshinweis — La Kinésithérapie en Médecine psychosomatique.

## Die traditionelle Konzeption der Krankengymnastik

*M. Lavanchy, Physiotherapeut, Biel*

*Vortrag, gehalten am Schweizerischen Kongress der Physiotherapeuten  
in Bad-Vals, 1.—3. Oktober 1971*

Auf dem Gebiet der Physiotherapie herrscht heute, besonders in der Schweiz, ein ziemlicher Mangel an Fachleuten. Verschiedene Faktoren, wie zu wenig Ausbildungsstätten, einseitige Ausbildungspolitik (in der deutschen Schweiz) und eine unrealistische Berufsauffassung haben dazu geführt.

Ich erachte es daher für notwendig, die Physiotherapie, speziell die Krankengymnastik, neu zu definieren. Unseren Blick müssen wir dafür auf die Geschichte der Heilkunst, der Gymnastik und der Krankengymnastik richten.

Aus Zeitgründen wurde ich in Bad-Vals gezwungen, mich kurz zu fassen und habe hier, zum besseren Verständnis, meinen Vortrag mit Anmerkungen erweitert.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die traditionelle Konzeption der Krankengymnastik basiert auf der traditionellen oder hippokratischen Auffassung der Medizin. Die Krankengymnastik im weitesten Sinne oder, sagen wir, die mechanische Beeinflussung der Haut und des Bewegungsapparates gehört seit Urzeiten zur Medizin. Der Zweck dieser Behandlungsart ist nicht die Repression eines Aggressors oder die Verdrängung eines Krankheitssymptoms (Allopathie), sondern vor allem die Heilung durch Unterstützung der natürlichen Heilkräfte.

*Hippokrates* (450 v.u.Z.) wird heute als Vater der abendländischen Medizin angesehen. Sein Wissen stammte aus den ägyptischen Schulen, die das Resultat einer langen Entwicklung waren, nämlich der indo-ägyptischen Tradition. Diese lässt sich mehrere Jahrtausende v.u.Z. bis ins Zentrum von Asien zurückverfolgen. Die verschiedenen Hatha-Yoga-Techniken, wie das brahmanische Hatha-Yoga, das persische Hatha-Yoga, das ägyptische Hatha-Yoga (bekannt durch *Hanish*) und wahrscheinlich das chinesische Hatha-Yoga (Kong-fou) haben denselben Ursprung und auch ein gemeinsames Ziel: die Erlangung einer vollkommenen Gesundheit. Dass der gesamte Gesundheitszustand (nicht nur der des Bewegungsapparates durch mechanische Beeinflussung gefördert wird, ist durch die Jahrtausende empirischer Erfahrung der Antiken und auch der zeitgenössischen Physiotherapeuten, *Kohlrausch* z.B., genügend bewiesen worden. Auch wissenschaftliche Untersuchungen untermauern immer mehr die Erkenntnisse der Empirie.

Im Obskurantismus des Mittelalters verschwand, wenn man von den Arabern und Paracelsus absieht, praktisch jegliche Heilkunst. Erst im 18. Jahrhundert lebte sie wieder auf. Auf dem Gebiet der medika-

mentösen Therapie fand *Hahnemann* die Homöopathie, und auf unserem Gebiet gründete *Ling* die erste Schule für Krankengymnastik (schwedische Gymnastik = westliche Hatha-Yoga). In Amerika gründete *Still* die Osteopathische Schule. In der neueren Zeit wurde die Tradition auf dem Sektor der Krankengymnastik durch *Cornelius*, *Wetterwald*, *Knap*, *Vogler*, *Dicke*, *Mennell*, *Puttkammer*, *Kohlrausch*, *de Sambucy*, *Teirich-Leube* u. a. fortgeführt.

Denjenigen, die das brahmanische, ägyptische, persische und chinesische Hatha-Yoga kennen, ist es klar, dass unsere Gymnastik und daher unsere Krankengymnastik davon abgeleitet sind. Die schwedische Gymnastik habe ich als westliches Hatha-Yoga bezeichnet, weil sie mit den Hatha-Yoga-Techniken etwas Gemeinsames, nämlich die Wirbelsäulenübungen, begleitet von Konzentration und rhythmischer Atmung hat.

