

- 1 Einführung
- 2 Diagnosekonzepte
- 3 Safety
- 4 Kasuistiken
- 5 Therapiekonzepte
- 6 Leitsymptome
- 7 Literatur
- 8 Sachverzeichnis



Dr. med. Edgar Hinkelthein

- Bis 1992 Vorpräparant Anatomie, Universität Hamburg und Dozent für Anatomie Medi-Learn, Marburg
- 1993 – 1995 Akupunkturausbildung Universität Hamburg
- 1995 – 2000 Studium Osteopathie IAO, Gent
- 1998 Zusatzbezeichnung »Sportmedizin«
- 1999 – 2002 Dozent der Akademie Damp sowie PT-Schule Damp
- 2000 – 2001 Bachelorstudiengang Osteopathie bei BCNO, London mit Abschluß der Westminster-University, London
- 2000 – 2002 Dozent für Osteopathie IAO, Gent
- 2002 Facharzt für Orthopädie
- Seit 2002 in osteopathischer Privatpraxis niedergelassen
- 2003 – 2004 Ärztlicher Leiter der Osteopathieschule Damp
- Seit 2003 Dozent für Osteopathie bei der Osteopathieschule Damp
- Seit 2003 Redaktioneller Beirat der Dt. Zeitschrift für Osteopathie
- Seit 2004 2. Vorsitzender (bis 2/2005 kooptiert) des VOD e.V.
- Seit 2005 Gastdozent für Osteopathie bei der DAOM, Hamm
- Seit 2005 Dozent für Osteopathie bei der NAHN, Celle



Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

- Professor für Physiotherapie an der FH Osnabrück
- Member New York Academy of Sciences
- Vice Principal der International Academy of Osteopathy
- Gründungsmitglied des Vereins Hochschule für Gesundheit
- Mitglied der Herausgebergemeinschaft Osnabrücker Studien
- Kardiovaskuläre Grundlagenforschung in Stanford/USA
- Verschiedene ärztliche Tätigkeiten im Bereich Arbeits- und Umweltmedizin, Innere Medizin und Rehamedizin.
- Verschiedene Lehraufträge in Fort- und Weiterbildung in Europa u. a. für die IAO für die Fachgebiete: Pathologie/Semiologie, Physiologie und Embryologie für Osteopathen
- Langjährige Tätigkeit als Fachübersetzer englischsprachiger Therapie- und Medizin-(Technik)-Literatur
- Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Zeitschrift »Physioscience«
- Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Verbandszeitschrift des IFK »Physiotherapie«
- Wichtigste letzte Publikation: Für die Physiotherapie: »Anatomie Physiologie«

Edgar Hinkelthein und Christoff Zalpour

Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie

Mit 264 Abbildungen

Dr. Edgar Hinkelthein

Satower Weg 29
24357 Fleckeby

Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

Fachhochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Profil Gesundheit
Caprivistr. 30 A
49076 Osnabrück

ISBN-10 3-540-04031-5 Springer Medizin Verlag Heidelberg
ISBN-13 978-3-540-04031-6 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.

Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Marga Botsch, Heidelberg

Projektmanagement: Claudia Bauer, Heidelberg

Copyediting: Susanne Reimann, Lübeck

Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Zeichnungen: Albert R. Gattung und Regine Gattung-Petith, Edingen-Neckarhausen

SPIN 10784428

Satz: medionet AG, Berlin

Druck: Stürtz, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126SM – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Osteopathie ist eine in der Geschichte der Medizin vergleichsweise junge Disziplin, obwohl die Ursprünge manueller Behandlung bereits im Altertum zu finden sind. Heute verstehen Osteopathen ihre Arbeit als sinnvolle Ergänzung zur Schulmedizin, keinesfalls als Ersatz. Gerade die orthopädischen Beschwerden, deren Behandlung einen immensen Kostenanteil im Gesundheitssystem ausmacht, bieten oft einen hervorragenden Ansatz für die osteopathische Behandlung. Nicht umsonst boomt diese Disziplin in den letzten Jahren zunehmend. Bei gesteigerter Nachfrage durch die Patienten erkennen immer mehr Therapeuten den Nutzen einer osteopathischen Ausbildung.

Das häufigste Anfängerproblem besteht darin, dass die Anwendung von Osteopathie keineswegs nur das Umsetzen vieler einzelner Techniken bedeutet, sondern der Patient in seiner Gesamtheit erfasst und behandelt werden muss. So logisch dies ist, so schwierig ist es gleichzeitig, dieses Vorhaben in die Praxis umzusetzen. Viele Osteopathen sprechen von der »Behandlungskunst«, was keineswegs in eine esoterische Richtung weist, wie Kritiker gerne anmerken, sondern vielmehr zum Ausdruck bringen soll, dass die Diagnostik und Therapie eines Patienten nicht einem Standard entsprechen kann, sondern jeder Patient als Individuum untersucht und behandelt werden muss. Auch in der Schulmedizin wird von der »ärztlichen Kunst« gesprochen; besonders deutlich wird dies bei der Beschreibung von Problemen, nämlich dann, wenn ein »Kunstfehler« passiert ist.

