

Vorwort

Da wir in unseren Kursen schon über viele Jahre ein Übungsskript angeboten haben und dieses sehr gut angenommen wurde, entstand die Idee, dieses Buch zu verwirklichen.

Es gibt bereits zahlreiche Bücher über physiologische Zusammenhänge, Anatomie, Pathologie oder ganze Therapiekonzepte. Wir merkten aber, dass es vielen Therapeuten schwer fiel, das theoretische Wissen in die Praxis zu übertragen. Entscheidend ist dabei das praktische Wissen um den Belastungsreiz, den wir durch eine Übung bei Patienten hervorrufen. Dieser muss an die Pathologie und die physiologischen Vorgänge im Körper angepasst sein. Dann wird das Training und das Üben effektiv.

Genau hier soll dieses Buch ansetzen. Die dargestellten Übungen versuchen, einen Alltagsreiz zu setzen, um somit die Funktion der unterschiedlichen Muskelfasern und der kollagenen Bindegewebsstrukturen, das faszinierende System der Sensorik oder auch die fraktale Struktur der Faszien zu trainieren.

Auch wenn einige der dargestellten Übungen zunächst schwierig erscheinen, sind sie doch ein lohnendes Therapieziel. Ob der Patient dieses Ziel erreichen wird, zeigt sich im Verlauf der Therapie. Zudem bietet der Alltag oft weitaus höhere Belastungsreize als sie in der Therapie reproduziert werden können. Mit einem gezielten funktionellen und dreidimensionalen Trainingsprogramm kommt man dem Alltagsreiz schon sehr nahe und kann Alltagsfunktionen und -aktivitäten angepasst trainieren.

Sehen Sie das Buch als Ideengeber für funktionelle Übungen an Seilzügen, Therabändern, Pezzibällen, Hanteln und sensomotorischen Geräten. Mit den gezeigten Übungen werden die trainierbaren Muskeln am Seilzug selektiv in der offenen wie auch in der geschlossenen Kette angesprochen und trainiert. Auch mit dem Theraband und dem Pezziball lassen sich Muskelketten und einzelne Muskeln in Ausdauer-, Hypertrophie- oder Maximalkraftbereich kräftigen. Das Hanteltraining ist ein weiterer wertvoller Baustein in der Therapie, da es ein hochfunktionelles Training ist und die Patienten auch koordinativ fordert. Die Übungen zum sensomotorischen Training runden das Buch ab.

Mein Dank und meine Freundschaft gilt Klaus Hannken-Illjes, dem Inhaber des FobiZe Bremen, der die eigentlich treibende Feder für dieses Buch war, sowie Katrin Wiltschko und Björn Kimbel für ihren unermüdlichen Einsatz bei den Fotos. Zusätzlichen Dank an Frau Dorothee Richard als Redakteurin und Frau Eva Grünewald als Projektmanagerin. Erst durch ihre Arbeit ist dieses Buch Wirklichkeit geworden. Und zuletzt gilt mein Dank Fritz Koller vom Thieme-Verlag, für die stets sympathische und angenehme Zusammenarbeit.

Rieseby im März 2012

Inhaltsverzeichnis

1 Funktionelles, mehrdimensionales Training

1.1	Seilzug	2	1.4	Hanteln	3
1.2	Pezziball	2	1.5	Weitere Therapiegeräte	3
1.3	Thera-Band	2			

2 Übungen mit dem Seilzug

2.1	Schultergürtelmuskulatur	5	2.8.4	M. tibialis anterior: Exzentrische Gehfunktion	113
2.2	Schultergelenkmuskulatur	17	2.8.5	Mm. peroneus longus und brevis: Anatomie	
2.3	Oberarmmuskulatur	50	2.8.6	Mm. peroneus longus und brevis: Plantarflexion und Pronation	115
2.4	Hals- und Rückenmuskulatur	57	2.8.7	M. triceps surae: Anatomie	116
2.5	Bauchwandmuskulatur	71	2.8.8	M. gastrocnemius: Plantarflexion und Supination	118
2.6	Hüft- und Gesäßmuskulatur	77	2.8.9	M. soleus: Plantarflexion und Supination	119
2.7	Oberschenkelmuskulatur	93	2.8.10	M. triceps surae: Plantarflexion	120
2.8	Unterschenkelmuskulatur	110			
2.8.1	M. tibialis anterior: Anatomie	110			
2.8.2	M. tibialis anterior: Dorsalextension	111			
2.8.3	M. tibialis anterior und M. peroneus longus: Dorsalextension und Pronation	112			

