

# 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 9783132443228) © 2021 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

**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.



► 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, Ausatmungspnoe
- 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 Spannungshaltung gebracht (► Abb. 11.10).

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

**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.