

## Fasziendistorsionsmodell nach Typaldos im Routinebetrieb eines Ambulatoriums

Lukas Gallei

Im Ambulatorium für Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR) der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) wurde das Fasziendistorsionsmodell (FDM) nach Stephen Typaldos [6] auf seine Anwendbarkeit im ambulatorischen Setting getestet. FDM hat sich als schlüssiges und hilfreiches manualtherapeutisches Konzept bewährt. Als effektive Kurzzeit-Schmerztherapie führte es neben einer Arbeitsentlastung innerhalb der Teams des Ambulatoriums zu einer Verkürzung der Krankheitsdauer der Patienten.

### Anwendung des FDM

Das Fasziendistorsionsmodell ist eine Betrachtungsweise, in der Verletzungen und andere Krankheitsbilder auf eine oder mehrere von 6 spezifischen Verformungen des Bindegewebes zurückgeführt werden. Die manualtherapeutische Readjustierung dieser Verformungen erfolgt durch tiefe Bindegewebstechniken, Reponierung von Hernien und Gelenkmobilisation. Hilfsmittel wie Nadelmatte, Schröpfköpfe oder Inversionstische [4] werden eingesetzt.

### Ambulatorium für Physikalische Medizin

Die medizinischen Einrichtungen der BGKK bestehen seit den 1930er-Jahren und versorgen – für die Patienten kostenfrei – die Bezirke des Nordburgenlands. 1996 wurde das heutige Ambulatorium für PMR in Betrieb genommen. Auf einer Betriebsfläche von 2700 m<sup>2</sup> beherbergt

das Haus alle Aspekte der klassischen physikalischen Medizin: Unterwassertherapie, Heilmassage, Peloidanwendung und Infrarotbestrahlung als deren Vorbereitung, Elektrotherapie sowie Physiotherapie mit besonderer Betonung von Trainingstherapie und neurophysiologischen Bewegungsübungen.

In den beiden Arztordinationen des Ambulatoriums erfolgen **Begutachtung**, **Erstbehandlung** (vorrangig akute Schmerztherapie), neurophysiologische **Diagnostik** und **Verordnung** weiterführender physikalisch medizinischer Maßnahmen. Das medizinische Team besteht aus 2 Ärzten, 8 Physiotherapeuten sowie je 7 medizinisch-technischen Fachkräften und Heilmassagisten. Patientenzuweisungen erhält das Ambulatorium primär aus dem niedergelassenen (Fach-)Arztbereich und dem Krankenhaus Eisenstadt (Schwerpunkt Unfallchirurgie und Orthopädie). Darüber hinaus können Patienten die medizinischen Einrichtungen der BGKK auch ohne Zuweisung in Anspruch nehmen. Das Patientenspektrum reicht von Kindern mit juvenilem Rheuma und Wirbelsäulenachsenabweichungen bis zu hoch betagten Menschen mit neurologischen, internistischen und geriatrischen Krankheitsbildern. **Schmerz** stellt das Leitproblem im alltäglichen Patientenauftreten dar.

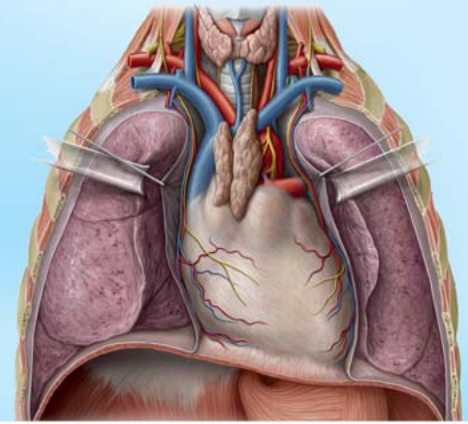
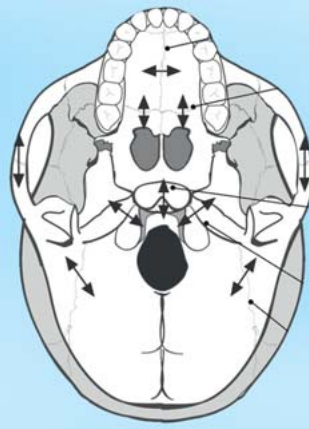
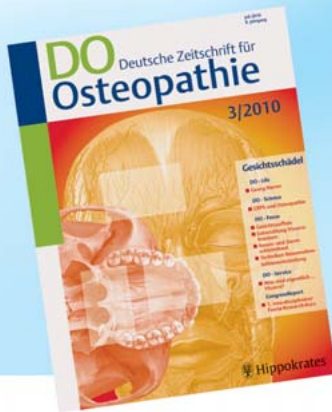
### Therapie nach dem FDM