Vom achtstufigen Yogasystem *Patanjalis* (gilt in Indien als wichtigste Darlegung der Yoga-Philosophie) zur Förderung der geistigen Fähigkeiten, bildet das Hatha-Yoga mit den Asanas (Körperübungen) und den Pranayamas (Atemübungen) zwei Stufen. Dies entspricht der Feststellung der Tiefenpsychologin *Coster*, dass auch unsere westliche Tiefenpsychologie bereits im Yoga-Pfad von *Patanjali* enthalten ist, ja nur einige Stufen davon bildet.

Die Trennung von Geist und Materie, von Psychologie und Gymnastik, ist eine Folge der analysierenden Denkweise. Die analytischen Untersuchungsmethoden sind sicherlich berechtigt und für den technisch- und medizinischen Fortschritt verantwortlich, aber andererseits kann nur die Synthese der durch die Analyse gewonnenen Erkenntnisse verhindern, dass wir uns in Einzelheiten verlieren oder sogar in Streitigkeiten geraten.

In der modernen Medizin ist das Organ in das Zentrum des Interesses gerückt. Das durch einen Aggressor veränderte Organ charakterisiert eine bestimmte Krankheit. In der traditionellen oder hippokratischen Konzeption wird die Krankheit aber dadurch charakterisiert, dass sie es ist, die das Organ von einem Aggressor verändert werden lässt («Terrain»; «psychisches und physisches Tief»).

Krankengymnastisch behandeln wir einen Menschen, also eine psycho-somatische Einheit und jede, auch nur eine rein mechanische Einwirkung auf die Haut oder die Gelenke wirkt sich auf die inneren Organe und auf die Psyche aus, ob wir es wissen oder nicht.

Demgegenüber steht die moderne naturwissenschaftliche Medizin, Produkt der analysierenden Denkweise. Diese Medizin ist ungefähr 200 Jahre alt und hat mit *Rudolf Virchow* und *Claude Bernard* begonnen. Die ersten Richtzeichen der organbezogenen Medizin wurden allerdings schon in der Mitte des 18. Jh. durch *Morgagni* gesetzt. Ihren wirklichen Anfang jedoch verdankt sie Pasteur, dem Begründer der Bakteriologie (1880), die dann zur Serologie und Entdeckung der Sulfonamide und Antibiotika führte. Nach diesen umwälzenden Entdeckungen war man so sicher, auf dem rechten Wege zur endgültigen Besiegung der Krankheit zu sein, dass man die traditionellen Konzeptionen verdrängte.

Heute herrscht in intellektuellen Kreisen, bei Philosophen und spezialisierten Journalisten die Ansicht, dass die moderne Chemotherapie bei der Behandlung von funktionellen, also nicht organischen Erkrankungen, welche lt. Statistik ca. 70% aller Erkrankungen ausmachen, sinnlos sei. Erst recht trifft das dann zu, wenn andere, weniger schädliche Behandlungsmöglichkeiten verfügbar sind. Auch zahlreiche Praktiker neigen zu dieser Ansicht und versuchen, ihre Patienten mit traditionellen Methoden, wie Homöopathie, Akupunktur, Osteopathie usw. zu behandeln. Was geschieht aber, wenn man Heilmethoden praktiziert, die aus einer von der üblichen grundverschiedenen Denkweise entstanden sind? Die Gefahr ist gross, dass diese traditionellen Methoden mit naturwissenschaftlichen Konzeptionen bastardisiert werden und an Wirksamkeit einbüßen. Gerade das ist m. E. mit der Physiotherapie, speziell der Krankengymnastik, geschehen, weil sie von der Schulmedizin bzw. der Rheumatologie integriert wurde. Ich will versuchen, Ihnen diese Bastardisierung anhand dreier Beispiele zu veranschaulichen:

1. Alle in meiner historischen Einleitung zitierten zeitgenössischen Autoren haben traditionsgemäß die verschiedensten Krankheitsbilder wie Herz- und Gefässerkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, der Bauch- und Unterleibsorgane erfolgreich mit Krankengymnastik behandelt. Trotzdem wird in der Praxis die Mechano-therapie eigentlich nur bei Störungen des

Bewegungsapparates, gelegentlich auch der Atemwege, verordnet.

