



Reichert, B. / Fasolino, M. Massage-Therapie



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>

Vorwort

Dieses Buch zu schreiben war dringend notwendig.

Die Massage-Therapie hat in den letzten zwei Jahrzehnten eine gewaltige Entwicklung durchlaufen: technisch, didaktisch, wissenschaftlich. Dieses Buch soll den aktuellen Stand widerspiegeln.

Dabei haben wir einen Spagat versucht zwischen

- einer Anleitung für den Unterricht,
- Erweiterungen und Anregungen für den praktisch tätigen Therapeuten
- und dem Nachschlagewerk für weitergehende Informationen.

Nicht jeder Leser benötigt alle Anteile dieses Buches, aber jeder, der an Massage-Therapie interessiert ist, wird passende Informationen finden.

Der Kern des Buches ist die klassische (schwedische, Western-) Massage-Therapie. Sie wird konsequent und strukturiert vorgestellt: Geschichte, Wirkung, Untersuchung, Massagetechniken, Anwendungsmöglichkeiten, Behandlungsplanung und Fallbeispiele. Die Kapitel, die Schülern und Studenten den Einstieg erleichtern sollen, sind klar, verständlich und ausführlich beschrieben. Die Fülle an Abbildungen im Buch und im Internet sowie die große Anzahl an Videos stellen ein weiteres Alleinstellungsmerkmal dieses Buches dar. Eine noch weit reichendere Unterstützung ist derzeit kaum denkbar.

Zur klassischen Massage-Therapie haben wir noch eine Auswahl weiterer Massageformen hinzugenommen, die uns interessant und aktuell erschienen. Hierunter befinden sich Massageformen, die zu Unrecht wenig wahrgenommen werden: Narbenmassage und Babymassage. Weiterhin findet der Leser auch bekanntere Formen wie Querfriktionen, manuelle Triggerpunkttherapie, Sportmassage und asiatische Massagen. Mit der *Massage in der Neurologie* und der *Slow Stroke Massage* finden sich zwei eher unbekanntere Themen wieder, welche die große Indikationsbreite und die Anwendungsvielfalt von Massage widerspiegeln.

Zur Nachbereitung der Inhalte findet sich am Ende der meisten Kapitel eine kleine Fragensammlung. Der Antwortenkatalog am Ende des Buches erlaubt dann die eigene Erfolgskontrolle. Weiterhin versuchen wir, den Massageschülern, Physiotherapieschülern und -studenten unsere Erfahrungen aus 20 Jahren Unterricht in der Massage-Therapie wiederzugeben. Dies ist jedoch lediglich ein Erfahrungsbericht und möchte Kollegen zur Selbstreflexion anregen.

► **Tradition und Evidenz.** Die aktuelle Herausforderung in der Physiotherapie und in der physikalischen Therapie besteht darin, von den tradierten Einzelkonzepten zu den integrativen und evidenzorientierten Methoden zu gelangen. In der Therapieentscheidung gibt es für das Wissen des Berufsstands, des einzelnen Therapeuten und auch

das Wissen aus der Forschung genügend Raum. Es ist notwendig, der Wissenschaft in der Massage-Therapie mehr Platz einzuräumen und auch die Themen sprachlich präzise aufzuarbeiten. Die Massage-Therapie kann mehr, als ihr zugetraut wird. Dieses Buch soll dazu beitragen, diese Diskrepanz zwischen der allgemein wahrgenommenen Wertigkeit der Massage und dem tatsächlichen therapeutischen Potenzial zu überbrücken.

Die Kapitel *Effekte, Wirkungen und Kontraindikationen* sowie *Ein Blick in die klinische Forschung* sind der Versuch, den gegenwärtigen Wissensstand erstmalig gebündelt in deutscher Sprache zu erfassen, wie das etwa die amerikanische oder die australische Massage-Therapie-Vereinigung (AMTA, AAMT) bereits für den englischsprachigen Raum unternommen haben.

Das Kapitel *Ein Blick in die klinische Forschung* bezieht sehr viel wissenschaftliche Literatur mit ein, doch es erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und genügt auch nicht den Kriterien einer systematischen Literaturarbeit. Es basiert auf der Literatursuche in der größten wissenschaftlichen Online-Datenbank (PubMed), in der ja nicht jedes Journal gelistet ist, und auf einer intensiven Recherche „von Hand“. Dabei wurden alle nicht klassischen Massageformen explizit ausgenommen (z. B. Triggerpunktmassage, asiatische und Aromamassagen).

Der Begriff „klinische Forschung“ liest sich gut, ist wissenschaftlich allerdings nicht ganz korrekt und meint vor allem experimentelle Studiendesigns zu Effekten und Wirkungen sowie Literaturübersichten zu diesen Themengebieten.

Die anspruchsvollsten Kapitel sind in *Muskulatur und Neurophysiologie* zusammengefasst. Hier ist es den Autoren gelungen, den Lesern einen Einblick in die Komplexität neurophysiologischer Abläufe zu vermitteln und zu zeigen, was passiert, wenn die Muskulatur zum Schmerzgenerator wird und welche Rolle die Massage in der Behandlung haben kann.

► **Danksagungen.** Ich bin sehr stolz darauf, Herrn Dr. Omer Matthijs, Herrn Prof. Bruno Müller-Oerlinghausen und Herrn Priv.-Doz. Gunther Windisch als Autoren gewonnen zu haben. Sie vereinen ein ungeheures Fachwissen über die Neurophysiologie und die psychischen Effekte und ihre klinische Wirksamkeit der Massage. Ihre Kapitel steigern den fachlichen Wert dieses Buches enorm.

Ganz besonders bedanke ich mich bei Frau Martina Fasolino, die an der Verwirklichung der praktischen Kapitel beteiligt war und fast alle Techniken auf Bildern und Videos darstellt. Die Ordnung und Verwaltung der vielen Abbildungen waren bei ihr in besten Händen. Sie hat „fantastische Hände“ und besitzt eine natürliche Autorität, wenn es darum geht, die Massage-Therapie den Schülern und Studenten zu vermitteln.

Die Gewissheit, die Zielgruppen dieses Buches auch tatsächlich zu erreichen, hat uns eine kleine Gruppe von Reviewern gegeben, denen mein herzlicher Dank für die viele Zeit gilt, die notwendig war, um die vielen Entwürfe und Manuskripte zu lesen, bevor sie beim Verlag eingereicht wurden. Ihre Anregungen und Korrekturen waren immer sehr hilfreich.

Diese Reviewergruppe setzte sich aus einer ehemaligen Massageschülerin (Frau Hanni Hache), einer aktuellen Physiotherapiestudentin (Frau Bettina Münzker), zwei Lehrern der Massage-Therapie (Frau Bettina Pollok und Herr Georgios Michas) und einer Massage- und Lymphdrainagetherapeutin (meiner lieben Frau Ulrike) zusammen. Lustige redaktionelle Outtakes, die von unseren Reviewern zurückkamen, waren z. B.:

- „interkostale Stichführungen“ statt interkostale Strichführungen
- „Tina Massage“ statt Tuina Massage.

Bei meiner Frau Ulrike bedanke ich mich zudem für ihre große Geduld, die sie während der Zeit der Recherche, Analyse und redaktionellen Arbeit mit mir hatte. Ihre wichtigsten Leitsätze in dieser Zeit waren: Drücke dich präzise aus, mach es nicht so kompliziert und schaffe Fakten. Danke dafür!

