

Weiterbildung:
Elf neue Top-
Seminare



sport physiotherapie

September 2002
13. Jahrgang • Heft 3

Im Internet unter www.oegs-voesm.at

Vereinigung Österreichischer Sportmassseure und Sporttherapeuten • Österreichische Gesellschaft für Sportphysiotherapie

KOMPLEMENTÄR



... KONTRÄR

Der andere Kongress



Veranstaltungsort: Das Congress-Casino Baden bei Wien

Das Thema des 9. Internationalen Kongresses für Sportphysiotherapie: „komplementär – konträr“



Heißer Herbst

Das Motto „Komplementär – Konträr“ des 9. Internationalen Kongresses für Sportphysiotherapie vom 8. bis 10. November in Baden ist in sich schon komplementär-konträr. Es ist dies der mutige Versuch, einen Kongress einmal völlig anders aufzuziehen: Weg vom sogenannten Frontalvortrag, hin zu mehr Interaktion. Keine Vorlesungen von bereits mehr oder weniger bekannten Texten und Konzepten, sondern die Information zwischen den Zeilen. Informationen, die nicht in der Fachpresse, nicht im Internet und auch nicht in einschlägigen Journalen zu finden sind. Erklärtes Ziel ist es, dass Sie die Referenten beim Kongress aus der Reserve locken und einen Wettkampf der Argumente entfachen. Der Moderator beschreibt das Grundthema und stellt einen virtuellen Patienten vor, die Redner wiederum präsentieren ihr Therapiekonzept. In der anschließenden Podiumsdiskussion sollen Informationen erarbeitet werden, die den wahren Hintergrund des Problemkreises aufzeigen.

Zugegeben, ein mutiger Versuch, in einen von Haus aus schon interessanten Kongress zusätzlichen Zündstoff zu packen. Jedenfalls liegt es an Ihnen, vermeintlich verborgene Informationen, Informationen also, die meist zwischen den Zeilen versteckt sind, zu erfahren.

Außerdem in dieser Ausgabe: Ein Lagebericht über die im Juni abgehaltene Generalversammlung mit dem neu gewählten Präsidium, ein Bericht über die zu Ende gegangene Sportmasseurausbildung sowie das Angebot von über zehn Seminaren zur Weiterbildung. Gewiss: Man darf gespannt sein auf diesen heißen Herbst, dessen Höhepunkt der 9. Internationale Kongress für Sportphysiotherapie sein wird.

In diesem Sinne

Ihr



Oskar Brunenthaler

INHALT

- 3** EDITORIAL/IMPRESSUM *Heißer Herbst* **4** COVER *Alles über den 9. Internationalen Kongress für Sportphysiotherapie: „komplementär – konträr“*
- 16** INTERN *Die General-Versammlung der ÖGS* **17** AKTIV *Sportmasseur-Ausbildung und die VÖSN-Masseure beim 2. Großglockner-Lauf*
- 18** WEITERBILDUNG *Elf neue Seminare und Kurse im Angebot*
- 22** TERMINE *Kalender 2002/2003*

IMPRESSUM

Herausgeber: Vereinigung Österreichischer Sportmasseure und Sporttherapeuten (VÖSM) und Österreichische Gesellschaft für Sportphysiotherapie (ÖGS), Johann Steinböck Straße 5, A-2344 Maria Enzersdorf/Südstadt, Telefon: 02236/8 658 75 oder 02236/2 68 33-400, Fax: 02236/2 68 33-401, eMail: oegs-voesm@kabsi.at, Internet: www.oegs-voesm.at
Redaktion: Eva Janko, VÖSM-ÖGS, Johann-Steinböck-Straße 5, 2346 Südstadt, Tel. 02236/8 658 75
Wissenschaftlicher Beirat: Prim. Dr. Andreas Kainz, Prim. Doz. Dr. Thomas Bochdansky, Doz. Dr. Rudolf Schabus (Wien), Prim. DDr. Anton Wicker (Salzburg), Univ. Doz. Dr. Günther Amesberger, Univ. Prof. Dr. Paul Haber, Dr. Volker Veitl
Für den Inhalt verantwortlich: VÖSM-Präsident Prim. Doz. Dr. Thomas Bochdansky, ÖGS-Präsident Prim. Dr. Andreas Kainz
Graphik & Satz: Rudi Kopp dtp + fotosatz, Tonwerkstraße 6 b, D-82205 Gilching, Telefon: 0049/(0)8105/2 56 07, Fax: 0049/(0)8105/2 55 38, eMail: kopp.dtp@t-online.de
Druck: WUV – Universitätsverlag, Berggasse 5, 9. Bezirk, 1090 Wien, Tel.: 01/310 53 56, Fax: 01/318 70 50

Konfrontation

9. Internationaler Kongress für Sportphysiotherapie vom 8. – 10. November 2002 im Congress-Casino Baden bei Wien. Das Motto: „komplementär – konträr“. Neues Konzept: Diskussionsforum, in dem nicht der Moderator, sondern die Seminar-Teilnehmer im Mittelpunkt stehen. Machen Sie mit!

Achillodynie

Moderator Block 1: Dr. Bernhard Segesser, Basel

Fallbeispiel I: LoGiu. Fra. F, 24-jährig, Ballett

Achillessehnenprobleme seit 5 Jahren, morgendlicher Anlaufschmerz, Abnahme bei Tanztraining, 2 mal Infiltration mit Cortison. Nach einem akuten Schmerz beim Absprung 3 Monate nach Infiltration Diagnose einer Partialruptur, Gipsruhigstellung für 4 Wochen, wegen Schmerzen und Belastungsschmerz, 3 Monate später Tenolyse operativ. Funktionelle Insuffizienz persistent, Ballett nicht mehr möglich, deshalb operative Verstärkung der Sehne mit Plantarissehne nach weiteren 6 Monaten. Schmerzzunahme nach zweiter Operation, keine sportliche Aktivität mehr möglich, Nachtschmerzen, MRI zeigt partielle Sehnennekrose.

Fallbeispiel II: E. Schar., Tennis R2, age 34, OP 4/99

Achillessehnenruptur links beim Tennis. Operation nach 6 Tagen nach Trauma mit minimal invasiver Technik (Pässler). 5 Wochen Gips, anschliessend funktionelle Nachbehandlung. Keine Kraftübertragung beim Gehen, Schmerzzunahme bei Belastung, sportliche Aktivität jeder Art nicht mehr möglich.



Dr. Segesser

Physikalische Maßnahmen – Ultraschall, Elektorthherapie

Stellungnahme Dr. Martin Schindl, Wien

Zur Kasuistik LoGiu. Fra. F, 24-jährig, Ballett
Zum aktuellen Zustandsbild (nach mehr als 6-jähriger Schmerzanamnese und Tenolyse bzw. Plantarisaugmentation):

Ausschluss von Wundheilungsstörungen, Adhäsionen
Periostale Reaktion (durch maximale Hyperflexion).
Bursitis

Neurom im Bereich des N. suralis

Therapievorschlag:

Phase I:

Antiphlogistische und analgetische Maßnahmen:
Kryotherapie, Ultraschall, bzw Phonophorese in niedriger Dosierung, sowie Iontophorese Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit

Phase II:

Regenerationsfördernde Maßnahmen:
Ultraschall, Lymphdrainage und Dehnungsprogramm intensivieren, Dehnungen im Bewegungsbad, zusätzlich Frequenzmodulation

Event.^{1) 2)} bzw. Stäbchen-, Unterwasserdruckmassage

Schwimmen, Aquajogging, oder Radfahren

Phase III:

Steigerung der Friktionen, Intensivierung des Dehnungsprogrammes, exzentrische Kräftigung des M. gastrocnemius.³⁾
Sportartspezifisches, Propriozeption.⁴⁾

Referenzen:

1) Cyriax JH. Textbook of Orthopaedic Medicine, vol II, Treatment by Manipulation, Massage and Injection. Baillière Tindall, London 1986.

2) Cyriax JH. Clinical application of massage. In: Rogoff IP (editor). Manipulation, traction and massage (ISBN 0-683-07324-9) RML

Rehabilitatio Medicine Library: Baltimore: Williams & Williams: 1980:152-69
3) Ombregt L. Disorders of the lower leg in A System of Orthopaedic Medicine, L. Ombregt, P. Bsschop, HJ ter Veer, T. van de Velde (eds), WB Saunders 1995, Capter 73; 865-880

4) Silbernagel KG, Thomeé R, Karlsson J. Eccentric overload training for patients with chronic Achilles tendon pain – a randomised controlled study with reliability testing of the evaluation methods. Scand J Med Sci Sports 2001;11:197-206



Dr. Schindl

Lasertherapie

Dr. Scheuer, Feldkirchen/Donau

Kasuistik: E. Schar, 34 a, Tennis, Achillessehnenruptur links, Op. 4/99

Allgemeines:

Als Nichttraumatologe ist es mir nur bedingt möglich, zur Operationsmethode nach Pässler Stellung zu nehmen. Nach Rücksprache mit verschiedenen Traumatologen ist die Pässlermethode nicht unumstritten. 5 Wochen anschließende Gipsfixation bedeutet hochgradige Atrophie der Wadenmuskulatur. Somit startet die physiotherapeutische Nachbehandlung praktisch bei Null, quasi ohne muskuläres Potential, die Kraftübertragung beim Gehen ist nicht möglich, ebenso sportliche Aktivität jeglicher Art. Dieser Status quo ist sicherlich unbefriedigend, zur Klärung würde ich nach Gipsabnahme eine Sonographie bzw. eine MRI Untersuchung der Achillessehne vorschlagen. Dabei scheint mir wichtig, inwieweit die Sehne mit Narbengewebe durchbaut ist. In diesem Fall wird nach längerer Ruhigstellung aufgrund der muskulären Insuffizienz eine stärkere Schwellung zu erwarten sein. Hier setzt aus meiner Sicht die Niedrigenergielaserbehandlung an.

Lokaltherapie: Behandlung mit einem Diodenlaser (Leistung 100 – 400 mW/ccm, Wellenlänge 670 nm) im Operationsgebiet. Dabei sollte möglichst täglich therapiert werden, Samstag und Sonntag könnte man pausieren. Behandlungsdauer insgesamt für 8 – 10 Wochen. Therapieziele in dieser Phase der Behandlung sind: Rasche Abschwellung (antiödematöse Wirkung des Lasers), Schmerzfremheit (analgetische Wirkung des Lasers), Optimierung der narbigen Durchbauung (fibroblastenstimulierende Wirkung des Lasers).

Laserpunktur: Bestrahlung von Akupunkturpunkten mit einem Diodenlaser (Leistung 10 – 30 mW, Wellenlänge 670 nm). Jeder Punkt sollte etwa 30 – 60 Sekunden therapiert werden. Wie lange bestrahlt wird, richtet sich im Wesentlichen nach der Palpation des umgebenden Gewebes. Lokaltherapie und Laserpunktur können kombiniert verwendet werden. Bei der Laserpunktur wird ein verantwortungsvoller Therapeut immer die Konstitution des Patienten mitberücksichtigen.

Lokale Laserpunkturpunkte: B60/N3, B62, N6, G40, Le4, M41 (wichtigster Statikpunkt für die untere Extremität), MP 5 (Meisterpunkt des Bindegewebes – Wundheilung)

Übergeordnete Punkte: Le3, G34 (Meisterpunkt der Sehnen), MP6, MP9 (Meisterpunkt der Ödeme), M36 (Haupttonisierungspunkt der Milz, Feuchtigkeit beseitigen), B60 (Analgesie), B40 (wichtigster Punkt bei Trauma der unteren Extremität).

Ohrakupunktur: Ohr 48 (Sprunggelenk) und Umgebung, Ohr 55, 51, 34 (vegetativ ausgleichend und schmerzdämpfende Punkte), Ohr 13 (antiphlogistisch), Ohr 97 (Sehnen) ipsilateral.

Schädelakupunktur nach Yamamoto: Yamamoto D, Yamamoto Ypsilonpunkte (Leber, Galle, Magen, Milz) ipsilateral.

Handakupunktur: Chinesischer Handpunkt 2 (Knöchelpunkt)

Mikrosystem nach Siener: Querfalten über der Achillessehne entsprechen L1 – L5, das heißt, LWS Störungen können Wundheilung negativ beeinflussen.



Dr. Scheuer

Eine Kombination aus mehreren Akupunktursystemen ist möglich. Die Darstellung darf als Behandlungsvorschlag aufgefasst werden. Begleitende Physiotherapie und Niedrigenergielasertherapie ergänzen sich gut.

Zu diesem Thema findet am 9. Nov. ein Workshop statt!

WORKSHOP

Schuhversorgung/Podologie

Dipl. P.T. Ralph Pariasek, Wien

Die podologische Schuh- und Einlagenversorgung ist ein Konzept, biomechanische Faktoren in die Therapie einzubringen. Diese können positiv auf die Belastbarkeit der Achillessehne wirken, wenn man von einem Missverhältnis zwischen Belastbarkeit und Belastung ausgeht, die zu einem Trauma führt. Die vermehrte Variierung und Valgisierung des Calcaneus und die daraus resultierenden Bewegungsketten der unteren Extremität steht im Mittelpunkt der Betrachtung. Endogene und exogene Faktoren können zu Sand im Getriebe der Transferfunktion zwischen horizontalem Fuß und vertikaler unterer Extremität werden.