2. Für die naturwissenschaftliche Medizin sind die Beschwerden des Bewegungsapparates praktisch immer auf objektive Veränderungen der Gelenke und Bandscheiben zurückzuführen. Da diese Veränderungen als irreversibel gelten, kann die Behandlung nur symptomatisch sein. Der Röntgenbefund bestimmt Ort und Art der krankengymnastischen Behandlung: in der Regel eine lokale Wärmeanwendung, lokale Lockerungsmassage und Uebungen zur Lösung der reaktiven Verspannungen.

Die degenerativen Veränderungen spielen zweifellos eine Rolle, aber wir wissen aus der Praxis, dass noch andere Faktoren eine Bedeutung haben. Zum Beispiel die Statik, Schmerzen im Schulter-Armbereich oder Kreuz-Beinbereich können von einer Hyperlordosierung dieser Wirbelsäulenregionen abhängig sein. Jedermann sieht ein, dass ungünstige mechanische Verhältnisse zu lokalen Überbelastungen führen können. Aber es ist bestimmt ein Unsinn, die hyperlordosierte LWS durch Kräftigungsübungen der Abdominalmuskulatur aufrichten zu wollen, wenn sie eine Kompensation einer fixierten BWS-Kyphosierung ist.

Bekannt sind ebenfalls die Auswirkungen eines Beckenschiefstandes auf die Wirbelsäule, nämlich seitliche Verkrümmungen der LWS mit kompensatorischen Gegenverkrümmungen der oberen Segmente. Bei der Diagnose «Scheuermann der BWS» wird sicherlich jeder von uns versuchen, die BWS zu mobilisieren und aufzurichten. Aber tun wir es wirklich auch, wenn derselbe Patient zu uns kommt mit der Diagnose «Discopathie L5/S1»? Wir sehen, es bestehen Wechselbeziehungen zwischen einzelnen Körperabschnitten.

Ein weiterer Aspekt ist der der Belastung bzw. Fehlbelastung. Dr. Brügger demonstriert überzeugend in einem Film, den Sie heute Nachmittag sehen werden, dass ein Grossteil der Beschwerden des Bewegungsapparates auf eine unphysiologische Belastung der Wirbelsäule zurückzuführen ist, und nicht auf discogene oder arthrogene Ursachen (Sterno - symphysal - Syndrom). Dieser Standpunkt ist für die Schulmedizin sicher revolutionär; diese Ansicht wird aber,

wenn man diesen Faktor krankengymnastisch berücksichtigt, sehr oft bestätigt.

Ferner gibt es noch einen mechanischen Faktor, der uns wenig, der Schulmedizin gar nicht bekannt, aber die Grundlage der osteopathischen Behandlung ist. Es handelt sich um die funktionelle mechanische Gelenkläsion. Einige Aspekte dieser Läsion wird Herr Mercier in seinem morgigen Referat besprechen. Die Chiropraktoren haben leider den Begriff «Wirbelverschiebung» verbreitet, welcher geholfen hat, die ganze Methode zu diskreditieren. Diese wurde gleichzeitig mit den fragwürdigen «Verschiebungen» verworfen. Eins steht aber fest: die funktionellen mechanischen Läsionen existieren, können als Bewegungseinschränkungen in bestimmten Richtungen diagnostiziert und mit einer geeigneten passiven Mobilisation geheilt werden. Zudem konnten die Osteopathen experimentell nachweisen, dass auch zwischen einzelnen Wirbeln Wechselbeziehungen bestehen. Eine funktionelle mechanische Läsion von L5/S1 führt zu funktionellen mechanischen Läsionen von D12/L1, D6/D7, C7/D1 und C1/C2.