3 Übungen mit dem Pezziball

3.1	Stabilisation der Halswirbelsäule ...	121	3.9	Beinachsen- und Rumpfstabilisation	163
3.2	Stabilisation des Schultergelenks ...	124	3.10	Partnerübungen: Körperwahrnehmung und Beinachsen- und Rumpfttraining	175
3.3	Rumpfstabilisation mit lateraler Aktivität	127	3.10.1	Rückenlage 1	175
3.4	Rumpfstabilisation mit dorsaler Aktivität	132	3.10.2	Rückenlage 2	176
3.5	Rumpfstabilisation mit ventraler Aktivität	137	3.10.3	Rückenlage 3	176
3.6	Rumpfstabilisation mit ventraler Aktivität und Schulterstabilisation ..	142	3.10.4	Rückenlage 4	177
3.7	Schulter- und Rumpfstabilisation ...	149	3.10.5	Sitz 1	177
3.8	Reaktive Rumpf- und Schulterstabilisation	153	3.10.6	Sitz 2	178
			3.10.7	Liegestütz	178
			3.10.8	Stand	179

4 Übungen mit dem Thera-Band

4.1	Schultergürtelmuskulatur	182	4.8.8	„Bridging“ 1	257
4.2	Schultergelenkmuskulatur	187	4.8.9	„Bridging“ 2	258
4.3	Oberarmmuskulatur	204	4.8.10	Rückenlage 1	259
4.4	Rumpfmuskulatur	210	4.8.11	Rückenlage 2	260
4.5	Hüft- und Gesäßmuskulatur	225	4.8.12	Sitz – Rückenlage	261
4.6	Oberschenkelmuskulatur	245	4.8.13	Vierfüßler	
4.7	Unterschenkelmuskulatur	247	4.8.14	Bärenstand 1	263
4.8	Thera-Band und Therapiegeräte: Reaktive Stabilisation	250	4.8.15	Bärenstand 2	264
4.8.1	Bauchlage 1	250	4.8.16	Sitz 1	265
4.8.2	Bauchlage 2	251	4.8.17	Sitz 2	266
4.8.3	Bauchlage 3	252	4.8.18	Einbeinstand 1	267
4.8.4	Seitenlage 1	253	4.8.19	Einbeinstand 2	268
4.8.5	Seitenlage 2	254	4.8.20	Einbeinstand 3	269
4.8.6	Kniestand 1	255	4.8.21	Einbeinstand 4	270
4.8.7	Kniestand 2	256	4.8.22	Einbeinstand 5	271

5 Übungen mit Hanteln

5.1	Rumpfstabilisation im Stand	274	5.9.3	Rückenlage 3	325
5.2	Rumpfaufrichtung	277	5.9.4	Rückenlage 4	326
5.3	Rumpfstabilisation mit Pezziball und Hantelstange	289	5.9.5	Bauchlage	327
5.4	Bauchmuskulatur mit Pezziball	295	5.9.6	Seitenlage 1	328
5.5	Beinachsentraining und Rumpfstabilisation	296	5.9.7	Seitenlage 2	329
5.6	Rumpfpotation	306	5.9.8	Seitstütz	330
5.7	Bauchmuskeltraining und Rumpfstabilisation mit Pezziball	309	5.9.9	Kniestand 1	331
5.8	Freihantelübungen	314	5.9.10	Kniestand 2	332
5.9	Freihantelübungen mit Pezziball und Sypoba	323	5.9.11	Vierfüßler 1	333
5.9.1	Rückenlage 1	323	5.9.12	Vierfüßler 2	334
5.9.2	Rückenlage 2	324	5.9.13	Liegestütz	335
			5.9.14	Unterarmpronatoren	336
			5.9.15	Unterarmsupinatoren	337
			5.9.16	Handgelenkflexoren	338
			5.9.17	Handgelenkextensoren	339