Endogene Einflüsse

- inter- und intramuskuläre Dysbalancen (der Triceps surae und der Psoas arbeiten als einzige Muskeln der unteren Extremität beim Gehen konzentrisch)
- die Steuerung der Tibia und des Fußgewölbes durch den Mm. Tibialis posterior
- der Pronationsschluss des Calcaneus durch die Kräftevektoren (labiles Gleichgewicht des oberen Sprunggelenks).

Exogene Einflüsse

- Schuh
- Belastung
- Traumen

Die podologische Einlagenversorgung soll nun in diese Fehlstellung der unteren Extremität und damit der Achillessehne positiv als therapieunterstützende Maßnahme eingreifen. So wird z. B. durch Setzen interner und externer calcaneärer Keile aktiv ins Gangbild eingegriffen. Durch die permanenten Impulse beim Gehen wird eine neuromuskuläre Neubahnung bewirkt, die durch die notwendigen Wiederholungen von Übungen alleine nicht möglich wäre. Für unseren 34jährigen, tennisspielenden Patienten wäre mein Therapieverschlagn: Einlagen für den Alltag, der eine gründliche manuelle Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung aller proximalen und distalen Gelenken der unteren Extremität vorangeht und eine anatomische Beinlängenmessung. Da ein Calcaneus-Valgus zu einer vermehrten Innenrotation der Tibia und des Femur sowie zu einer Ventrakippung des Beckens führen würde, können auch Restriktionen der ROM in den umliegenden Gelenken den Calcaneus beeinflussen. Diese Einlagen müssen permanent getragen werden und die Belastbarkeit der Sehne muss in Intervallen getestet werden. Um die Neuprogrammierung zu beschleunigen, könnten durch exzentrische und plyometrische Trainingseinheiten zusätzlich Reize gesetzt werden.



Dipl. P.T. Pariasek

Zu diesem Thema findet am 9. Nov. ein Workshop statt!

WORKSHOP

Biomechanik

Prof. Dr. Michael Morlock, Hamburg

Beschwerden, Entzündungen und Verletzungen der Achillessehne stellen ein häufig auftretendes und gleichzeitig schwierig therapierbares Problem dar. Rupturen sind biomechanisch relativ einfach über das Mißverhältnis zwischen Belastbarkeit und Belastung erklärbar. Speziell bei der Achillodynie jedoch sind sowohl die ursächlichen Zusammenhänge als auch die Therapie umstritten, auch wenn eine gewisse Einigkeit hinsichtlich der multifaktoriellen Ursachen besteht. Aus biomechanischer Sicht spielt die Größe (und die Frequenz) der mechanischen Beanspruchung der Sehne eine wichtige Rolle. Diese wiederum wird stark durch die Kontaktbedingungen zwischen Körper und Umwelt beeinflusst. Insgesamt muss festgestellt werden, dass der Einfluss von Sportschuhen in der Ätiologie eher negativ bewertet werden sollte. Im Beitrag wird auf die Größe der Belastung der Achillessehne bei unterschiedlichen Aktivitäten eingegangen.



Prof. Dr. Morlock

Masai-Schuhe

Dipl. P.T. Marcel Mätzler, Andelsbuch



Dipl. P.T. Mätzler

Die Masai Barfuss Technologie® der Swissmasai AG ist ein sehr simples, dabei aber erstaunlich effektives Konzept mit dem Ziel, die Belastung, die im Alltag durch den harten, ebenen, stabilen Industrieboden für die passiven Strukturen des Bewegungsapparates entstehen, durch muskuläre Aktivität zu reduzieren. Die Masai Barfuss Technologie® verwendet dazu ein Hilfsmittel, den mbt, der aussieht wie ein Schuh, und auch am Fuß getragen wird wie ein Schuh. Im Gegensatz zum herkömmlichen Schuhwerk stützt und führt der mbt den Fuss nicht, sondern macht den Untergrund für den Fuss instabil und lässt komplexe, 3 dimensionale Gelenkbewegungen zu. Der Fuß kann sich dabei nicht auf die Stabilität des Bodens verlassen, der Bewegungsapparat muss für den Bodenkontakt vorbereitet sein und wird zur Aktivität gezwungen. Durch dieses „muscular preconditioning“ entsteht ein muskulärer Stoßdämpfer und die komplexe 3 dimensionale Gelenkbewegung wird aktiv stabilisiert und geführt. Es gibt verschiedene Denkansätze, die auf biomechanischen Überlegungen und Ergebnissen von Pilotstudien basieren. Die Masai Barfuss Technologie® ist jedoch ein empirisches Konzept. Die Anwendung des mbt wird generell als sehr angenehm empfunden, und bereits nach einer halbstündigen Eingewöhnungsphase spürt der Anwender den „mbt-Effekt“ – die Stabilität der Füße verbessert sich, der Körper richtet sich auf, Verspannungen lösen sich, die Bewegung wird natürlicher und die Venenpumpe wird aktiviert.

Die Arbeit mit den weltweit über 200.000 mbt-Anwendern hat immer deutlicher gezeigt, dass Patienten mit Achillodynie sehr rasch und gut auf die Masai Barfuss Technologie®

reagieren. Es wurde auch klar, dass der Erfolg der Masai Barfuss Technologie® bei Achillodynie hauptsächlich von der korrekten Konstruktion abhängt. Selbstverständlich ist der mbt keine Wunderwaffe und kein Allheilmittel. Vielmehr ist die Masai Barfuss Technologie® als zusätzliches, sehr effektives Werkzeug für den Therapeuten zu sehen. Dementsprechend wird bei komplexen Krankheitsbildern, wie bei den beiden oben geschilderten, auch ein vielschichtiger Behandlungszugang notwendig sein.

Zu diesem Thema
findet am 10. Nov.
ein Workshop statt!

WORKSHOP

Schultererschmerz

Moderator Block 2:

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Anderhuber, Graz

Fallbeispiel: Ein 32 Jahre alter Volleyballspieler, der beruflich vorwiegend am Schreibtisch/Computer arbeitet, hat in den letzten 3 Monaten zunehmende Schultererschmerzen im Bereich des Acromioclaviculargelenkes rechts. Die Schmerzen sind belastungsabhängig und strahlen gelegentlich leicht nach distal Richtung Deltoideusansatz aus. Bei manchen Spielsituationen (vor allem schlagen über Kopf) treten plötzlich starke Schmerzen auf, die zu einer kurzdauernden „Lähmung“ führen, d.h. der Patient hat plötzlich keine Kraft mehr. Teilweise wacht der Patient auch nachts bei Lagewechsel wegen der Schmerzen auf. Gelegentlich klagt der Patient auch über Schmerzen im Bereich der HWS mit Schmerzausstrahlung occipital rechts mehr als links. Es besteht jedoch keine Schwindelsymptomatik. Es besteht keine wesentliche Alkoholanamnese, die Ernährung ist normal.



Univ.-Prof. Dr. Anderhuber

Röntgen und Ultraschall:

leichte Kalkschatten im Bereich der Supraspinatussehne rechts mehr als links

Klinische Befunde:

Die Beweglichkeit ist insgesamt endlagig schmerzhaft eingeschränkt, es zeigt sich ein typischer schmerzhafter Bogen bei der Abduktion zwischen 70 und 90 Grad mit der entsprechenden Ausgleichsbewegung. Die Sensibilität und die motorische Kraft bei isometrischen Tests ist unauffällig, lediglich die Kraft bei forcierter isometrischer Anspannung bei 90 Grad Abduktion ist schmerzhaft reduziert. Es besteht eine leichte Atrophie des m.deltoideus. Das kontrollierte Senken des abduzierten Armes ist ebenfalls schmerzhaft abgeschwächt. Der Apprehension-Test ist rechts positiv, links negativ. Druckschmerzen treten über der Supraspinatussehne subacromial und im Bereich der Bicepssehne im Sulcus auf. Es besteht eine deutliche Tonuserhöhung im M.teres major rechts mehr als links.

Es besteht eine leicht betonte BWS Kyphose mit einer Bewegungsblockierung für die Seitneigung zwischen Th5 bis ca. Th10. Paravertebral ist die Muskulatur im Bereich der LWS abgeschwächt. Eine lokale Installation von ca. 3ml Lokalanästhetikum bringt nur für ca. 3 Stunden eine Schmerzlinderung. Entzündungszeichen im Rahmen einer Laboruntersuchung wurden keine gefunden.

Manipulativ-Massage nach Dr. Terrier

Stellungnahme: Dr. Mathias Schmidt, Hamburg

Mit der Manipulativmassage nach Dr. Terrier verfügt der Therapeut über eine mobilisierende Weichteiltechnik, bei der, wie bei der Funktionsmassage, dehnend mobilisiert und gleichzeitig, in der Hauptsache mit Friktionen, massiert wird. Dadurch gelingt es, unter anderem, den Circulus vitiosus ... Schmerz-, Tonuserhöhung-, Bewegungseinschränkung zu durchbrechen, indem die MM an allen drei Punkten ansetzt. Zum konkreten Fall:



Dr. Schmidt

Ich stelle die Diagnose einer Tendinitis calcarea des M. supraspinatus (positiver Jobe- Test) mit Impingement Symptomatik bei ventraler Instabilität rechts. Für die Instabilität spricht der pos. Apprehension-Test rechts und die Anamnese bzw. Sportart. Den leichten Kalkschatten in der Supraspinatussehne interpretiere ich mehr als Folge des Impingements, der jedoch nun Zeichen einer Tendinitis ist, die ihrerseits Beschwerden auslöst, und die Biomechanik, d.h. Zentrierung des Humeruskopfes, beeinflusst, was seinerseits wiederum Impingement verursacht – ein Ping-Pong- Effekt. Die „Lähmungserscheinungen“ können Folge der ventralen Instabilität oder Folge des schmerzhaften Impingements bei „Pseudolähmung des Supraspinatus“ sein. In Zusammenhang mit der Reizung der Bicepssehne wäre allerdings auch eine Intervallläsion der Rotatorenmanschette mit Läsion des Supraspinatus und Subscapularis denkbar, so dass mir eigentlich noch ein MRT der Schulter sinnvoll erschiene, gerade in anbeacht der Sportleranamnese, der lang anhaltenden Beschwerden und des Alters des Patienten mit der Frage nach einer evtl. OP-Indikation. Gerade im Hinblick auf eine mögliche Labrumläsion, die im Ultraschall nur schwierig zu beurteilen ist. Wie bei „Wurfsportarten“ häufig besteht eine Tonuserhöhung bzw. Überlastung und muskuläre Dysbalance zugunsten der dorsalen Strukturen, hier M. teres major, wahrscheinlich auch teres minor, weil diese häufig exzentrisch belastet werden, was einen erheblichen Hypertrophie-reiz darstellt. Dabei kann die Verkürzung der dorsalen Strukturen das Impingement verursachen. Die suboccipitalen Schmerzen deute ich als schmerzhafte Tonuserhöhung des M. Trapezius descendens bei Störung des scapulathorakalen Rhythmus mit frühzeitiger Scapulaelevation zur Kompensation des Bewegungsdefizites im glenohumeralen Gelenk. Auch eine begleitende segmentale Funktionsstörung in C4 und C5 mit schmerzhaften Irritationspunkten suboccipital ist denkbar. Für Mitbeteiligung des Segmentes C4 sprechen die Schmerzen im Bereich des ACG, denn für eine ACG-Arthrose ist der Patient zu jung bzw. zeigt das Röntgenbild keinen Befund im Bereich des ACG's. Die Schmerzen, die im Bereich des M. deltoideus empfunden werden, können sogenannter, segmental bedingter, referred pain sein, aber auch lokal, durch Überlastung des M. deltoideus, der Kompensationsarbeit zu leisten hat, bedingt sein. Hier hilft eine gründliche Palpation des Muskels weiter.

Behandlungsziele wären:

1) Erhaltung der vollen Beweglichkeit vor allem Elevation, translatorisches Caudalgleiten und passive Mobilisation der Innenrotation und aktive Kräftigung der Innenrotatoren.

- 2) Behandlung und Tonussenkung der schmerzhaften Strukturen und Behandlung der Protraktion bzw. Kyphose
3) Mobilisation der HWS in C4 + C5

Zu 1) Mit der Manipulativmassage ist der Therapeut in der Lage, in Seitenlage durch Mobilisation zwischen Abduktion und Elevation die Beweglichkeit in diesem, häufig schmerzfreien Bereich, zu erhalten (denn akt. ist der Patient dazu auch beim besten Willen nicht in der Lage) und gleichzeitig bei Dehnung die reflektorisch tonuserhöhten Adduktoren zu behandeln, wie beispielsweise auch den M. teres major. Durch Rollgleitmobilisationen mit gleichzeitiger Massage des M. deltoideus wird der Bereich des schmerzhaften Bogen in seiner Beweglichkeit erhalten, ohne dass Schmerzen provoziert werden und das Caudalgleiten angebahnt. Durch Mobilisation in Innenrotation und gleichzeitige Massage der Außenrotatoren werden die dorsalen Strukturen optimal schmerzhemmend und tonussenkend behandelt. Die Kräftigung der Innenrotatoren zur Behandlung der ventralen Instabilität müsste dann im Rahmen einer MTT Behandlung erfolgen.