3. Ein weiteres Beispiel dieser Bastardisierung der Krankengymnastik ist die Aufspaltung des Berufes in Masseur, die keine Gymnastik machen und Krankengymnasten, die weder massieren können noch wollen und die passiven Mobilisations-Techniken ignorieren, wie Chiropraktoren, die ausschliesslich passive Adjustierungstechniken verwenden. Unter ihnen gibt es sogar Sektierer, welche nur einzelne Gelenke behandeln.

#### EINE TRADITIONELLE KRANKENGYMNASTIK BASIERT AUF DREI PRINZIPIEN:

1. *Der Bewegungsapparat muss als eine Einheit angesehen und behandelt werden, und das wegen der Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Körperabschnitten, zwischen Bewegungsapparat und inneren Organen, ohne von den psychosomatischen Zusammenhängen zu sprechen.*

Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, betone ich, dass die geschilderte Konzeption der Krankengymnastik keinen Anspruch auf «Ganzheitstherapie» erhebt. Lediglich der Bewegungsapparat muss in der mechanotherapeutischen

tischen Behandlung als eine Einheit betrachtet werden, nicht der Mensch. Andererseits wurde mir vorgeworfen, die Psychotherapie zu vernachlässigen. Der Krankengymnast ist und bleibt ein Mechanotherapeut. Die Mechanotherapie ist aber eine Psychotherapie (*Hegglin*). Es ist auch nicht ausgeschlossen, zusätzlich auch noch andere Formen der Psychotherapie mit der Krankengymnastik zu kombinieren. Aber menschlicher Kontakt und die Vermeidung von groben psychologischen Fehlern im Umgang mit Patienten darf man noch nicht als Psychotherapie bezeichnen.

2. *Alle funktionellen mechanischen Aspekte müssen bei der Behandlung berücksichtigt werden:* die Fehlstatik (verstärkte Wirbelsäulenkrümmungen z.B.), die Fehlbelastung (Sterno-Symphysal-Syndrom), die funktionellen mechanischen Gelenkläsionen (osteopathische Läsionen).

Wie der Name sagt, dient der Bewegungsapparat der Bewegung. Das zentrale Organ ist das Gelenk. Alle andern Organe des Bewegungsapparates stehen letztlich im Dienste des Gelenkes. Das Gelenk ist deshalb der Hauptangriffspunkt der mechanischen Behandlung. In der Krankengymnastik (ich lasse jetzt organische Erkrankungen wie Lähmungen, bei denen andere Gesichtspunkte vielleicht wichtiger sind, aus dem Spiel) soll der Schwerpunkt auf die Wiederherstellung physiologischer und harmonischer Bewegungsabläufe gelegt werden, d. h. steife Gelenke müssen mobilisiert, osteopathisch lädierte Gelenke befreit, schwache Segmente gekräftigt, hypertone und verkürzte Muskeln gelockert und gedehnt werden. Ausserdem müssen Haltung und Bewegungsgefühl geschult werden, um Fehlbelastungen vorzubeugen. Kurz gesagt, wir müssen nach der funktionellen, nicht strukturellen Integrität des Bewegungsapparates tendieren. Je nach Befund werden Aspekte wie Spannungsregulation und geistig-seelische Umstimmung (*Schultz, Jakobson, Alexander* z.B.), Training der Herz-Kreislauf-, Lungenfunktion usw. noch betont.

3. Das Prinzip ist die *Synthese* der bekannten, wirksamen *mechanotherapeutischen Massnahmen* (*de Sambucy*). Die Krankengymnastik besteht ja, wie Sie wissen, aus aktiven und passiven Massnahmen. Aktive Massnahmen sind Mobilisations-, Locke-

rungs-, Dehn-, Kräftigungs-, Koordinations-, Atem-, Stoffwechsel-, Entstauungs-, Haltungsübungen und funktionelle Gymnastik. Passive Massnahmen bestehen aus Massage (zirkulatorische und neurale Griffe), passive Mobilisationen (Extension der Wirbelsäule inbegriffen) und passiv gezielte Mobilisationen, welche auch die unwillkürlichen, keineswegs unphysiologischen Bewegungen eines Gelenkes berücksichtigen. Die Wahl der dem einzelnen Fall angepassten Massnahmen und die richtige Mischung aktiver und passiver Elemente ist der Schlüssel zum optimalen Erfolg.