Spätestens seit Mitte der 1990er-Jahre sind **Manualtherapie** und **Regionalanästhesie** die wesentlichen medizinischen Methoden in der ambulatorischen Fach-

arztordination. In zunehmendem Maße wurden osteopathische Therapieansätze hinzugenommen, wobei die durchschnittliche Patienten-Kontaktzeit von 8–10 min hier einen limitierenden Faktor darstellt. Echte osteopathische Arbeit – im Sinn der klassischen Still'schen Ansätze [3] – ist in diesem ambulatorischen Setting nur sehr eingeschränkt möglich. Mitte 2010 wurde die Manualtherapie nach dem **Fasziendistorsionsmodell** von Stephen Typaldos (daher oft auch als Typaldos-Methode bezeichnet) zunächst in einer der Facharztordinationen für 3 Monate auf ihre Anwendbarkeit im ambulatorischen Setting getestet. Aufgrund der guten Erfolge kam es in der Folge zur Vergrößerung des FDM-Teams auf 4 Therapeuten, die eng zusammenarbeiten.

Die Patienten werden vom Facharzt für Physikalische Medizin erstbegutachtet und bei Bedarf noch in derselben Sitzung von ihm mit FDM behandelt. Weitere Therapien werden an das FDM-Team delegiert, wobei jedes Teammitglied direkt (nur durch eine Schiebetür getrennt) mit dem Facharzt in Verbindung steht. Kurzfristige ärztliche Konsultationen und Rückfragen – auch während laufender Therapie – sind dadurch jederzeit innerhalb des Teams möglich.

Im PMR-Ambulatorium der BGKK werden im Jahresdurchschnitt etwa 150 000 physikalisch-medizinische Therapien durchgeführt. Im Zeitraum Mai 2010 bis August 2011 erhielten 2495 Patienten (1005 Männer mit einem Altersdurchschnitt von 51,7 Jahren und 1490 Frauen



mit einem Altersdurchschnitt von 51,4 Jahren) insgesamt 12290 manualtherapeutische Behandlungen mit FDM.

### Fazit

FDM hat sich als ein **konzises manualtherapeutisches Konzept** bewährt, das in einem Frontbetrieb der Sozialversicherung mit entsprechend kurzem Patientenkontakt schlüssig angewendet werden kann. FDM ist in hohem Maße ergebnisorientiert und kommt wohltuend ohne alle raumgreifenden und zeitfordernden alternativmedizinischen Ansprüche aus.

Das Ambulatorium konnte seit Einführung des FDM nicht nur eine 2-stellige **Steigerung des Umsatzes** erzielen, sondern auch die durchschnittliche Dauer der **Krankensstände** der behandelten Patienten zeigte sich tendenziell **verkürzt**.

FDM hat sich im ambulanten Einsatz als effektive Kurzzeit-Schmerztherapie bewährt und FDM verleitet – schon allein aufgrund seiner methodischen Natur – die Patienten nicht dazu, häufiger als unbedingt nötig wiederzukommen.

Der augenscheinlichste hausinterne Effekt des FDM ist die **Entlastung** der einzelnen Abteilungen. Durch die kurzfristige und direkte Schmerztherapie in der Facharztordination wurden Physiotherapeuten, Heilmassseure und medizinisch-technische Fachkräfte im Sinne ihrer eigentlichen Kernkompetenzen freigespielt.

### Arzt-Patienten-Gespräche im FDM

Die naiv, freundliche Frage des Mediziners an den Patienten „Was kann ich für Sie tun?“ wird zumeist durch den sonoren Aufschlag einer satt gefüllten Befundmappe auf dem Schreibtisch des Arztes quittiert. Der aufmunternd erwartungsvolle Blick des Patienten gemahnt dabei an eine

der noblen Aufgaben der Medizin: nämlich (frei nach Voltaire [7]) den Patienten solange zu unterhalten, bis ihn die Natur geheilt hat.