Zu 2) Zusätzlich würde ich gezielt die Supraspinatussehne mit Querfriktionen behandeln, sowie den ganzen Muskel in seinem Verlauf bzw. evtl Triggerpunkte. Dazu gibt es mobilisierende Handgriffe, die die Supraspinatusinsertion darstellen. Die MM hat dabei zusätzlich Handgriffe zur Verfügung, bei denen während Mobilisation in horizontale Adduktion der Supraspinatus, sowie die anderen dorsalen Strukturen massiert werden können. Den durch Kompensation schmerzhaften Trapezius würde ich bei Mobilisation in Scapuladepression mit verschiedenen mobilisierenden Massagegriffen behandeln. Analog würde ich die Protraktoren der Schulter bei Retraktion behandeln, da die Protraktion dem Impingement weiteren Vorschub leistet.

Zu 3) Die MM hat, wie kaum eine andere Technik, Handgriffe zur sanften Mobilisation der HWS mit Massage der HWS-Muskulatur und vor allen der kurzen segmentalen, autochthonen Rückenmuskeln.

Leider müssen einige Aspekte der Behandlung aufgrund der vorgegebenen Kürze dieses Artikels unberücksichtigt bleiben, aber während des Kongresses im November wird sich dafür Gelegenheit bieten.

Zu diesem Thema findet am 9. Nov. ein Workshop statt!

WORKSHOP

Akupunktur – TCM

OA Dr. Alexander Meng, Wien

Körper-Akupunktur (inclusiv Moxibustion, Schröpfen, TENS): LG 14, G 21, Dü 11, Dü 9, B 15, B 20, D 15, 3E 14, Di 11.

Ohr-Reflextherapie: Shenmen, Niere, Schulter. Tuina: ist die chinesische Form der manuellen Reflextherapie. Aus zwei Teilen besteht das Grundprogramm. I. Vorbereitender Teil (Fernpunkte), Prinzip, Ziel und Programm: Druck, Traktion und Mobilisierung, von distal nach proximal. Beeinflussung von Schmerzen, Durchblutung, Muskeltonus;



OA Dr. Meng

II. Therapeutischer Teil (Regionale Punkte). Prinzip: Weichteilmassage, Mobilisierung unter gleichzeitiger Massage (Manipulativ-Massage).

Wenn nach 4 – 6 lege artis durchgeführten Sitzungen keine Änderung (nicht unbedingt Besserung) eintritt, dann ist an eine Erweiterung der Beurteilung der Störung zu denken. Dabei verwenden wir zuerst die Regelkreise nach Johannes Bishko, dann die sogenannte 3-er Regel der Wiener Schule der TCM-Differenzdiagnose nach Alexander Meng. Die Begriffe in den Regelkreisen sind alle in schulmedizinischer Sprache. Diese Programme haben sich im Westen seit mehr als 40 Jahren bewährt. Die 3-er Regel (Diagnose der TCM = Meridian + Organ + Modalität) hilft uns die sehr komplizierte TCM-Differentialdiagnose (Bianzheng) in den Griff zu bekommen. Wir machen zuerst eine Lokalisation der Beschwerden mit Hilfe der Zuordnung zu einem oder mehreren Meridianversorgungsgebieten. z.B. Kurze Bizepssehne zu Dickdarmmeridian, seitliche Schmerzen an der Schulter zu 3E Meridian und dorsal zu Dünndarmmeridian. Näheres im „Lehrbuch der Tuina-Therapie“ ISBN 3-8304-7015-0/Hüthig-Verlag, 4. Auflage von Meng A.

Reflexzonen am Fuß

Hanne Marquardt, Königfeld

Wir zählen die RZF zu den **Ordnungs- und Regulatortherapien**, d.h wir lenken unsere Aufmerksamkeit auf die Unterstützung der Heilkraft des Menschen und vermeiden das Bekämpfen des Symptoms. Bei den einzelnen Behandlungen integrieren wir sowohl die **Symptom** als auch die **Hintergrundzonen**. Hintergrundzonen sind die notwendige objektive Ergänzung der subjektiven Patientenaussagen, die meist nur ihre Symptome benennen können. Beide haben die gleiche Wertigkeit. Wir gehen davon aus, dass der ganze Mensch in allen Ebenen und Schichten im Mikrosystem Fuß enthalten und in stetiger Wechselbeziehung zum Makrosystem Mensch ist. Als probates **Arbeitsmodell** hat sich, ähnlich wie bei der Aurikulotherapie (Nogier), die Formenanalogie zwischen Mensch und Fuß erwiesen.



Hanne Marquardt

Praktisches Behandlungsbeispiel

Anamnese: 47-jährige Patientin kommt wegen chronischer rechtsseitiger Schulterschmerzen im ventralen und dorsalen Bereich zur Behandlung. Deutliche Bewegungseinschränkung, zwei Geburten mit Episiotomienarben, Appendektomie. Verschiedentlich Magen/Darmstörungen. Zahnstatus: 1 – 7 überkront, 2 – 8 extrahiert. Niedriger Blutdruck, beginnende Wechseljahrsbeschwerden.

Erstbefund:

Die **Palpation** (Tastbefund) ergibt Belastung folgender Zonen: Schultergelenk als Symptomzone. **Statisch-muskulärer** Hintergrund: Akromio- und Sternoklavikulargelenk beidseits, Deltamuskel rechts, Nacken mit proc. mastoideus beidseits, Zervikal- und Thorakalbereich der Wirbelsäule, Trapeziusanteil rechts, ISG rechts sehr deutlich, Beckenbänder und Symphyse beidseits. **Organ-, Meridian- und Zahnzusammenhänge:** Leber und Gallenblase, Magen/Darm, Zahn 1 – 7 (hängt lt. Dr. Voll, Elektroakupunktur mit der rechten Schulter zusammen).

Behandlungsverlauf und Ergebnis:

Innerhalb von 10 Behandlungen kamen Reaktionen über Darm, Gallenblase und Zahn 1 – 7, der nach überraschendem Schmerz extrahiert wurde. Erst danach besserte sich der Schulterschmerz deutlich. Behandlung der Zone der Appendixnarbe brachte spontane Verbesserung in der Beweglichkeit.

Zu diesem Thema findet am 9. Nov. ein Workshop statt!

WORKSHOP

Fasziendystorsionsmodell nach Typaldos

Dr. Georg Harrer, Wien

Das Fasziendystorsionsmodell (FDM) – ein diagnostisches und therapeutisches System – wurde vom Osteopathen Stephen Typaldos D.O. entwickelt. Darin werden Verletzungen und Beschwerden des Bewegungsapparates als Dystorsion (Verdrehungen, Verknitterungen, usw.) der Faszie interpretiert. 6 Typen werden unterschieden: 1. Triggerband: verdrehtes Fasziensband. 2. Triggerpunkthernie: Protusion von Gewebe durch eine Faszienebene. 3. Faltdystorsion: abnorme dreidimensionale Faltung der Faszie. 4. Continuum – Dystorsion. Störung an der Übergangszone von Knochen und Band, bzw. Sehne. 5. Zylinderdystorsion: Störung der oberflächlichen spiralig verlaufenden Zylinderfaszie, im Sinne einer „Verhedderung“ ihrer Windungen. 6. Tektonische Fixation: Verlust der Gleitfähigkeit einer Fasziensoberfläche. Orthopädische Medizin ist die medizinische therapeutische Umsetzung des FDM, die Orthopathie ist die manuelle Behandlung.



Dr. Harrer

Die orthopathische **DIAGNOSE** beruht auf **drei Säulen:**

1. **Körpersprache:** jede der sechs Dystorsionstypen wird vom Patienten mit typischen Gesten beschrieben.
 2. **Klinik:** jede der sechs Typen hat einen typischen Verlauf und Befund (Mobilitätstest)
 3. **Palpation:** dient vorwiegend der exakten Lokalisation.
- Zur **THERAPIE** stehen spezifische manuelle Techniken und Manipulationen zur Verfügung, physikalische Massnahmen können eingebaut werden. FDM definiert sich nicht über die Behandlungstechnik, sondern über die Betrachtungsweise der Verletzung oder Störung.

Fallbeispiel: Der Patient beschreibt ein vorderes Arm-Triggerband, die „Lähmung“ und Schmerzen beim Absenken sprechen für eine Zylinderdystorsion am rechten Oberarm.

Therapieplan: Behandlung der supraclaviculären Triggerpunkthernie rechts; Behandlung des vorderen Arm-Triggerbandes rechts, bei Anhalten der Schmerzen beim Absenken des Armes Behandlung der Zylinderdystorsion; Untersuchung, ob eventuell noch eine Kontinuumdystorsion am Acromioclaviculargelenk besteht; keine lokale Wärmezufuhr, keine Ruhigstellung.

Zu diesem Thema findet am 9. Nov. ein Workshop statt!

WORKSHOP

Wirbelsäule / Schmerz bei Instabilität

Moderator Block 3:

Prim. Dr. Andreas Kainz D. O., Wien

Fallbeispiel: Eine 33-jährige Patientin klagt seit der Geburt ihres Kindes vor 1 Jahr über zunehmende Schmerzen im Bereich der unteren LWS mit pseudoradikulärer Ausstrahlung über die mm.Glutei bds. bis in die Mitte der Dorsalseite der Oberschenkel. Diese Beschwerden sind vor allem am Morgen beim Aufstehen zu verzeichnen, untertags bei längerem Stehen, aber auch nach längerem Sitzen. Während der Bewegung gibt sie an, dass die Schmerzen deutlich weniger werden.



Prim. Dr. Kainz

Husten, Pressen und Niesen führen bei der Patientin zu keiner Verstärkung der Symptomatik. Der Lasèguetest und der Bragardtest ist bds. negativ, es besteht jedoch ein Pseudolasègue bds. bei 70 Grad. Die muskuläre Kraft ist im Bereich der beiden UE seitengleich und erhalten. Es kommt zu keinen Sensibilitätsstörungen im Bereich der UE. Ebenso sind die Reflexe erhalten.

Vorgeschichte:

Die Patientin gibt an, dass sie in ihrer Jugend bis knapp vor ihrer Schwangerschaft intensiv Sport betrieben hat. In ihrer Jugend vor allem Gerätturnen und in weiterer Folge dann Leichtathletik. Zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft hat sie mit dem Sport abrupt aufgehört und hat auch nach der Schwangerschaft ihre sportliche Tätigkeit nicht wieder aufgenommen. Ebenso besteht eine Gewichtszunahme von vor der Schwangerschaft bis zum jetzigen Zeitpunkt von etwa 15 Kilo.

Bei weiterer Befragung erzählt die Patientin, dass sie während ihrer sportlichen Karriere diverse Stürze gehabt hat, wobei sie nach eigenen Angaben zweimal mit voller Wucht auf dem Steißbein gelandet ist. Ein zusätzlich durchgeführtes Steißbeinröntgen zeigt eine Fehlstellung des Os coccygis nach ventral rechts, jedoch ohne Zeichen einer abgelauenen Fraktur. Des weiteren gibt die Patientin an, dass sie einmal ein Supinationstrauma am rechten Sprunggelenk erlitten hat. Alle bisherigen Therapieversuche sind infaust verlaufen, bis jetzt durchgemachte Therapien waren klassische Massage, Interferenzstromtherapie, Ultraschall und eine wegen zunehmender Schmerzen nach 3 Einheiten abgebrochene Heilgymnastik.

Weitere Befunde:

Röntgen: Leichte Skoliose der LWS. Pseudolisthese L5/S1 von 0,5cm ohne Rotationskomponente. Beckenschiefstand von 1 cm Os coccygeus nach ventral und rechts verschoben. Keine Zeichen einer Fraktur.

MRT: Bulging der Bandscheibe bei L5/S1. Nervwurzeln sind frei. N.B.: Hämangiomwirbel L3.

Blutbefunde: o.B.

NLG: der UE o.B.

Sonographie der Gefäße der UE: o.B.

Gynäkologisch: o.B.

Biomechanik / Weichteilsäule

Stellungnahme:

Dr. Christian Haid, Innsbruck

Vorab sei klargestellt, dass der Biomechaniker nur erklären und beraten darf, jedoch nicht behandeln.



Dr. Haid

Im Fallbeispiel für Instabilität im Bereich der LWS wird ein Fall mit pseudoradikulärer Ausstrahlung vorgestellt. Die durchgeführten Untersuchungen zeigen auf, dass der Schmerz nicht exakt zuzuordnen ist. Es ergeben sich jedoch Hinweise, dass das Schmerzverhalten nicht gänzlich diffus ist. Die Schmerzen sind nach einschneidenden Veränderungen in der Lebensführung aufgetreten. Diese Veränderungen deuten darauf hin, dass sich Kraft- und Belastungsverhältnisse im Körper der Patientin drastisch verändert haben. Betrachtet man daher den „mechanischen Anteil“ dieser Problemstellung, dann zeigen sich Veränderungen, die biomechanische Betrachtungsweisen rechtfertigen.

Zur Beurteilung mit biomechanischem Hintergrund fehlen einige Untersuchungen. So fehlt z.B. die Information über die Stellung von L5/S1 im Raum und das Flexions-Extensionsvermögen. Weiters fehlen Informationen über das Verhalten der Patientin bei Rotationsbewegungen und vorliegende muskuläre Verspannungen.

