Zeitschrift: Fisio active
Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 38 (2002)
Heft: 1

Artikel: Es gibt keine Symmetrie : die Manuelle Therapiemethode Marsman
Autor: Rutte, J.G. / Snijders, Martin
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929599

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Es gibt keine Symmetrie: Die Manuelle Therapiemethode Marsman

J.G. Rutte, Arzt, Manuelle Medizin, Osteopath IUD, Marsman Stiftung Haarlem, Niederlande.
Martin Snijders, dipl. Physiotherapeut, Spital, 2540 Grenchen.
E-Mail: MarsmanCH@manualtherapy.com; www.marsman.nu

In den sechziger Jahren entstanden die ersten Ausbildungen in manueller Therapie. In den Niederlanden wird G. van der Bijl (1909–1977), Osteopath und Turnlehrer, als Gründer einer Richtung der manuellen Medizin und Therapie bezeichnet, welche damals und heute noch eine andere Philosophie im Vergleich zum weit verbreiteten, überall anerkannten osteo- und arthrokinematischen Denken handhabt. Der Grundsatz, dass jeder Mensch asymmetrisch ist und individuelle Haltungs- und Bewegungsvorzüge hat (siehe Abb. 1), sowie die Überzeugung, dass Beweglichkeit nie nur unisegmental, sondern in Funktionsketten stattfindet, führte dazu, dass eine Alternative zu den bestehenden manuellen Methoden gesucht wurde.

Neben den alltäglich gemachten Erfahrungen in der Praxis wurde die Bestätigung dieser Gedanken in der Anatomie des Körpers gefunden. Bewegung und Haltung werden nicht primär von den Gelenkflächen bestimmt. Der gesamte Körper besteht aus den verschiedensten Teilmassen und -formen (wie beispielsweise Knochen, Muskeln und Organe). Während ihrer Entwicklung wird unter Einfluss der Schwerkraft jede Gelenkfläche individuell verschieden geformt. Jede Bewegung ist damit grundsätzlich individuell unterschiedlich.

In den Niederlanden wurden auf der Basis dieser Philosophie unter anderem die Methode Utrecht sowie die Marsman-Methode aufgebaut und entwickelt.

EINLEITUNG

In den siebziger Jahren entwickelte der Physiotherapeut und Manualtherapeut Jaap Marsman (1918–1992) auf der Basis der Theorien von G. van der Bijl eine Methode, welche sich mit dem individuellen Vorzugsbewegen auseinandersetzt.

Mittels standardisierter, vom Patienten ausgeführten Tests, dreidimensionalem, passivem Bewegungsbefund in verschiedenen Ausgangsstellungen und Palpation, wird ein Muster der Bewegungsvorzüge erstellt. Die Behandlung berücksichtigt die Bewegungsvorzüge.

Bewegungsgrundsätze, welche aus der Osteopathie stammen, wurden zu neuen Regeln weiterentwickelt. Eine dreidimensionale Bewegung wird in Quadranten unterteilt.

Ursprünglich bestand die Behandlung aus passiven Mobilisationstechniken und Instruktionen von gezielten Übungen für zu Hause.

Marsman hatte drei Mitarbeiter: Gelevert (1942) und Leferink (1943), auch Physiotherapeuten, begleiteten ihn von Anfang an. Rutte (1953) wurde später von Marsman in die Gruppe aufgenommen. Nach dem Ausscheiden von Marsman 1986 trennte sich Rutte von der Gruppe. Er gründete 1997 die Marsman-Stiftung, welche sich vermehrt mit der Massenverschiebung auseinandersetzt und sich mehr in die orthopädische Richtung entwickelt. Die Gedanken der Marsman-Stiftung werden in dem sogenannten Advanced-Model aufgezeichnet.

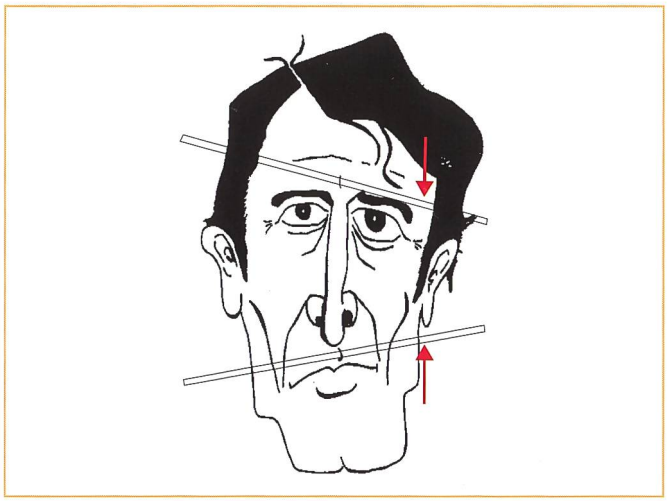


Abb. 1: Asymmetrische Körperformen.

RESI

support for you and your patients

via Stazione 3, 6600 MURALTO, CH
TEL: 0041/ 878 / 88 98 99
FAX: 0041/ 91 / 743 05 06
http:// www.resi-med.com
e-mail: info@resi-med.com

Forden Sie unseren Hauptkatalog an!
HOTLINE GRATIS
0800 800003

+ MwSt
SFr. 3.350,-

JORDAN G5

Masse:200 x 65 cm; 5-teilig●Kopfteil positiv und negativ verstellbar mit Gasdruckzylinder ●Gesichtsöffnung mit Abdeckung●Absenkbare Armstützen●Elektrisch verstellbares Mittelteil für Flexionslagerung●Drainagelagerung der Beine verstellbar mit Gasdruckzylinder ●Elektrisch höhenverstellbar von 48 - 108 cm●Rundumchalter●Rollen mit Zentralbremse (In jeder Position ausfahrbar)●Schaumstoffhalbrolle im selben Bezug inbegriffen

