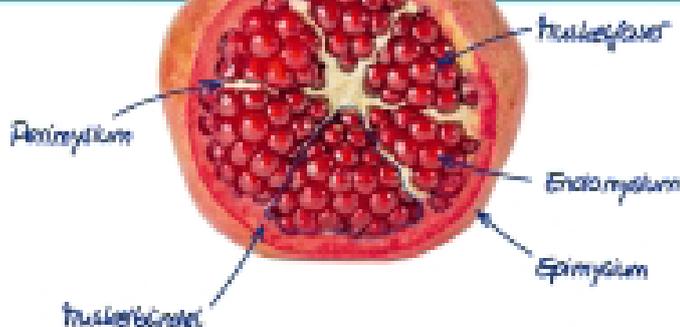




Strunk, A. Fasziale Osteopathie - Grundlagen und Techniken



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

Als ich 2009 von Eric Hebgen D.O. gefragt wurde, ob ich in einem Lehrbuch, welches alle Anteile der Osteopathie verknüpfen sollte, den Faszienteil übernehmen würde, fühlte ich mich sehr geehrt.

Zu diesem Zeitpunkt war ich gerade „frisch“ als Assistentin am Institut für angewandte Osteopathie und wählte unter anderem das Fach „Faszien“. Faszien sind für mich ein Wunder, wahnsinnig spannend, und zeitgleich existiert ein „Wirrwar“ an Informationen und etlichen Büchern, die das Thema Faszien behandeln. Während ich den oben erwähnten Anteil im Lehrbuch Osteopathie geschrieben habe, dessen daraus resultierende Fortsetzung Sie jetzt vor sich sehen, war es vielleicht nicht so schlecht, den Studenten und deren Belangen noch näher zu sein als meinen eigenen Dozenten und denen für mich wirklichen Größen in der Osteopathie.

Durch die Unterrichtsvorbereitung stellte sich mir immer wieder die Frage, ob man den Büchern, den Konzepten, den Techniken und der Anatomie der Faszien nicht einen „roten Faden“ geben kann und trotzdem den großen Osteopathen der fasziellen Osteopathie gerecht werden könnte, um so den Einstieg in diese Welt der Wunder ein wenig zu erleichtern. Wie legt man also die Basis der Faszien, die Grundlagen zum Verständnis dieses tollen Systems im menschlichen Körper, denn gerade die fasziale Diagnostik und Behandlung sind für mich persönlich ein „Anfangsgrundpfeiler“, etwas, mit dem man direkt beginnen kann, osteopathisch zu denken und zu behandeln.

Aus dieser Idee heraus entstand ein Unterrichtskonzept quer durch die fasziale Osteopathie, welches in diesem Buch niedergeschrieben wurde. Sie werden hier Auszüge der Gedanken von Persönlichkeiten wie A. T. Still (**der** Osteopath und Urvater), R. Becker, V. Frymann, J.G. Zink, S. Paoletti und L. Jones bis hin zu L. Chaitow, J.C. Guimberteau, Th. Myers, J.E. Upledger, R. Schleip und einigen anderen namhaften Osteopathen finden. Es soll kein weiteres neues Buch über Faszien sein, sondern es stellt den Versuch der Zusammenfassung bisheriger Bücher dar. Mit ihm soll Studenten der Osteopathie und Wissbegierigen möglichst strukturiert der Weg zu den Faszien geöffnet, eben

die Basis, die Grundlage gelegt werden. Und so hoffe ich, dass ich mit diesem Buch einer strukturierten Zusammenfassung über die Welt der Faszienwunder und den Gedanken der fasziellen Osteopathen gerecht wurde und es Ihnen Spaß macht, es zu lesen und in Ihren Praxisalltag einzubauen.

Zum Abschluss möchte ich diese Seiten nutzen, um einigen Menschen auf meinem Weg als Osteopathin und Buchautorin von Herzen zu danken:

Zuerst möchte ich meiner Familie über alles danken. Meiner Tochter **Neele**, die in ihrer damals „kindlichen“ Art und jetzt als Jugendliche eine Form von Verständnis dafür zeigte und immer noch zeigt, dass neben der Liebe zu ihr noch eine andere Art von Liebe in mir wohnt, die Liebe zur Osteopathie. Der Spagat dazwischen war und ist manchmal als Mutter nicht immer einfach. Dann möchte ich meinem Mann **Hagen, meinen Eltern und Schwiegereltern** dafür danken, dass sie mir in der Zeit des Studiums, des Lernens, der Prüfungen, des Unterrichtens, des Schreibens meiner Diplomarbeit und des Schreibens dieses Buches immer den Rücken freigehalten haben und stets liebevoll und helfend, vor allem für Neele, zur Seite standen.