Zudem ist die Krankengymnastik ein Bestandteil der Physiotherapie. Wir haben in der Hydro-, Thermo- und Elektrotherapie noch eine Anzahl nicht zu unterschätzender Hilfsmittel.

Ich möchte Ihnen jetzt eines dieser Elemente beschreiben und bitte Sie, mich zu entschuldigen, wenn ich zu diesem Zweck analytisch vorgehen werde. Ich schildere Ihnen einen Aspekt der Massage, nämlich meine Technik einer gezielten Tiefenmassage der WS, einmal aus zeitlichen Gründen dann aber, weil die anderen Gesichtspunkte schon genügend durch Autoren wie *Dicke, Teirich-Leube, Wetterwald, Vogler* u. a. erläutert worden sind.

## ZWECK UND WIRKUNG

*Marnitz* unterteilt die gesamte Massage in grossflächige, vorwiegend zirkulatorisch wirkende und in punktförmige, vorwiegend reflexauslösende Griffe. Zu letzterer Kategorie gehört die gezielte Tiefenmassage. Es ist nicht meine Absicht mich in mehr oder weniger fundierten Spekulationen über die Wirkungsweise der Massage einzulassen. Auch darüber haben kompetente Autoren schon eine Menge publiziert. Mit der gezielten Tiefenmassage erreichen wir in relativ kurzer Zeit (einige Minuten) fast immer eine erstaunliche Symptombefreiheit speziell des Bewegungsapparates, die sich in einer grösseren und weniger schmerzhaften (aktiven und passiven) Bewegungsamplitude der Gelenke manifestiert. Diese analgetische Wirkung und die Lockerung des Bandkapselapparates bilden eine ausgezeichnete Einleitung der Uebungsbehandlung. Die gezielte Tiefenmassage hat ferner einen unschätzba-

ren diagnostischen Wert. Wir haben damit ein wertvolles Instrument für die Lokalisation funktioneller gelenkmechanischer Läsionen. Ist die Diagnostizierung solcher Läsionen an den Extremitäten verhältnismässig einfach, so können diese dagegen an der WS nur durch sorgfältige Palpation (= gezielte Tiefenmassage) und Beweglichkeitsprüfungen festgestellt werden.

*Procedere:* Wie üblich beginne ich meine Behandlung mit einer kurzen Befundaufnahme: Anamnese, Inspektion (im Stand und im Gehen) und einer groben Beweglichkeitsprüfung (Stand und Sitz). Tastbefundaufnahme und Massage finden gleichzeitig statt.

Zuerst massiere ich mit den bekannten grossflächigen Griffen und dringe dann zunehmend zu tieferen Schichten vor. Die verwendeten Griffe werden dabei punktförmiger. Die punktförmigen Griffe sind auf Muskel-, Sehnen-, Kapsel- und Bänderpunkte sowie Nervenaustrittsstellen gerichtet. Die zu massierenden Punkte fallen in erster Linie durch Druckdolenz und Gewebsspannungen auf. Einen gewissen Anhaltspunkt bieten die subjektiven Symptome. Zeigt sich nach wenigen Sitzungen die Druckdolenz deutlich vermindert oder aufgehoben, bestätigt das die Zweckmässigkeit meiner krankengymnastischen Behandlung. Die fraglichen Punkte liegen mehr oder weniger auf je zwei bilateralen Linien, die den zwei Aesten des chinesischen Blasenmeridians entsprechen. Die mediale Linie verläuft ein Fingerglied paravertebral von Hinterkopf bis Steissbein, die zweite Linie ebensoviel lateral davon. Es kann auf jeder Höhe ein Befund bestehen. Es existieren aber gewisse Prädilektionsstellen, die wieder den Prädilektionssegmenten der funktionell-mechanischen Störungen und vor allem den Uebergangsstellen der Wirbelsäule entsprechen. Die Lagerung des betreffenden Körperabschnittes spielt bei der Massage eine wichtige Rolle. Der schmerzhafteste Punkt lässt sich viel besser finden und behandeln, wenn durch die Lagerung dafür gesorgt wird, dass im Gewebe eine leichte Spannung herrscht, und sich die zu massierende Stelle über einer festen Unterlage befindet (Rippe, Querfortsatz, Beckenknochen).