+ MwSt
SFr. 3.950,-

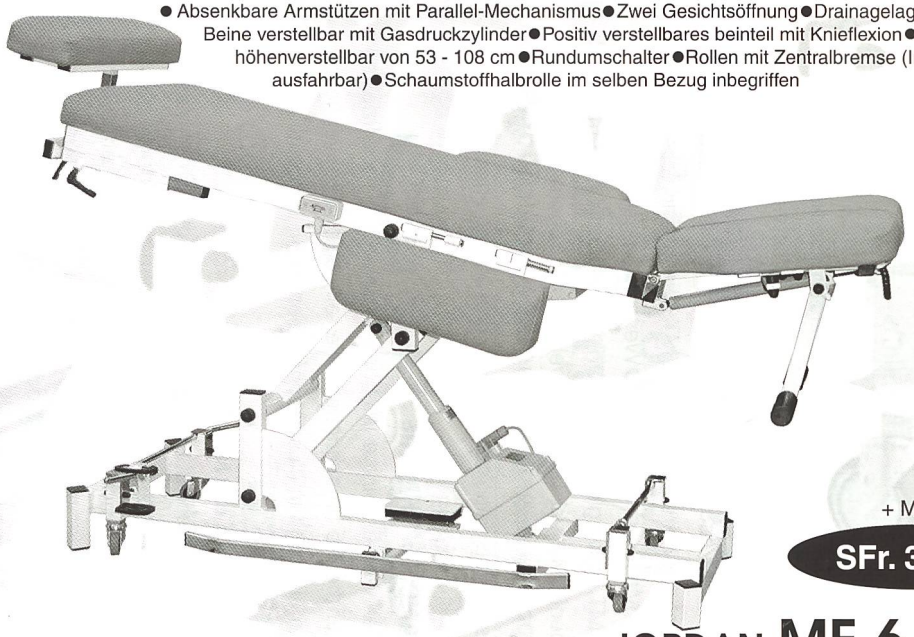
JORDAN U7 exclusiv

Masse:198 x 65 cm; 8-teilig●Rückenteil zum Aufsitzen elektrisch bedienbar●Kopfteil positiv und negativ verstellbar mit Gasdruckzylinder●Kopfteil am Fussende mechanisch verstellbare Neigung und Höhe ●Absenkbare Armstützen mit Parallel-Mechanismus●Zwei Gesichtsöffnung●Drainagelagerung der Beine verstellbar mit Gasdruckzylinder●Positiv verstellbares beinteil mit Knieflexion●Elektrisch höhenverstellbar von 53 - 108 cm●Rundumschalter●Rollen mit Zentralbremse (In jeder Position ausfahrbar)●Schaumstoffhalbrolle im selben Bezug inbegriffen

+ MwSt
SFr. 2.300,-

JORDAN F2

Masse:200 x 65 cm; 2-teilig●Kopfteil positiv und negativ verstellbar mit Gasdruckzylinder ●Gesichtsöffnung mit Abdeckung●Elektrisch höhenverstellbar von 48 - 108 cm●Rundumschalter ●Rollen mit Zentralbremse (In jeder Position ausfahrbar)●Schaumstoffhalbrolle im selben Bezug inbegriffen



+ MwSt
SFr. 3.900,-

JORDAN ME 6 osteo

Masse:190 x 53 cm; 6-teilig●Kopfteil mit verstellbarem Nasenspalt●Kopfteil positiv und negativ verstellbar mit Gasdruckzylinder●Schwenkbare Armablage●Ausziehbare Fussstütze●Seitliche klappbare Armstützen●Elektrisch höhenverstellbar von 53 - 90 cm●Elektrisch Neigung bis 45° ●Rundumschalter●Rollen mit Zentralbremse (In jeder Position Ausfahrbar)●Schaumstoffhalbrolle im selben Bezug inbegriffen

Forden Sie unseren Hauptkatalog an!
HOTLINE GRATIS
0800 800003

Neben passiven Techniken werden auch mehr aktive Techniken, Mobilisations- und Stabilisationsübungen sowie Manipulation praktiziert.
Die Methode nach Marsman ist in den Niederlanden weit verbreitet und wird durch die NVMT (Niederländische Vereinigung für Manuelle Therapie) als Weiterbildungskurs anerkannt. Die NVMT ist Mitglied der IFOMT (International Federation of Orthopedic Manual Therapy), welcher alle renommierten manuellen Therapiemethoden angeschlossen sind. Mit insgesamt 24 Kurstagen ist die Ausbildung in drei Jahren absolvierbar.

«ADVANCED» THEORIE

Hierunter werden einige wichtige Aspekte der modifizierten Marsmantheorie umschrieben. Die teilweise unkonventionellen, aber alltäglichen Illustrationen dienen zur Verdeutlichung.

1. Verschiebung der Masse

Bewegung entsteht durch Formveränderung in einer Masse. Findet in einer Masse eine Formveränderung statt, so muss, um das Gleichgewicht innerhalb der Masse zu behalten, eine Verschiebung der gesamten Masse stattfinden. Durch eine asymmetrische, nicht axiale oder auch unilaterale Kompression, welche manuell, aber auch von der Schwerkraft verursacht werden kann, findet eine Verschiebung der Masse statt, welche als Shift bezeichnet wird. Die Bewegungsrichtung wird von den Formen der komprimierten Gelenkflächen bestimmt und von der exzentrisch oder konzentrisch wirkenden Muskulatur oder von einer Kombination dieser beiden eingeleitet beziehungsweise begleitet *(Abb. 2)*.
Eine im dreidimensionalen Raum platzierte, komplexe Masse besteht aus vielen einzelnen Teilen, welche aufgrund ihrer Konsistenz einen unterschiedlichen Beitrag am Gleichgewicht der gesamten Masse haben. Findet eine Bewegung statt, sucht jeder einzelne Teil seine eigene optimale Lage, wodurch das Gleichgewicht der ganzen Masse wieder eingenommen werden kann.

