

Jahrestagung ÖAFM MURAU

15. und 16. November 2024

Vertiefungsworkshop Marnitztherapie

Marnitz Therapie

Tiefenmassage

„Ungenutzte Wege der manuellen Behandlung,,

Dr. Harry Marnitz
www.marnitz.at

Instruktoren für Marnitz Therapie-Österreich:

PT Silvia Kollos, MAS
silvia.kollos@gmx.at

Nicole Liewehr
lehrberechtigte Heilmasseurin
gewerbliche Masseurin
nl@heilmasseurwien.at

Patrizia Mancini-Mayr
lehrberechtigte Heilmasseurin
gewerbliche Masseurin
massage.patrizia@gmail.com

Gerhard Methlagl,
lehrberechtigter Heilmasseur
gmethlagl@aon.at

MMag. Irmgard Habenicht
in Ausbildung

Präoperative Behandlung als Vorbereitung für die frühe postoperative Phase Hüft TEP

- Doppelzügelsystem für die Hüftstabilisation
 - Marnitztherapie für:
 - die unelastischen Strukturen,
 - die abgeschaltete Muskulatur
 - die abgeschwächte Muskulatur
 - Traktion und Oszillation in Ruhestellung
 - Reaktivierung des hinteren Anteils des glut.med
- Schulung des Krückengehens-4-Punktegang-->2-Punktegang

Abduktion

(in punctum fixum punctum mobile Umkehr

m.glut.med.

(vorderer Anteil)

m.glut.med.

(mittlerer Anteil)

m.glut.med.

(hinterer Anteil)

* **Abschaltung**

FLEX+IR

ABD

EXT+AR

m.tensor

fasciae latae

m.glut.min.

m.glut.max.

Unelastizität

Abschwächung

Marnitztherapie

Behandlung - Patient in Rückenlage

Orientierungspunkt ist der Puls der a.femoralis dicht unterhalb des lig. inguinale (=Verstärkung der Bauchaponeurose).

Tasten mit den parallel zur Körperlängsachse flach aufgelegten Fingern der patientenwärtigen Hand.

M. iliopsoas

Ein Querfinger lat. vom gefühlten Puls Druckexkursionen mit Mittel oder Zeigefinger bis an das Leistenband längs und quer zur Faserrichtung unter Mitdruck der anderen Hand.



Trigonum femorale laterale - Schenkelgrübchen (Töndury)

(m. sartorius, m. tensor fasciae latae, m. rectus femoris)

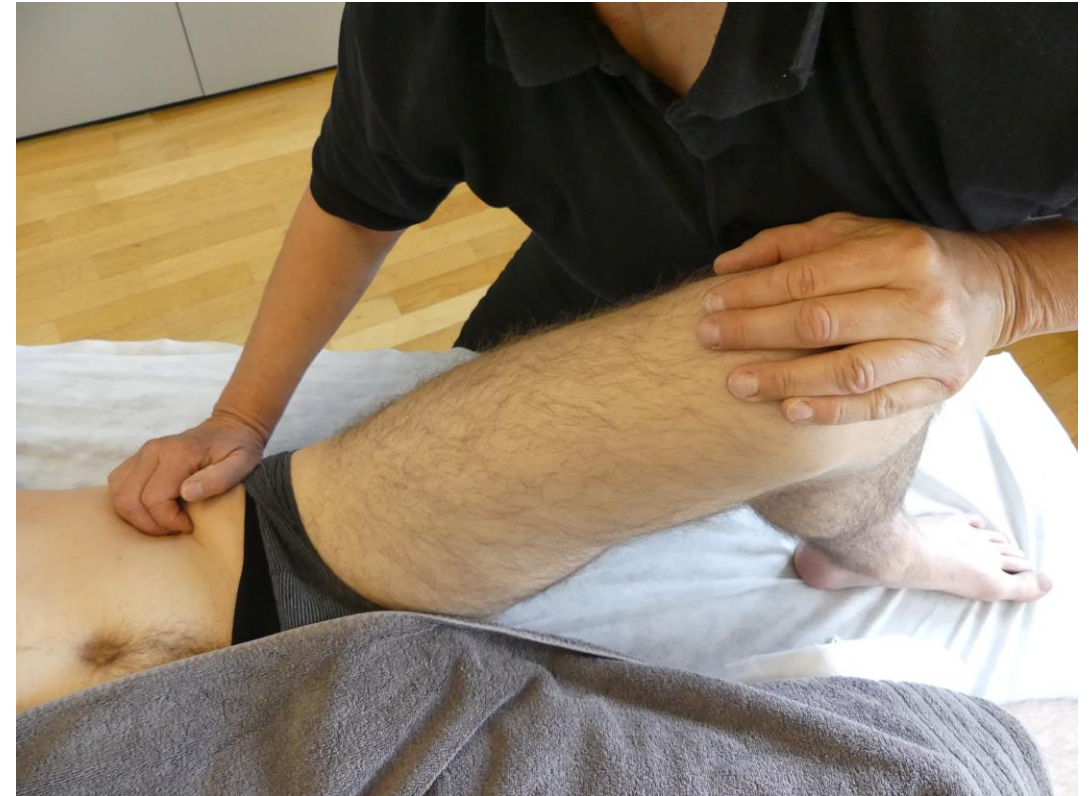
2 sehnige Ursprünge: Vom SIAS nach schräg med. m. sartorius, nach lat. der m. tensor fasciae latae. Zwischen den beiden Muskeln entspringt vom SIAI und oberen Hüftpfannenrand der m. rectus femoris. Unter Mitdruck der anderen Hand mit ein bis zwei Fingern alle sehnigen Ursprünge durcharbeiten. (rectus femoris ev. mit aufgestelltem Bein behandeln, um bis SIAI vorzudringen)