Biomechanik der Wirbelsäule:

Die Wirbelsäule ist ein bewegliches System, das sehr gut axiale Lasten übertragen kann. Dabei werden passive Strukturen und Muskeln zur Verfestigung (Zuggurtung) des Systems verwendet. Verändern sich die Eigenschaften dieser Zuggurtung, dann kommt es zur Veränderung des Bewegungsumfanges und zur Veränderung der Belastungen. Dadurch können Schäden verursacht werden. Bestehende Verletzungen können sich in bisher nicht gekannter Art bemerkbar machen.

Da die Patientin aufgehört hat Sport zu treiben, deutlich an Gewicht zugenommen hat und vor 1 Jahr eine Geburt hatte, sind die möglichen Veränderungen der Zuggurtungskräfte in die Betrachtung dieses Falles einzubeziehen. Kommt es z.B. zu erhöhten Verkippungswinkeln in Wirbelsäulenabschnitten, dann ist auch eine wie oben beschriebene pseudoradikuläre Symptomatik nicht auszuschließen.

Zur Verbesserung des Zustandes der Patientin wäre in einem solchen Fall ein aktives Training zur Wiederherstellung der Haltestrukturen der Wirbelsäule zu empfehlen. Dies lässt sich mit „passiven“ Therapien nicht bewerkstelligen und könnte ein Grund für die bisher fehlgeschlagenen Therapieversuche sein.

Manual- und Trainingstherapie

Dr. Hans Spring, Leukerbad

Die Diagnosestellung erfolgt auf drei Ebenen: *Strukturebene, Funktionsebene, Schmerzebene*. Sie ist eingebettet in einen bio-psycho-sozialen Kontext. Im vorliegenden Fallbeispiel (Instabilität im Bereich der Lendenwirbelsäule) steht die **Funktionsdiagnose** und **Schmerzbeurteilung** im Vordergrund:

Untersuchungsgang:

manuelle Untersuchung der Wirbelsäule und des Beckenringes:

Beweglichkeit global / segmental

Palpation

Provokation

Muskeltesting:

Kraftausdauerstestung der Rumpfmuskulatur

Längentestung der Muskulatur der unteren Extremitäten

Neurologischer „Ministatus“

Beurteilung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit:

Aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit

Koordination

Analyse der psychischen und sozialen Situation

Funktionsdiagnose (Arbeitshypothese):

Lumbospondylogenes Syndrom bei

Fazettenproblematik

Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur

Deconditioningsyndrom

Therapiekonzept:

Schmerzbehandlung

Trainingstherapie

Rückenergonomie

Gewichtsreduktion

Wiederaufnahme der sportlichen Aktivitäten



Dr. Spring

Zu diesem Thema
findet am 9. Nov.
ein Workshop statt!

WORKSHOP

Spiraldynamik®

Dr. Christian Larsen, Zürich



Dr. Larsen

Schlüsselwörter: Instabilität lumbal; Spiraldynamik®; Medimouse®; segmentale Wirbelsäulendiagnostik; Helix; funktionelle Wirbelsäulentherapie.

Funktion: Wirbelsäule als Doppelhelix

Die Verschraubung des Rumpfes ist ein Charakteristikum der menschlichen bipedalen Fortbewegung. Beim Gehen und Laufen „verschraubt“ sich die Wirbelsäule von kaudal her alternierend nach links und nach rechts. Bei genauer Betrachtung entspricht die 3D-Torsion qualitativ exakt der 3D-Geometrie ei-

ner Helix – dem universalen Struktur- und Bewegungselement der Natur. Wirbelwind und Wasserstrudel, Pflanzenwachstum und Schneckenhäuser, Nabelschnur und DNA legen Zeugnis dafür ab. Die Helix – oder das „Spiralprinzip“ – zieht sich wie ein roter Faden erwartungsgemäß auch durch die 3D-Antomie des menschlichen Bewegungssystems: Kreuzbänder, Femur, muskuläre Schrägsysteme machen dies deutlich.

Pathomechanik: Das Kreuz mit dem Kreuz

Die Instabilität gehört zu den häufigsten definierten strukturellen Pathologien der LWS. Neben Genetik, Trauma, Trainingszustand und Ernährung spielen Fehlbelastungen eine dominante Rolle in der Ätiopathomechanik. Hyperlordose mit axialer Stauchung, funktionelles Streckdefizit der Hüftgelenke und funktionelles Rotations- und Streckdefizit der BWS führen zu kompensatorischen Fehlbelastungen der LWS bis hin zu mikrotraumatischen Strukturdefekten.

Funktionelle Diagnostik: global und segmental

Aus der Pathomechanik lässt sich zwanglos die funktionelle Diagnostik ableiten: Objektivierung der Mobilität und Stabilität von LWS, BWS, ISG und Hüftgelenken. Die globale und segmentale Bestimmung der Wirbelsäulenbeweglichkeit erfolgt computergestützt mittels Medimouse® (www.idiag.ch).

Therapie: Alltag und Eigenkompetenz

Die Physiotherapie gemäß Spiraldynamik® Konzept verfolgt konsequent ein Hauptziel: Optimierung funktioneller Bewegungsabläufe im Alltag. Strategie und Therapieinhalt definieren sich durch die diagnostischen Befunde. Als genuines Konzept ist die Spiraldynamik® in ihrer therapeutischen Umsetzung methodenunabhängig. Wahrnehmungsschulung, Patienteninstruktion, Kräftigungstherapie, Neurointegration usw. werden situativ kombiniert. Konkrete Umsetzbarkeit im Alltag und Eigenverantwortung des Patienten nehmen eine Schlüsselstellung ein. Manipulationen kommen bei chronischen Problemen nur selten zum Einsatz.

Zu diesem Thema
findet am 9. Nov.
ein Workshop statt!

WORKSHOP

Osteopathie

Nick Marcer D. O., Gumefens

Nick Marcer ist als Professor tätig an der Wiener Schule für Osteopathie und ebenso Lehrbeauftragter an anderen europäischen Schulen.

Nick Marcer wird den Fall aus osteopathischer Sicht darstellen und hier die Schwerpunkte auf die Funktionsketten bzw. auf die Läsionstypen legen.

Seine Darstellung wird sowohl den Untersuchungsgang als auch die therapeutischen Ansätze und Möglichkeiten aufzeigen.

Zu diesem Thema
findet am 9. Nov.
ein Workshop statt!

WORKSHOP

Männersport – Frauensport

Moderator Block 4: Prof. DDR. Jürgen Weineck, Erlangen

Männer-sport – Frauen-sport – ein brisantes Thema, das sich indirekt nicht nur in einer Reihe von Bestsellern niedergeschlagen hat („Männer sind anders – Frauen auch“ oder „Warum Männer nicht zuhören können und Frauen schlecht einparken“ etc.), sondern auch ausreichend Explosivstoff im gesamtgesellschaftlichen Kontext birgt.



Prof. Dr. Weineck

Gibt es einen „Männer“- bzw. „Frauensport“ überhaupt? Wird hier nicht wieder das alte Rollenklischee „die Frauen tanzen und bewegen sich anmutig“ und die Männer zeigen im Boxen und Fußball „männliche Härte und Durchsetzungsvermögen“ strapaziert? Wird damit nicht der allseits bekannte „Kampf der Geschlechter“, wie er in der Presse und im Fernsehen mit unverminderter Penetranz und mit unverhohlenem Blick auf eine Steigerung der Leser- bzw. Fernsehquote dargestellt wird, weiter künstlich angeheizt und als „real“ diskutiert? Ist der einseitige Versuch, Frauen und Männer in ihrer absoluten Leistungsfähigkeit bezüglich Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit und koordinativer Fähigkeiten sowie psychosozialer Kompetenzen zu vergleichen und daraus Konsequenzen der „Überlegenheit“ des einen oder anderen Geschlechts zu ziehen, nicht per se ein absurdes Unterfangen, das nur zu einer weiteren Zementierung von Vorurteilen und Fehleinschätzungen führt? Gibt es überhaupt einen „Männer- bzw. Frauensport“, der durchgängig für jede Altersstufe diskutierbar wäre? Müsste nicht von Haus aus der Sport unter dem Aspekt eines altersbezogenen Veränderungsprozesses diskutiert werden, der den sich wandelnden Bedürfnissen und Notwendigkeiten des älter werdenden sporttreibenden Menschen Rechnung trägt? Wie ist hierbei die Frage des Sports zum Zeitpunkt der Peribzw. Postmenopause bei der Frau zu diskutieren bzw. zu beurteilen und welche Rolle spielt in dieser Hinsicht das Syndrom des „männlichen Klimakteriums“? Des Weiteren steht die Frage im Raum, ob Frauensport/Männersport nicht auch vom Ausgangsniveau bzw. vom Trainingszu-

stand der jeweiligen Frauen und Männer abhängt und müssten die Auswirkungen des Sporttreibens im Bereich des Spitzensportes bzw. auf der Ebene des Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportes nicht völlig unterschiedlich diskutiert werden? Müssten schließlich nicht vor allem Fragestellungen der gemeinsamen Schnittmenge bezüglich der sportlichen Aktivitäten im Vordergrund stehen, die vermehrt Möglichkeiten eines sinnvollen Miteinanders als eines ständigen „Gegeneinanders“ im Sport ins Zentrum der Überlegungen stellen?

Sex vor sportlichen Aktivitäten bzw. Wettkämpfen? Welche Auswirkungen sind zu erwarten? Gibt es allgemeingültige Erkenntnisse hierzu? In der sicherlich sehr vielschichtigen Diskussion werden klare Positionen von Spezialisten zu diesen Fragestellungen bezogen, allerdings nicht ohne die anatomisch-physiologischen, psychosozialen Besonderheiten von Frau und Mann klar darzustellen und entsprechend „neutral“ zu diskutieren! Dem Publikum eröffnet sich die einmalige Chance, das aktuelle Rollenbild der Frau auf der Grundlage tatsächlicher Gegebenheiten zu bestätigen, neu zu definieren oder in Detailpunkten zu modifizieren. Nicht uninteressant dürfte schließlich die Fragestellung sein, in welcher Weise der Geschlechtsdimorphismus zu unterschiedlichen Therapieansätzen führen müsste. Es ist zu erwarten, dass sich bislang allgemeine Verhaltensweisen im therapeutischen Vorgehen ändern müssen, da – und dies wird ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt sein – die Erwartungen an eine therapeutische Hilfestellung bzw. Hilfeleistung bei Frau und Mann aus psychosozialer Sicht als geschlechtsspezifisch und damit unterschiedlich einzustufen sind.

Leistungsphysiologie

Doz. Dr. Wolfgang Laube, Feldkirch



Doz. Dr. Laube

Leistungsunterschied wird immer erhalten bleiben, weil geschlechtsspezifische Gegebenheiten vorhanden sind. Diese be-

Die biologischen Leistungsgrundlagen sind bei der Frau im Detail anders, aber die Effizienz der vorhandenen Leistungsvoraussetzungen sind gut vergleichbar. Ein

Entdecken
Sie Wellness pur!



Original BIOSUN

HOPI & ESSENZ OHRKERZEN

Indianische
Entspannungs-Zeremonie
Harmonie
für Körper, Seele und Geist



abschalten

loslassen

relaxen

CE

Zertifiziert nach dem
Medizinprodukte-
gesetz (MPG)

Erleben Sie ein Gefühl von
Glück und tiefer Geborgenheit
mit Original
BIOSUN HOPI Ohrkerzen®
und der dazu passenden
indianischen Entspannungsmusik
„Dream Your Inner Healing“.



BIOSUN®

Gesundheit & Wellness

Nawa Vertriebs-GmbH
Ziegelhöhe 8 · D-92361 Berggau
Deutschland
Tel. + 49 (0) 91 81 / 25 93 - 0
Fax + 49 (0) 91 81 / 25 93 - 19
Österreich
Tel. + 43 (0) 27 49 / 300 - 07
Fax + 43 (0) 27 49 / 300 - 10
E-mail: info@nawa.de

treffen u. a. den Körperbau und die Körperzusammensetzung (Körperhöhe, Körpermasse, LBM, Fettanteil, u. a.), das kardipulmonale System (Sportherzentwicklung, Sauerstofftransportkapazität, Blutvolumen, u. a.), das Muskelgewebe (Mitochondrien/Fibrille, Querschnitt, Intensität des Proteinstoffwechsels, u. a.) und das neuroendokrine System hinsichtlich qualitativer und quantitativer Merkmale (Testosteron, Menstruationszyklus, u. a.).

Ein systematisches Training hat komplexe metabolische und neuroendokrine Folgen in der Funktion der Achse Hypothalamus – Hypophyse – periphere endokrine Drüsen.