Die vielen Abbildungen hätten ohne die Hilfe von Models und Berufsfotografen nicht die Qualität erreichen können, die sie haben. Ein herzlicher Dank geht deshalb an Dennis Wagner für das geduldige Ruhighalten bei den Fotoarbeiten, an die beiden Herren (Jochen und Konrad), die bei den Videos gemodelt haben, sowie an den Fotografen Herrn Oldenburg. Bei der Filmproduktion teamWERK in Stuttgart haben wir uns während und nach den Videotakes sehr gut aufgehoben gefühlt. Die ruhige, professionelle und charmante Art von Volker und Philipp während der Aufnahmen und der sehr schöne Schnitt machen dieses Bildmaterial sehr wertvoll.

Neben den Koautoren und den Reviewern verfügte ich stets über ein breites Netzwerk kompetenter und bereitwilliger Unterstützer bei fachlichen Fragen, denen mein herzlicher Dank gilt:

- Frau Sabine Reichel: Überarbeitung großer Anteile des Kapitels Anatomie des Schädels, Massage in der Neurologie und der neurophysiologischen Anteile der Massageeffekte
- Frau Christiane Pauling: Expertise in der Atemtherapie

- Frau Nannette Stefan: Durchsicht des Kapitels Massage in der Neurologie
- Frau Dr. Heike Leonhardt-Huober: Dermatologische Supervision
- Herr Prof. Dr. Gunther Windisch: in allen Fragen der Anatomie
- Herr Michael Söldner: in allen Fragen der Pathologie und Physiologie
- Frau Studiengangsleitung Andrea Umschaden MSc.: Tipps zur Struktur und zur Überschriftenauswahl sowie zum Thema Unterricht.

Dies ist das dritte Buchprojekt, das ich mit dem Thieme Verlag abgeschlossen habe. Ich danke Herrn Fritz Koller für die Bereitschaft, das Thema der Massage-Therapie in der vorliegenden Breite und in diesem Umfang realisieren zu wollen. Gerne erinnere ich mich an die fruchtbaren Diskussionen, die dieses Buch in der Entwicklung weiter gebracht haben. Mit Frau Eva-Maria Grünewald als Projektleiterin kann man als Autor nur Glück haben. Ihre souveräne und erfahrene Art, den Prozess zu unterhalten und alle Interessen zu vereinen, gab mir sehr viel Sicherheit und Selbstvertrauen und trug zur Qualität des Buches enorm bei. Vielen Dank für die aufmerksame Begleitung. Ein lieber Dank geht auch an Frau Allmuth Sellschop für die akribische Vorbereitung und Begleitung der Videodrehs.

Sollten Sie liebe Leserin, lieber Leser, zwischenzeitlich das Gefühl haben, dass sich ein Text rund und geschmeidig liest, so ist das Herrn Markus Vieten, Arzt und Autor, zu verdanken, dessen große Erfahrung mit der Redaktion medizinischer Manuskripte und dessen Gespür für Formulierungen erheblich zur formalen und inhaltlichen Abrundung der Texte beigetragen haben. Ich bin sehr froh, dass der Verlag ihn zur Redaktion unserer Texte ausgewählt hat. Meinen herzlichen Dank für diese tolle Arbeit.

Diese 1. Auflage ist der Beginn einer Entwicklung. Mit Freuden sehe ich Ihren Rezensionen, mündlichen Rückmeldungen und Emails mit Anregungen und Kritik entgegen. Schreiben Sie bitte an mail@bernhardreichert.de

Ich widme dieses Buch meiner kürzlich verstorbenen Mutter.

Bernhard Reichert
Januar 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	15		
	<i>Bernhard Reichert</i>			
1.1	Was ist Massage?	15	1.5	Tradition und Evidenz
1.2	Die gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung der Massagetherapie	15	1.6	Literatur
1.3	Aspekte der Massagetherapie	16	1.6.1	Internetquellen
1.4	Lokale Gewebeänderungen	17		
2	Geschichte der Massagetherapie	20		
	<i>Bettina Pollok</i>			
2.1	Die Wurzeln der Massage	20	2.7.4	Galenos von Pergamon (deutsch: Galen; ca. 129–199)
2.2	Naturvölker	20	2.8	Mittelalter bis Neuzeit
2.3	Mesopotamien	20	2.8.1	Europäisches Mittelalter (600–1500)
2.4	Ägypten	20	2.8.2	Neuzeit (etwa ab dem 17. Jahrhundert)
2.5	Indien	21	2.9	Der Begriff der Massage
2.6	China	21	2.9.1	Woher stammt das Wort „Massage“?
2.7	Griechisch-römische Antike	22	2.9.2	Woher stammen die Bezeichnungen der Massagetechniken?
2.7.1	Hippokrates von Kos (460–370 v. Chr.)	22	2.10	Fragen
2.7.2	Asklepiades von Bithynien (124–60 v. Chr.)	23	2.11	Literatur
2.7.3	Aulus Cornelius Celsus (25 v. Chr. – 50 n. Chr.)	23		
3	Effekte, Wirkungen und Kontraindikationen	26		
3.1	Einleitung	26	3.4.1	Effekte auf das periphere Nervensystem
	<i>Bernhard Reichert</i>		3.4.2	Effekte auf das zentrale Nervensystem
3.2	Nicht spezifische Effekte	27	3.5	Psychische Effekte und ihre klinische Wirksamkeit
	<i>Bernhard Reichert</i>			<i>Bruno Müller-Oerlinghausen</i>
3.3	Physiologische Effekte	27	3.5.1	Die Einheit von Körper und Seele
	<i>Bernhard Reichert</i>		3.5.2	Methodische Probleme bei der Erforschung psychischer Massageeffekte
3.3.1	Durchblutungs- und Stoffwechselsteigerung	27	3.5.3	Allgemeine psychische Reaktionen in Abhängigkeit von der Massageform
3.3.2	Einwirkung auf Gewebsadhäsionen	29	3.5.4	Erleben der Massage bei Menschen ohne psychiatrische Störungen
3.3.3	Humorale Effekte	29	3.5.5	Wirkung von Massagen bei Patienten mit Depression und Angst als Hauptdiagnose
3.3.4	Effekte auf die zelluläre Immunantwort	32	3.5.6	Massagen im Kranken- und Altenpflegebereich
3.3.5	Veränderung der Genexpression	33	3.5.7	Zusammenfassung
3.3.6	Beeinflussung von Muskelverletzungen	35		
3.4	Neurophysiologische Effekte	37		
	<i>Bernhard Reichert</i>			