Abb. 3: Das Shift-Prinzip in einer Masse von verschiedener Konsistenz.

Beim Bewegen wird kein einziger Teil der gesamten Masse fixiert. Bei einer Mobilisation findet auch keine eigentliche Fixation statt. Beide Knochenteile bewegen sich. So entsteht neben einer angulären Bewegung eine Verschiebung der gesamten Masse im dreidimensionalen Raum *(Abb. 3)*.

Die Verschiebung einer Masse wird nicht als eindimensionale Bewegung von Knochenenden bezeichnet, sondern als Shift in einer dreidimensionalen Richtung. Dieser Shift an sich ist eindimensional, ist aber die Summe der Bewegungen der Knochenenden in jeder einzelnen Dimension. Eine Shiftrichtung wird in Quadranten unterteilt *(siehe Abb. 4)*. Die Bewegungsrichtungen, welche diese Quadranten bezeichnen, sind bei allen bekannten Achsenkreuzen identisch. Eine dreidimensionale Bewegung wird als eine in den Raum gestellte, eindimensionale Bewegung bezeichnet und in einem der vier möglichen Bewegungsstereotypen (A, B, C oder D) untergebracht (siehe weiter unter 3. Diagnostik).

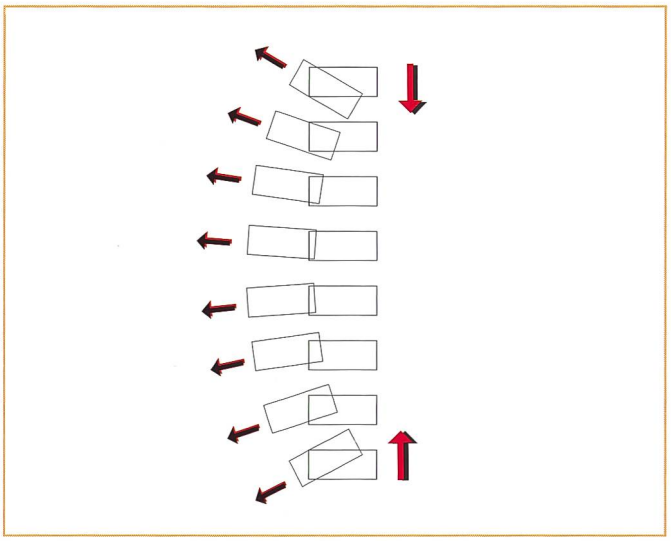


Abb. 2: Das Shift-Prinzip in der Wirbelsäule.

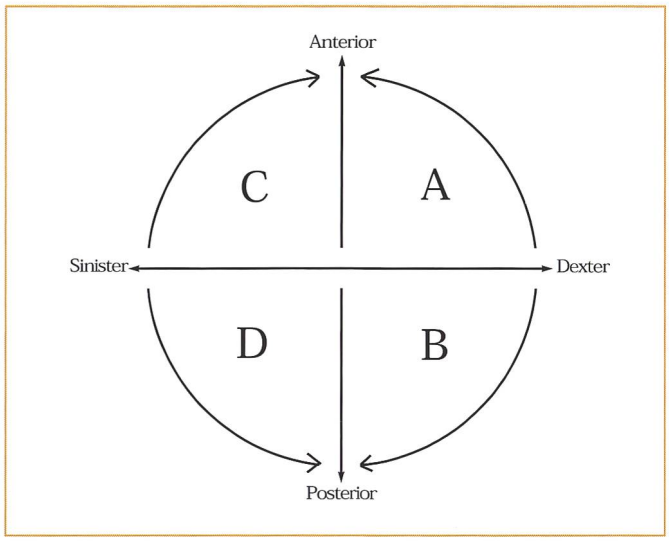


Abb. 4: Die vier dreidimensionalen Quadranten (von oben betrachtet).

ENRAF NONIUS

Für Physiotherapeuten mit klarem Zukunftskurs.

Wir wünschen frohe Festtage und ein gesundes, erfolgreiches 2002.

Vielen Dank für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Wichtige Adressen für alles rund um das ENRAF NONIUS Produkteprogramm – für Beratung, Verkauf, Service.

• Elektro-/Ultraschalltherapie • Trainingstherapie/Rehabilitation • Manumed Liegen-Collection

ENRAF NONIUS by MEDICARE

Medicare AG
Mutschellenstrasse 115
8038 Zürich
Tel. 01 482 482 6
Fax 01 482 74 88
medicareAG@compuserve.com

ENRAF NONIUS by Jardin Medizintechnik ag

Jardin Medizintechnik AG
Feldmattstrasse 10
6032 Emmen
Tel. 041 260 11 80
Fax 041 260 11 89

ENRAF NONIUS by COMPRYS

Comprys SA
casella postale 498
6612 Ascona
Tel. 091 791 02 91
Fax 091 791 04 71 (Tessin)

ENRAF NONIUS by CS CONCEPT SERVICE ELECTRONIQUE MEDICALE

Concept Service Sàrl.
Electronique Medicale
1226 Thônex
Tél./Fax 022 348 52 92
Natel 079 629 22 74

Laufende Infos und Aktionen unter www.medicareAG.ch

Für inserate wenden Sie sich bitte an:

Schweizerische Physiotherapie Verband
Verlag «FISIO Active»
St. Karlistrasse 74, 6004 Luzern
Telefon 041 248 70 60
Telefax 041 241 10 32
E-Mail: active@fisio.org

FISIO

Notieren Sie sich bereits heute das Datum für den nächsten Kongress!