6 Übungen mit weiteren Therapiegeräten

6.1	Terrasensa	341	6.13	Posturomed	379
6.2	Kippelbrett	344	6.14	Torsiomed	385
6.3	Sypoba	345	6.14.1	Stand	385
6.4	MFT-Trainer	348	6.14.2	Stand mit bilateraler Armarbeit	386
6.5	Dynair Ballkissen	350	6.14.3	Stand mit OSG-Modul	386
6.6	Toju-Jumper	352	6.14.4	Labiler Einbeinstand	387
6.7	Bosu	358	6.14.5	Einbeinstand mit OSG-Modul und Propriomed	387
6.8	Multiroll	359	6.14.6	Langsitz 1	388
6.9	Flowin	362	6.14.7	Langsitz 2	388
6.10	Gymstick	365	6.14.8	Liegestütz mit OSG-Modul	389
6.11	Aerosling	369			
6.12	Präventmed	374			

Anhang: Übungsvorschläge für ausgewählte Indikationen 390

Literatur 394

2 Übungen mit dem Seilzug



Muskeln arbeiten synergistisch. Die Seilzugübungen dieses Kapitels sind nach dem Hauptmuskel der jeweiligen Übung oder nach den aktivierten Muskelgruppen benannt. Bei den Übungen unterscheidet man zwischen Bewegungs- und Alltagsfunktion.

Dies gilt insbesondere für die Muskeln der unteren Extremität. Die Bewegungsfunktion entspricht der reinen Verkürzung der Muskulatur, der Begriff Alltagsfunktion bezieht sich in diesem Buch auf stabilisierende und stützende Funktionen der Muskulatur.

2.1 Schultergürtelmuskulatur

2.1.1 M. trapezius: Anatomie

Ursprung: Der Muskel liegt direkt unter der Haut des Rückens und hat drei Hauptanteile (Abb. 2.1).

- Pars descendens: Sie besteht aus absteigenden Fasern, deren Ursprung vom Os occipitale bis zum 6. Halswirbel reichen.
- Pars transversum: Vom 7. Halswirbel bis zum 3. Brustwirbel reicht der Ursprung dieses Teils.
- Pars ascendens: Sie entspringt vom 3. Brustwirbel bis ungefähr zum 11./12. Brustwirbel.

Ansatz: Die 3 Anteile setzen an den folgenden Strukturen an:

- Pars descendens: am lateralen Drittel der Clavicula.
- Pars transversum: am akromialen Ende der Clavicula und am Acromion.

- Pars ascendens: am unteren Rand der Spina scapulae.

Funktion: Sie ist entsprechend der verschiedenen Ansätze unterschiedlich, entspricht aber dem jeweiligen Muskelfaserverlauf.

- Pars descendens: Zieht die Scapula nach schräg oben und dreht sie nach lateral. Der Kopf wird zur Gegenseite rotiert und zur gleichen Seite geneigt.
- Pars transversum: Sie medialisiert die Scapula.
- Pars ascendens: Zieht die Scapula nach hinten-unten.

Innervation: R. externus des N. accessorius und Äste des Plexus cervicalis (C2–C4).