Ich danke weiterhin:

- **Jean-Pierre Lehr D.O.**, mein „Osteopathie-Vater“ und ein wertvoller Dozent von mir. Durch seine liebevoll-kritische Art mir gegenüber hat er mich zur Weiterentwicklung in der Osteopathie und mit mir selbst gebracht. Ihm verdanke ich, dass es nicht nur um Wissen geht, sondern um Demut und Respekt und dass dieses Buch eine Zusammenfassung, ein Grundlagenbuch ist, denn es braucht Zeit und Erfahrung, sein eigenes Buch mit eigenen Gedanken zu schreiben. Von Herzen Danke!
- **Philippe Misslin D.O.**, der in jeder Geste und in jedem Satz die Liebe zur Osteopathie und zum Menschen widerspiegelt. Ebenfalls Dozent – durch ihn wurde die Osteopathie für mich zu etwas Besonderem, einem Geschenk. Auch Dir danke ich von Herzen dafür!

- **Kristin Peters D. O.**, die im Studium mein Antrieb zur anatomischen Wissbegierde war: Nicht lernen, weil man muss, sondern lesen und lernen, weil es so spannend ist und Spaß macht. Mit ihr habe ich eine ganz besondere Freundin gewonnen.
- **Eric Hebgen D. O.**, der immer an mein Potenzial geglaubt hat und dem ich die Möglichkeit für dieses Buch zu verdanken habe. Auch mit ihm habe ich einen Mentor und einen guten Freund gefunden.
- **Werner Langer D. O. und Philipp Richter D. O.**, Leitung der IFAO und diejenigen, die mich ins Team der IFAO geholt haben. Beide haben mir damit erst die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Faszien ermöglicht. Danke für Euer Vertrauen in mich!
- **Pascal Pepels D. O.**, mein ehemaliger Chef als Physiotherapeutin. Er wurde nie müde, mich nach dem „Warum?“ zu fragen. „Warum machst Du das? Warum ist es besser geworden? Warum ist nichts passiert?“ Genau dies hat mich zum endgültigen Aufbruch in das Studium der Osteopathie gebracht. Ich wollte wirklich wissen und verstehen, wovon er redet.
- **Katja Nowak und Carmen Roskamp-Keutgen**, beide haben, trotz der Tatsache, dass sie Osteopathie-Fremde sind, mit so viel Engagement u. a. für den richtigen Satzbau, Teile der Zeichnungen und für die Fotos in diesem Buch gesorgt.
- Ebenso gebührt ein Dank **Anke Falter** und **Julia Günzler** für die Darstellung der Techniken in diesem Buch.
- **Dr. Olaf Schneider**, mit ihm habe ich etliche Gespräche à la „Dr. House“ geführt, durch welche meine Gedanken, mein Wissen und dieses Buch um ein Vielfaches bereichert wurden. Ihm ist die Ausarbeitung des Embryologieteils zu verdanken.
- **Alexander Fenzke**, Altbaurestaurator und ein sehr guter Freund von mir und meiner Familie. Er hat mich in den Momenten des „Aufgebens“ aufgemuntert und angetrieben. Mit ihm konnte ich immer die „kindlich-freudige“ Faszination dessen, was man aus einfachen Verhältnissen heraus aufbauen kann, teilen.
- Und dann gibt es noch so viele **Studenten der IFAO**, denen ich danken möchte. Sie haben mich im Unterricht gelehrt, was umsetzbar

und spannend ist und was eben nicht. Durch ihren „Wissensdurst“ und die daraus resultierenden Fragen ist dieses Buch entstanden.

Montzen, im Sommer 2012

Angelika Strunk



Das osteopathische Tensegrity in der Tüte

Tensegrity steht für Ganzheit und Zusammenhalt. Die drei Stäbe stehen in dieser Abbildung für die Grundpfeiler parietale, viszerale und kraniosakrale Osteopathie, welche durch Faszien (Fäden) verbunden und in der „großen Tüte“ Faszien eingebettet sind.