Kongress des Schweizer Physiotherapie Verbandes

Samstag, 4. Mai 2002 im KKL in Luzern

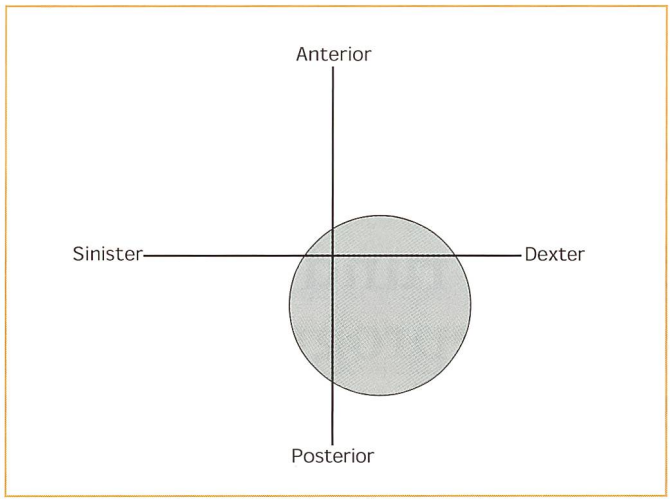


Abb. 5: Asymmetrisches Bewegungsausmass.

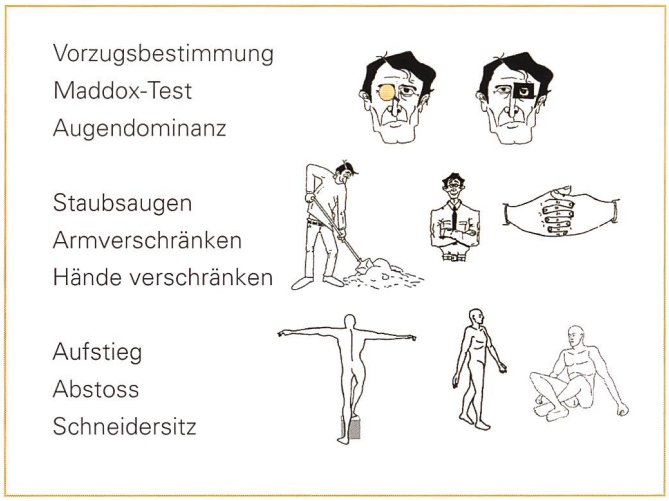


Abb. 7: Vorzugstests.

2. Asymmetrie

Symmetrische Mobilität kann eindimensional gesehen als beidseitig von der Medianlinie gleich grosses Bewegungsausmass bezeichnet werden. Auf dem Achsenkreuz entsteht so ein symmetrischer Kreis der Beweglichkeit in Bezug zur Medianlinie. Teile unserer Körpermasse sind aber habituell asymmetrisch und bewegen sich deshalb auch nicht symmetrisch. Abbildung 5 zeigt ein Beispiel von asymmetrischer Mobilität in Bezug zur Medianlinie. Dieses asymmetrische Bewegen in Bezug auf die Medianlinie wird «Vorzugsbewegen» oder «Preferential Movement» genannt.

Das gesamte Bewegungsausmass hat sich in seinem Wesen nicht verändert, die Medianlinie ist aber verschoben. Von der ursprünglichen Medianlinie aus gesehen ist beispielsweise die Mobilität in der Flexion und Lateralflexion nach rechts wesentlich stärker als in der entgegengesetzten Bewegungsrichtung. Behandlung mit dem Ziel Symmetrie ist deshalb fraglich. Der Körper wird in originelle Teilmassen oder auch Funktionseinheiten aufgeteilt. Jede Funktionseinheit hat eine eigene Asymmetrie. Zusammen bilden diese Funktionseinheiten eine Einheit, welche die gesamte Körpermobilität bildet und verändert *(Abb. 6)*.

3. Diagnostik

Eine orthopädische Diagnose an sich bildet keine Behandlungsindikation. Nur eine naheliegende Verbindung dieser Diagnose mit einer diagnostizierten Dysfunktion beim Bewegen oder in der Haltung ist eine korrekte Indikation.

Der allgemeine Befund besteht aus den Bestimmungen der Vorzüge. Abbildung 7 zeigt die wichtigsten Vorzugstests: Beispielsweise ermöglicht der Maddox-Test die Dominanz einer der beiden Augen zu bestimmen (die Augen funktionieren bekannterweise nicht symmetrisch). Die Augendominanz hat eine wissenschaftlich untersuchte Korrelation mit der Beweglichkeit der oberen Teile der Halswirbelsäule. Auch besteht eine Korrelation zwischen der Beweglichkeit von Teilen der Brustwirbelsäule mit der Art, wie jemand seine Finger verschränkt (es ist immer der gleiche Daumen oben). So verrät sogar das Faktum, mit welchem Bein jemand die erste Treppenstufe hochsteigt, wie seine lumbale Wirbelsäule sich bevorzugt links oder rechts lateralflektiert. Alle diese Tests sind mechanisch erklärbar und sind zu über 98 Prozent reproduzierbar (J.J. De Cock, 1996 / Marsmanstiftung, 1999). Neben den Vorzugstests findet eine Aufnahme des Status Praesens (Anamnese, spezifische Inspektion und Palpation) statt. Mit dem Ziel, die herausgefundene Vorzugsmobilität zu kontrollieren und sie dadurch zu bestätigen, werden auch Teile des klassischen Bewegungsbefundes (aktiv, passiv, Widerstand, etc.) ausgeführt.