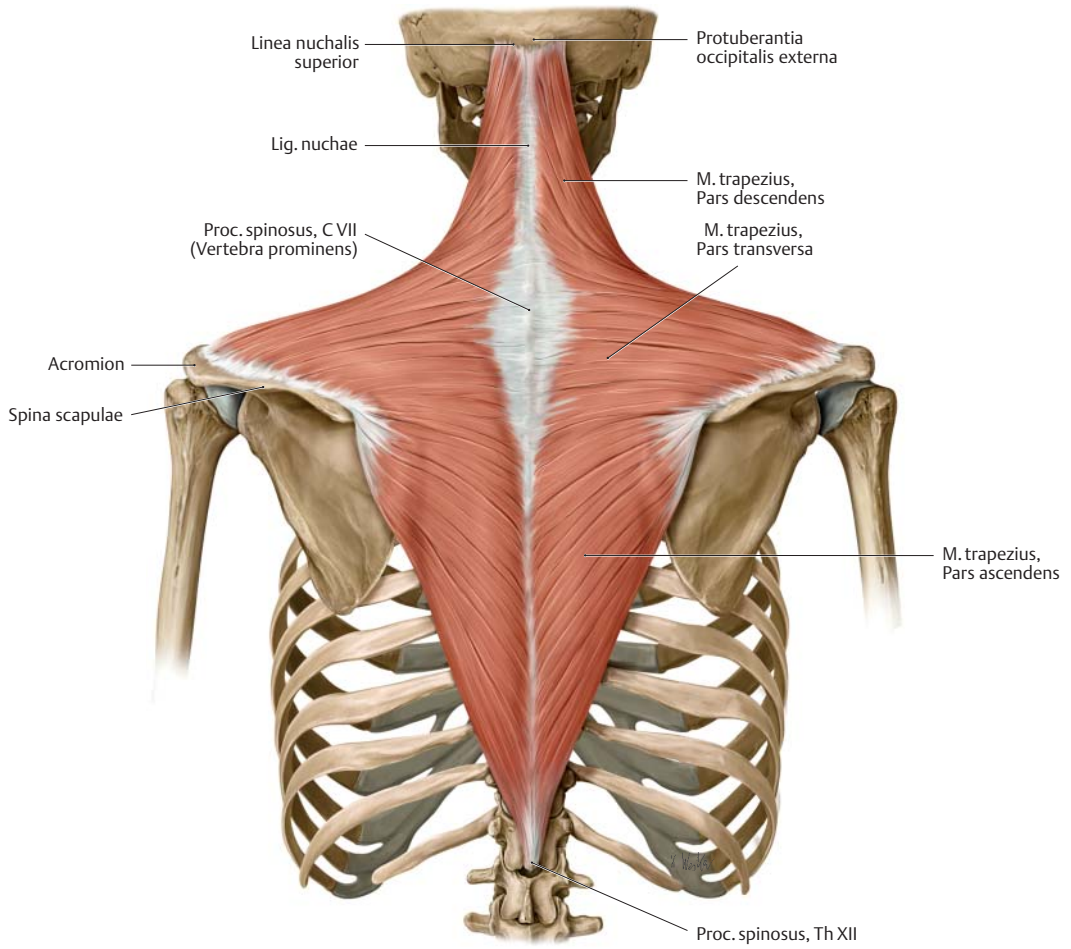


Abb. 2.1 M. trapezius.

2.1.2 M. trapezius (Pars ascendens): Retraktion

Ziel: Die Retraktion der Scapula bei aufgerichteter Wirbelsäule fördern.

Ausführung: Der Patient steht frontal zum Seilzug und der Drehpunkt befindet sich ganz oben am Gerät (Abb. 2.2). Der Bewegungsstart erfolgt an der Scapula, die der Patient aktiv nach hinten-unten zieht. Erst dann rotiert er den Arm im Schultergelenk nach außen und extendiert ihn bis in die Endposition neben dem Körper (Abb. 2.3).

Zu beachten: Es soll zu keiner Gewichtsverlagerung nach vorne kommen und der Patient muss den aufrechten Stand halten. Eine Protraktion des Schultergürtels muss vermieden werden. Der Drehpunkt sollte auch in der Höhe leicht verändert werden,

damit auch die verschiedenen Faseranteile des Muskels angesprochen werden. Die Übung kann uni- oder bilateral ausgeführt werden.

Anmerkungen: Da die Pars ascendens, ebenso wie die anderen Anteile des M. trapezius, nicht am Humerus ansetzt und ihn nicht im Schultergelenk bewegt, ist es auch nicht entscheidend, ob der Arm bewegt wird. In diesem Beispiel dient der Arm nur als Hebel. Der Bewegungsimpuls muss von der Scapula erfolgen. Hierbei kann auch die Ausgangsposition verändert werden. Der Sitz auf einem Pezziball oder der einbeinige Stand auf einer Matte steigern die Anforderungen an die Körperstabilisation.



Abb. 2.2 Ausgangsposition für das Training der Pars ascendens des M. trapezius.



Abb. 2.3 Endposition.