Diese Gedanken der Autorin wurden bildlich durch Carmen Roskamp umgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---------------------------------|------|
| Geleitwort zur 2. Auflage | VI |
| Geleitwort | VI |
| Vorwort | VIII |

Grundlagen der faszialen Osteopathie 1

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Definition Faszie | 2 |
| 2 | Funktionelle Bedeutung der Faszien | 4 |
| 2.1 | Faszien als „Flussbett des Lebens“ | 5 |
| 2.2 | Faszien sorgen für Unterteilung | 5 |
| 2.3 | Faszien sorgen für Stabilität und Form | 6 |
| 2.4 | Faszien sorgen für Beweglichkeit | 6 |
| 2.5 | Faszien verbinden | 7 |
| 2.6 | Faszien unterstützen die Posturologie | 7 |
| 2.7 | Faszien als psychoemotionaler Speicher | 8 |
| 2.8 | Darum behandeln wir Faszien | 9 |
| 3 | Embryologie | 10 |
| 3.1 | Entstehung des Bindegewebes | 10 |
| 3.1.1 | Entwicklung der dreiblättrigen Keimscheibe | 10 |
| 3.1.2 | Die dreiblättrige Keimscheibe | 11 |
| 3.2 | Head- und Mackenzie-Zonen – der übertragene Schmerz | 13 |
| 3.3 | Das vermeintliche „Zellgedächtnis“ | 14 |
| 4 | Histologie | 15 |
| 4.1 | Übersicht Gewebearten | 15 |
| 4.2 | Das Bindegewebe | 15 |
| 4.2.1 | Faszien | 16 |
| 4.2.2 | Einteilung des Bindegewebes | 16 |
| 4.3 | Histologie des Bindegewebes – der Faszien | 17 |
| 4.3.1 | Zellen | 18 |
| 4.3.2 | Extrazellulärmatrix | 19 |
| 4.4 | Funktion der Faszien durch ihre Bestandteile | 21 |
| 5 | Faszien und Wissenschaft | 23 |
| 5.1 | Faszien – eigenständig kontraktile Strukturen? | 23 |
| 5.1.1 | Kontraktile Zellen in Faszien – Myofibroblasten | 23 |
| 5.1.2 | Innervation der kontraktile Zellen | 24 |
| 5.1.3 | Studien zu Auslösern der Faszienkontraktion und -entspannung | 24 |
| 5.2 | Faszien als Wohnort des größten Sinnesorgans? | 25 |
| 5.2.1 | Golgi-Rezeptoren | 25 |
| 5.2.2 | Vater-Pacini-Rezeptoren | 25 |
| 5.2.3 | Ruffini-Rezeptoren | 25 |
| 5.2.4 | Interstitielle Rezeptoren | 25 |
| 5.3 | Fazit | 26 |

| | | |
|------------|--|----|
| 6 | Anatomie und Topografie | 27 |
| 6.1 | Schematische Einteilung der Faszien | 27 |
| 6.1.1 | Das große „Dreiersystem“ der Faszie | 27 |
| 6.1.2 | Einteilung nach Innervation | 28 |
| 6.2 | Pars superficialis der Faszien | 28 |
| 6.2.1 | Funktion der Anteile der Pars superficialis der Faszien | 29 |
| 6.2.2 | Zuordnung zur Pars superficialis der Faszien nach Körperregionen | 30 |
| 6.3 | Pars media der Faszien – die „Organtüte“ | 52 |
| 6.3.1 | Zuordnung der Anteile zur Pars media der Faszien | 52 |
| 6.3.2 | Zuordnung der Pars media der Faszien nach Körperregionen | 52 |
| 6.4 | Pars profunda der Faszien – die „Neuro-WS-Tüte“ | 72 |
| 6.4.1 | Zuordnung der Pars profunda der Faszien nach Körperregionen | 73 |
| 6.5 | Spezielle Faszienamen | 73 |
| 6.6 | Diaphragmen aus faszialer Sicht – die Pufferzonen | 75 |
| 6.6.1 | Respiratorische Diaphragmen | 76 |
| 6.6.2 | Fasziale Diaphragmen | 76 |
| 6.7 | Bogen- und Zentralsehne | 76 |
| 6.7.1 | Die Bogensehne | 76 |
| 6.7.2 | Die Zentralsehne | 78 |