3.6	Zusammenfassung der Massage- wirkungen	46	3.8	Kontraindikationen und Neben- wirkungen	52
	<i>Bernhard Reichert</i>			<i>Bernhard Reichert</i>	
3.6.1	Schmerzlinderung	46	3.8.1	Begriffsbestimmungen	52
3.6.2	Tonusänderungen	47	3.8.2	Absolute Kontraindikationen	52
3.6.3	Vegetative Wirkungen	47	3.8.3	Relative Kontraindikationen	53
3.6.4	Regeneration	49	3.8.4	Nebenwirkungen	54
3.6.5	Beeinflussung psychischer Befindlich- keiten	50	3.9	Fragen	54
3.7	Die Bedeutung der Dosierung	50	3.10	Literatur	55
	<i>Bernhard Reichert</i>				
4	Muskulatur und Neurophysiologie	60			
4.1	Muskulatur und Schmerz wahr- nehmung	60	4.2	Massage und vegetatives Nerven- system	71
	<i>Omer Mathijs</i>			<i>Gunther Windisch</i>	
4.1.1	Schmerzempfindung durch muskuläre Nozizeption: die Afferenz	60	4.2.1	Die Rolle des Sympathikus bei der Unter- suchung	72
4.1.2	Die Transmission: afferente Bahnen	64	4.2.2	Ursprung und Verlauf des Sympathikus ..	72
4.1.3	Die Modulation: zentrale Mechanismen ..	65	4.2.3	Die Rolle des vegetativen Nervensystems bei der Schmerzchronifizierung	74
4.1.4	Der Muskelschmerz: die Efferenz	69	4.2.4	Wirkungsweisen verschiedener Massage- techniken	74
4.1.5	Schlussfolgerung	71	4.3	Fragen	75
			4.4	Literatur	75
5	Ein Blick in die klinische Forschung	80			
	<i>Bernhard Reichert</i>				
5.1	Massage bei lumbalen Beschwerden ..	80	5.3	Massage des Abdomens	88
5.1.1	Massagetherapie versus andere Therapien zur Linderung von Rückenschmerzen ..	81	5.3.1	Schlussfolgerung	90
5.1.2	Massagetherapie versus andere Therapien zur Verbesserung funktionaler Fähigkeiten	81	5.4	Massage bei Frühgeborenen	91
5.1.3	Aktuelle Literatur	81	5.4.1	Hintergrund	91
5.2	Massage bei Nacken- und Kopf- schmerzen	82	5.4.2	Beschreibung der untersuchten Massagen	91
5.2.1	Die sozioökonomische Bedeutung der Nackenschmerzen	83	5.4.3	Studienmethodik	92
5.2.2	Die Heterogenität der Datenlage	83	5.4.4	Probanden	92
5.2.3	Datenlage aus Reviews	83	5.4.5	Intervention und Kontrollbedingungen ..	93
5.2.4	Datenlage aus klinisch experimentellen Studien	84	5.4.6	Studienergebnisse	93
5.2.5	Sicherheit der Massage	87	5.4.7	Schlussfolgerung	97
5.2.6	Gesundheitsökonomische Aspekte	87	5.5	Fragen	97
5.2.7	Schlussfolgerung	87	5.6	Literatur	97
5.2.8	Ausblick auf zukünftige Forschung	88			

6	Vorbereitung und Massagetechniken	101		
6.1	Rahmenbedingungen der Massage- therapie	101	6.2.3	Lagerung in ASTE Rückenlage
	<i>Martina Fasolino</i>		6.2.4	Lagerung in ASTE Sitz
6.1.1	Raumgestaltung	101	6.2.5	Lagerung in ASTE Seitenlage
6.1.2	Therapieliege	101	6.3	Massagetechniken
6.1.3	Anforderungen an den Therapeuten	101		<i>Bernhard Reichert</i>
6.1.4	Anforderung an den Patienten	102	6.3.1	Einführung
6.2	Lagerungen und Ausgangsstellungen ..	102	6.3.2	Durchführung der Techniken
	<i>Martina Fasolino</i>		6.4	Fragen
6.2.1	Allgemeine Hinweise	102	6.5	Literatur
6.2.2	Lagerung in ASTE Bauchlage	103		
7	Untersuchung	123		
	<i>Bernhard Reichert</i>			
7.1	Einleitung	123	7.2.3	Objektive Informationen
7.1.1	Untersuchungsdauer	123	7.3	Palpation – Technik und Interpretation
7.1.2	Untersuchungssystem	123		
7.1.3	Untersuchungsziele	123	7.3.1	Ausgangsstellung
7.1.4	Untersuchungsdokumentation	125	7.3.2	Palpationstechniken
7.2	Durchführung der Untersuchung	125	7.3.3	Funktionsprüfung
7.2.1	Ersteindruck und allgemeine Inspektion ..	125	7.4	Fragen
7.2.2	Subjektive Angaben (Anamnese)	126	7.5	Literatur
8	Regionale Anwendungen der Techniken	139		
	<i>Bernhard Reichert, Martina Fasolino</i>			
8.1	Rücken-Schulter-Nackenmassage	139	8.3	Beinmassage (ASTE Bauchlage)
8.1.1	Anatomie	139		
8.1.2	Lagerung und Ausgangsstellung	144	8.3.1	Anatomie der Beinrückseite
8.1.3	Allgemeine Streichungen	144	8.3.2	Lagerung
8.1.4	Ausarbeitung der Glutealregion	149	8.3.3	Allgemeine Streichungen
8.1.5	Ausarbeitung der Lumbalregion	153	8.3.4	Ausarbeitung des Unterschenkels
8.1.6	Ausarbeitung der Thorakal- und Skapula- region	162	8.3.5	Ausarbeitung des Oberschenkels
8.1.7	Ausarbeitung der Zervikalregion	177	8.3.6	Schüttelungen des Beines
8.2	Beinmassage (ASTE Rückenlage)	184	8.4	Armmassage
8.2.1	Anatomie der Beinvorderseite	184		
8.2.2	Lagerung	185	8.4.1	Anatomie
8.2.3	Allgemeine Streichungen	186	8.4.2	Lagerung
8.2.4	Ausarbeitung des Fußes	187	8.4.3	Allgemeine Streichungen
8.2.5	Ausarbeitung des Unterschenkels	192	8.4.4	Ausarbeitung der Finger und Handfläche ..
8.2.6	Ausarbeitung des Kniegelenks	195	8.4.5	Ausarbeitung des anterioren Unterarms ..
8.2.7	Ausarbeitung des Oberschenkels	197	8.4.6	Ausarbeitung von Finger- und Handrück- seiten
8.2.8	Schüttelungen des Beines	205	8.4.7	Ausarbeitung des posterioren Unterarms ..
			8.4.8	Ausarbeitung des posterioren Oberarms ..
			8.4.9	Ausarbeitung des anterioren Oberarms ..

8.5	Massage des ventralen Thorax	245	8.7.2	Anatomie	262
8.5.1	Anatomie	245	8.7.3	Setting und Lagerung	264
8.5.2	Lagerung	245	8.7.4	Ausarbeitung des Gesichts	264
8.5.3	Ausarbeitung der Pektoralisregion	246	8.8	Fragen	267
8.5.4	Gewebe- und sekretlösende Maßnahmen.	249	8.8.1	Rückenmassage	267
8.6	Massage des Abdomens	252	8.8.2	Beinmassage in ASTE RL	267
8.6.1	Anatomie	252	8.8.3	Beinmassage in ASTE BL	267
8.6.2	Lagerung	253	8.8.4	Armmassage	268
8.6.3	Ausarbeitung der Bauchwand	254	8.8.5	Massage des ventralen Thorax	268
8.6.4	Kolonmassage	256	8.8.6	Massage des Abdomens	268
8.7	Gesichtsmassage	261	8.8.7	Gesichtsmassage	268
8.7.1	Einleitung	261	8.9	Literatur	268
9	Praktische Umsetzung	271			
	<i>Bernhard Reichert</i>				
9.1	Kriterien für die Behandlungsplanung .	271	9.3	Fallbeispiele	276
9.1.1	Entscheidung für die erste zu behandelnde Körperseite	271	9.3.1	Fall 1 – Lumbale Bandscheibenprotrusion.	277
9.1.2	Entscheidung für das zu behandelnde Areal	272	9.3.2	Fall 2 – Akute HWS-Beschwerden	278
9.1.3	Auswahl der Techniken	273	9.3.3	Fall 3 – Darmträgheit nach Wirbelsäulenoperation	280
9.1.4	Wahl der Intensität	274	9.3.4	Fall 4 – Beidseitige Koxarthrose	281
9.1.5	Empfehlungen für Patienten	275	9.3.5	Fall 5 – Zustand nach Knieoperation	282
9.2	Massage und andere physiotherapeutische Techniken	275	9.3.6	Fall 6 – Zustand nach Riss der Achillessehne	284
9.2.1	Massagetherapie und mobilisierende Techniken	275	9.3.7	Fall 7 – Schulter-/Armschmerzen	285
9.2.2	Massagetherapie und Training	276	9.3.8	Fall 8 – Chronisches unteres HWS-Syndrom	286
9.2.3	Massagetherapie und Atemtherapie	276	9.3.9	Fall 9 – Zervikogener Schwindel	288
9.2.4	Massagetherapie und physikalische Therapie	276	9.4	Fragen	289
10	Spezielle Massageformen	290	9.5	Literatur	289
10.1	Narbenmassage	290			
	<i>Bettina Pollok</i>		10.2.2	Wirkungen	299
10.1.1	Wundheilung und deren Störungen	290	10.2.3	Vorbereitung und Durchführung	299
10.1.2	Manuelle Narbenbehandlung	293	10.2.4	Wirkungsnachweis	300
10.1.3	Techniken der Narbenmassage	295	10.2.5	Behandlungsbeispiele	300
10.1.4	Physikalische Therapien und weitere Behandlungsverfahren	296	10.3	Manuelle Triggerpunkt-Therapie	303
10.1.5	Zur psychologischen Bedeutung von Narben	298		<i>Roland Gautschi</i>	
10.2	Querfriktionen	298	10.3.1	Einführung	303
	<i>Bernhard Reichert</i>		10.3.2	Pathophysiologie	304
10.2.1	Einführung	298	10.3.3	Ätiologie	305
			10.3.4	Klinik	306
			10.3.5	Diagnostik	307
			10.3.6	Therapie	309
			10.3.7	Indikationen/Kontraindikationen	312