2.1.3 M. trapezius (Pars transversum): Adduktion

Ziel: Die Adduktion der Scapula fördern.

Ausführung: Der Patient steht mit der frontalen Körperebene zum Seilzug. Der Drehpunkt befindet sich in etwa auf Brusthöhe und der Arm ist nach vorne gestreckt (Abb. 2.4). Der Bewegungsstart erfolgt auch hier über die Scapula. Diese soll der Patient an die Wirbelsäule adduzieren und dort halten. Erst dann kann der Arm als Hebelverlängerung folgen (Abb. 2.5). Der Patient extendiert den Arm im Schultergelenk und flektiert im Ellenbogengelenk. Die Übung kann uni- oder bilateral ausgeführt werden.

Zu beachten: Es soll zu keiner Gewichtsverlagerung nach vorne kommen und der Patient muss den auf-

rechten Stand halten. Eine Protraktion des Schultergürtels muss vermieden werden. Die Höhe des Drehpunktes sollte leicht verändert werden, damit die verschiedenen Faseranteile des Muskels angesprochen werden.

Anmerkungen: Wahlweise kann der Arm auch im Ellenbogengelenk gestreckt neben den Körper geführt werden, um den Hebel zu verlängern. Entscheidend ist aber die Bewegung der Scapula. Auch bei dieser Übung gibt es mehrere Möglichkeiten, um die Ausgangsposition zu variieren.



Abb. 2.4 Ausgangsposition für das Training der Pars transversum des M. trapezius.



Abb. 2.5 Endposition mit kurzen Hebel.

2.1.4 M. trapezius (Pars descendens): Kranialisierung

Ziel: Die Kranialisierung der Scapula fördern. Dieses Ziel ist aber therapeutisch fragwürdig (siehe Anmerkungen).

Ausführung: Der Patient steht mit dem Rücken dicht am Seilzug und der Drehpunkt befindet sich ganz unten am Gerät (Abb. 2.6). Seine Arme sind gestreckt und der Patient soll das Acromion (Schulterpunkt) in Richtung „Ohr“ ziehen. Das Gewicht des Seilzugs wird über die Elevation des Schultergürtels nach oben gezogen (Abb. 2.7).

Zu beachten: Die Arme bleiben während der Übung gestreckt. Die Übung kann ein- oder beidseitig ausgeführt werden.

Anmerkungen: Es ist aus therapeutischer Sicht absolut fraglich, ob die Pars descendens in dieser Form bzw. überhaupt trainiert werden sollte, da sie schon durch Alltagsbelastungen permanent in die Verkürzung arbeiten muss.



Abb. 2.6 Ausgangsposition für das Training der Pars descendens des M. trapezius.



Abb. 2.7 Endposition in maximaler Verkürzung.

2.1.5 Mm. rhomboidei: Anatomie

Mm. rhomboideus major und minor werden zusammengefasst vorgestellt (Abb. 2.8).

Ursprung: Die Fasern der Mm. rhomboidei beginnen an den Dornfortsätzen vom 6. Halswirbelkörper bis zum 4. Brustwirbelkörper.

Ansatz: Die beiden Muskeln inserieren fast auf der gesamten Länge des Margo medialis der Scapula.

Funktionen: Als Bewegungsfunktion ziehen sie die Scapula nach medial und kranial. Wesentlichere

Funktionen sind aber die Fixierung der Scapula und das exzentrische Bremsen bei der Elevation des Armes. Des Weiteren sind die beiden Muskeln an der Rückführung des Armes aus der Elevation in die Neutralstellung beteiligt, wie auch der M. serratus anterior, mit dem sie eine Muskelschlinge bilden.

Innervation: N. dorsalis scapulae (C4–C5).