Das **Krafttraining** weist eine wesentliche Geschlechtsspezifität auf. Bei absolut erheblich geringeren und individuell (wahrscheinlich genetisch determiniert) sehr variablen Androgenkonzentrationen der Frauen weist das Reaktionsmuster des endokrinen Systems deutliche Differenzen auf, indem die Konzentrationen der Androgene auf akute und chronische Trainingsbelastungen bisher nicht signifikant verändert gefunden werden konnten. Fragen des Einflusses der Krafttrainingseffektivität sowie verschiedener Krafttrainingmethoden in Relation zum Menstruationszyklus sind bisher kaum untersucht. Ein Einfluss dürfte aber wahrscheinlich sein. Zusammenfassend zum Krafttraining sei hervorgehoben, dass die Mechanismen der physiologischen Adaptationen auf Krafttraining mit der Folge Zunahme der Kraft und Schnellkraft auch bei Männern noch sehr viele offene Fragen aufwerfen. Das **Ausdauertraining** hat neuroendokrine Folgen, die bei Frauen und Männern u. a. Veränderungen der Sexualfunktionen nach sich ziehen können. Die trainingsbedingten Veränderungen scheinen aber grundsätzlich reversibel zu sein. Bei der Nachweisführung der Verknüpfung von Training und Sexualfunktion müssen die großen Variationen bei Untrainierten oder wenig Trainierten unbedingt beachtet werden. Nicht alle Veränderungen bei ausdauertrainierenden Frauen sind allein auf das Training zurück zu führen. Weitere Stressoren sind als bias Faktor zu betrachten. So kommen prospektive Studien zur Wirkung des Ausdauertrainings zu sehr inhomogenen Ergebnissen. Zum Beispiel ist die Amenorrhoe bei Sportlerinnen nicht häufiger, wenn nur das Training als Einflussgröße betrachtet wird.

Eine negative Folge des Ausdauertrainings können Veränderungen der neuroendokrinen Funktion mit Beeinflussung des Knochenstoffwechsels sein. Die erhöhten Konzentrationen von Cortisol (Männer und Frauen) wirken sich vermindert auf die Syntheseleistungen und die geringeren Konzentrationen gonadaler Steroide unterstützen die abbauenden Prozesse.

Für das **Koordinationstraining** scheinen die Frauen (Mädchen) gegenüber den Männern (Jungen) einen Vorteil zu haben, wobei die sensitive Phase für beide Geschlechter bis zur Pubertät reicht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den gleichen Sportarten bzw. Disziplinen die Frauen im Mittel um etwa 10 – 15 % geringere Leistungen als die Männer erreichen. Dieser aktuelle Stand basiert auf der Entwicklung des Frauensports, in dessen Ergebnis die Differenzen wesentlich geschrumpft sind. Die Angleichung hat bevorzugt soziale und gesellschaftliche Ursachen, indem die Frauen den uneingeschränkten Zugang zum Hochleistungssport erhielten. Die explosionsartige Leistungsentwicklung der Frauen zeigt, dass sie prinzipiell vergleichbar hohe physische und psychische Leistungspotenzen bei entsprechend wirksamen Training ausschöpfen können. Auf dieser Basis konnten und können die Dimensionen der Leistungsunterschiede kleiner werden, ohne, Vergleichbarkeit vorausgesetzt, dass ein Ausgleich jemals zu erwarten ist.

Psychologie

Prof. Dr. Günther Amesberger

Die Frage, wie Männer und Frauen im Sport miteinander tun, wer welche Rolle einnimmt, wer von wem was erwartet und nicht erwartet, wurde im Sport wenig explizit diskutiert. Ich denke, dass sich auch im Sport die allgemein nachvollziehbare Entwicklung verdeutlicht, die den Geschlechterdiskurs in mehrere Phasen teilt: Der patriarchale Diskurs führte zunächst zu der grundlegenden Frage nach quantitativen Anteilen. Die Fragen waren (sind): Wer darf welche Sportart wie ausüben? Wer ist in welcher Sportart wie stark vertreten? Es ging (geht) also um das sichtbar Machen von Rechten und Möglichkeiten der Geschlechter, Quotenregelungen, Gleichberechtigung. Demokratischer Diskurs: Dabei geht es darum, das emanzipatorische Potential des Geschlechterdiskurses zu begreifen und damit qualitative Anteile zu fokussieren: Koedukation, Interaktionsstudien, defizit- und ressourcenorientierte Ansätze der Mädchen- und Bubenarbeit stehen im Vordergrund. Das Thema der Gleichbehandlung stellt sich damit für Trainerinnen und Trainer.



Prof. Dr. Amesberger

Der feministische Diskurs bewertet die Bedeutungen von Leistungen, Repräsentanzen etc. der Mädchen und Frauen. Die andere Erkenntnismöglichkeit und Bewertungsstruktur in Wissenschaft und (sehr eingeschränkt) im Sport. Es kommt zu einer Umwertung der Geschlechterverhältnisse. Die Frau einerseits als unterdrückt, andererseits als überlegen. Schließlich führt der systemische Diskurs die Gleichstellungsstrategie und damit Gender Mainstreaming ein. Es kommt zur (Re)-Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten AkteurInnen einzubeziehen. Alle Entscheidungsprozesse müssen demnach so überprüft, verbessert und weiterentwickelt werden, dass stets die Frage mitgedacht wird, ob sich ein Vorhaben und/oder eine Entscheidung auf Mädchen/Frauen und Burschen/Männer unterschiedlich auswirkt. Damit stellt sich die scheinbar „simple“ Frage nach der Gleichstellung von Männern und Frauen im Sport auf allen Ebenen, der gesellschaftlichen, politischen, sportartspezifischen, trainingsspezifischen, physiologischen, psychischen, sozialen, medialen, ... Entscheidungen und Handlungen.

Grundsätzlich ist die Frage von Mann und Frau im Sport auf der Ebene des physiologischen Geschlechts (sex) und des sozialpsychologischen und soziologischen Phänomens der Geschlechter- und Rollendeutung (gender) zu verstehen. Etwas einfacher Einsicht über die Bedeutung von Geschlecht im Sport kann man sich auch dann verschaffen, wenn klar(er) wird, welches Ziel verfolgt wird: Als relativ einfache Zielstellung ließe sich die möglichst gleiche Zahl an Handlungsmöglichkeiten formulieren. Ein einfaches Beispiel dafür wäre: Eine Boxerin, Bodybuilderin, ein Tänzer, ... muss sich nicht rechtfertigen, dass sie/er ihren/seinen Sport betreibt (Anm.: Bereits die Aussage implementiert das Gegenteil!). Die Idee der Gleichstellung bringt ein radikales Umdenken von Defizit- und -Emanzipationsansätzen hin zur radikalen Frage nach Sinn, Ziel und Zweck von Geschlechtergleichheiten und Unterschieden unter Genderperspektive, eine faszinierende Herausforderung für „den“ Sport und „die“ Bewegung.

Sportliche Leistung und Sexualität

Dr. Gudrun Gschwendt, Bozen

Was verbindet Sport und Sexualität (= Sex.)?

Ähnliche Wirkungen von Sport und Sex. Sportlicher Leistungsabfall, Müdigkeit, ihre Ursachen. Die Müdigkeit nach Sex. Behelfsmäßige Einteilung des Sex-Geschehens im Hinblick auf sportliche Leistungen.

Der körperlich-muskuläre und organspezifische Aspekt. Herz-Krl., Lunge, Durchblutung. Der körperlich-humorale, nährstoffbestimmte Aspekt. Der seelisch-energetische Aspekt

Das Ejakulat: ca. 5 Kalorien, aber:

Welcher Substanzverlust, was davon benötigt der Sportler (fehlt ihm), was benötigt der Körper zur erneuten Spermareifung, was fehlt somit dem Sportler, was tun?

Schnelle und quantitativ hohe Resorption wird bei Therapie gewünscht über Nahrungsmittel und Substitution in Form von organischen oder- und anorganischen Präparaten.

Was bedeutet der „Quickie“ für Männer, für Frauen

Vor einer Höchstleistung: Abstinenz? Therapie-Substitution? Energetischen Faktor bedenken!?

Kurze Technikbesprechung: Vorher-während-nachher.

Energiebilanz für Mann und Frau nach Sexualität

Der Diskussion stellen sich: Marathonläuferin Dr. Dagmar Rabensteiner, Frauen-Kraft-Dreikampf-Weltmeisterin Dagmar Wang, Ballett-Koryphäe Prof. Dr. Michael Birkmeyer



Dr. Gschwendt

WATSU® wird seit vielen Jahren sehr erfolgreich als begleitende Behandlung bei Physio- und Psychotherapien eingesetzt. Bei Schwangerschaften, nach Operationen und im Behindertenbereich kann eine positive Unterstützung erreicht werden.

Immer mehr Physiotherapeuten machen die Ausbildung zum Dipl. Watsu®-Practitioner um WATSU® in ihrem Arbeitsbereich einzusetzen.

Derzeit wird WATSU® in den Thermen Loipersdorf, Wien-Oberlaa und Geinberg sowie in Rehabkliniken und in privaten Pools angeboten.

Zahllose Berichte im ORF und internationalen Fernsehen sowie Printmedien machen diese Arbeit immer bekannter.

Viele Spitzensportler/Innen wie Alexandra Meissnitzer, Tristan Schulze-Bauer und mehrere Fußballer der Bundesliga haben WATSU® schätzen gelernt und nach Verletzungen zur rascheren Rehabilitation anwenden lassen.

Alexandra Meissnitzer: „WATSU® ist eine Wundertherapie.“

Aqua-Floating

Dr. Imke König

Der Patient liegt auf dem Rücken, unterstützt durch Schwimmhilfen unter den Knien und unter dem Kopf, im Thermalbecken. Durch die Beugung in Knie- und Hüftgelenk ist die Wirbelsäule nahezu gestreckt. Der Therapeut befindet sich mit im ungefähr hüfhtiefen Thermalwasserbecken. Durch die schwebende Aufhängung des Patienten werden dreidimensionale Mobilisationstechniken unter praktisch schwerelosen Bedingungen ermöglicht. Durch die Trägheit der Styroporrolle unter den Knien wird jede exzentrisch angesetzte Massagebewegung in eine Rotation der Wirbelsäule umgesetzt. Das führt zu einer tiefgreifenden Lockerung der kleinen Wirbelgelenke. Besonders gut geeignet ist diese Massageform für Probleme im ISG, LWS und HWS-Bereich, außerdem Schulter und Nackenprobleme, bei Versteifungen, Spondylolithese und, mehr als Nebeneffekt, in der Schwangerschaft bei Beschwerden im Kreuzbereich durch die hormonelle Bänderauflockerung (bei unkomplizierter Schwangerschaft ohne KI gegen das Thermalwasser, durch die Rückenlage bis zum Geburtstermin möglich).

Weitere angenehme Nebeneffekte: durch die 36° des Thermalwassers entspannt die Muskulatur schneller und besser, außerdem kommen die Ohren unter Wasser, wenn außerdem die Augen geschlossen werden, kommt es zu einer Art sensorischen Deprivation, durch die die Patienten auch mental tief entspannen.

Diagnostisch lassen sich muskuläre Dysbalancen aufzeigen, weil durch die schwebende Aufhängung die Schwerkraft als Orientierungshilfe wegfällt (die Gäste liegen schief oder schräg im Wasser).

Die Methode habe ich Ende 1999 für einen Patienten mit LWS-Versteifung nach vierfacher Bandscheiben-Entfernung entwickelt und, aufgrund der wirklich deutlichen Verbesserung der Schmerzsymptomatik dieses Patienten, seither weiterentwickelt und bis heute damit erfolgreich über 630 Patienten behandelt.



Dr. König

Aktivitäten in der Römertherme

Wasser-Shiatsu (Watsu®)

Karlheinz Huber



Karlheinz Huber

Watsu® ist eine Bewegungstherapie bei der Shiatsu (jap. Fingerdruckmassage) im körperwarmen Wasser angewendet wird.

Schwereloses Schweben und sanftes Bewegtwerden lassen schon nach wenigen Minuten Spannungen aus dem Körper entweichen. Ein Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Vertrauen erlaubt das Loslassen von oft alten hinderlichen Haltemustern.

Nun erfolgt die Shiatsu Massage, die durch Dehnen und Strecken von Meridianen (Energieleitbahnen) und Drücken von Akupunkten die Lebensenergie Qi (Ki, Chi) wieder zum fließen bringt und ausgleichend harmonisiert. Die Wirbelsäule und die Hauptgelenke sind im Wasser vom Körpergewicht entlastet und können in einer Weise bewegt werden, wie es an Land unmöglich ist. Die Atmung vertieft sich, Stress, Ängste und Blockaden werden abgebaut.

Breema® (Körperarbeit)

Dr. Julia Grahornig

Breema® ist eine traditionelle Körperarbeit, die ihre Wurzeln im Nahen Osten hat und seit mehr als 20 Jahren in ihrer authentischen Form im Breema Zentrum in Oakland, Kalifornien, unterrichtet und praktiziert wird. Sie findet Anwendung in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge, aber auch in der Physiotherapie und in anderen medizinischen und therapeutischen Settings.



Dr. Grahornig

Die Einzel- und Partnerübungen werden in bequemer Kleidung auf einer weichen Unterlage am Boden ausgeführt. Die natürlichen Bewegungen werden als entspannend und belebend empfunden.

Das Ziel dieser Methode ist die „Präsenz“ des Therapeuten (des oder der Breema® Praktizierenden), also eine Atmosphäre zu schaffen, in der Körper, Gedanken und Gefühle in Einklang zueinander stehen. Dies gelingt spielerisch im Erleben der Übungssequenzen in Kombination mit einer Reihe von Breema® Prinzipien, wie zum Beispiel „gegenseitige Unterstützung“, „nichts extra“ oder „keine Beurteilung“. Vielfach wird ein „Geschmack“ von Heiterkeit, Einfachheit und Verbundenheit mit Breema® assoziiert.