## OBERE HWS

*Lagerung:* Bauchlage oder Rückenlage in mittlerer Flexionsstellung, von Rotationsmittelstellung bis zur mässigen Drehung auf die entgegengesetzte Seite.

*Beschwerden:* Befund in dieser Region steht meistens im Zusammenhang mit Nackenbeschwerden, Kopfschmerzen, Sehstörungen und Schwindelgefühl.

*Bemerkung:* Hat der Patient bei der Behandlung gerade Kopfschmerzen, muss man äusserst zurückhaltend massieren.

## MITTLERE HWS

*Lagerung:* wie obere HWS. Vermehrte Flexion nach ventral ist günstig, aber in Bauchlage schlecht möglich.

*Beschwerden:* Nackenschmerzen, lokale Bewegungsbeschränkungen.

## CERVICO-DORSALER Uebergang

*Lagerung:* Bauchlage, Kopf auf die entgegengesetzte Seite gedreht, in Flexionsmittelstellung.

*Beschwerden:* Nackenschmerzen (Seitneigung) Schulterhöhen Schmerz, Würgen.

## OBERE und MITTLERE BWS

*Lagerung:* Die mittlere BWS kann man in Bauchlage massieren, die obere BWS nur im Sitzen mit nach ventral gebeugter WS. Scheitelpunkt ungefähr auf der zu massierenden Etage, die Hand des Patienten auf das entgegengesetzte Knie oder die Schulter gelegt, um eine maximale Abduktion der Scapula zu gewährleisten.

*Beschwerden:* Nackenbeschwerden, Kopfbeschwerden, Schulter-Armbeschwerden, Herzbeschwerden (Schmerzen unter dem Schulterblatt, nächtliche Dorsalgie) Magenbeschwerden.

*Bemerkung:* Anfänglich wegen Kollapsgefahr vorsichtig behandeln. Wird es dem Patienten schlecht, muss man die Massage sofort unterbrechen. Das Unwohlsein verschwindet dann innert 1—2 Minuten.

Die ganze BWS-Region scheint der Sitz wichtiger reflektorischer Zusammenhänge zu sein.

Nackensteife (meistens in einer Richtung) und pseudoradikuläre Beschwerden im entsprechenden Arm werden oft durch die Tiefenmassage dieser Zone und der cervico-

dorsalen Region in einigen Minuten definitiv geheilt, falls keine ernsthaftere Ursache vorliegt (Discushernie z.B.). Bei Beschwerden im Arm leistet die zusätzliche Behandlung des Infraspinatus-Ursprungs auf dem Schulterblatt und eines Punktes auf der dorsalen Seite des Oberarmes knapp unter dem dorsalen Anteil des Deltamuskels gute Dienste.

#### UNTERE BWS

*Lagerung:* Bauchlage.

*Beschwerden:* lokale Schmerzen, Intercostalschmerzen, Magen- und Leberbeschwerden.

*Bemerkung:* Die untere BWS (D6-D12) ist oft in kyphotischer Stellung fixiert, aber nicht sehr druckempfindlich. Eine konsequente Mobilisation dieser Region bringt oft erstaunliche Besserung in den weiter oben und weiter unten liegenden Segmenten.

#### DORSO-LUMBALER UEBERGANG

*Lagerung:* Bauchlage, mit einem Kissen unter dem Bauch, um die Lendenlordose auszugleichen.

*Beschwerden:* Die Druckdolenz in dieser Region steht im Zusammenhang mit lokalen Schmerzen, mit Lumbalgien, Lumbosacralgien, pseudoradikulären Beinbeschwerden, Dorsalgien, Arm- und Kopfschmerzen. Meistens sind die Beschwerden einseitig. Atem- und Nierenbeschwerden.