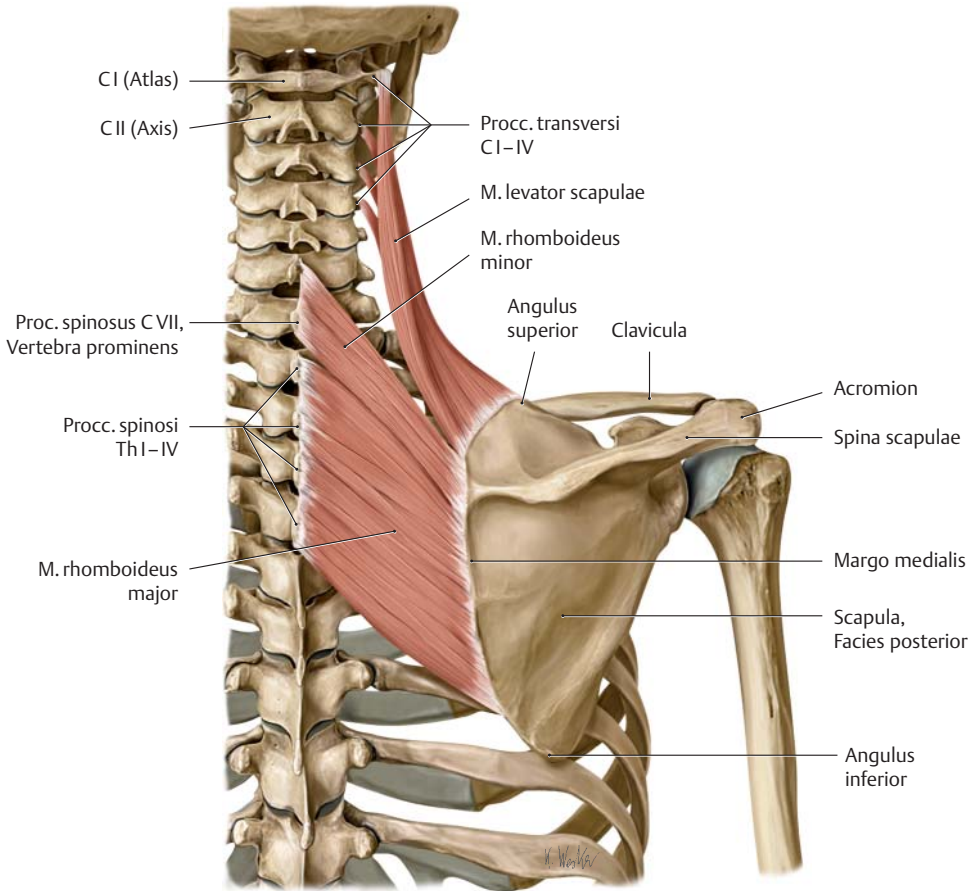


Abb. 2.8 Mm. rhomboideus major und minor.

2.1.6 Mm. rhomboidei: Skapulabewegung nach medial-kranial

Ziel: Verbessern der Bewegungsfunktion der Mm. rhomboidei.

Ausführung: Der Patient steht in Schrittstellung und leichter Vorneige vor dem Gerät. Der Drehpunkt befindet sich an der tiefsten Stelle. Der Schultergürtel wird durch sein Eigengewicht passiv nach vorne-unten gezogen (Abb. 2.9). Aus dieser Position soll der Patient den Schultergürtel aktiv nach hinten-oben ziehen (Abb. 2.10).

Zu beachten: Die Arme sollten bei der Durchführung im Ellenbogengelenk leicht gestreckt bleiben. Wichtig ist, dass die Bewegung wirklich durch die Aktivität der Mm. rhomboidei entsteht und nicht durch eine Ellenbogenflexion bzw. durch den M. biceps. Außerdem muss der Therapeut den Patienten so vor dem Seilzug positionieren, dass der Widerstandsweg des Gewichtes exakt nach hinten-oben verläuft. Wenn der Patient zu dicht am Seilzug steht, führt ihn der

Widerstand nur nach oben, sodass er eher die Pars descendens des M. trapezius trainiert.

Anmerkungen: Der Gedanke, die Mm. rhomboidei zu trainieren, indem man die Schulterblätter nach hinten-unten zieht, ist nicht richtig, obwohl dies z. T. in Fitnessstudios behauptet wird. Da die Kontraktionsrichtung nicht nach hinten-unten geht, kann man die Muskeln nicht mit dem so genannten Butterfly reverse erreichen. Sollte diese Bewegungsrichtung vom Patienten gefordert werden, müssen die Mm. rhomboidei nachgeben, sonst kann die Bewegung nicht realisiert werden.