Die Wirkung von Breema® ist vielfältig: Entspannung (Ausgleich der Überstimulation des modernen Lebens), sanftes Auflösen von fixierten Körper- und Bewegungsstrukturen (erhöhte Flexibilität, verbesserte Zirkulation), Wiederentdecken der Körperrhythmen (u. a. Verbesserung der Atmungsqualität, Ökonomisierung von Bewegungsabläufen), Klarheit der Gedanken und Gefühle (mentale Hygiene).

Zielgruppe: Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass Breema® gerade von Menschen in helfenden Berufen als große Unterstützung erlebt wird, da es uns ermöglicht, auch im Alltag immer wieder mit der eigenen Vitalität in Kontakt zu kommen. Breema® ist also in erster Linie eine ressourcenorientierte Methode für den Therapeuten. Gleichzeitig ist der „frische“ und einfache Zugang zum Körper, jenseits aller

Körperkonzepte, kombiniert mit der Präsenz und natürlichen Wachheit des Therapeuten eine wertvolle Ergänzung für die Arbeit mit unseren Patienten.

Die Präsentation auf dem Kongress bietet die Möglichkeit, eine erste Erfahrung mit Breema® zu machen. Ich werde einige Selbst-Breema® Übungen und auch 1 – 2 kurze Partnersequenzen anleiten.

Zur Person: Dr. Julia Grahornig – Vorsorgemedizinerin in Bad Tatzmannsdorf, Breema® Instructor, Ausbildung am Breema® Zentrum in Kalifornien/USA

Nordic-Walking

Dipl. P.T. Silvia Kollos, Mag. U. Berger

Ziel dieser Einheit Nordic Walking ist es, die Unterschiede beim Gehen mit herkömmlichen Stöcken, Gehen ohne Stöcke bzw. Walking oder Powerwalking und dem Jogging herauszuarbeiten.

Weiters sollen Ansatzpunkte gezeigt werden, welchen therapeutischen Nutzen man aus dieser besonderen Gehtechnik ziehen kann.

Vor allem aber ist diese Einheit praktisch ausgerichtet, so dass jeder einen „gefühlsmäßigen“ Einblick in das Nordic Walking bekommen kann.



Dipl. P.T. Kollos

FIGHTING FIT

Sonja Rössler

ENERGIEGELADEN, EXPLOSIV, KRAFTVOLL, BEFLÜGELND! Mit diesen Worten beschreiben große Sportler, Hollywood's Berühmtheiten und tausende Menschen wie Du und ich in aller Welt **FIGHTING FIT**, das heißeste Sportprogramm aus den USA. **FIGHTING FIT** ist leicht zu erlernen und enthält keine komplizierten Choreographien. Außerdem: Das neue Kräftigungssystem nach **PILATES**.

Kongressprogramm

Freitag, 8. November 2002

09.00 – 10.30 Block I – Achillodynie

11.00 – 12.30 Block II – Schulterschmerz

Mittagspause

14.00 – 15.30 Block III –

Wirbelsäule/Schmerz bei Instabilität

16.00 – 17.30 Block IV –

Männersport – Frauensport?

Samstag, 9. November 2002

09.00 – 17.15 Workshops (Jeder Workshop wird insgesamt 3x wiederholt)

Sonntag, 10. November 2002

09.15 – 14.30 Aktivitäten (Römertherme Baden)

Kongresskosten

	Bei Bezahlung bis 14. Okt. 02	bei Bezahlung ab 15. Okt. 02
Gesamte Kongressdauer:	Euro 180,—	Euro 200,—
inkl. Rouge & Noir - Sektempfang		
Gesamte Kongressdauer f. VÖSM-Mitglieder:	Euro 160,—	Euro 180,—
inkl. Rouge & Noir - Sektempfang		
Tageskarten ohne Abendprogramm:		
Freitag, 8. November 2002		Euro 100,—
Samstag, 9. November 2002		Euro 100,—
Sonntag, 10. November 2002		Euro 50,—
Sonntag, 10. November 2002 (Begleitperson)		Euro 50,—
Abendprogramm:		
Fr., 8. Nov.: Rock'n Roll-Night inkl. Do & Co-Buffer (€ 35,—)		
Sa., 9. Nov.: Rouge & Noir - Sektempfang frei		

Es sind noch Anmeldungen möglich! Senden oder Faxen an:

ÖGS und VÖSM, Eva Janko, Bundessport- und Freizeitzentrum, Johann-Steinböck-Straße 5, A-2344 Maria Enzersdorf-Südstadt

Fax 0 22 36/865 875

Das S-E-T Konzept in der Sportmedizin

Von Rückenproblemen bis zur Goldmedaille mit dem S-E-T Konzept und TerapiMaster

Physiotherapeut Oddvar Knutsen hat durch das Werkzeug TerapiMaster folgende Unterstützung und Vorteile während seiner Behandlungen erlangt:

- Frühmobilisation nach Verletzungen oder Operationen
- Entlastet den Therapeuten während der Untersuchung
- Selbst bei sehr gut trainierten Athleten können "Weak Links" entdeckt werden
- Stabilisationstraining und kontrolliertes Rückentraining kann einfacher geschult werden
- Trainieren der muskulären Kontrolle in der geschlossenen kinematischen Kette.



Physiotherapeut Oddvar Knutsen betreute über lange Jahre den Alpinskifahrer Kjetil André Aamodt.

Kjetil André Aamodt ist der alpine Skirennläufer mit den meisten Erfolgen bei Weltmeisterschaften und Olympischen Spielen. Wegen seiner Rückenprobleme war seine Karriere vor 2 Jahren beinahe beendet. Stabilisierende Übungen mit TerapiMaster waren für ihn die Rettung.

Das S-E-T Konzept um den TerapiMaster hat sich sehr effektiv in der Rehabilitation nach Verletzungen bewährt z.B. bei Rückenproblemen. Im Olympiastützpunkt sind 12 TerapiMaster installiert mit denen die norwegischen Athleten und Medallengewinner der Weltmeisterschaften und Olympischen Spielen trainieren und arbeiten.



Bjørn Fossan leitender Physiotherapeut des norwegischen Olympiastützpunktes in Oslo.



Sind Sie interessiert über TerapiMaster Produkte, das S-E-T Therapiekonzept oder die Seminare und Kurse nähere Informationen zu erhalten?

Rufen Sie an, schreiben Sie ein Fax oder e-mail!

Wir freuen uns über jede Anfrage und antworten umgehend!

TERAPI MASTER®



Sling Exercise Therapy: Kraft, Stabilität und Sensomotorik für den ganzen Körper

Vertriebsbüro Österreich: INGEORG PELUCHA, 1220 Wien, Siebenbürgerstraße 48/13/4
Tel. und Fax: 01/97 46 753, Mobil: +43 (0)664 263 28 32, e-mail: ingeborg.pelucha@chello.at

Der Weg in die Zukunft

Neuwahlen. Die 6. Ordentliche Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Sportphysiotherapie (ÖGS) fand am 16. Juni 2002 im Dungal-Zentrum Gars statt.



Kainz, Bohdansky, Schober, Sturm: Locker



Pillwein, Bohdansky, Kainz: BSO-Kooperation

Nach Feststellung der Beschlussfähigkeit eröffnete Präsident Prim. Dr. Andreas Kainz die Generalversammlung und begrüßte die Anwesenden. Im „Bericht des Präsidenten“ gab Dr. Kainz einen Rückblick über die getätigte Arbeit der letzten drei Jahre und präziserte die Ziele der ÖGS für die kommenden Jahre.

Die wesentlichsten Punkte im Überblick:

- Fortführung der erstmals in Österreich genehmigten gesetzlich geregelten Sonderausbildung **SPORTPHYSIOTHERAPIE**.

- Fortführung der Ausbildung **SPORTTHERAPIE**.

- Einrichtung eines eigenen Ausbildungs-, Fortbildungs- und Seminarzentrums.

- Weiterentwicklung der Zeitung „sportphysiotherapie“.

- Kongress 2004 – 10. Kongressjubiläum (20 Jahre).

- Fortsetzung der erfolgreichen Kooperation VÖSM u. ÖGS als einzig in Österreich geltendes Markenzeichen.

- Verstärkte Zusammenarbeit mit der Österreichischen Bundessportorganisation, Vernetzung mit ÖGS-VÖSM-Kursen.

- Verstärkte Impulse im Internet.

Prim. Dr. Kainz dankte allen Vorstandsmitgliedern für die gute Zusammenarbeit. Der Dank galt auch Eva Janko für die perfekte Sekretariatsarbeit und Wolfgang Pachat für seinen Einsatz bei der Sonderausbildung Sportphysiotherapie.

Kassier OA Dr. Walter Bily verlas seinen Bericht, die Rechnungsprüfer bestätigten, dass die Finanzen geprüft und in Ordnung befunden wurden. Zunächst wurde der Kassier und dann der gesamte Vorstand entlastet.

Der neue ÖGS-Vorstand wurde verändert und erweitert. Der neue Wahlvorschlag wurde zur Abstimmung gebracht und einstimmig angenommen. Der neue und alte Präsident hieß die neuen Vorstandsmitglieder willkommen.

Der neugewählte ÖGS-Vorstand:

PRÄSIDENT

Prim. Dr. Andreas KAINZ
Facharzt für physikalische Medizin,
Neue Wiener Privatklinik

1. VIZEPRÄSIDENT

Prim. Univ. Doz. Dr. Thomas BOCHDANSKY
Facharzt für physikalische Medizin,
Landeskrankenhaus Feldkirch und Rankweil

2. VIZEPRÄSIDENT

Prim. DDr. Mag. Anton WICKER
Facharzt für physikalische Medizin u. Rehab.
Landeskrankenhaus Salzburg

3. VIZEPRÄSIDENT

Silvia KOLLOS
Dipl. Physiotherapeutin/Feldkirch

4. VIZEPRÄSIDENT

Franz ISTVAN
Sportmasseur/Krems

SEKRETÄR

Wolfgang PACHATZ
Dipl. Physiotherapeut/Wien

SEKRETÄR-STELLVERTRETER

Dr. Doris WINKLER
Facharzt für physikalische Medizin/Wien

KASSIER

Dr. Lukas TRIMMEL
Facharzt für physikalische Medizin,
Wilheminspital/Wien

KASSIER-STELLVERTRETER

Christine SCHOBER
Dipl. Physiotherapeutin/Oberwart

RECHNUNGSPRÜFER

Dieter SLAVIK
Sporttherapeut, Sportmasseur/Ternitz

SCHRIFTFÜHRER

Dr. Ursula HOFMANN
Facharzt für physikalische
Medizin und Rehab/Wien

SCHRIFTFÜHRER-STELLVERTRETER

Eva JANKO
Sekretariat ÖGS-VÖSM/Südstadt

BEIRÄTE

Univ. Prof. Dr. Günther AMESBERGER
Psychologe, Österr. Institut f. Sportmedizin/Wien

Dr. Christian ANGLEITNER

Univ. Prof. Dr. Karl BENEDETTO
Facharzt f. Unfallchirurgie, KH Feldkirch

Prim. Univ. Prof. Dr. Alfred ENGEL

Facharzt für Orthopädie,
SMZ Ost – Donauspital Wien

HR Driektor Dr. Heinz ERTL

Direktor d. Univ. Sportzentrums,
Verband d. Leibeserzieher Österreich/Wien

Sekt. Chef. Dr. Wolf FRÜHAUF

Leiter d. Präsidialsektion
Bundesmin. f. Bildung, Wissenschaft u. Kultur

Univ. Prof. Dr. Paul HABER

Facharzt f. Innere Medizin
Klinik f. Innere Medizin IV AKH-Wien

Prim. Dr. Winfried HABELSBERGER

KRH d. Elisabethinen/Linz

Dr. Klaus HOHENSTEIN

Facharzt für physikalische Medizin u. Rehab.
SMZ Ost – Donauspital Wien

Prof. Hans HOLDHAUS

Direktor d. Institutes f. med. u. sportwissen-
schaftliche Beratung/Südstadt

Prim. Univ. Prof. Dr. Hans Paul KUTSCHERA
Facharzt für Orthopädie/Wien

OA Dr. Hans MALUS

Facharzt für physikalische Medizin
Referat f. Sportmedizin i. d. Ärztekammer
Wien

Dr. Walter PILLWEIN

Generalsekretär d. Österreichischen
Bundessportorganisation/Wien

Univ. Prof. Dr. Rudolf SCHABUS

Facharzt f. Unfallchirurgie – AKH Wien

Univ. Prof. Dr. Peter SCHMID

Facharzt f. Innere Medizin,
Rehab. Zentrum Austria/Bad Schallerbach

Prim. Doz. Dr. Reinhard SUCKERT

Facharzt f. Unfallchirurgie/Linz

Roman STURM

Dipl. Physiotherapeut/Baden

Min. Rat Dr. Bernhard TACHEZI

Wien

HR Dr. Rudolf THURI

Wr. Neustadt

Dr. Leo WALLNER

Präsident des ÖOC,
Generaldirektor Casino Austria/Wien

Univ. Prof. Dr. Reinhard WEINSTABL

Facharzt f. Unfallchirurgie AKH-Wien

EHRENPRÄSIDENT

Prim. Doz. Mag. Dr. Helmut KERN

Facharzt f. physikalische Medizin Wilheminen-
spital/Wien

Josef FLENNER

Sportmasseur/Wien



Die Sportmasseure
nach der
Diplom-Übergabe

Sportmasseur-Ausbildung

Abschlussprüfungen 2002

Der 23. Sportmasseur-Ausbildungslehrgang der VÖSM wurde am 29. Juni 2002 mit den Abschlussprüfungen und Diplom-Überreichungen beendet. Von den ursprünglich 35 gemeldeten Teilnehmern sind 34 zur Abschlussprüfung angetreten. Eine Teilnehmerin schied freiwillig aus. Vier Teilnehmer(innen) wurden in Teilbereichen zu einer Nachprüfung zurückgestellt.