Es wird eine selbst entwickelte, sehr einfache Dokumentation der Befundergebnisse erstellt, in welcher nur Abweichungen von der Vorzugsmobilität notiert werden.

In der Dokumentation wird nur der Rotations- und der Lateralflexionsvorzug notiert. Flexion und Extension vervollständigen die dreidimensionale Bewegung gezwungenermassen gemäss der Aufteilung in Quadranten.

HWS	Zervikal-Hoch	C0–C2
	Zervikal-Mitte	C3–C5
BWS	Zerviko-Thoracal	C6–C7, Th1
	Thoracal-Hoch	Th2–Th6
	Thoracal-Tief	Th7–Th12
LWS	Lumbal	L1–L5
	Becken	

Abb. 6: Funktionseinheiten der Wirbelsäule.

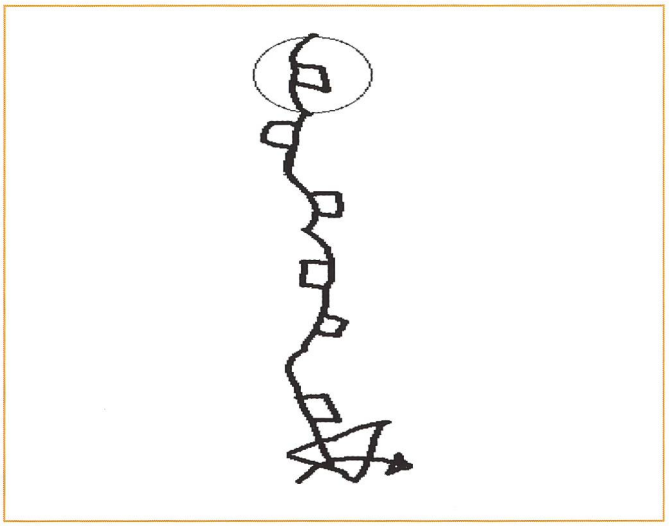


Abb. 8: Dokumentationsbeispiel.

4. Behandlung

Die vorhandene Problematik wird eingeteilt in eine der vier behandelbaren Kategorien:

1. Schmerz und/oder Einschränkung der Mobilität in der Richtung des Vorzuges.
   Der Vorzug ist habituell bestimmt und wird von neurophysiologischen Mechanismen unterstützt. Dieser Mechanismus sollte immer aufrecht erhalten werden. Die Behandlung richtet sich deshalb auf das Wiederherstellen der beschwerdefreien Vorzugsmobilität.
2. Schmerz und/oder Einschränkung der Mobilität aus der Richtung des Vorzuges.
   Es wird zwischen Blockierungen (lokales Problem) und globaler Hypomobilität (z.B. Vernarbungen, Alterung, muskuläre Hypertonie) unterschieden. Die Behandlung besteht aus der Mobilisation in verschiedene Quadrantenrichtungen, in einer standardisierten Reihenfolge.
3. Externes Trauma aus der Richtung des Vorzuges.
4. Hypermobilität aus der Richtung des Vorzuges.
   Traumatische oder erworbene Hypermobilität haben eine morphologische Destruktion des neurophysiologischen Gleichgewichtes zur Folge (Überdehnung, «Creep»-Phänomen). Die Behandlung besteht aus Stabilisierung in der Richtung des Vorzuges mittels myogenen Stabilisationsübungen und Haltungsschulung. Eventuell werden Halskragen, Mieder oder Tapingtechniken eingesetzt.

Allgemein:

Die meisten der benutzten Behandlungstechniken sind sehr einfach und reproduzierbar, so dass jeder Therapeut diese ohne viel Erfahrung problemlos durchführen kann.

Die Behandlung beginnt in einer optimal entspannten Ausgangsstellung (Maximal Loose Packed Position). In erster Instanz werden die aus Sicht des Therapeuten meist bequemen und erfolgreichsten Techniken angewendet. Oft wird zuerst mit isometrischen Techniken gearbeitet. Reine aktive Bewegungen sind auch mobilisierend, belasten aber vor allem die bereits mobilen Segmente und nicht (oder nur minim) die fixierten Segmente. Bewegungen werden immer unter leichter Komprimierung der zu bewegenden Masse durchgeführt, weil dies der physiologischen Bewegung und Belastung am besten entspricht.

Die Atmung:

Während der Ausatmung wird bis zur momentanen Endgrenze bewegt. Bei der Einatmung wird diese Mobilität gehalten. Bei der nächsten Ausatmung wird dann erneut zur Endgrenze bewegt, welche sich meist nach zweimaliger Wiederholung wesentlich verbessert. Dieser Vorgang wird solange wiederholt, bis ein Fortschritt der Mobilität erzielt worden ist.

Passive Mobilisation:

Der Therapeut umfasst den Patienten mit möglichst grossflächigem Kontakt. Die Masse des Patienten und des Therapeuten sollen möglichst eine Einheit bilden. Er leitet dann durch Verschiebung seiner eigenen Masse eine Verschiebung der zu mobilisierenden Masse ein. Bewegung entsteht durch axiale Kompression in einem Quadranten. Es folgt eine diagonale Ausweichbewegung der Masse, welche an der konvexen Seite des Körpers mit den Händen akzentuiert und/oder an der konkaven Seite des Körpers kontrolliert werden kann.

Aktive und isometrische Mobilisation:

Durch leicht isometrische Anspannung von Muskelgruppen gegen einen manuellen Widerstand, welche eine Bewegung in der Richtung eines Quadranten zur Folge hat, wird eine Verbesserung der Mobilität erreicht. Erfinder dieser Techniken ist der Osteopath Dr. T.J. Ruddy. Die Theorie der reflektorischen Entspannung des Antagonisten bei Anspannung des Agonisten ist allen bekannt und wird vielerorts zur Verbesserung der Mobilität benützt.