10.4	Sportmassage	313	10.8	Asiatische Massageformen	345
	<i>Bernhard Reichert</i>			<i>Robert Lazarevic, Johannes Ermel</i>	
10.4.1	Bedeutung und Definition	313	10.8.1	Philosophische Grundlagen der TCM	345
10.4.2	Ziele und Formen	314	10.8.2	Ganzheitliche Betrachtung	346
10.4.3	Die einzelnen Formen der Sportmassage ..	314	10.8.3	Fluss der Lebensenergie	347
10.5	Spezifische Massage in der Neurologie	317	10.8.4	Prinzipien der TCM	347
	<i>Armin Kenner, Bernhard Reichert</i>		10.8.5	Bedeutung der Massage in der TCM	347
10.5.1	Einführung	317	10.8.6	Shiatsu	348
10.5.2	Anwendung bei spastischer Parese	319	10.9	Fragen	351
10.5.3	Anwendung bei schlaffer Parese	324	10.9.1	Narbenmassage	351
10.5.4	Förderung der Sensibilität	327	10.9.2	Querfriktionen	351
10.6	Slow Stroke Massage	328	10.9.3	Manuelle Triggerpunkt-Therapie	351
	<i>Claudia Berg, Bruno Müller-Oerlinghausen</i>		10.9.4	Sportmassage	352
10.6.1	Einleitung	328	10.9.5	Spezifische Massage in der Neurologie ...	352
10.6.2	Vorbereitung der Behandlung	330	10.9.6	Slow Stroke Massage	352
10.6.3	Behandlungsablauf und Massagegriffe ...	331	10.9.7	Babymassage	352
10.6.4	Untersuchungen zur Wirkung der Slow Stroke Massage	333	10.9.8	Asiatische Massageformen	352
10.7	Babymassage	337	10.10	Literatur	353
	<i>Christiane Pauling, Bernhard Reichert</i>				
10.7.1	Ursprung der Babymassage	337			
10.7.2	Die Rolle der Berührung in der kindlichen Entwicklung	337			
10.7.3	Die indische Babymassage	340			
11	Massagetherapie im Unterricht	357			
	<i>Martina Fasolino</i>				
11.1	Ausgangspunkt des Kapitels	357	11.4.1	Theorie und Praxis im Unterricht	360
11.2	Entwicklung von Kompetenzen	357	11.4.2	Das Miteinander im Unterricht	361
11.2.1	Entwicklungserwartung an Schüler	357	11.4.3	Nähe und Distanz	361
11.2.2	Möglichkeiten und Grenzen der Kompetenzentwicklung	358	11.5	Praxisunterricht	361
11.3	Theoretischer und praktischer Unterrichtsaufbau in klassischer Massagetherapie	359	11.5.1	Patientendemonstration im Unterricht ...	362
11.3.1	Das Curriculum	359	11.5.2	Inhouse-Praktikum	362
11.3.2	Theoretische und praktische Reihenfolge im Unterricht	359	11.5.3	Praktika	363
11.4	Unterrichtsvorbereitung	360	11.6	Lernerfolgskontrollen	364
12	Antwortenkatalog	365	11.7	Klassische Massagetherapie in der Physiotherapieausbildung	364
	Sachverzeichnis	378	11.8	Literatur	364



Abb. 8.62 Thorakal-paravertebrale Funktionsmassagen, Phase 1.



Abb. 8.63 Thorakal-paravertebrale Funktionsmassagen, Phase 2.

zugte Bewegung der BWS und lassen sich in der ASTE Seitenlage sehr dosiert und kontrolliert einbringen.

- Der Patient befindet sich in neutraler Seitenlage (Kap. 6.2.5).
- Der Therapeut steht ventral in Höhe des Bauches.
- Die kraniale Hand umfasst den Unterarm des Patienten und die Schulter von kranial.
- Die Handfläche liegt medial der Margo medialis aber noch nicht auf dem thorakalen Rückenstrecker.
- Der Unterarm des Patienten wird ohne Aktivität auf dem Unterarm des Therapeuten abgelegt. Der Arm des Patienten hängt dabei in ausgiebiger Innenrotation des Schultergelenkes herab. Dies muss ebenfalls schmerzfrei möglich sein.
- Der Daumen der kaudalen Hand stützt sich flächig von lateral gegen den Rückenstrecker.
- Phase 1 – quere manuelle Muskelverformung: Der Daumen der kaudalen Hand übt einen deutlichen Schub von lateral nach medial auf dem Rückenstrecker aus, ohne über diesen zu rutschen (► Abb. 8.62).
- Phase 2 – zusätzliche Muskelverlängerung durch axiale Rotation. Während der gehaltenen Querverformung durch den Daumen, zieht die kraniale Hand den Oberkörper des Patienten nach vorne. Dies führt zu einer axialen Rotation. Wenn der Rückenstrecker dabei unter dem Daumen wegzurutschen droht, ist die maximale Verformung erreicht und die Rotationsbewegung wird gestoppt (► Abb. 8.63, ► Video 8.8).
- Der Oberkörper des Patienten wird zurückgedreht und der Daumen setzt mit einem neuen Schub an. Die Technik wird befundabhängig lokal oder regional an verschiedenen Stellen wiederholt.

Merke

- Mit dem Daumen nicht über die Haut rutschen.
- Mit dem Daumen nicht über den Rückstrecker rutschen.
- Den oben liegenden Thorax und nicht den Schultergürtel nach vorne ziehen.



Video 8.8 Thorakal-paravertebrale Funktionsmassage.

Thorakal-paravertebrale Fingerfriktionen

Fingerfriktionen (S.116) können kreisende, quere oder den Rückenstrecker von der Wirbelsäule wegschiebende Bewegungen sein.

Im Gegensatz zum lumbalen Einsatz dieser Techniken ist es nur bei sehr kräftigem Rückenstrecker notwendig, diese Technik Einhand beschwert durchzuführen. Demnach sind beidhändige Techniken möglich, was die Variationsbreite der Fingerfriktionen hier deutlich vergrößert.

Zusätzliche Varianten der Durchführung sind:

- Beide massierenden Hände bewegen sich in die gleiche kreisende Richtung rechts oder links herum (► Abb. 8.64).
- Mit beiden Händen werden kreisende Fingerfriktionen ausgeführt, wobei die Finger sich voneinander fortbewegen (► Abb. 8.65). Die Bewegungen der Hände erinnern an Schwimmbewegungen. Die Betonung des Drucks auf die Muskulatur liegt in der nach lateral wegschiebenden Bewegungskomponente, wobei sich die Finger etwas strecken (► Abb. 8.66, ► Video 8.9).
- Mit beiden Händen werden kreisende Fingerfriktionen ausgeführt, doch die Finger bewegen sich jetzt zueinander. Mit leichter Fingerbeugung erfolgt die Betonung des Drucks auf die Muskulatur in der sich aufeinander zu bewegendem Komponente,.