Fasziale Diagnostik 83

| | | |
|------------|--|----|
| 7 | Einführung in die fasziale Diagnostik | 84 |
| 8 | Praxis der faszialen Diagnostik | 86 |
| 8.1 | Inspektion und oberflächliche Palpation | 86 |
| 8.1.1 | Tenderness | 86 |
| 8.1.2 | Asymmetry | 86 |
| 8.1.3 | Range of Motion | 86 |
| 8.1.4 | Tissue Texture Abnormality | 86 |
| 8.2 | Fasziale Tests | 86 |
| 8.3 | Globale Tests | 87 |
| 8.3.1 | Global Listening oder globaler Ecoute-Test im Stand | 87 |
| 8.3.2 | Global Listening oder globaler Ecoute-Test im Sitz | 88 |
| 8.3.3 | Shift des Beckens nach rechts und links | 89 |
| 8.3.4 | Global Listening oder Ecoute-Test im Stand – untere Extremität | 90 |
| 8.3.5 | Global Listening oder Ecoute-Test im Sitz – Armtest | 90 |
| 8.3.6 | Global Listening oder globaler Ecoute-Test im Sitz | 90 |
| 8.3.7 | Global Listening oder globale Ecoute-Tests im Liegen – Beintests | 91 |
| 8.3.8 | Global Listening oder Ecoute-Tests im Liegen – Armtests | 93 |
| 8.3.9 | Zink-Pattern | 94 |
| 8.4 | Regionale Tests | 97 |
| 8.4.1 | Regionale Untersuchung der Füße | 97 |
| 8.4.2 | Regionale Untersuchung des oberen und unteren Sprunggelenks | 98 |
| 8.4.3 | Regionale Untersuchung des Kniegelenks | 98 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 8.4.4 | Regionale Untersuchung der Hüfte über AR und IR | 99 |
| 8.4.5 | Regionale Untersuchung des Beckenrings – ISG, SIG und Pubis | 100 |
| 8.4.6 | Regionale Tests im Bereich Halswirbelsäule und zervikothorakale Übergang | 101 |
| 8.4.7 | Regionale Untersuchung der BWS und LWS | 102 |
| 8.4.8 | Regionale Tests für das Viszerum | 103 |
| 8.4.9 | Regionale Tests für den Thorax | 104 |
| 8.4.10 | Regionale Tests für die reziproken Spannungsmembranen | 105 |
| 8.4.11 | Spezielle regionale Tests – die Zentrallinien | 107 |
| 8.5 | Lokale spezifische Tests | 109 |
| 8.5.1 | Bewegungsapparat, Viszerale und Kranium | 109 |
| 9 | Globales Schnellscreening | 111 |
| 9.1 | Das globale Schnellscreening in der Praxis | 111 |
| 9.1.1 | Praxistipps | 111 |
| 9.1.2 | Vorgehen | 112 |
| 9.1.3 | Dokumentationsbeispiel der globalen Auffälligkeiten | 119 |
| 9.1.4 | Übersicht globales Schnellscreening | 119 |
| 9.2 | Sensibilisierungstests für die globalen Befunde aus dem Schnellscreening | 120 |
| 9.2.1 | Sensibilisierungstest | 120 |
| 9.2.2 | Beispiel für einen Sensibilisierungstest | 121 |

Fasziale Therapie 123

| | | |
|-------------|---|------------|
| 10 | Behandlungsprinzipien in der faszialen Osteopathie | 124 |
| 10.1 | Wichtige Begriffe der Faszientherapie von A–Z | 124 |
| 10.2 | Grundprinzipien der faszialen Osteopathie | 125 |
| 10.2.1 | Das Prinzip der direkten Befreiung | 125 |
| 10.2.2 | Das Prinzip der indirekten Befreiung | 127 |
| 10.2.3 | Das Prinzip der kombinierten Befreiung | 130 |
| 11 | Techniken der faszialen Osteopathie | 131 |
| 11.1 | Behandlung der Extremitäten | 131 |
| 11.1.1 | Direkte Befreiung | 131 |
| 11.1.2 | Indirekte Befreiung | 134 |
| 11.2 | Behandlung des Rumpfes, des Halsbereiches und der Membranen | 138 |
| 11.2.1 | Direkte Befreiung | 138 |
| 11.2.2 | Indirekte Befreiung | 142 |
| 11.2.3 | Kombinierte Befreiung | 149 |
| 11.3 | Behandlung der Bogensehne – „Bowstring“ | 149 |
| 11.3.1 | Fascia masseterica | 149 |
| 11.3.2 | Fascia colli (cervicalis) superficialis und media am Ursprungspunkt – Mundboden | 149 |
| 11.3.3 | Obere Thoraxapertur – Fascia colli superficialis und media – Ansatzpunkte | 150 |
| 11.3.4 | Fascia endothoracica – Mediastinum – Perikardbänder | 150 |
| 11.3.5 | Lig. coronarium | 150 |
| 11.3.6 | Lig. falciforme | 150 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 11.3.7 | Lig. teres hepatis – Linea alba | 151 |
| 11.3.8 | Umbilicus | 151 |
| 11.3.9 | Plica umbilicalis mediana (Lig. umbilicale medianum) | 151 |
| 11.3.10 | Präsakrale Faszien | 151 |
| 11.3.11 | Faszie von Delbet – Diaphragma pelvis | 152 |
| 11.3.12 | Tractus iliotalibialis | 152 |
| 11.3.13 | Membrana interossea | 152 |
| 11.4 | Behandlung der Zentralsehne – „Le Tendon central“ | 153 |
| 11.4.1 | Falx cerebri und Falx cerebelli | 153 |
| 11.4.2 | Os hyoidale – Kehlkopf – Befestigungen Pharynx | 153 |
| 11.4.3 | Pleurakuppel – Sibson-Faszie – obere Thoraxapertur | 153 |
| 11.4.4 | Mediastinum | 154 |
| 11.4.5 | Raphae pharyngis – Pharynx – Ösophagus – Hiatus oesophageus | 154 |
| 11.4.6 | Crus diaphragmatica | 154 |
| 11.4.7 | Kontinuität des Peritoneums – Fascia iliaca | 155 |
| 11.4.8 | Faszien des Beckenbodens | 155 |
| 11.4.9 | Faszien der Adduktoren | 155 |
| 11.4.10 | Loge der tiefen Flexoren – Lig. deltoideum (Lig. von Farabeuf) | 156 |
| 11.5 | Spezielle Techniken | 156 |
| 11.5.1 | Bandscheibenbeschwerden LWS – Behandlung in Bauchlage | 156 |
| 11.5.2 | Flexionsdysfunktion LWS – Behandlung in Bauchlage | 157 |
| 11.5.3 | Sakrum-posterior (einseitig oder bilateral) – Behandlung im Sitz | 157 |
| 11.5.4 | Flexionsdysfunktion LWS – Behandlung im Sitz | 158 |