Nachfolgenden 30 Absolventen gratuliert die VÖSM und ÖGS nochmals herzlich zur bestandenen Sportmasseurprüfung!

Mit „ausgezeichnetem Erfolg“ haben bestanden: Grameld Sonja, Güldner Regina, Haslauer Konstantin, Kacal Andreas, Kreicy Christian, Leberzipf Paul, Malo-ger Martin, Riesner René, Simicic Alexandra, Steinbichler Alexander, Wallner Karin und Stubenvoll Josef, wobei Kacal Andreas und Riesner René durchwegs mit der Note „Sehr gut“ brillierten.

Mit „gutem Erfolg“ und schlicht und einfach „bestanden“ haben:

Erndl Sonja, Fruhmann Silvia, Haslauer Sabine, Herzog Hannes, Hinterreither Marina, Hölbling Eva-Maria, Matkov Irina, Orendi Kerstin, Pölzl Thomas, Ratzinger Andreas, Rindhauser Daniel, Sanda Manfred, Schuh-

Bernhard, Spatny Anton, Stadelmann Petra, Swoboda Ludowika, Wagner Christoph und Kendlbacher Silvia. Resümé: Die Zusammenarbeit mit dem Sportmasseurteam bestehend aus Horst Pörschacher, Dieter Slavik, Harald Bärenthaler und Elfriede Hana und den Teilnehmern war, wie in den Jahren zuvor, wieder sehr harmonisch, das hohe Ausbildungsniveau wurde, wie aus den Prüfungsergebnissen ersichtlich, durchwegs gut bewältigt.

Der Praxiseinsatz beim Vienna City-Marathon wurde mit großem Engagement und Begeisterung von den Probanden durchgeführt, was die Marathonteilnehmer mit viel Lob und Anerkennung honorierten.

Wie in den Jahren zuvor sind die Teilnehmer dieses Kurses wieder zu einer verschworenen Gemeinschaft zusammengewachsen und wir sind sicher, dass die Kontakte zueinander aufrecht erhalten bleiben. Wir wünschen den frisch gebackenen Sportmasseuren/innen alles Gute und viel Erfolg in ihrer zukünftigen Arbeit. An dieser Stelle sei dem Sportmasseurteam und den Referenten für ihren unermüdlichen und großartigen Einsatz ein großer Dank ausgesprochen.

Am 7. September 2002 erfolgte der Start zur nächsten Sportmasseurausbildung. Viel Erfolg!

Bestens versorgt

Großglocknerlauf 2002. Bewährtes VÖSM-Team im Einsatz.

Am 23.6.2002 war es wieder soweit. Zum 2. Mal fand der Großglocknerlauf mit Start in Ferleiten und Ziel beim Fuschertörl statt. Auch heuer war wieder ein Team von VÖSM-Masseuren dabei und sorgte für die Betreuung der Läufer im Zielbereich. Das Team bestand heuer aus den bereits aus dem Vorjahr bewährten Kräften Rudi Hiess, Herbert Kipferling, Georg Müller und wurde, da Christoph Brunner heuer aus beruflichen Gründen nicht teilnehmen konnte, durch Josef Stubenvoll ergänzt. „Stubi“ fügte sich ausgezeichnet in unsere Gruppe ein und seine „grauen Zellen“ wurden an diesem Wochenende offenbar so angeregt, dass er eine Woche später auch die Prüfung zum „Dipl. Sportmasseur“ mit „ausgezeichnetem Erfolg“ abschließen konnte.

Am Hauptlauf nahmen über 1.100 Läufer teil. Der Sieger Jan Blaha benötigte für die Strecke von 12,8 km 1:00:52. Österr. Staatsmeister und Zweiter wurde Alois Redl aus Gmünd/NÖ in 1:01:01. Staatsmeisterin über 7,8 km (vom Piffkar zum Fuschertörl) wurde Andrea Mayr in 42:30. Bei den Junioren über dieselbe Strecke siegte Herbert Kopp in 45:08.



Wenn man die Bedingungen, unter denen die beiden bisher stattgefundenen Läufe vergleicht, könnte man meinen, der Wettergott hätte eine Anleihe beim Motto unseres heuer im November stattfindenden Kongresses „komplementär – konträr“ genommen. Denn unterschiedlicher könnten die Wetterverhältnisse nicht sein. Fielen im Vorjahr während des Laufes ca. 20 cm Neuschnee, so hatten wir heuer herrlichsten Sonnenschein, ausgezeichnete Fernsicht, um 9 Uhr bereits 23 °C beim Fuschertörl, und die Edelweißspitze zeigte sich bei wolkenlosem Himmel.

Für die Läufer bedeutete das allerdings, dass sie statt mit extremer Kälte, Nässe und sehr schweren Bodenverhältnissen wie im Vorjahr, heuer mit Hitze, direkter Sonneneinstrahlung und damit vermehrtem Flüssigkeitsverlust zu kämpfen hatten. Wir konnten die Läufer jedoch unter Zuhilfenahme der Produkte von NAWA (Regenerationslotion) und SANOVA (Flector) bestens versorgen und die auftretenden Muskelverhärtungen, Krämpfe sowie Beschwerden als Folge der Überbeanspruchung durch das Bergauflaufen beseitigen. *Rudi Hiess*

Einsatz: Das Team
der VÖSM-Masseure
am Großglockner

NLP im Sport

und der Betreuung von Sportler/Innen

Kursinhalte:

Wiederholung der Basisfertigkeiten, zielorientiertes Planen und Handeln, Zustandsmanagement, Trance und hypnotherapeutische Ansätze für Entspannung und Leistung, Glaubenssätze und Werte, Anleitung zur Verarbeitung von Misserfolgen, Umgang mit Unfällen und Verletzungen

Termin und Seminarzeiten: 2 x 8 UE à 45 Min.

Samstag, 26. Oktober 2002

10.00 bis 13.00 und 15.00 bis 18.00 Uhr

Sonntag, 27. Oktober 2002

10.00 bis 13.00 und 15.00 bis 18.00 Uhr

Kursort: Sportzentrum Skarics 2483 Ebreichsdorf, Bahnstraße 36, Telefon 02254/75141

Quartier: im Sportzentrum Skarics möglich, bei Bedarf gleich selbst reservieren Tel.Nr. siehe oben

Kurskosten: Für Mitglieder Euro 130,-, für Nichtmitglieder Euro 160,-

Referent: Dr. med. Peter-Kurt Österreicher

Anmeldung: bei der VÖSM, 2346 Südstadt, Johann Steinböck-Str. 5, Tel. u. Fax 02236/865875, E-Mail: oegs-voesm@kabsi.at

Anmeldung gilt nur nach Einzahlung der Kurskosten an die VÖSM bei der PSK, BLZ 60000, Kto. Nr. 92094141

Fortbildungskurs in Fußreflexzonenmassage

Termin:

1. und 2. Teil:

1. – 4. Mai 2003

Kurszeiten:

Samstag, 09.00 bis 18.15 Uhr

Sonntag, 09.00 bis 13.00 Uhr

(insgesamt 15. UE à 45 Min. pro Kurs)

Referent: Hans Schwarz, Masseur und Therapeut für Reflexzonenmassage und chinesisch-energetische Akupunktmassage

Kursort: Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf, Bahnstraße 36, Tel. 02254/75141

Quartier: Im Sportzentrum Skarics möglich, bei Bedarf Reservierung unter obiger Telefonnummer selbst vornehmen!

Kurskosten:

Für Mitglieder pro Kurs 145,- Euro, für Nichtmitglieder 185,- Euro

Teilnehmerzahl:

Mindestens 12 Personen, maximal 26 Personen

Nähere Details in der nächsten Ausgabe Sportphysiotherapie im Dezember 2002!

Bindegewebs-Massage

Klassische Form mit praktischen Erweiterungen gemäß den Anforderungen nach BGBl. 618/93, Prüfungsverordnung

Stundenanzahl: 60 UE à 45 Minuten

Termine (1. und 2. Teil): Frühjahr – Sommer 2003 auf Anfrage bei der VÖSM und ÖGS! Genaue Terminbekanntgabe in der Ausgabe Dezember 2002

Referent:

Ing. Franz Josef Eberling

Kursort:

Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf, Bahnstraße 36, Telefon 02254/75141

Quartier: im Sportzentrum Skarics möglich, bei Bedarf bitte selbst reservieren, Tel. 02254/75141

Kurskosten:

Für Mitglieder Euro 320,-, für Nichtmitglieder Euro 370,-

Anmeldung: bei der VÖSM,

Johann Steinböck-Straße 5, 2346 Südstadt, Telefon und Fax: 02236/865 875,

E-Mail: oegs-voesm@kabsi.at

Nähere Details in der nächsten Ausgabe Sportphysiotherapie oder vorab Info im VÖSM-Sekretariat!

Segment-Massage cuti viscerale Reflextherapie

Der Kurs entspricht den Anforderungen nach BGBl. 618/93, Prüfungsverordnung

Termin:

1. Teil: 8.–9. 2. 2002

2. Teil: 29.–30. 3. 2002

3. Teil: 26.–27. 4. 2002

Kurszeiten:

Am ersten Kurstag Beginn um 8.30 Uhr und am letzten Kurstag Ende gegen 17.00 Uhr

Kursort: Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf, Bahnstraße 36, Tel. 02254/75141

Quartier: Im Sportzentrum Skarics möglich, bei Bedarf bitte selbst reservieren Tel. 02254/75141

Kurskosten:

Für Mitglieder Euro 290,-, für Nichtmitglieder Euro 340,-

Referent:

Ing. Franz Josef Eberling

Anmeldung: bei der VÖSM, Johann Steinböck-Straße 5, 2346 Südstadt,

Telefon und Fax: 02236/865 875,

E-Mail: oegs-voesm@kabsi.at

Nähere Details in der nächsten Ausgabe Sportphysiotherapie oder vorab Info im VÖSM-Sekretariat!

Seminar für Beschreibende-, Funktionelle- und Anatomie in Vivo

Ein Seminar der besonderen Art

mit **Dr. Rainer Gumpert**

Seminarinhalt:

Verknüpfung theoretischer Kenntnisse aus Anatomie mit der Praxis im Sinne einer exakten Palpation der anatomischen Strukturen, die Basis für alle Disziplinen, die sich mit dem Bewegungsapparat in irgendeiner Weise auseinandersetzen.

Termin: **23. – 24. November 2002**

Kursort:

Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf,
Bahnstraße 36, Tel. 02254/75141

Gesamtstunden: 16 UE – á 45 Min.

Kurskosten:

Für Mitglieder Euro 131,-,
für Nichtmitglieder Euro 168,-

Anmeldungen: bei der VÖSM,
Johann Steinböck-Straße 5, 2346 Südstadt,
Telefon und Fax: 02236/865 875,
E-Mail: oegs-voesm@kabsi.at

Lasertherapie im Sport

Mit Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten für Masseur, Dipl.Physiotherapeuten und Ärzte

Termin: **22. – 24 März 2003**

vorläufige Stundeneinteilung:

Freitag 16.00 -20.00 Uhr Ausbildung zum
Laserschutzbeauftragten mit Zeugnis
Samstag 9.00 -17.00 Uhr Lasertherapie im Sport
Sonntag 9.00-14.00 Uhr Lasertherapie im Sport

Seminarort: Hotel Stoderhof Hintertoder,
Fam. Fruhmann, Tel. 07564/5266 –
Quartier im Hotel Stoderhof möglich,
Einzelzi. 75,- Euro HP, Doppelzi. 69,- Euro VP

Referent: Dr. Holger Grassner,
Arzt für Allgemeinmedizin, Sportarzt und
Teamarzt des österreichischen Skiverbandes

Seminargebühr: Für Mitglieder 190,- Euro,
für Nichtmitglieder 220,- Euro

Anmeldung: bei VÖSM-ÖGS,
2346 Südstadt, Johann Steinböck-Str. 5,
Telefon und Fax: 02236/865 875 oder
E-Mail: oegs-voesm@kabsi.at

Nähere Details in der nächsten Ausgabe Sportphysiotherapie im Dezember 2002!

Tapeseminar 2002

mit **Herbert Schantl** (Fa. Beiersdorf)

Termin:

19. – 20. Oktober 2002

Beginn:

Samstag, 19. Okt.2002, 9.00 Uhr

Ende:

Sonntag, 20. Okt. 2002, 12.00 Uhr

Kursort:

Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf,
Bahnstraße 36, Telefon 02254/75141

Kurskosten:

Für Mitglieder Euro 110,-,
für Nichtmitglieder Euro 145,-

Anmeldung:

Bis spätestens 4. Oktober 2002 bei der VÖSM,
2463 Südstadt, Johann Steinböck-Straße 5,
Telefon und Fax: 02236/865 875 oder
E-Mail: oegs-voesm@kabsi.at

Gezielte Tiefenmassage korrespondierender Zonen

nach **Dr. med. Harry Marnitz**

In 3 aufeinanderfolgenden Kursen (nähere Details
in der nächsten Ausgabe Sportphysiotherapie oder
vorab Info im VÖSM-Sekretariat!