Abb. 8.64 Thorakal-paravertebrale Fingerfriktionen.



Abb. 8.65 Thorakal-paravertebrale Fingerfriktionen.



Abb. 8.66 Thorakal-paravertebrale Fingerfriktionen.

Diese Varianten gelten auch für die anderen Anteile der Thorakal- und Skapularegion.



Video 8.9 Thorakal-paravertebrale Fingerfriktionen.

Ausarbeitung parallel der Margo medialis scapulae

Der Fokus liegt hier auf der die Skapula führenden Muskulatur zwischen der Dornfortsatzreihe und der Margo medialis scapulae: Mm. rhomboidei und trapezius partes ascendens und transversa. Zur Ausarbeitung werden die gleichen tiefenwirksamen Techniken wie zur thorakal-paravertebralen Massage benutzt. Dies sind zunächst Handballenfriktionen, Funktionsmassagen und falls erforderlich beidhändig unbeschwerte kreisende Fingerfriktionen.

Besonderheiten der Handballen- und Fingerfriktionen

- Die massierenden Hände orientieren sich an der Margo medialis vom Angulus inferior aus von kaudal nach kranial.
- Kranial der Spina scapulae empfiehlt es sich bei der Durchführung der Handballenfriktionen die von kranial kommende Hand zu benutzen, um so wieder einen ergonomisch günstigen Winkel zur Übertragung der Kraft auf diese Region zu ermöglichen.
- In seltenen Fällen können die Fingerfriktionen auch einhändig beschwert ausgeführt werden, um genügend Intensität einzubringen.
- Zur Orientierung dient natürlich die Margo medialis selbst, deren Verlauf vor Beginn der Techniken unbedingt zuverlässig nach kranial zum Angulus superior verfolgt werden sollte. Der Angulus superior wird immer wieder mit einer lokalen Muskelverhärtung verwechselt. Erfahrungsgemäß ist er meistens druckdolent.
- Bei schlanken Personen mit wenig Muskelmasse sind die Anguli costae häufig durch die Muskulatur zu ertasten. Auch diese Strukturen werden gerne mit lokalen Muskelverhärtungen verwechselt. Zu den Differenzierungsmöglichkeiten siehe Kapitel „Differenzierung der betroffenen Struktur (S. 135)“.

Funktionsmassagen der Mm. rhomboidei und trapezius

Funktionsmassagen in diesem Abschnitt kombinieren kreisende Fingerfraktionen mit ausgiebigen Skapulabewegungen zu längs- und querverformenden Techniken dieser Muskeln.

Variante 1 – Skapulalifting

Diese Technik verbindet eine kreisende Bewegung der Skapula mit gegenläufigen kreisenden Fingerfraktionen. So kommt eine zusätzliche Verlängerung der Muskeln in Längsrichtung zur Wirkung der Fingerfraktion hinzu. Weiterhin erreicht man eine sehr milde und unspezifische Form der Schultergürtelmobilisation. Die Techniken sind vor allem in der kranialen Hälfte an der Margo medialis wichtig, da hier die größte Muskelmasse zu finden ist (Mm. rhomboidei).

- Die Hand des Patienten liegt leicht unter dem Becken auf der zu behandelnden Seite und fixiert somit den Arm, der sich bei den Schultergürtelbewegungen ja mitbewegen muss und dennoch auf der Liege bleiben soll.
- Der Therapeut steht kopfwärts.
- Er schiebt seine laterale Hand (mit der Handfläche nach oben) unter den Schultergürtel des Patienten und hebt diesen leicht an. Der Ellenbogen des Therapeuten stützt sich dabei auf dem Kopfteil der Therapieliege ab.
- Ein Knie kann zusätzlich auf der Liege als Unterlage abgelegt werden. Somit kann der Therapeut einfach die Skapula in Retraktion „hochhebeln“.
- Zur Prüfung der schmerzfreien Schultergürtelbewegung und dem Loslassen seitens des Patienten beginnt man zunächst mit ruhigen kreisenden Bewegungen der Skapula in Adduktion (zur Wirbelsäule), Depression (zum Becken), leichter Abduktion und Elevation.

Merke

Als absolute Voraussetzung für das Gelingen der nachfolgenden Techniken muss der Patient seine Muskulatur gut loslassen können. Sollte der Patient auch nach mehrfacher Aufforderung nicht in der Lage sein, die Skapula führende Muskulatur bewusst zu entspannen, muss man auf die Funktionsmassagen verzichten.

- Phase 1: Bei angehobenem Schultergürtel ertastet die mediale Hand den medialen Skapularand und führt dort zirkelnde Bewegungen durch. Der Druck geht teilweise nach ventral, teilweise nach lateral gegen die Margo medialis (► Abb. 8.67).
- Phase 2: Der Schultergürtel wird kreisend in Gang gesetzt, wie oben beschrieben. Beide Kreisungen sollten gegenläufig sein. Wenn die Skapula in Adduktion auf die friktionierenden Finger trifft, sollte sie über die Finger gleiten. Hierdurch entsteht der verlängernde Effekt.

Beide Kreisungen haben die Aufgabe, die Margo medialis in einer harmonischen Bewegung über die Finger zu schieben, während diese einen lateral betonten Schub ausführen (► Abb. 8.68, ► Video 8.10).



Abb. 8.67 Variante 1: Skapulalifting, Phase 1.



Abb. 8.68 Variante 1: Skapulalifting, Phase 2.



Video 8.10 Funktionsmassage der Mm. rhomboidei (Skapulalifting).

Variante 2 – Dehnungen durch Skapulabewegungen

Diese Ausführung baut auf der Phase 2 des Skapulaliftings auf und versucht, die Muskeln durch gemeinsames Bewegen der Hände in Längsrichtung zu verlängern. Das Setting entspricht dem der Variante 1.



Abb. 8.69 Variante 2, Dehnungen durch Skapulabewegungen, Phase 1.



Abb. 8.70 Variante 2, Dehnungen durch Skapulabewegungen, Phase 2 mit Betonung des M. trapezius pars transversa.



Video 8.11 Dehnung der dorsalen Schultergürtelmuskeln durch Skapulabewegungen.

- Phase 1: Die Skapula wird angehoben (retrahiert) und deutlich adduziert. Die Finger der medialen Hand schieben sich unter die Margo medialis und halten während der ganzen Ausführung einen lateralen Schub aufrecht. Mit beiden Händen wird ein deutlicher Schub gegeneinander aufgebaut. Somit ist die Länge der Fasern der Rhomboidei und des Trapezius bereits aufgenommen und die Muskeln sind gespannt. Jede zusätzliche Verlängerung hat einen dehnenden Charakter (► Abb. 8.69).
- Phase 2: Dieses „Paket“ aus Skapula und schiebender medialer Hand wird jetzt prinzipiell nach lateral verschoben, wobei noch der Verlauf bestimmter Muskeln berücksichtigt werden kann (► Abb. 8.70, ► Video 8.11):
 - Schieben nach lateral betont eine Dehnung des M. trapezius pars transversa.
 - Schieben nach lateral und kaudal betont eine Dehnung der Mm. rhomboidei sowie auch leicht der Mm. levator scapulae und trapezius pars descendens.
 - Schieben nach lateral und kranial betont eine Dehnung des M. trapezius pars ascendens.
- Die Endpositionen werden jeweils wenige Sekunden gehalten und bei nachfolgenden Wiederholungen jedes Mal erweitert.