| | | |
|---------------|------------------------------|------------|
| Anhang | | 161 |
| 12 | Abkürzungsverzeichnis | 162 |
| 13 | Abbildungsnachweis | 163 |
| 14 | Literaturverzeichnis | 164 |
| 15 | Sachverzeichnis | 166 |

11 Techniken der faszialen Osteopathie

Die nachgenannten Techniken richten sich nach den Behandlungsprinzipien. Es soll in diesem Kapitel deutlich zum Ausdruck kommen, dass es sich nicht um reine Techniken handelt, sondern um Technikbeispiele, die den Prinzipien folgen. Sie sind nicht

das Nonplusultra, sondern sie stellen die Idee der Prinzipienumsetzung dar. Nach dem Fühlen und der Erfahrung: Hören Sie dem Körper zu und „erfinden“ Sie Ihre eigenen Techniken!

11.1

Behandlung der Extremitäten

11.1.1 Direkte Befreiung

Fascia psoas und Fascia iliaca mit ihren Muskeln

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Dehnlagerung, Einatmungsapnoe
- Konzeptzuordnung: Kent-Druck-Technik

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage, beide Beine sind aufgestellt. Der Therapeut steht seitlich auf der zu behandelnden Seite.

Vorgehen Es wird eine Linie vom Bauchnabel zur SIAS gezogen. Etwa in der Mitte dieser Linie wird mit den Fingern in die Tiefe des Abdomens vorgegriffen (► Abb. 11.1). Zur besseren Lokalisation des M. iliopsoas sollte man den Patienten das Bein von der Behandlungsseite leicht anheben lassen. Dadurch ist die Kontraktion gut spürbar. Auf den Muskelbauch und seine Faszie wird Druck ausgeübt und eine Längsdehnung eingeleitet.



► **Abb. 11.1** Behandlung der Fascia psoas und der Fascia iliaca mit ihren Muskeln.

Enhancer Aktive Lageveränderung durch den Patienten – der Patient streckt nun langsam das Bein der Behandlungsseite bis es auf der Unterlage zu liegen kommt. **Atmung** – Einatmungsapnoe

Lig. inguinale

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Einatmungsapnoe
- Konzeptzuordnung: Recoil

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut steht seitlich auf der zu behandelnden Seite. Die Hände werden gekreuzt am Ansatz des Lig. inguinale – Pubis und SIAS – aufgesetzt.

Vorgehen Dehnung des Ligamentums durch langsamen Druck in die Tiefe, um dann eine Längsdehnung durch „Entfernung“ von Pubis und SIAS einzuleiten (► Abb. 11.2). Spannung immer weiter aufbauen. Bei Beginn einer maximalen Einatmung den Druck und die Längsdehnung „schlagartig“ mit einem kurzen Überdruck in Dehnung lösen.



► **Abb. 11.2** Behandlung des Lig. inguinale.

Enhancer Vor dem eigentlichen Recoil können maximale Einatmungsapnoes stattfinden, um die Dehnung zu vergrößern.

Lig. iliofemorale Pars medialis, Lig. ischiofemorale und Lig. pubofemorale – Kapselmuster Hüfte

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Körperbewegung des Patienten
- Konzeptzuordnung: direkte Behandlung – Spezialtechnik für Ligamente

Ausgangsstellung Der Patient sitzt auf der Bank, der Therapeut steht vor ihm. Der Patient schlägt das Bein der zu behandelnden Seite über das andere Bein.