(Zusatzinformation: Trigonum femorale mediale = Scarpasches Dreieck; gebildet von m. sartorius m. pectineus, m. add. longus)



M. iliacus

Bei aufgestelltem Bein (um Bauchfaszie zu entspannen) die rund gebeugten 4 Finger um die crista iliaca aufsetzen und sanft eindringend sägen.



M. psoas major

Neben dem Kopf des m. rectus abdominis (lateral) mit 4 Fingern unter ständigem Bewegen (Sägen) in die Tiefe arbeiten, bis ein harter Widerstand zu spüren ist.



M. quadriceps femoris, m. sartorius

*Mit beiden Händen arbeiten,
Handballen aufgelegt, von proximal
nach distal längs und quer auf dem
m. rectus femoris und dem m.
sartorius bis zum Übergang zur
Patellasehne durcharbeiten.*



Adduktoren

- **Pe** m.pectineus
- **Lo** m.adductor longus
- **Gra** m.gracilis
- **Ma** m.gracilis

Ramus superior ossis pubis

Ramus inferior ossis pubis

M. pectineus

Den Mittelfinger auf die a. femoralis legen, Finger 2-4 liegen parallel zum OSCH. Hand um 45° drehen, Druck auf den pecten ossis pubis (waagrechter oberer Schambeinast). Quer zum Faserverlauf arbeiten.



M. adductor longus, m. gracilis

Etwa eine Fingerbreite unter dem tuberculum pubicum den Daumen auf den Muskel aufsetzen. Druckverstärkung des Daumens auf dem m. adductor longus bei gleichzeitiger Abduktion, quer zum Faserverlauf arbeiten.

Differenzierung der beiden Muskeln über die Kniebeugung (m. gracilis ist 2-gelenkig und beugt im Knie).



M. adductor magnus (ventrale Hälfte des Ursprungs), /m. adductor brevis/

Mit der kopfwärtigen Hand das Gewebe auf der Innenseite des Oberschenkels straffen. Mit der radialen Seite des Zeigefingers der anderen Hand mit Druck eine sägende Bewegung am ramus inferior ossis pubis.



unspezifische Mobilisation der Hüfte

*Passive Beugung im Hüftgelenk
durch waagrechtes
Kopfwärtsführen des
Unterschenkels, passives Kreisen,
von medial nach oben außen.
Ferse folgt dem Knie.*



Patient in Seitenlage-
Polster zwischen Knie und
Unterschenkel.