Die Marsman-Advanced-Methode benützt dazu eine externe, manuell eingeleitete Verschiebung (siehe passive Mobilisation). So entsteht eine optimale Mobilisationstechnik.

Bewegungstherapie und Gymnastik:

Normalerweise wird zur Unterstützung der erworbenen Mobilität eine Heimübung instruiert, welche die grössten Einschränkungen bekämpft. Das Ziel und die Ausführung dieser Übung wird zur Motivation und zur Verhinderung von Fehlbelastung genaustens erklärt. Eine Übung muss dazu einfach und verständlich sein. Bei mehreren Heimübungen sind Patienten erfahrungsgemäss überfordert. Dies führt oft zu ungenauer und damit nicht erfolgreicher Ausführung, was die Motivation zum Üben reduziert. Wenig Belastung durch kurzzeitiges, aber häufiges Üben (3 mal 20 Sekunden) wird propagiert.

Es muss nicht immer manuell behandelt werden. Sind die Haltungs- und Bewegungsvorzüge bekannt, kann eine gezielte Heimübung oder eine gezielte Instruktion genügend wirksam sein.

PRAXISBEISPIELE

Beispiel1:

Ziel: Die dreidimensionale Mobilisation im B-Quadranten auf Niveau Zervikal-Mitte.

Ausgangsstellung Patient:

Sitzend auf einem Stuhl ohne Armlehnen, die Hände liegen entspannt auf den Oberschenkeln.

Ausgangsstellung und Handfassung Therapeut:

Der Therapeut steht auf der linken Seite und umfasst den Kopf des Patienten mit dem linken Arm und seiner Brust. Die Finger der linken Hand werden auf der rechten Hinterseite des proximalen Fazetgelenkes des dritten Halswirbels platziert. Die rechte Hand umfasst die untenliegenden Wirbel. Der rechte Zeigefinger wird rechts hinten auf dem vierten oder fünften Halswirbel platziert, wobei der Daumen links vorne auf dem gleichen Niveau in den Gabelgriff gestellt wird.

Ausführung:

Die Finger der linken Hand führen zusammen mit der Fingern der distalen rechten Hand eine komprimierende Bewegung nach links vorne aus (= Lateralflexion nach rechts mit Extension). Die Bewegung wird dosiert durch den linken Arm und die Brust des Therapeuten. Palpiert wird mit dem Daumen der rechten Hand.

Beispiel 2:

Ziel: Die dreidimensionale, isometrische Mobilisation im B-Quadranten auf Niveau Zervikal-Mitte.

Ausgangsstellung Patient:

Sitzend auf einem Stuhl ohne Armlehnen. Die Hände liegen entspannt auf den Oberschenkeln.

Ausgangsstellung und Handfassung Therapeut:

Der Therapeut steht links vor dem Patienten. Die linke Hand des Therapeuten wird vor der Stirn entlang auf der rechten Hinterseite des dritten Halswirbels platziert. Die rechte Hand wird auf den rechten M. trapezius pars descendens gelegt. Der rechte Daumen wird dabei auf der rechten Seite gegen den Proc. spinosus des sechsten Halswirbels platziert.

Ausführung:

Der Patient wird gebeten, eine Bewegung auszuführen, wobei das rechte Ohr mit einer leichten Extension des Kopfes nach hinten bewegt wird. Der Therapeut gibt während der Ausatmung sechs Sekunden einen isometrischen Widerstand gegen diese Bewegung. Dabei findet zur gleichen Zeit eine Verschiebung (Shift) nach links vorne statt, welche von beiden Händen akzentuiert wird. Es werden drei Wiederholung durchgeführt.

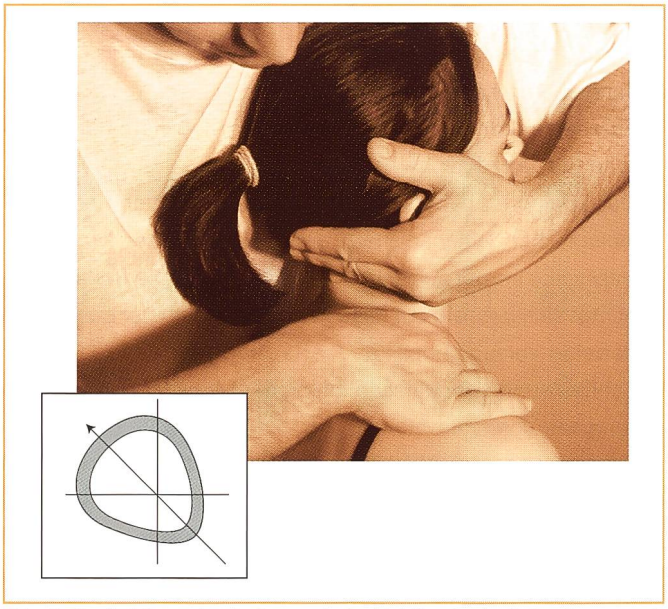


Abb. 9: Die dreidimensionale, isometrische Mobilisation im B-Quadranten auf Niveau Zervikal-Mitte.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Methode Marsman ist eine praktische, neurophysiologisch und mechanisch fundierte Methode, welche mittels Bestimmung und Behandlung von Bewegungsvorzügen Funktionsstörungen in unserem Bewegungsapparat angeht. Sie widerspiegelt gleichzeitig die sich in den letzten 20 Jahren wandelnde Behandlungsphilosophie der manuellen Therapie. Sie ist gut kombinierbar mit anderen Methoden, bildet aber keinerlei Konkurrenz zu diesen. Seine Diagnostik wird auch in der Rehabilitation und im Sport verwendet.