Vorgehen Die Hand kontralateral zu der behandelnden Seite in der Leiste so weit wie möglich Richtung Collum-Diaphysenwinkel an den Hüftknochen platzieren. Die homolaterale Hand liegt am Knie des zu therapierenden Beins. Das Bein so weit wie möglich in Adduktion und Innenrotation bringen (► Abb. 11.3). Die Leistenhand versucht, sich so tief wie möglich im Gewebe Richtung Knochen und Bänder zu platzieren, Schub nach lateral-posterior auszuüben und damit ein neues „Fulcrum“ zu setzen.



► **Abb. 11.3** Behandlung des Lig. iliofemorale – Kapselmuster Hüfte.

Enhancer Aktive Patientenbewegung – der **Patient bewegt sich** über den Oberkörper in kreisenden Bewegungen um dieses „Fulcrum“ herum.

Tractus iliotalibialis

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: keine
- Konzeptzuordnung: direkte Behandlung – Gleit-Druck-Technik

aus: Strunk, Fasziale Osteopathie (ISBN 9783830479208) © 2015 Karl F. Haug Verlag

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage auf der Behandlungsbank, der Therapeut steht seitlich auf der zu behandelnden Seite.

Vorgehen Mit den Fingern 3 und 4 (der 4. dient zur Stabilisation des 3.) wird vom Knie an mit einem festen Druck durch den Tractus iliotalibialis gezogen. An Stellen mit höheren Verdichtungen kann verweilt, der Druck erhöht oder zusätzlich eine Rotation auf den Anteil ausgeübt werden. Löst sich dieser Bereich, wird der Längsstrich durch den Tractus iliotalibialis weiter fortgesetzt.

Fascia poplitea

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Einatmungsapnoe und Twist
- Konzeptzuordnung: direkte myofasziale Entspannung bei LAS

Ausgangsstellung Der Patient liegt auf dem Rücken. Der Therapeut steht seitlich auf Kniehöhe.

Vorgehen Die Fingerkuppen beider Hände werden in der Kniekehle platziert und palpieren langsam in Richtung anterior in die Tiefe des Gewebes (► Abb. 11.4).



► **Abb. 11.4** Behandlung der Fascia poplitea.

Enhancer Für den **Twist** die Finger nach lateral spreizen. Dann durch kraniokaudale Bewegungen und Rotation den Punkt der größten Spannung suchen. Dann zusätzlich maximal **einatmen** und anhalten lassen.

Fibula kranial

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: keine
- Konzeptzuordnung: direkte ligamentäre Entspannung bei LAS

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut steht seitlich auf der zu behandelnden Seite.

Vorgehen Das Bein wird passiv in ca. 90°-Flexion (Hüfte und Knie) gebracht. Der Daumen der kranialen Hand liegt auf dem Caput fibulae, die kaudale Hand umfasst den Calcaneus und den Mittelfuß.

Der Daumen der kranialen Hand mobilisiert das Fibulaköpfchen sanft nach kaudal (► Abb. 11.5). Zeitgleich wird der Fuß immer weiter in eine Supinationsstellung gebracht, um so über die Bänder die Fibula nach kaudal zu ziehen, bis sie ihren physiologischen Stand zurückgewonnen hat.



► Abb. 11.5 Behandlung der Fibula kranial.

Membrana interossea cruris – Fibula – Lig. talofibulare anterior

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Twist, Muskelanspannung, Einatmungsapnoe
- Konzeptzuordnung: Myofascial-Release

Ausgangsstellung Der Patient liegt auf dem Rücken. Der Therapeut steht seitlich in Höhe des Unterschenkels und nimmt diesen in 90°-Hüft- und Kniebeugung auf.

Vorgehen Die kraniale Hand kontaktiert mit dem Daumen das Fibulaköpfchen, die kaudale Hand umfasst den Fuß. Das Fibulaköpfchen wird nach kaudal bewegt, und der Fuß wird in Supination und Plantarflexion eingestellt.

Enhancer Twist – durch Fußbewegungen in alle Richtungen wird ein noch höherer Spannungspunkt gesucht. Dann den Fuß in Pronation und Dorsalextension isometrisch anspannen lassen. Maximal **einatmen** und dann anhalten lassen.

Schulter

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Twist, Muskelanspannung, Einatmungsapnoe
- Konzeptzuordnung: Myofascial-Release

Ausgangsstellung Der Patient liegt auf dem Rücken. Der Therapeut steht seitlich in Höhe der Schulter und bringt diese in die fasziale Ausgangsposition (nicht an das Bewegungsende des Gelenkes) – dort wo der Patient anfängt, über Thoraxspannung, Pectoralisspannung und BWS-Bewegung auszugleichen.