Ursprungstreifen des tractus iliotibialis, Oberfläche trochanter major

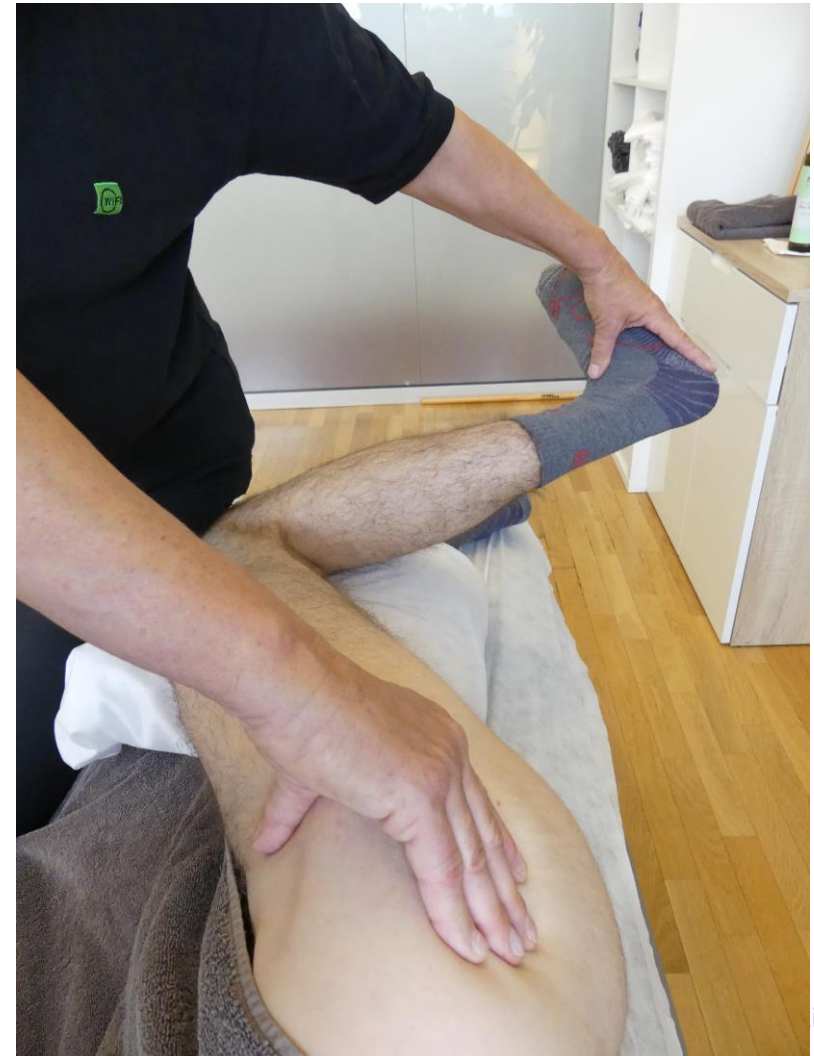
*Mit beiden hintereinander
gestellten Daumen quer
zum Faserverlauf des
Tractus arbeiten.*

*Punktförmige Friktion um
den Trochanter ausführen.*



M. tensor fasciae latae (Manipulativgriff)

Manipulativgriff mit quer zur Faser liegendem Daumen, Rotation vom Unterschenkel aus durchführen (Revolvergriff). Knie wird an der Hüfte des Therapeuten abgestützt.



Tractus iliotibialis

*Mit flach aufgelegten
Daumen quer zum
Faserverlauf vom
Trochanter bis zum Knie
arbeiten.*



PatientIn in Bauchlage

Ursprung und Verlauf der ischiocruralen Muskulatur

Ischiocrurale Muskulatur im Verlauf mittels Daumen (oder Fingern) den Tonus überprüfen. Etwas oberhalb der waagrechten Gesäßfalte kräftige Querfriktion mit dem flach aufgelegten Daumen durchführen.



M. adductor magnus (dorsale Hälfte des Ursprungs), /m. adductor brevis/

*Mit der kopfwärtigen Hand
das Gewebe auf der
Innenseite des Oberschenkels
straffen. Mit der radialen Seite
des Zeigefingers der anderen
Hand mit Druck eine sägende
Bewegung am ramus inferior
ossis pubis.*



Ligamentum sacrotuberale

Etwa 4 cm neben der senkrechten und 4 cm oberhalb der waagrechten Gesäßfalte; mit dem Daumen arbeiten, Finger aufgestützt.



Außenrotatoren

a) M. piriformis, mm. gemelli, m. obturatorius internus, m. quadratus femoris.

U.: Sacrum, ligamentum sacrotuberale, foramen obturatorium

A.: fossa trochanterica (hinter trochanter major)

Der m. gluteus maximus wird mit den Fingerkuppen nach oben geschoben, dann gehen die Fingerkuppen schräg in die Tiefe und massieren die Rotatoren am Muskelsehnenübergang quer zum Faserverlauf. Auf der Behandlerseite mit den Fingern, gegenüber mit den Radialseiten der Daumen arbeiten.



Außenrotatoren

b) Trochanter major (von dorsal) – Ansätze der AR

Rotationstest: Fußrolle unter Sprunggelenke, Druck mit dem Daumen in die Fossa Bein in IR = Druck auf die AR.