LITERATUR:

1. *VAN DER BIJL G.* Manipulatie van Alpha tot Omega, 1981, Uitgave Vereniging van Manueel therapeuten.
2. *VAN DER BIJL G.* Het individuele funktiemodel in de manuele therapie, 1986, de Tijdstroom
3. *SICKESZ M.* Orthomanipulatie, 1981, Bohn, Stafleu & Van Loghum.
4. *KAPANDJI I.A.* Funktionelle Anatomie der Gelenke 1999, ISBN 3777314005, Hippokrates-Verlag
5. *LANKHORST G.J.* manuele therapie, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1987; 132 (2)
6. *MOERBEEK T., BIESHAAR F.* «Manuelle muss nicht schwierig sein», Physiotherapie Internationaal 1–93
7. *RUTTE J.G.* Driedimensionale isometrische mobilisatie van de wervelkolom, 1996, Marsman Stiftung.
8. *DE COCK J.J.* Begrippen van manuele therapie Systeem Van der Bijl, 1996, de Tijdstroom.
9. *PUTZ R.* Funktionelle Anatomie der Wirbelgelenke, 1981, Georg Thieme Verlag.
10. Studie Bestimmung der Vorzüge mit Interval 1 Monat bis 10 Jahre n=600, 1999, Marsman Stiftung
11. *RUTTE J.G.* Driedimensionale Bekkentheorie en praktijk, 1998, Marsman Stiftung.
12. *RUTTE J.G.* Een Visie op de Marsman methode, Wetenschappelijk Tijdschrift voor Fysische Therapie VKV-Belgie 2-2000

Neues therapeutisch-medizinisches Bewegungs- und Trainings-System

Mit wenig Platz eine neue Atmosphäre schaffen.
Den Tarifvertrag wertschöpfend anwenden.
Sich von Routine entlasten.
Den eigenen Körper schonen.

Zeit gewinnen für individuelle Beratung und Behandlung.

- Keine drastischen Eingriffe.
- Eigene Behandlungskonzepte, Praxisfläche und Bisheriges behalten.
- Qualitätsbewusst wissenschaftlich und ganzheitlich therapieren.
- Automatisch aufzeichnen.
- Überzeugend.

KOORDINATIONS-DYNAMIK MIT DEM GIGER MD BEWEGUNGSSYSTEM

Unverbindlicher Schnupperkurs. **Rufen Sie jetzt an: Telefon 041 741 11 42**

Physiotherapie Thomas und Domenica Nyffeler
Bahnhofstrasse 1, 6312 Steinhausen

FITplus für Windows

Die effiziente Verwaltungssoftware für Ihr Trainingszentrum!

Unterstützt Sie bei Ihrer Administration: Kundenverwaltung (auf Wunsch mit Porträt und Kundenkarten), Rechnungs- und Mahnwesen, individueller Einsatz von Marketingswerkzeugen, ausführliches Statistikwesen und vieles mehr!

Überzeugen Sie sich selber: verlangen Sie unsere unverbindliche und kostenlose Informationsmappe mit Demoversion!

Über 10 Jahre Erfahrung mit Software für Physiotherapien:

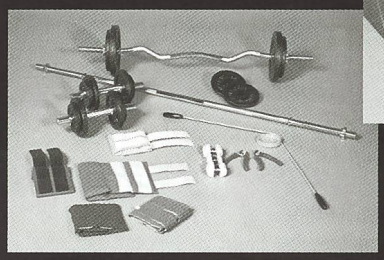
SOFTplus Entwicklungen GmbH
Lättichstrasse 8, 6340 Baar
Telefon 041 763 32 32, Telefax 041 763 30 90
Internet: http://www.softplus.net, E-Mail: fitplus@softplus.net

PHYSIO*LINE*

Matthias Roth · 5507 Mellingen

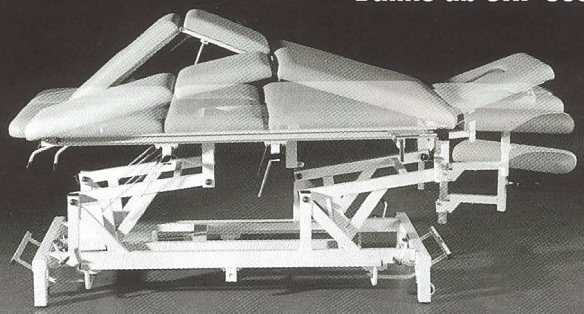
«Reparatur und Bezug auch von Fremdprodukten»

Med. Praxiseinrichtungen



zu supergünstigen Konditionen

Bänke ab CHF 590.-



Tel. 079 438 86 55 · Fax 062 293 67 36 · E-Mail: physioline@smile.ch

MONITORED REHAB SYSTEMS SWISS

Monitored Rehab Systems

Die Rehabilitations-Geräte der Zukunft

Besuchen Sie unsere Website **www.mrs-schweiz.ch**
Telefon 032 682 33 22

- Testen
- Trainieren
- Dokumentieren
- Verlaufskontrolle

Wärmetherapie durch

medizinisches Infrarot-A:

- Rheuma
- Arthrose
- Lumbalgie
- Ulcus cruris
- Sinusitis / Otitis
- Schmerztherapie
- muskuläre Verspannungen
- bei Sportverletzungen

hydro**sun**® 500-Strahler

Nur ein geringer Wellenlängenanteil des Infrarotspektrums kann die Hautoberfläche durchdringen und ist tiefenwirksam. Sein therapeutisches Potential ist allerdings beträchtlich.
Hydrosun stellt diese schonende und hochwirksame Strahlung mit einem einzigartigen mobilen Strahler für ein breites Anwendungsspektrum bereit.

Informieren Sie sich zum neuen Therapiekonzept mit gefiltertem Infrarot-A.
Ein breites Angebot von Forschungsergebnissen namhafter Forscher liegt vor.