Termine (Kurs 1, 2, 3):

Kurs 1: 8.–9. Februar 2003; Kurs 2: 29.–30. März 2003;
Kurs 3: 26.–27. April 2003.

Unterrichtszeiten:

Sa. 8.30 – 20.00 Uhr, So 8.30 – 16.00 Uhr

Stunden: insgesamt 60 UE – 45 Min. (3 x 20 UE)

Referent: Gerhard Methlagl/Vorarlberg,
Lehrreferent für Marnitz-Therapie

Kurskosten:

Für VÖSM-Mitglieder Euro 330,-,
für Nichtmitglieder Euro 399,-
Der Lehrgang kann nur im Gesamten gebucht werden.

Kursort: Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf,
Bahnstraße 3, Telefon 02254/75141

Anmeldung: bei der VÖSM, 2346 Südstadt,
Johann Steinböck-Str. 5, Tel. u. Fax 02236/865875,
E-Mail: oegs-voesm@kabsi.at

Fortbildungsseminar Osteopathische Mobilisationstechniken (O.M.T.)

Inhalte:

- I.) Befunderhebung von funktionellen Störungen am Bewegungsapparat. Wobei hier auf die Fortleitung von Traumata über die gesamten Bewegungsketten verstärkt eingegangen wird.
- II.) Mobilisationstechniken für Hand, Ellbogengelenk, Schulter, Schultergürtel, Fußwurzel, Sprunggelenk, Knie, Hüfte, Becken, Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule.
- III.) Mobilisierendes Arbeiten an myofascialen Strukturen zur Wiederherstellung der Gleitebenen zwischen den Gewebeschichten.

Termin:

10. – 11. Mai 2003

Das Fortbildungsseminar kann nur im Gesamten gebucht werden.

Kurszeiten:

Samstag 9.00 – 12.00, 14.00 – 18.00 Uhr
Sonntag 9.00 – 12.00, 14.00 – 18.00 Uhr

Kursort:

Sportzentrum Skarics, Bahnstr. 36, 2483 Ebreichsdorf,
Tel. 02254/75141

Quartier:

Im Sportzentrum Skarics möglich, bei Bedarf bitte unter obiger Telefonnummer selbst reservieren!

Kurskosten: Für Mitglieder Euro 250,—,
für Nichtmitglieder Euro 300,—

Referent: Prim. Dr. Andreas Kainz

Anmeldungen:

bei der ÖGS,
Johann Steinböck-Straße 5, 2346 Südstadt
Telefon und Fax: 02236/865875
E-mail: oegs-voesm@kabsi.at

Fortbildungskurs in Myofasciale Techniken

Kursinhalt:

Bei Sportverletzungen kommt es häufig zu Störungen im Bereich des myofascialen Systems. Verletzungen an den Faszienstrukturen führen trotz intakter Gelenke zu Einschränkungen der normalen „Range of motion“ und zu Schmerzsyndromen, die durch keine andere Techniken zu beseitigen sind.

Ziel der Therapie ist, die Gleitebenen im Gewebe wiederherzustellen.

Termin:

31. Mai – 1. Juni 2003

Kurszeiten:

Samstag 9.00 bis 18.00 Uhr
Sonntag 9.00 bis 13.00 Uhr

Referent:

Prim. Dr. Andreas Kainz

Veranstalter:

Österreichische Gesellschaft für Sportphysiotherapie,
Johann Steinböck-Straße 5, 2346 Südstadt
Telefon und Fax: 02236/865875
E-mail: oegs-voesm@kabsi.at

Kursort:

Sportzentrum Skarics, Bahnstr. 36, 2483 Ebreichsdorf,
Telefon 02254/75141

Quartier:

Im Sportzentrum Skarics möglich, bei Bedarf unter obiger Telefonnummer selbst reservieren.

Kursgebühr:

Für Mitglieder Euro 250,—,
für Nichtmitglieder Euro 300,— einzuzahlen bei der
CA-BV., BLZ 11000, Kto-Nr. 017835638/00
an ÖGS, 2346 Südstadt

Anmeldung:

bei der ÖGS siehe oben „Veranstalter“!

Fortbildungskurs Manuelle Lymphdrainage

Komplexe physikalische Entstauungstherapie (ML/KPE)

Unterrichtsdauer: insgesamt 180 Unterrichtseinheiten
Teil I: Basiskurs · Teil II: Therapiekurs

Termin:

1. Kurs – Basiskurs: 17. – 25.01.2003
mit Arztunterricht

2. Kurs – Therapiekurs: 14. – 22.02.2003
mit Arztunterricht und ärztl. Prüfung

Referent: Günther Bringezu/Ostseeklinik Damp

Arzt: Dr. Jürgen Borschke

Kursbeginn: beide Kurse jeweils Freitag, 9.00 Uhr

Kurskosten: Für Mitglieder Euro 920,-,
für Nichtmitglieder Euro 990,-

Anmeldeschluss: 23.12.2002

Kursort: Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf,
Bahnstraße 36, Tel. 02254/75141

Quartier: im Sportzentrum Skarics,
bei Bedarf bitte direkt anmelden (Tel. 02254/75141)

Anmeldung: gilt nur mit Einzahlung der Kursgebühr
auf das Konto der VÖSM

bei der PSK, BLZ 60000, Kto. Nr. 92094141

Storno: Stornierungen müssen bis 23.12.2002 schriftl.
bekanntgegeben werden (Stornogebühr Euro 72,-)

Refreshing-Seminar in Manueller Lymphdrainage

Fortbildung für Absolventen in Manueller Lymphdrainage

Themen:

a) Kompressionstherapie der oberen und unteren
Extremitäten in Theorie und Praxis (Samstag/Sonntag)

b) Kontraindikation/Vorsichtsmaßnahmen im Zuge
der Behandlung von Lymphoedemen (Sonntag)

z. B. Thermotherapie/Massagen etc.
sowie Alternativvorschläge

Termin: 22. – 23.02.2003

Kursbeginn: **Samstag: 22.02.2003**, 9.00 – 17.00 Uhr
Sonntag: 23.02.2003, 9.00 – 13.00 Uhr

Kursort: Sportzentrum Skarics, 2483 Ebreichsdorf,
Bahnstraße 36, Tel. 02254/75141

Referent: Günther Bringezu/Ostseeklinik Damp 2000

Kurskosten: Für Mitglieder Euro 120,-,
für Nichtmitglieder Euro 160,-

Quartier: im Sportzentrum Skarics möglich,
bei Bedarf bitte selbst reservieren (Tel. 02254/75141)

Anmeldung: Gilt nur nach Einzahlung der Kurs-
gebühr auf das Konto der VÖSM

bei der PSK, BLZ 60000, Kto. Nr. 92094141

Durchführung des Refreshing-Kurses hängt jeweils von der
genügenden Teilnehmeranzahl des unmittelbar vorher statt-
findenden Lymphdrainage-Kurses ab.

manches
möglich
machen...



... wie die entscheidenden
Hundertstel. Optimales Training
und beste Betreuung kosten viel
Geld. 2001 erhielt die Sportförde-
rung von den Österreichischen
Lotterien rund EUR 34,9 Millionen.


österreichische
LOTTERIEN

Cranio-Sacrale Therapie

Kursprogramm 2002

- **CranioSacrale Therapie
Einführungskurse**

Klagenfurt	17. – 22. 9. 2002
Salzburg	1. – 6. 10. 2002
Innsbruck	12. – 17. 11. 2002

- **Viszerale Manipulation**

Innsbruck	6. – 11. 11. 2002
-----------	-------------------

Informationen anzufordern bei



**UPLEDGER
INSTITUT
ÖSTERREICH**

Mondscheingasse 8, 8010 Graz
Tel. u. Fax 0316 / 76 09 61
e-mail: upledger@styria.com

2002 / 2003

Auf einen Blick: Alle wichtigen Termine und Kurse der VÖSM und der ÖGS

VÖSM

04. – 06.10. Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 2. Grundkurs
10. – 13.10. Manipulativmassage nach Dr. Terrier
– Dr. Mathias Schmidt/Hamburg 1. Teil
19. – 20.10. Tape-Kurs
– Herbert Schantl
26. – 27.10. Neurolinguistisches Programmieren (NLP)
– Dr. Peter-Kurt Österreicher
- 15.-17.11. Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 3. Grundkurs
21. – 24.11. Manipulativmassage nach Dr. Terrier
– Dr. Mathias Schmidt/Hamburg 2. Teil
23. – 24.11. Beschreibende-, Funktionelle- u.
Anatomie in vivo
– Dr. Rainer Gumpert/Graz
13. – 15.12. Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 4. Grundkurs
- 17.– 25.1.03 Manuelle Lymphdrainage Teil 1
– Günther Bringezu/Deutschland
- 31.1.-2.2.03 Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 5. Grundkurs
- 08.–09.2.03 Gezielte Tiefenmassage korres. Zonen
nach Marnitz Teil 1
– Gerhard Methlagl
14. – 22.2.03 Manuelle Lymphdrainage Teil 2
– Günther Bringezu/Deutschland
22. – 23.2.03 Refreshing-Manuelle Lymphdrainage
– Günther Bringezu/Deutschland
07. – 09.3.03 Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 6. Grundkurs
15. – 16.3.03 Anatomiezusatzkurs in Innsbruck
– Ass. Prof. KH. Künzel
21. – 23.3.03 Lasertherapie im Sport mit Ausbildung
zum Laserschutzbeauftragten
– Dr. Holger Grassner/Hinterstoder
u. Dipl. Ing. Brusl/AUVA
29. – 30.3.03 Gezielte Tiefenmassage korres. Zonen
nach Marnitz Teil 2
– Gerhard Methlagl
11. – 13.4.03 Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 7. Grundkurs
26. – 27.4.03 Gezielte Tiefenmassage korres. Zonen
nach Marnitz Teil 3
– Gerhard Methlagl
01. – 04.5.03 Fußreflexzonenmassage 1. u. 2. Teil
– Hans Schwarz
16. – 18.5.03 Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 8. Grundkurs
+ Praxis Wien-Marathon
13. – 15.6.03 Sportmasseurausbildung 2002 / 2003
– 9. Grundkurs
28. Juni 03 Abschlussprüfung Sportmasseurausb.

Weitere Kurse Frühjahr/Sommer 2003:
(genaue Termine auf Anfrage bei der VÖSM!)

Bindegewebs-Massage
– Ing. Franz Josef Eberling

Segment-Massage cuti viscerale Reflextherapie
– Ing. Franz Josef Eberling

Akupunktmassagekurs

ÖGS

10. – 11.5.03 Osteopathische Mobilisations-
techniken (O.M.T.)
– Prim. Dr. Andreas Kainz
- 31.5.–01.6.03 Myofasciale Techniken
– Prim. Dr. Andreas Kainz

Sonderausbildung Sportphysiotherapie

Hinweis: Alle aufgelisteten Kurse können von Ärzten und
Dipl. Physiotherapeuten auch einzeln besucht werden!
Anfrage im Sekretariat der ÖGS

5. Kurs: **Trainingslehre, Leistungsphysiologie**
08. – 10.11. – Mag. W. Schwarz, Univ. Prof. Dr. P. Haber
6. Kurs: **REGENERATION IM SPORT:**
06. – 08.12. **Physikalische Maßnahmen**
– OA. Dr. Walter Bily
Lasertherapie – Dr. Holger Grassner
Wettkampfvorbereitung u. Nachsorge,
Workshop Sauna
– DP S. Kollo, DP Chr. Schober
Schmerz – Prim. Dr. Andreas Kainz

2003

7. Kurs: **Osteopathie unter besonderer Berücksichtigung der Faszientchnik**
11./12.01. – Primarius Dr. Andreas Kainz
8. Kurs: **Manuelle Lymphdrainage**
25. – 26.01. – Günther Bringezu/Deutschland
9. Kurs: **Trainingstherapie, therap. Training,**
14. – 16.02. **Behandlungskonzepte**
– DP Silvia Kollo
10. Kurs: **Sportpsychologie, Ernährung**
15./16.03. – Prof. Dr. G. Amesberger, Dr. V. Veitl
11. Kurs: **Sportspezifische Massagetechnik**
05./06.04. – Sportmasseur Horst Pörschacher
12. Kurs: **Leistungsdiagnostik, Sportmotorik**
9. – 11.05. **in Theorie und Praxis**
– Prof. Hans Holdhaus
13. Kurs: **Biomechanik und Muskelphysiologie**
27./28.09. – Dr. Christan Haid u. Dr. Arnold Koller
14. Kurs: **Doping, Trainingslehre, Sportböden**
11./12.10. – Prof. H. Holdhaus, Mag. W. Schwarz,
G. Insam
- 15./16.11. **Abschlussprüfung**

.....
**Neustart der Sonderausbildung SPORTPHYSIO-
THERAPIE ab Jänner 2003. Bitte voranmelden!**
.....

**Neustart der Ausbildung SPORTTHERAPIE
ab März 2003. Bitte voranmelden!**
.....