Vorgehen Die kraniale Hand umfasst den Arm, die kaudale Hand wird an den größten Spannungspunkt im Bereich des M. pectoralis mit seiner Faszie aufgelegt (► Abb. 11.6). Dieser Punkt muss durch Bewegungen des Armes und Herantasten der kaudalen Hand gesucht werden. Dann wird eine Dehnung in die Faszien aufgenommen.



► Abb. 11.6 Behandlung der Schulter.

Enhancer Twist – in der Dehnung sucht die kaudale Hand durch Verschiebung im Gewebe nach lateral, medial und eine Torsion nach mehr Spannung. Danach kann der Arm in eine Position der größeren Spannung mittels ein wenig AR, IR, ABD, ADD und Traktion eingestellt werden. Dann wird der Patient aufgefordert, ein wenig den M. pectoralis anzuspannen. Schlussendlich kommt eine tiefe **Einatmungsapnoe** dazu.

Scapula

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Twist
- Konzeptzuordnung: einfache passive Dehnung

Ausgangsstellung Der Patient liegt seitlich. Der Therapeut steht vor dem Patienten in Höhe der Schulter.

Vorgehen Die kraniale Hand umfasst die Scapula von oben, die kaudale Hand von unten, und beide zusammen heben die Scapula etwas vom Rumpf ab und ziehen sie nach lateral (► Abb. 11.7).



► Abb. 11.7 Behandlung der Scapula.

Enhancer Twist – im Zug nach lateral jetzt die Scapula drehen und kraniokaudal verschieben, bis der Punkt der größten Spannung erreicht ist. Diesen Punkt beibehalten, bis das Gewebe nachgibt.

Karpaltunnel

- Grundprinzip: direkte Befreiung
- Enhancer: Twist
- Konzeptzuordnung: direkte ligamentäre Entspannung bei LAS

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut steht seitlich auf der zu behandelnden Seite in Höhe des Unterarms.

Vorgehen Die kraniale Hand liegt am Ellenbogen, die kaudale umfasst das Handgelenk so, dass ein Finger zum Monitoring auf dem Lig. transversum des Karpaltunnels zu liegen kommt. Das Handgelenk wird in Dorsalextension faszial soweit eingestellt, bis Spannung unter dem Monitoringfinger zu fühlen ist (► Abb. 11.8).

Enhancer Zusätzlich wird der Ellenbogen in einer Position eingestellt, in der man die erhöhte Spannung zwischen Radius und Ulna distal (Karpaltunnel) spüren kann. Durch weitere Bewegungen der Hand und des Ellenbogens werden nach dem Release immer wieder neue Dehnpositionen gesucht und bis zum Release gehalten.

aus: Strunk, Fasziale Osteopathie (ISBN 9783830479208) © 2015 Karl F. Haug Verlag



► Abb. 11.8 Behandlung des Karpaltunnels.

11.1.2 Indirekte Befreiung

Hüftgelenk – Ilium zum Hüftkopf



► Abb. 11.9 Behandlung des Hüftgelenks – Ilium zum Hüftkopf.

- Grundprinzip: indirekte Befreiung
- Enhancer: Ausatmungsapnoe, Stacking
- Konzeptzuordnung: Dynamic-Release – funktionell-dynamische Technik – wiederholendes Balance-and-Hold

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt seitlich auf der zu behandelnden Seite in Höhe des Beckens. Die kraniale

Hand liegt am Ilium, die kaudale umfasst den Oberschenkel.

Vorgehen Beide Anteile werden zueinander in eine entspannte Position gebracht.

Enhancer Durch **Stacking** wird der Oberschenkel in ABD/ADD, AR/IR, Kompression/Traktion in seinen „State of Ease“ gebracht (► Abb. 11.9). Nun wird das Ilium zur Hüfte zusätzlich nach anterior/posterior und inflare/outflare an den noch größeren Punkt der Entspannung gebracht. **Tief ausatmen** und anhalten lassen. Danach die neue Position – die neue Neutralstellung – im Hüftgelenk suchen und von vorne beginnen.

Kniegelenk



► Abb. 11.10 Behandlung des Kniegelenks.

- Grundprinzip: indirekte Befreiung
- Enhancer: Stacking, Ausatemungsapnoe
- Kontrollmöglichkeit: PRM
- Konzeptzuordnung: Positional-Release – BLT für ligamentäre Entspannung

Ausgangsstellung Der Patient sitzt auf der Behandlungsliege, der Therapeut sitzt etwas seitlich vor dem Patienten. Eine Hand wird als Palpationshand von vorne auf den Gelenkspalt aufgelegt. Die andere Hand umgreift den Unterschenkel.