Jardin Medizintechnik ag

Feldmattenstraße 10
CH-6032 Emmen

Tel. 041 260 11 80
Fax 041 260 11 89

Faxantwort für Infos
041 260 11 89
-ausfüllen-kopieren-senden

Stempel:

Hier könnte Ihr inserat stehen.

Recommandation aux auteurs

La revue «Fisio Active» publie dans sa partie scientifique des articles spécialisés ou travaux originaux qui lui sont envoyés de type: «Pratique», «Théorie», «Etude ou récit de cas», «Revue de littérature», questions-discussions, courrier du lecteur.

ENVOI DES MANUSCRITS

Les manuscrits doivent être envoyés sur papier (A4, double interligne, caractères lisibles) et support informatique (e-mail: active@fisio.org; ISDN Leonardo 041 248 70 18;
Disquette, CD-ROM) à l'adresse suivante:

Association Suisse de Physiothérapie
Rédaction «FISIO Active»
St. Karlistrasse 74, 6004 Lucerne
Tél. 041 463 70 60
Fax 041 241 10 32
E-Mail: active@fisio.org
ISDN Leonardo 041 248 70 18

CONCEPTION DES MANUSCRITS D'ARTICLES SPÉCIALISÉS

Volume des articles spécialisés

Théorie/Bases	26 000 signes (max. 6 pages publiées)
Pratique	26 000 signes (max. 6 pages publiées)
Recherche	30 000 signes (max. 7 pages publiées)
Revue/critique de littérature	26 000 signes (max. 6 pages publiées)
Etude de cas	20 000 signes (max. 5 pages publiées)
Récit de cas	12 000 signes (max. 3 pages publiées)
Discussion	4 000 signes au maximum (poser des questions clairement formulées!) (max 1 page)
Exposés	12 000 signes (max. 3 pages publiées)
Courrier des lecteurs	une demie page au maximum (signes = frappes)

Structure d'articles spécialisés

La structure s'élabore conformément aux indications formulées ci-dessous pour les différentes rubriques **(modèle IMRDCR):**

Structure:

- Titre (succinct, expressif)
- **I**ntroduction
- **M**atériel et méthode
- **R**ésultats
- **D**iscussion (interprétation, le cas échéant comparaison avec d'autres études)
- **C**onclusion
- **R**ésumé (700 à 800 signes env.) dans la langue originale de l'article et dans une autre langue (de préférence en anglais, le cas échéant dans une autre langue nationale: allemand, français, italien) (Obligatoire pour les rubriques «Recherche, Pratique, Etudes de cas, Théorie, Revue de littérature») (max. 1000 signes)
- Mots-clés
- Définitions de termes incompréhensibles au lecteur moyen (si nécessaire)

Comité de lecture

Tous les articles spécialisés sont soumis avant publication, à au moins 2 membres du comité de lecture, pour avis. Les délais de réponse sont approximativement de 1 mois dès réception de l'article. Avant la publication, l'auteur principal reçoit le «Bon à tirer» qu'il vérifie et qu'il retourne, corrigé et signé, dans les délais définis, à la rédaction.

Illustrations

Sont autorisées des images originales (dessins, photographies, diapositives, PAS DE NÉGATIFS); les images digitalisées doivent avoir au moins 300 dpi (si possible format TIF pour Macintosh, EPS, Bitmap, JPG ou GIF). Les figures et tableaux doivent être numérotés et avoir une légende.

Références bibliographiques

Tout auteur cité dans le texte doit figurer en bibliographie et réciproquement. Les références sont appelées dans le texte par leur numéro et placées entre crochets [ ].
Elles sont classées par numéro, par ordre d'apparition dans le texte, et présentées selon les normes suivantes.
Depuis une revue: *BULLOCK-SAXTON JE, WONG WJ, HOGAN N.* The influence of age on weight-bearing joint reposition sense of the knee. Exp Brain Res 2001; 136 (3): 400–6.
Depuis un livre: *TROISIER O, DIVERREZ JP, MONTIGNY JP.* Affections rachidiennes dites «mécaniques». In: Troisier O, eds. Les lombalgies du symptôme au diagnostic: Médecine-Sciences Flammarion, 2001: 183–223.

Protection des données

L'auteur est responsable de la protection des données, en particulier lorsqu'il mentionne des informations de patients. Il doit être en possession de l'accord du patient (également lorsqu'il s'agit d'illustrations montrant des patients).

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES AU SUJET DES RUBRIQUES

Théorie

Connaissances de base (aussi qualité et formation, entre autres)

Pratique

Des articles spécialisés proches de la pratique qui aident le lecteur à utiliser directement ce qu'il a lu.

Recherche

Nouveaux résultats de recherche

Revue/critique de littérature

Etat des connaissances sur la base de la littérature spécialisée existante.

Etude de cas (cliniques, pratiques...)

Recherche empirique d'un ou de plusieurs cas particuliers.

Récit d'un cas

Récit d'expériences faites ou de situations vécues en rapport avec l'exercice de la profession de physiothérapeute.

Discussion

Les auteurs ou membres de l'Association Suisse de Physiothérapie peuvent adresser des propositions à la rédaction en la priant d'inclure le thème dans le forum de discussion. La question doit être clairement définie et un bref résumé formulé qui explique plus en détail le problème ou le fond de la question.
Contenu: question clairement formulée plus 2000 à 4000 signes de texte.

Exposés

Sont publiés des exposés de congrès, de séminaires, etc. Le comité de lecture consulte la rédaction pour déterminer si un exposé peut être recommandé pour la publication.

Courrier des lecteurs

La rédaction se réserve le droit de modifier la longueur du texte ou encore de faire un choix.