Daumen belassen, Knie 90° beugen — Hüfte in IR/AR bewegen

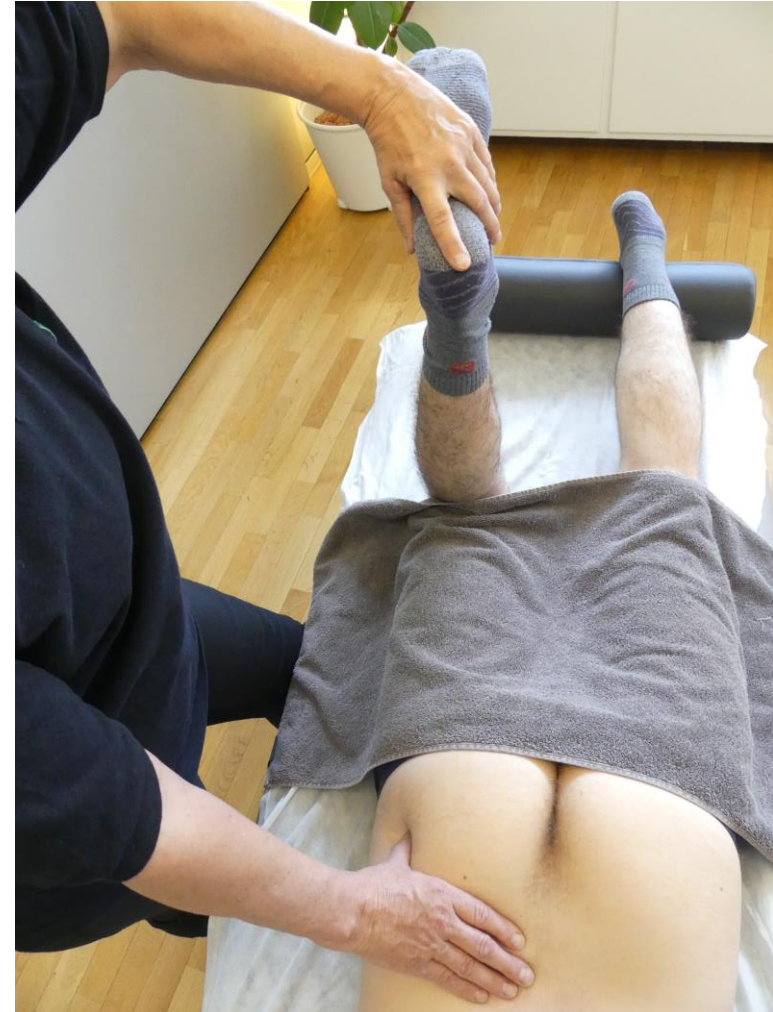
Ansätze der Außenrotatoren behandeln, senkrechter Druck mit dem Daumen, Finger zeigen zur Bank.



M. gluteus medius (mit Manipulativgriff)

Passive volle Rotation im Hüftgelenk bei 90 Grad gebeugtem Knie; Unterschenkel als Hebel. Die fußwärtige Hand liegt auf der Fußsohle. Auf der Behandlerseite zeigt der Daumen der kopfwärtigen Hand nach unten und liegt auf dem Muskel nahe seinem Ursprung unterhalb der crista iliaca.

Manipulativgriff vom Beckenkamm bis zum Trochanter. Rotation vom Fuß aus.



Passive Dehnung „im“ Hüftgelenk

Becken am tuber ischiadicum mit der ulnaren Seite der Hand fixieren. Mit der anderen Hand bei gebeugtem Knie den Oberschenkel anheben.

Eventuell Becken mit Gurt fixieren.



Traktion und Oszillation

- Ruhestellung des Hüftgelenks

30° Flex

30° Abd

15° AR

Reaktivierung m.glut. med. hinterer Anteil

- Adaptierung für Pat. mit Hüft TEP

in RL

beide Beine gleichzeitig weil weiterlaufende Spannung von Abd zu Abd

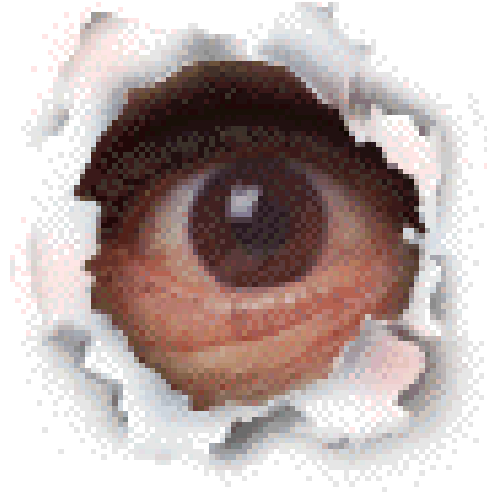
punctum fixum – punctum mobile Umkehr

konzentrisch-exzentrisch

„rütteln-schütteln“

Frühe postoperative Phase

- Kombination der Marnitztherapie mit
 - MLD
 - APM (vor allem bei lateralem OP-zugang, weil Gallenmeridian im Narbengebiet)
 - Physiotherapie



DANKE