Das Zutage-Fördern immer „wertvollerer“ (weil schließlich aus der Universitätsklinik stammenden) medizinischer Statements zeugt vom menschlichen **Bedürfnis nach Identifikation** und Statussymbolen. Diese lassen sich besonders leicht im heutigen Massenaufreten der bildgebenden Verfahren finden. MRI & Co. scheinen dem Patienten zumindest eine Idee von seinen Symptomen zu vermitteln. Der Autor fühlt sich dabei (je nach Tagesverfassung) an seine Zeit im althumanistischen Ordensgymnasium erinnert; das Naheverhältnis von „Idee“ und „Bild“ behandelte bekanntlich bereits Platon in seinem Höhlengleichnis [5].

Ein ärztlicher Befund lässt Sicherheit entstehen, v.a. dann, wenn die honorige Kollegenschaft – Konsultation für Konsultation – die Befundung des „Vordredners“ gewissenhaft und perseverierend kopiert. Diese Sicherheit führt beim Patienten zur impliziten Hoffnung auf eine Antwort nach dem Warum und Woher der Symptome. Der Aberglaube des „erklärbar ist heilbar“ beruht wohl auf einem Descartes'schen Irrtum [2]. Das „Cogito ergo sum“ wird zum „Ich habe Schmerz, also bin ich“ umgedeutet.

In diese „geklärten“ Fronten wird plötzlich die **pragmatische Unerhörtheit des FDM** eingebracht. Der **Paradigmenwechsel**, die mühsam auf dem grünen Tisch definierten ICD-Diagnosen durch die Betrachtung der 6 Faszienstörungen nach Typaldos zu deuten, ist in manchen Augen schlicht abwegig. Den meisten Patienten freilich ist es herzlich egal, ob ihr Schmerz als ICD 723.1 „Zervikalgie“ oder als „Star-Triggerband“ klassifiziert wird. Patienten wollen einfach keine Schmerzen mehr haben. Da bis dato noch kein Bubble-

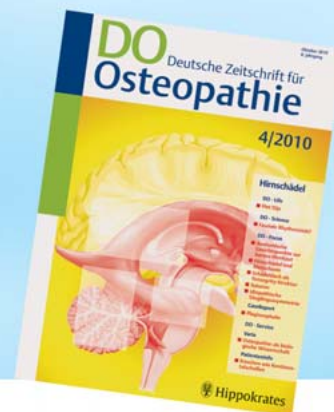
fish [1] entdeckt worden ist, der die 6 Faszienstörungen des FDM in ICD-Diagnosen übersetzt, ist bilinguales Sprechen – besonders in der Kommunikation mit den Vertretern des Nicht-FDM-Universums – mitunter unumgänglich.

Wiewohl es genug Gründe gäbe, die „Marke FDM“ zu positionieren, sollte man FDM doch als das sehen, was es ist: Arbeit und Behandlung mit den Händen, medizinisches Handwerk – Manualtherapie. FDM stützt sich dabei weder auf ein extravagantes alternativmedizinisches Konzept noch auf eine exotische Psychophysiologie.

Ein besonderes Thema scheinen – neben der Schmerzhaftigkeit bestimmter Techniken – die mitunter durch FDM-Therapie verursachten **Hämatome** zu sein. Manche Patienten gestehen zögerlich, aber eindeutig ein, dass ihre Schmerzen nachgelassen haben, weisen aber energisch auf ihre blauen Flecken entlang der behandelten Triggerbänder hin. Nicht selten vernimmt man den Vorwurf: „Ja, ja, es geht besser, aber wie schaue ich denn aus? Sehen Sie, was Sie angerichtet haben!“ Die bis dato einzige Beschwerde über eine FDM-Anwendung, mit der der Autor konfrontiert war, bezog sich auf das Unterlassen der expliziten Aufklärung, es könnte zu Hämatomen aufgrund der FDM-Therapie kommen. Obwohl die Patientin nach einer einzigen FDM-Behandlung praktisch schmerzfrei war, drohte sie doch mit rechtlichen Konsequenzen, da sie nicht ausreichend auf die Möglichkeit von Hämatomen hingewiesen worden war. Anscheinend ziehen gewisse Persönlichkeiten das subjektive Schmerzerleben und die damit verbundene Identifizierung den „objektiven Stigmata“ der blauen Flecken vor.

### Zugang zum Patienten

Die Typaldos-Methode eröffnet einen Zugang zum Patienten, der in hohem Maße berührt. Aussagen wie „Endlich ein Arzt,



der ordentlich hingreift!“ oder „Ja! Sie sind richtig – genau da tut's weh!“ zeugen von einer neuen Art des Vertrauens, das die vordergründige Schmerzhaftigkeit mancher FDM-Techniken **überbrückt** und diese in einen neuen Rahmen stellt.