Oftmals werden die Mm. rhomboidei auch als Scapula-Adduktoren bezeichnet. Sie können die Scapula aber nur adduzieren, wenn diese ausreichend abduziert ist. Dazu muss der Humerus mindestens 90° im Schultergelenk abduziert sein.



Abb. 2.9 Ausgangsposition für das Training in der Bewegungsfunktion.

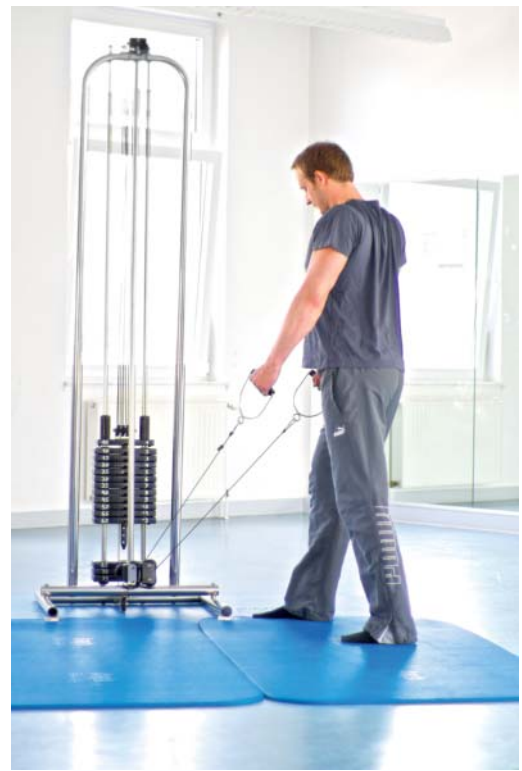


Abb. 2.10 Endposition.

2.1.7 Mm. rhomboidei: Maximalkraft

Ziel: Die Kraft der Mm. rhomboidei mit hohem Widerstand verbessern.

Ausführung: Der Patient sitzt auf einer Hantelbank und lehnt sich mit der Brust an die halb aufgeklappte Rückenlehne (Abb. 2.11). Am Seilzug ist der Drehpunkt ganz unten und die Züge werden mit einer Latzugstange verbunden. Nun soll der Patient seine Schulterblätter entsprechend der Richtung des Widerstandes nach hinten-oben ziehen (Abb. 2.12).

Zu beachten: Die Lehne der Hantelbank muss so eingestellt sein, dass die Patienten nicht ganz aufrecht sitzen. Sonst ist der Bewegungsweg nach hinten-oben nicht zu realisieren.

Die Bewegung sollte nur aus dem Schultergürtel erfolgen und nicht über eine Flexion im Ellenbogengelenk den M. biceps (weiterlaufende Bewegung) mit einbeziehen.

Anmerkungen: Da die Mm. rhomboidei recht stark sind, ist eine Kräftigung im Stand oft nicht möglich. Der Grund ist, dass einige Patienten den Stand aufgrund des hohen Gewichtes einfach nicht mehr stabilisieren können. In solchen Fällen bietet sich der Sitz als geeignete Ausgangsposition an. Die Übung ist die ideale antagonistische Hemmung für den M. pectoralis minor.



Abb. 2.11 Ausgangsposition im Sitzen auf einer Hantelbank.



Abb. 2.12 Mögliche Endposition.

2.1.8 M. serratus anterior: Anatomie

Ursprung: Der M. serratus anterior liegt als fächerförmige Muskelplatte (Abb. 2.13) zwischen der seitlichen Thoraxwand und der Scapula und entspringt mit zehn Zacken von der 1. bis zur 9. Rippe sowie zusätzlich von einem Sehnenbogen zwischen der 1. und 2. Rippe.

Ansatz: Die Insertion liegt am gesamten Margo medialis sowie mit kräftigen Anteilen am Angulus superior und am Angulus inferior scapulae. Daher unterscheidet man drei verschiedene Anteile.

Funktionen: Gemeinsam mit den Mm. rhomboidei fixiert er den medialen Skapularand an der Thoraxwand und zieht diesen bei einer Kontraktion nach lateral.