Ausarbeitung parallel der Margo lateralis scapulae

Im Mittelpunkt stehen in diesem Abschnitt die adduktorsch wirkenden Muskeln des Schultergelenkes: Mm. latissimus dorsi sowie teres major und minor. Zur Ausarbeitung werden die gleichen tiefenwirksamen Techniken wie zur thorakal-paravertebralen Massage eingesetzt. Dies sind zunächst Handballenfraktionen, Funktionsmassagen und falls erforderlich beidhändig unbeschwerte kreisende Fingerfraktionen. Zu dieser Auswahl kommt eine beidhändige Wechsellknetung hinzu.

Knetungen an der Margo lateralis scapulae

Bei einigen Pathologien des Schultergelenkes oder sportartspezifischen Beanspruchungen ist es erforderlich, die Mm. latissimus dorsi sowie teres major und minor speziell auszuarbeiten. Das kann etwa bei folgenden Personengruppen erforderlich sein:

- Sportler, die hier muskuläre Überlastungen aufweisen oder eine größere Armexkursion benötigen
- Rollstuhlfahrer mit beanspruchter Muskulatur
- Patienten mit Schulterpathologien, z. B. abklingende Frozen Shoulder
- starken restriktiven Atembeschwerden.

Die eingesetzte Technik ist erneut eine beidhändige Wechsellknetung (S. 114). Der M. latissimus dorsi ist lediglich im Bereich der Margo lateralis gut zu erfassen, der weitere Muskelbauch liegt sehr flach auf dem Thorax auf. Um genügend Raum zum Ausarbeiten an der Margo lateralis zu er-

halten und die Muskeln etwas zu verlängern, sollten Sie den Arm des Patienten in deutlicher Abduktion lagern. Dazu kann der Arm mit einem Handtuch oder einem flachen Kissen an der Liegenkante unterlagert werden, um einen unangenehmen Druck gegen das Nerven- und Gefäßbündel am medialen Humerus zu verhindern (► Abb. 8.71).

- Bei sehr guter technischer Durchführung der Knetung wird dieser Muskelbauch, der dem Thorax kaudal der Skapula aufliegt, durch das flächige Auflegen der ganzen Hand mit deutlichem Druck nach ventral erfasst und verformt (► Abb. 8.72).
- Sie müssen in jedem Fall sicherstellen, dass Muskulatur erfasst wird. Zu Übungszwecken kann der Auftrag zur Extension oder Adduktion des Armes gegeben werden, um durch Anspannung das Erfassen des Muskels zu überprüfen.

Funktionsmassagen der Mm. latissimus dorsi sowie teres major und minor

Zur Unterstützung einer Behandlung bei Restriktionen und zur Verbesserung der Armelevationsfähigkeit lassen sich einige Weichteilmobilisationen zielführend einsetzen.



Abb. 8.71 Beidhändige Wechselknetung an der Margo lateralis.

M. latissimus dorsi

- Der Patient befindet sich in neutraler Seitenlage.
- Kopfwärts stehend erfasst der Therapeut mit einer Hand den Unterarm des Patienten von unten und hakt sich proximal der Epikondylen des Humerus an. Somit wird die Armelevationsposition eingestellt. Die zweite Hand stützt sich gegen den Thorax (kaudomedial der Skapula) oder die Margo lateralis scapulae.
- Phase 1: Die Technik beginnt mit einer mäßigen Annäherung des Latissimus und endet in der verlängerten Position. Die freie Hand stützt sich kaudal der Skapula flächig auf dem Muskel ab und presst ihn gegen den Thorax (► Abb. 8.73).
- Phase 2: Der Arm wird in eine ausgiebige Armelevation geführt, bis die Spannung des Latissimus unter der Hand am Muskelbauch zu spüren ist (► Abb. 8.74).

Wie bei allen Funktionsmassagen werden durch das Gegenhalten an einem bestimmten Muskelabschnitt besonders diejenigen Muskelanteile verlängert, die zwischen dem Gelenk und dem manuellen Gegenhalt liegen. Die Technik wird langsam rhythmisch durchgeführt und mehrfach wiederholt.



Abb. 8.72 Beidhändige Wechselknetung des M. latissimus dorsi in Höhe des Thorax.



Abb. 8.73 Funktionsmassagen des M. latissimus dorsi, Phase 1.



Abb. 8.74 Funktionsmassagen des M. latissimus dorsi, Phase 2.

Mm. teres major und minor

Um die Teresmuskeln in die Funktionsmassagen einzubeziehen wird die gegenhaltende Hand etwas näher an das Schultergelenk herangebracht und von lateral gegen den Skapularand gestützt. Die Start- und die Endposition sind die gleichen wie zuvor beschrieben. Da die Muskelfasern der Teresmuskeln kürzer sind als die des Latissimus, benötigt man jetzt weniger Bewegungsausmaß, um den verlängernden Effekt zu erzielen (► Abb. 8.75, ► Abb. 8.76).

- Die notwendige Beweglichkeit muss natürlich schmerzfrei von der Elevationskette des Armes ermöglicht werden. Daher ist eine vorherige Funktionsprüfung sehr wichtig. Wird der Arm genau in der Frontalebene des Patienten geführt, ist die Bewegung bei den meisten Probanden erfahrungsgemäß recht schnell beendet. Das Ausmaß ist größer, wenn der Arm während der Elevation leicht ventral geführt wird.
- Die ASTE Seitenlage bietet sich für diese Technik an, da die Muskeln gut erreichbar sind und der Thorax ein gutes Widerlager für das Gegenhalten verschiedener Muskelanteile bietet. Dieses Widerlager lässt sich bei dem vertikalen Druck der Hand sehr gut nutzen. Auch in Bauchlage sind die Muskeln erreichbar. Dort lässt sich die notwendige Armexkursion allerdings nicht gut ausführen.



Abb. 8.75 Funktionsmassagen der Teresmuskeln, Phase 1.



Abb. 8.76 Funktionsmassagen der Teresmuskeln, Phase 2.

- Es ist wichtig, dass die gegenhaltende Hand bei zunehmender Verlängerung des Muskels nicht die Haut im Bereich der Axilla dehnt. Dadurch können ggf. unangenehme Hautirritationen entstehen.
- Sowohl der Latissimus als auch die Teresmuskeln lassen sich durch eine Armelevation über Abduktion bzw. Flexion verlängern. Während der Behandlung müssen Sie selbst herausfinden, welche der beiden Bewegungen die freier beweglichere und/oder schmerzärmere ist.
- Wenn der Latissimus schon recht dehnfähig ist, reicht eine ausgiebige Armelevation alleine nicht aus, um ihn endgradig zu verlängern. Will man eine noch größere Armexkursion erzielen, dehnt man den Muskel von kaudal vor. Dies kann zum einen durch eine deutliche Unterlagerung des Thorax geschehen, zum anderen können die Beine in Hüft- und Kniegelenken aber auch um 90° gebeugt werden. Anschließend lässt man die Unterschenkel über den Liegenrand hängen (s. Funktionsmassage der LWS in Seitenlage (S. 157)). Beides hat eine kontralaterale Seitneigung der BWS bzw. LWS zur Folge.

Friktionen an der Margo lateralis scapulae

Zur Ausarbeitung werden die gleichen tiefenwirksamen Techniken wie zur thorakal-paravertebralen Massage und bei der Ausarbeitung parallel zur Margo medialis eingesetzt. Dies sind zunächst Handballenfriktionen (► Abb. 8.77) und falls erforderlich beidhändig unbeschwerte kreisende Fingerfriktionen (► Abb. 8.78).