Patienten sind durch die Aufforderung des Mediziners „Sie sind der Experte für Ihren Körper, denn nur Sie spüren exakt, wo der Schmerz ist. Bitte zeigen Sie es mir einfach!“ mitunter verwundert, fühlen sich aber gleichzeitig bestätigt und zutiefst **akzeptiert**. Ähnlich verwundert war der Autor, als er nach 27 Jahren ärztlicher Tätigkeit endlich die scheinbar mit nichts zu vereinbarenden, jedoch konstant wiederkehrenden **Gesten der Patienten** als den Verlauf typischer Triggerbänder nach Stephen Typaldos begriff. In der manuellen Therapie des FDM steht der Mensch mit dem, was ihm wichtig ist, wieder im Mittelpunkt – direkt, hier und jetzt – ohne Umschweife und kryptischer klinischer Diktion.

## Zukunft und Ausblick

Das PMR-Ambulatorium der BGKK befindet sich im 15. Jahr seines Bestehens in einer Umbruchphase. Der für Mitte des Jahrzehnts geplante Neubau kann nicht mehr im Sinne einer klassischen Einrichtung für PMR konzipiert werden. Ein lösungsorientiertes manualtherapeutisches Konzept wie das FDM bietet sich als zentraler Parameter im Flussdiagramm des Arbeitsablaufs eines neuen Ambulatoriums an.

Auch wenn wir FDM als effektives therapeutisches Werkzeug verwenden, haben dennoch Patienten und Indikationen für klassische PMR-Konzepte wie Bobath, PNF oder Schroth (um nur einige wenige Beispiele zu nennen) nicht plötzlich aufgehört zu existieren. Allerdings wird durch die

Anwendung von FDM im Vorfeld die PMR im Sinn ihrer eigentlichen **Kernkompetenzen** freigespielt.

FDM ist nicht nur eine **effektive Schmerztherapie**, sondern bereitet die Patienten auch für evtl. notwendige **Nachfolgetherapien** vor, bringt sie in eine bessere Verfassung, um in der Trainingstherapie oder im koordinativen bzw. posturalen Training und in der lokomotorischen Reedukation optimal arbeiten zu können.

Die Neuauslegung des PMR-Ambulatoriums der BGKK wird 3 Teams (jeweils ein Facharzt PMR mit 2–3 Therapeuten) mit FDM-Schwerpunkt beinhalten. Ein Facharzt PMR, der gleichzeitig FDM-Therapeut ist, wird den unmittelbaren Patientenerstkontakt übernehmen. Im Sinn einer Triage verweist der Facharzt die Patienten entweder an die FDM-Teams oder an die jeweils indizierten Einrichtungen der klassischen physikalischen Medizin. Durch breit aufgestellte und entsprechend personell gut bestückte FDM-Teams kann ein Großteil der Schmerzpatienten bereits im Vorfeld abgearbeitet werden.

## Literatur

- 1 **Adams D.** The Hitchhiker's Guide to the Galaxy. Ditzingen: Reclam; 2008
- 2 **Damasio A.** Descartes' Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. Berlin: List; 2004

- 3 **Hartmann C.** Das große Still-Kompendium. Pähl: Jolandos; 2005
- 4 **Kasten M.** Which Way is Up When You're Upside Down? Bangor: Marjorie Kasten; 2010
- 5 **Rehn R (Hrsg.).** Platons Höhlengleichnis: Das Siebte Buch der Politeia. München: Dieterich'sche Verlagsbuchhandlung; 2005
- 6 **Typlados S.** Orthopathische Medizin: Die Verbindung von Orthopädie und Osteopathie durch das Faszienmodell Stephen P. Typlados. Wien: European FDM Association; 2009
- 7 **Voltaire.** Sämtliche Romane und Erzählungen. Berlin: Insel; 2010

## Online

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1280396>



**Dr. med. Lukas Gallei**  
Praxis am Forst  
Am Forst 17  
7212 Forchtenstein  
Österreich

Lukas Gallei ist Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Er ist Ärztlicher Leiter der medizinischen Einrichtungen der Burgenländischen Gebietskrankenkasse. Außerdem betreibt er eine Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde. Er studierte an der Wiener Schule für Osteopathie, seine FDM-Grundausbildung erfolgte bei Georg Harrer.

**E-Mail: doc@praxisamforst.at**

Anzeige