Des Weiteren ist er an der Drehung der Scapula nach lateral-kranial bei der Elevation des Armes über die Horizontale beteiligt. Bei einer Lähmung des M. serratus anterior ist die Armhebung über die Horizontale stark beeinträchtigt oder sogar unmöglich.

Der obere Teil wirkt zum unteren antagonistisch. Er kann den Arm aus der Elevation mit zurückführen.

Auch dieser Muskel ist sehr an der Bewältigung reaktiver Aufgaben beteiligt, wie zum Beispiel im ventralen Stütz und sollte somit auch entsprechend trainiert werden.

Innervation: N. thoracicus longus (C5–C7), dessen Ursprung die Pars supraclavicularis des Plexus brachialis ist.

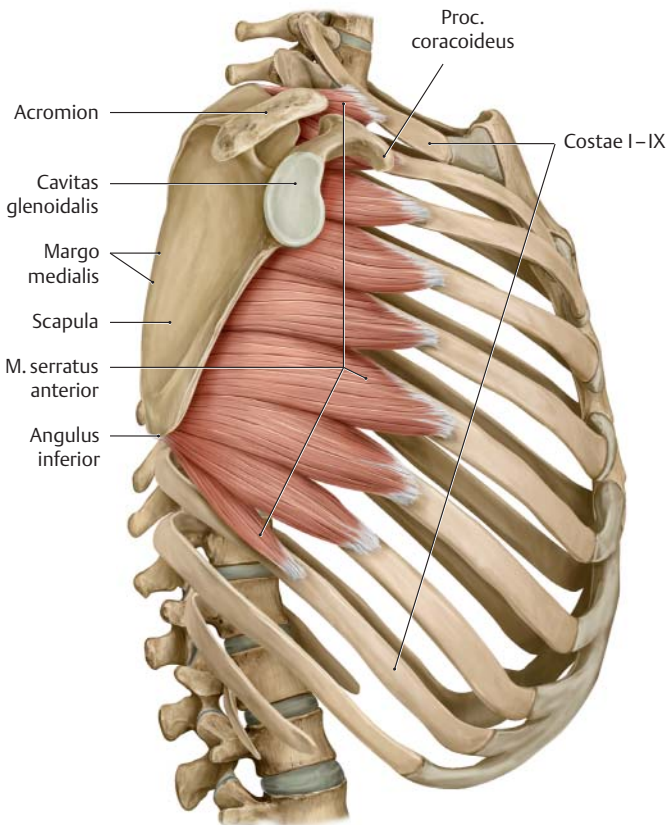


Abb. 2.13 M. serratus anterior.

2.1.9 M. serratus anterior: Skapuladrehung

Ziel: Die Kraft des M. serratus anterior bezogen auf die willkürliche Drehung der Scapula nach lateral-kranial verbessern.

Ausführung: Der Patient steht mit dem Rücken zum Seilzug. Der Drehpunkt des Gerätes befindet sich auf der Höhe des Sternums und die gestreckten, im Schultergelenk um ca. 90° flektierten Arme werden durch den Widerstand nach hinten gezogen (Abb. 2.14). Aus dieser Position schiebt der Patient seine Arme und den Schultergürtel nach vorne (Abb. 2.15).

Zu beachten: Eine Protraktion im Sinne des M. pectoralis minor soll vermieden werden, indem die Bewegung nur aus der Scapula heraus erfolgt. Der Patient

bewegt seine Schulter also *nicht* nach ventral-kaudal. Außerdem soll sich der Patient nicht mit seinem Oberkörper nach vorne bewegen.

Anmerkungen: Bei dieser Übung handelt es sich um ein reines willkürliches Training, die das Training in der geschlossenen Kette mit reaktiven Anforderungen (siehe z.B. Kap. 3 Übungen mit dem Pezziball) nicht ersetzen kann.

Um einen größeren Faseranteil zu erreichen, sollten auch Bewegungen nach vorne-oben bzw. nach vorne-unten durchgeführt werden. Der Therapeut ändert dann den Drehpunkt entsprechend: leicht nach unten bzw. nach oben.



Abb. 2.14 Ausgangsposition im Stand.



Abb. 2.15 Endposition.