Vorgehen Mit der Unterschenkelhand wird das Kniegelenk über leichte Kompression in eine Entspannungshaltung gebracht (► Abb. 11.10).

Enhancer Mittels **Stacking** über Flexion/Extension, Rotation und ABD/ADD das Kniegelenk an seinen Balance-Punkt bringen. **Atmung** – Ausatemungsapnoe.

Kontrollmöglichkeit Ziel sollte es nicht nur sein, den optimalen Balance-Punkt zu finden, sondern diesen auf den PRM abzustimmen. Erst dann, wenn dieser sich wieder frei im Gewebe ausdrücken kann, ist die Behandlung beendet.

Fibula kaudal – Spannung Membrana interossea cruris



► Abb. 11.11 Behandlung Fibula kaudal.

- Grundprinzip: indirekte Befreiung
- Enhancer: keine
- Konzeptzuordnung: Dynamic-Release – funktionell-dynamische Techniken

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Seitenlage, der Therapeut steht seitlich auf der zu behandelnden Seite. Das zu behandelnde Bein wird auf dem anderen Bein oder einer Behandlungsrolle gelagert.

Vorgehen Die kraniale Hand umgreift weich den Bereich des Fibulaköpfchens. Die kaudale Hand wird weich im Bereich des Malleolus lateralis aufgelegt (► Abb. 11.11). Nun wird dem Gewebe unter

den Händen zugehört. Man folgt dorthin, wo die Bewegung der Fibula hingehen möchte. Sollte ein Anzeichen auftauchen, dass die Fibula einen einmal gegangenen Weg zurück will, so verhindert das der Therapeut. Nur neue Richtungen werden zugelassen und begleitet, bis es zum Still-Point kommt. Dieser wird durchlaufen, und erst wenn das Gewebe unter den Händen in seine neue Position möchte, ist die Behandlung beendet.

Achillessehne – Achillodynie

- Grundprinzip: indirekte Befreiung
- Enhancer: Stacking, Ausatmungsapnoe
- Kontrollmöglichkeit: PRM
- Konzeptzuordnung: Positional Release – BMT für fasziale Entspannung

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage auf der Behandlungsliege, der Therapeut sitzt seitlich des Patienten in Höhe des Unterschenkels.

Vorgehen Eine Hand wird weich in die Kniekehle gelegt, die andere umfasst den Calcaneus (► Abb. 11.12). Mit beiden Händen wird durch Annäherung der Entspannungspunkt für die Fascia cruris und die Achillessehne zueinander gesucht.



► Abb. 11.12 Behandlung der Achillessehne.

Enhancer Durch weitere Bewegungen in allen Ebenen des Gewebes (Stacking) den noch größeren Release-Punkt auffinden. **Atmung** – Ausatmungsapnoe.

Kontrollmöglichkeit Ziel sollte es nicht nur sein, den optimalen Balance-Punkt zu finden, sondern diesen auf den PRM abzustimmen. Erst dann, wenn dieser sich wieder frei im Gewebe ausdrücken kann, ist die Behandlung beendet.

Oberes und unteres Sprunggelenk mit seinen Ligamenten nach Supinationstrauma

- Grundprinzip: indirekte Befreiung
- Enhancer: keine
- Konzeptzuordnung: Dynamic-Release – Unwinding lokal begrenzt

Ausgangsstellung Der Patient liegt in Rückenlage auf der Behandlungsbank. Der Therapeut sitzt etwas seitlich am Fußende der zu behandelnden Seite.

Vorgehen Eine Hand wird in Höhe der Malleolengabel aufgelegt, die andere Hand umgreift den Fuß von plantar (► Abb. 11.13). Das Gewebe zwischen den Händen wird in seiner Gesamtheit anzeigen, wo es hin möchte. Der Therapeut ist lediglich behilflich, diese Positionen passiv mit einzustellen. Möchte der Fuß in eine Supinationsstellung, so hilft der Therapeut ihm, sich dort hinzubewegen. Als nächstes könnte eine Plantarflexion dazukommen, der man wieder behilflich ist usw. Je nachdem, wie groß das Trauma war und wie viele Strukturen beteiligt daran waren, muss der Therapeut eventuell neue Auflagepositionen für seine Hände einnehmen (z.B. Richtung Fibulaköpfchen oder Becken), um den Strukturen zu helfen, sich in der Traumaposition einzustellen. Diese Prozedur wird so lange verfolgt, bis alle beteiligten Strukturen in der Traumaposition verweilen und das Release stattfinden kann.



► Abb. 11.13 Behandlung des oberen und unteren Sprunggelenks nach Supinationstrauma.