Folgende Besonderheiten gilt es bei der Durchführung der Handballen- und Fingerfriktionen zu berücksichtigen:

- Position des Therapeuten: Befindet sich der Therapeut, wie üblich auf der kontralateralen Seite, muss er sich weit über den Patienten neigen um die Margo lateralis mit der kaudalen Hand zu friktionieren. Bei Patienten mit einem schmalen Oberkörper, bei einer schmalen Therapieliege und bei hoch gewachsenen Therapeuten ist das problemlos und mit genügender Intensität umsetzbar. In den anderen Fällen wird die Erreichbarkeit der Region mühevoller. Alternativ wird dem Therapeuten empfohlen, eine Position am Kopfende der Liege zu wählen. Somit kann dann die andere Hand sehr gut den Skapularand erreichen und sich einfach dagegen abstützen.
- Behandlungsgebiet: Es macht durchaus Sinn, die Friktionen ein Stück weit auf den Oberarm auszudehnen und den Deltamuskel in die Ausarbeitungen mit einzubeziehen.
- Bei Patientinnen sollte die massierende Hand genügend Abstand zum empfindlichen Brustgewebe halten.



Abb. 8.77 Handballenfriktionen an der Margo lateralis scapulae.



Abb. 8.78 Fingerfriktionen an der Margo lateralis scapulae.



Abb. 8.79 Handballenfingerfriktionen auf der Skapula.



Abb. 8.80 Fingerfriktionen auf der Skapula.

Ausarbeitung auf der Fossa infraspinata

Die Reihenfolge der Techniken des M. infraspinatus ist: Handballenfriktionen (► Abb. 8.79), Funktionsmassagen und ggf. Fingerfriktionen (► Abb. 8.80). Knetungen sind bei diesem flachen Muskel nicht möglich. Während der Friktionen können auch rückwärtige Partien des Deltamuskels sowie der seitliche Rand der Skapula einbezogen werden. Prinzipiell lässt sich die rückwärtige Skapulafläche besser als die Margo lateralis erreichen, sodass ein weites Hinüberreichen des Therapeuten seltener notwendig ist. Dennoch wird empfohlen, die Therapeutenposition alternativ mal kopfwärts oder auf der zu behandelnden Seite auszuprobieren, um die ergonomisch besten Effekte in der Region zu erzielen.

Funktionsmassagen des M. infraspinatus

Nach einer klassischen Vorbereitung mit Handballfriktionen kann diese Funktionsmassage zur forcierten Tonusenkung, zur mechanorezeptiven Afferenz für die Segmente C5–C6 und zur Bewegungserweiterung in horizontaler Adduktion des Schultergelenkes eingesetzt werden.

- Der Patient befindet sich in neutraler Seitenlage oder der Oberkörper ist leicht zurückrotiert.
- Die Position des Therapeuten kann dabei kranial oder kaudal des abduzierten Armes sein.
- Der Oberarm des Patienten wird in etwa 90° Abduktion gehalten und zur Überprüfung der schmerzfreien horizontalen Adduktion abgesenkt. Dabei kann der Unterarm im Sinne einer Innenrotation nahezu vertikal herabhängen, was den Muskel ebenfalls verlängert. Die zweite Hand kontrolliert dabei die Position der Skapula. Bewegt diese sich am Ende der möglichen horizontalen Adduktion mit, kann das Absenken des Armes gestoppt werden, um eine unnötige Protraktion zu vermeiden.
- Phase 1: Zur mäßigen Annäherung des Muskels wird der Arm bis zur Frontalebene angehoben. Die zweite Hand stützt sich mit dem Handballen gegen verschiedene Anteile des M. infraspinatus (► Abb. 8.81).
- Phase 2: Anschließend wird der Arm bis zum Moment der maximalen Verlängerung abgesenkt. Dieser Moment ist erreicht, wenn der Muskel unter der stützenden Hand wegzurutschen droht (► Abb. 8.82, ► Video 8.12).

Merke

Die Schwierigkeit am Muskelbauch ist nicht nur die Betonung des Muskels mit manuellem Druck, sondern gleichzeitig auch das Verhindern der Skapulamitbewegung. Daher muss der fixierende Druck gegen Skapula und Thorax sehr deutlich und dennoch schmerzfrei sein.



Abb. 8.81 Funktionsmassagen des M. infraspinatus, Phase 1.

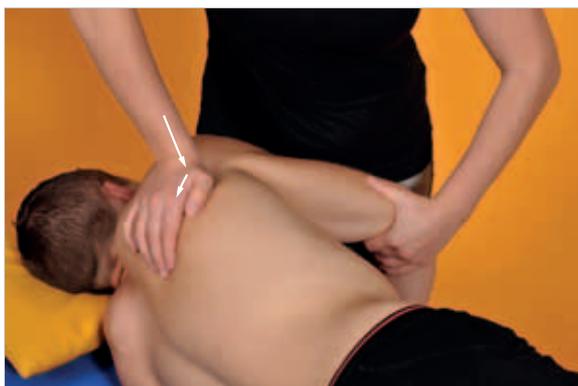


Abb. 8.82 Funktionsmassagen des M. infraspinatus, Phase 2.



Video 8.12 Funktionsmassage des M. infraspinatus.

Funktionsmassagen des M. subscapularis - „Skapulapressing“

Zu den bereits beschriebenen Funktionsmassagen, die mit Skapulabewegungen einhergehen, gehört auch das Skapulapressing. Schmerzhaftes Tonuserhöhungen dieses funktionell enorm wichtigen Muskels sind bei muskuloskelettalen Erkrankungen eher weniger bekannt. Lediglich eine Quelle berichtet von druckempfindlichen Triggerpunkten bei Patienten mit chronischem Schulter-Impingement (Hidalgo-Lozano 2010). Im Rahmen eines Schultergelenkersatzes (Cleeman 2003) und bei geburtsbedingter Plexusparese (Immerman 2013) werden operative Verlängerungen eingesetzt. Bei weiteren schweren neurologischen Erkrankungen wird dieser Muskel mit Phenol- oder Botulinum-Injektionen behandelt (Uchikawa 2009 bzw. Unlu 2010).

Offensichtlich haben skapulothorakale Mobilisationen, die mit endgradigen Skapulabewegungen verbunden sind, einen positiven Effekt auf Beweglichkeit und Schmerzwahrnehmung bei Patienten mit Frozen Shoulder (Yang 2012, Surenkok 2009). Hinzu kommt noch die mechanorezeptive Afferenz auf die Segmente C5 und C6, die durch Verformungen des M. subscapularis zu erwarten ist.

- Der Patient liegt in neutraler Bauchlage. Zur Fixierung des Armes auf der Liege steckt auch hier der Patient seine Hand unter das Becken.
- Der Therapeut steht kopfwärts am Liegenden. Eine Hand greift unter das Schultergelenk, die Zweite stützt mit der Handfläche die Rückseite der Skapula (► Abb. 8.83, ► Video 8.13).
- Beide Hände bewegen die Skapula in die gleiche Richtung.
- Zunächst wird wie bei den vorangegangenen Funktionsmassagen das freie und schmerzfreie Bewegungsausmaß der Skapula über eine ruhige und ausgiebige Bewegung getestet. Die Richtung der Kreisbewegung ist dabei nicht wichtig.

Es hat sich ergonomisch als vorteilhaft erwiesen, während der Kreisbewegung mit Protraktion einen kräftigen Druck über die stützende Hand auszuüben. Bei den Anteilen mit Retraktion wird der Druck eher weggenommen.

Die subskapular liegenden Mm. subscapularis und serratus anterior werden an die Rippen gepresst und in einer gewissen Weise fraktioniert.

Bei einer Variante der Durchführung steht der Therapeut auf der zu behandelnden Seite. Diese Position erfordert meist einen Seitenwechsel, bietet aber den Vorteil des sehr ergonomischen Stützens auf die Skapula. Die Gewichte von Schultergürtel und Teilen des Armes sind einfacher zu tragen und zu bewegen.