*Bemerkung:* Auf dem lateralen Rand des Quadratus lumborum findet man oft einen sehr druckempfindlichen Punkt.

#### LUMBALE WS

*Lagerung:* wie für die dorso-lumbale Gegend.

*Beschwerden:* Lumbale Beschwerden, Darmstörungen.

*Bemerkungen:* Druckdolente Punkte vorwiegend auf dem lateralen Rand des Quadratus lumborum.

#### LUMBO-SACRALER UEBERGANG

*Lagerung:* Seitenlage, Hüfte in Mittelstellung gebeugt, LWS leicht nach ventral gebeugt oder Sitz mit leicht nach vorn flektierter LWS. In sitzender Stellung soll sich der Patient auf die Hände stützen, um eine

zu starke Spannung des Erector trunci zu vermeiden, was jegliches Eindringen in die Tiefe verhindern würde.

*Beschwerden:* Druckdolenz im Lumbosacralwinkel und auf dem Sacrum im Gebiet der Sacrallöcher stehen in Zusammenhang mit mechanischen Problemen der lumbosacralen Junktur. Im Sacro-iliacalen evtl. auch sacro-tuberalen Gebiet steht eine Druckempfindlichkeit im Zusammenhang mit radikulären Beschwerden, Beschwerden des Darmes und der weiblichen Genitalien.

*Bemerkung:* Der Patient kann oft durch die Behandlung dieser Region (speziell im sacro-iliacalen Gebiet) blitzartig in einer Sitzung von seinen pseudoradikulären Beschwerden befreit werden, immer vorausgesetzt, dass keine schwerwiegenden Implikationen wie Diskushernien vorliegen.

Der punktförmige Massagegriff, den ich anwende, besteht darin, dass ich einige Sekunden mit dem Handballen, Daumen- und Fingerkuppe, auf die Punkte drücke, die linienförmig aneinandergereiht werden können. Eine Steigerung der Einwirkung erziele ich durch eine zusätzliche Reibung, aber dies nur während einer verhältnismässig kurzen Zeit. Wiederholt man die Reibung auf einem Punkt, nachdem man die andern Stellen dieser Region massiert hat, kann man fast immer eine Verminderung der Druckdolenz und eine Abnahme der Spannung konstatieren.

Eine längere Einwirkungsdauer von einigen Minuten ist bei lokalen Gewebläsionen angezeigt (Supraspinatus-Sehne oder Bicepssehne z.B.). Es handelt sich dabei um die Deep-friction nach Cyriax. Dr. Nibovet aus Marseille, Akupunkteur und Osteopath behauptet, mit dieser Technik oft bessere Resultate als mit lokalen medikamentösen Infiltrationen zu erzielen.

Die Wirkungsintensität dürfte nicht von der Druckstärke der Massage abhängig sein. Diese muss zwar eine Mindestgrösse haben, um den zu massierenden Punkt zu komprimieren, darf aber nicht zu gross sein, um nicht zu schädigen. Auf keinen Fall darf die Schmerzgrenze überschritten werden. Abwehrspannung des Patienten weist auf eine mangelhafte Technik hin. Zu intensive Dosierung führt zu starker, langandauernder (mehr als 24 Stunden) reaktiver Exazerbation.