Abb. 8.83 Funktionsmassagen des M. subscapularis.



Video 8.13 Funktionsmassage des M. subscapularis (Skapulapressing).

Merke

Die Beschwerden von Patienten mit schmerzhaften Funktionsstörungen der Rippen-Wirbel-Gelenke 2–8 oder schmerzhaften Pathologien der entsprechenden thorakalen Segmente werden durch diese Technik verstärkt.

M. trapezius pars descendens

Hiermit wird der eigentliche thorakale und skapulare Bereich des Rückens verlassen. Dieser Abschnitt überlappt sich mit dem Einstieg in die Bearbeitung der Zervikalregion. Der einzige Muskel, der diesen Abschnitt repräsentiert, ist der M. trapezius mit seinem absteigenden Anteil. Seine Lage „oben auf der Schulter“ ist ein häufiges Schmerzwahrnehmungsbereich bei unterschiedlichen Pathologien. Im Rahmen eines sogenannten „unteren Cervicalsyndroms“ kann es im absteigenden Trapeziusmuskel zu folgenden Wahrnehmungen kommen:

- Referred Pain bei Arthropathien der Wirbelgelenke von C4-C5 bis C6-C7 (Dwyer 1990)
- Referred Pain bei chronisch internen Bandscheibenpathologien (Schellhas 1996) der Segmente C3-C4 bis C6-C7 via zentraler Sensibilisierung der spinalen Kerngebiete des N. accessorius (5. zervikales Segment und tiefer (Walker1990)
- ein projizierter Schmerz bei Radikulopathie in den Dynamomen C4-C8 (Slipman1998)
- Arthropathien des 1. Rippen-Wirbel Gelenkes.

Im Rahmen dieser Pathologien reagiert der Pars descendens häufig empfindlich auf Druck und Verformung. Direkte muskuläre Ursachen für Schmerzen des Muskels werden allerdings auch gesehen, beispielsweise bei schmerzhaft eingeschränkten Schultergelenksarthropathien mit übertrieben kompensierender Schulterelavation oder ungewohnt langem Unterarmgehstützeneinsatz usw. Obwohl der Trapeziusmuskel im Rahmen einer Pathologie eher als „Opfer“ denn als „Täter“ erscheint, lohnen sich dennoch seine Verformungen durch Massage, da zumindest der schmerzlindernde Effekt mechanorezeptiver Afferenzen wenigstens vorübergehend als Reduzierung der Schmerzwahrnehmung empfunden wird.

Die frei zugängliche Lage des Muskels lässt nahezu alle Technikvarianten tiefenwirksamer klassischer Griffe sowie Funktionsmassagen zu. Von großflächig nach kleinflächig wird folgende Reihenfolge empfohlen: Knetungen, Funktionsmassagen, Handballenfraktionen, Fingerfraktionen.

Knetungen des M. trapezius pars descendens

Dies ist erfahrungsgemäß die häufigste und zugleich technisch anspruchsvollste Bearbeitung dieses Muskels. Das große Potenzial der queren Muskelverformung geht bei schlechter Ausführung in Reibungen über Muskel und Haut verloren.

In der neutralen Bauchlage mit angelegten Armen fallen die Schulterblätter etwas in Protraktion. Diese Form der Vordehnung erschwert das eindeutige Erfassen des Muskels mit einer beidhändigen Technik. Daher wird vorab empfohlen, den Arm des Patienten in einer abduzierten Position, mit herabhängendem Unterarm zu lagern. Dies muss vom Schultergelenk her schmerzfrei möglich sein. Sollte diese Lagerung das Nerv- und Gefäßbündel des Oberarmes dauerhaft komprimieren und der Patient dies mit einem Kribbeln in der Hand wahrnehmen, muss der Oberarm an der Liegenkante abgepolstert werden.

Beide Hände umfassen den schlanken Muskelbauch und verformen ihn s-förmig nach ventral und dorsal. Die Ausführung kann langsam rhythmisch oder auch statisch dehnend sein (► Abb. 8.84, ► Video 8.14).

Wenn beide Hände „oben auf der Schulter“ ausreichend Platz finden, also bei kleinen Therapeutenhänden und breiter Patientenschulter, bieten sich ein Weg von lateral horizontal nach medial direkt zum zervikothorakalen Übergang für die Knetungen an.



Abb. 8.84 Knetungen des M. trapezius pars descendens.



Abb. 8.85 Funktionsmassagen des M. trapezius pars descendens in Seitenlage, Setting.



Video 8.14 Knetungen des M. trapezius pars descendens.

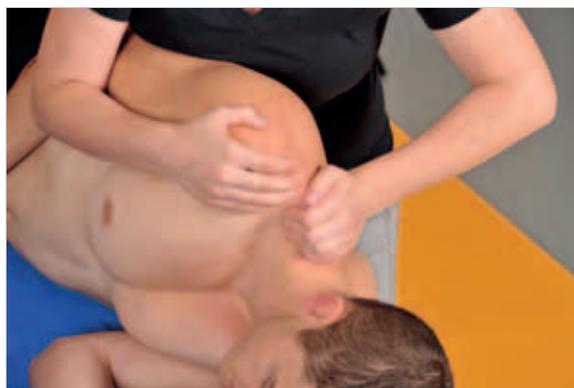


Abb. 8.86 Funktionsmassagen des M. trapezius pars descendens in Seitenlage, Griff.

Funktionsmassagen des M. trapezius pars descendens in Seitenlage

Im Folgenden werden Funktionsmassagen in der ASTE Seitenlage vorgestellt. Auch eine Funktionsmassage für die zervikale Region beinhaltet verformende Trapeziusanteile.

Pro Massagebehandlung empfiehlt es sich, nur Techniken in einer Seitenlage durchzuführen, da der Wechsel je nach Mobilität des Patienten mühsam sein kann. Die Technik verbindet eine manuelle Querdehnung (Schub mit der massierenden Hand) mit einer Längsdehnung (Schultergürtelbewegung).

- Der Patient liegt neutral in Seitenlage. Die zu behandelnde Seite liegt oben. Der Oberarm liegt dem Körper an und die Hand stützt sich drucklos auf der Liege ab.
- Der Therapeut steht in Schrittstellung auf der Rückenseite des Patienten in Höhe der mittleren BWS.

Um für den Therapeuten ausreichend erreichbar zu sein, sollte der Patient zur Seite des Therapeuten rutschen. Hierzu muss der Patient sich, aus seiner Sicht ganz weit „nach hinten“, an die Liegenkante bewegen. Das ist nur durch Vermittlung eines ausreichenden Sicherheitsgefühls für den Patienten möglich, indem der Therapeut mit seinem Oberkörper den Körper des Patienten stabilisiert.

- Zunächst führen beide Hände des Therapeuten den Schultergürtel in verschiedene Richtungen, um das schmerzfrei mögliche Bewegungsausmaß zu prüfen.
- Eine Hand umfasst die oben liegende Schulter anterior und führt den Schultergürtel. Hierbei lehnt sich der Unterarm des Therapeuten an den Oberarm des Patienten an (► Abb. 8.85).
- Die andere Hand bringt die verformenden Griffe am Trapezius ein (► Abb. 8.86). Wichtig: in dieser ASTE nicht den Schultergürtel in Depression ziehen.

Prinzipiell wird die manuelle Querverformung durch Schub des Muskels nach anterior oder Zug nach posterior und die Längsverformung durch Depression des Schultergürtels mit Retraction oder Protraktion erreicht.

Varianten der Durchführung

Die Varianten 1 und 2 der Durchführung orientieren sich an der diagonalen Bewegung des Schultergürtels zur Muskelverlängerung. Anatomisch korrekt wäre die Variante 2 mit Muskelverlängerung durch Depression mit Protraktion. Sie ist technisch etwas anspruchsvoller und