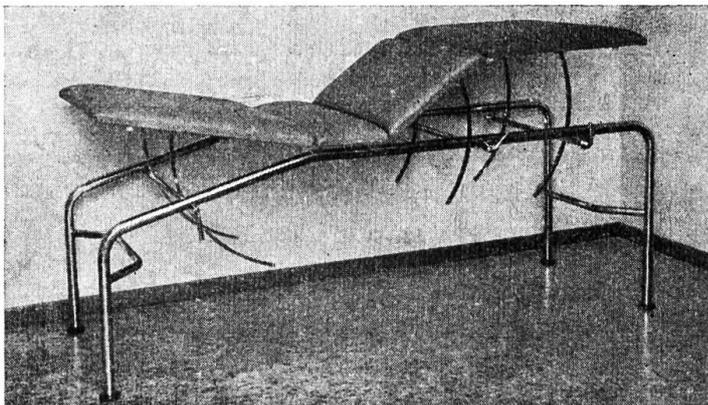
rung der Beschwerden. Interessanterweise führt eine Unterdosierung, wenn z.B. der für die Algie verantwortliche Punkt (Schlüsselsteinpunkt) nicht gefunden oder zu oberflächlich massiert wurde, ebenfalls zu stark vermehrten Beschwerden. Eine adäquat scheinende Dosierung kann öfters, vor allem nach der ersten Sitzung, wo wir die Reaktion des Patienten noch nicht kennen, eine vorübergehende Verschlechterung zur Folge haben. Diese beginnt einige Stunden nach der Behandlung und dauert ca. 12—24 Stunden. In gewissen Fällen besteht aber trotz einwandfreier Technik eine Unverträglichkeit, die spätestens nach der zweiten Sitzung feststellbar wird. Es ist dann ratsam, auf diese Massagemethode zu verzichten und wenigstens momentan eine weniger direkte Technik (BGM) zu versuchen. Unter Umständen stellt sich die Frage, ob eine Indikation für eine krankengymnastische Behandlung im Augenblick überhaupt vorhanden ist (für Haltungsturnen und funktionelle Gymnastik bestehen eigentlich nie Gegenindikationen). M.E. wirkt eine gezielte Krankengymnastik im allgemeinen schnell, ausgenommen bei schweren Läsionen (Discushernien, Frakturen, Entzündungen wie Capsulitis der Schulter etc.). Ist nach 1—2 Sitzungen keine deutliche Besserung eingetreten, muss die Behandlung neu überlegt werden.

Sehr wahrscheinlich haben Sie alle im Verlaufe der Jahre Ihre Massagetechnik verfeinert, vielleicht ist Ihre Technik der von mir geschilderten sogar ähnlich, möglicherweise überlegen. Die undifferenzierte, schematische Streich- und Knetmassage wie

sie mir während meiner Ausbildung beigebracht wurde, ist die geeignetste Methode, um den Patienten direkt zum Quacksalber oder Chiropraktor zu treiben. Es ist eine Art Notwehr, die mich gezwungen hat, die geschilderte Technik zu entwickeln wie auch die übliche Konzeption der Krankengymnastik zu revidieren. Ich habe natürlich dazu in der Literatur eine gewisse Anregung und Bestätigung gefunden, so bei *Marnitz, Knap, Terrier*, den Osteopathen *Menell, Stoddart* und *Dummer*. Letzterer empfiehlt eine sehr analoge Technik, nennt sie neuromuskuläre Massage und schreibt ihr spektakuläre Wirkungen zu. Einsichtnahme in die chinesische Medizin und Massage hat mir geholfen und gezeigt, dass unsere westlichen Konzeptionen noch sehr ausbaubedürftig sind.

*Zusammenfassend:* Wenn Sie die Massage als ein Werkzeug unter anderen in der therapeutischen Werkzeugkiste verstehen und nicht als ein in sich abgeschlossenes Heilmittel, und Sie sie nicht an eine Drittperson abtreten wollen, weil die Massage nicht nur dem therapeutischen Effekt dient, sondern Sie auch über den Zustand Ihres Patienten informiert und ausserdem die krankengymnastischen Massnahmen stufenlos ineinander übergehen, wenn Sie ferner die aktiven *und* passiven Techniken beherrschen und den Bewegungsapparat immer als ein Ganzes behandeln, dann ist Ihre Konzeption der Krankengymnastik synthetisch, und weil sie synthetisch ist, ist sie traditionell.

Literaturangabe durch den Verfasser.



**Liege-  
 Massage- TISCHE  
 Extens.-  
 Tritte • Hocker • Boys**

Immer vorteilhaft  
 direkt vom Hersteller

**HESS**  
**DOBENDORF-ZCH**

Fabrik für Spitalapparate  
 Tel. (051) 85 64 35