Immer wieder wurde von Osteopathiestudenten der Wunsch an die Autoren herangetragen, die Kunst der osteopathischen Diagnose und Therapie nicht nur »live« im Unterricht dargeboten zu bekommen, sondern zum Nachlesen auch in schriftlicher Form zur Verfügung zu haben. Dem Springer-

Verlag gebührt der Dank, diesem Anliegen ein offenes Ohr entgegengebracht und den Autoren mit Rat und Tat kompetent zur Seite gestanden zu haben. Ebenso muss die Lektorin erwähnt werden, die mit Geduld und Ausdauer dazu beigetragen hat, das gedankliche Konzept der Autoren im Text zur Geltung zu bringen. Die hervorragende Arbeit des Zeichners, der unsere Anforderungen geduldig in die optimale grafische Form gebracht hat, hat uns begeistert. Nicht zuletzt gilt unser Dank den Familien, die uns über viele Abende und Wochenenden entbehrt haben, um dieses Buchprojekt Wirklichkeit werden zu lassen, und uns immer wieder Mut zugesprochen haben, das begonnene Projekt weiter fortzusetzen.

In der Hoffnung, vielen Leserinnen und Lesern eine Hilfestellung bei der Ausübung der osteopathischen Behandlungskunst zu geben und damit die Qualität der Patientenversorgung zu optimieren, wünschen wir Ihnen viel Spaß und Erfolg im osteopathischen Beruf und stets ein »gutes Händchen« bei der Versorgung der Patienten. Dieses Buch versteht sich auch als Beitrag zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ärzten, ärztlichen und nicht-ärztlichen Osteopathen. Ziel einer wirkungsvollen Osteopathie ist letztlich die Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten.

Für Kritik und Verbesserungsvorschläge sind wir jederzeit dankbar, damit Sie und andere Leser aus dem vorliegenden Werk den größtmöglichen Nutzen für Ihre tägliche Praxis ziehen können.

»Wer aufgehört hat, sich zu verbessern, hat aufgehört, gut zu sein ...«

Edgar Hinkelthein
Christoff Zalpour
Im Mai 2005

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1	3.8	Safety in der Osteopathie	64
1.1	Untersuchung und Behandlung in der Osteopathie	1	3.8.1	Lungenerkrankungen	64
1.2	Gesundheit aus osteopathischer Sicht	1	3.8.2	Herzkrankungen	68
1.3	Vorgehensweisen	2	3.8.3	Lebererkrankungen	71
			3.8.4	Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	76
			3.8.5	Nierenerkrankungen	77
			3.8.6	Magen-Darm-Erkrankungen	82
2	Diagnosekonzepte	3			
2.1	Anamnese	3			
2.1.1	Spezielle Anamnese	6	4	Kasuistiken	87
2.1.2	Allgemeine Anamnese	6	4.1	Untere Extremität	88
2.2	Inspektion	9	4.1.1	Kasuistik 1: Belastungsschmerz im linken Sprunggelenk	88
2.2.1	Inspektion des Körperreliefs	10	4.1.2	Kasuistik 2: Mediale Knieschmerzen rechts	91
2.2.2	Inspektion der Posturologie	10	4.1.3	Kasuistik 3: Lateraler Knieschmerz rechts	93
2.3	Thermodiagnostik	11	4.1.4	Kasuistik 4: Knieschmerz links	95
2.4	Listening	13	4.1.5	Kasuistik 5: Schmerzen in dem rechten Großzehengrundgelenk	98
2.4.1	General Listening	13	4.1.6	Kasuistik 6: Rezidivierende Knie- und Leistenschmerzen links	100
2.4.2	Local Listening	13	4.1.7	Kasuistik 7: Belastungsschmerzen im rechten Knie	102
2.5	Palpation	15	4.1.8	Kasuistik 8: Schmerzen beider Füße	105
2.5.1	Schwellung	15	4.1.9	Kasuistik 9: Belastungsschmerzen linke Leiste	108
2.5.2	Schmerz	15	4.1.10	Kasuistik 10: Schmerzen rechtes Bein	109
2.5.3	Bindegewebs-Zonen/Head-Zonen	16	4.1.11	Kasuistik 11: Schweregefühl der Beine	112
2.5.4	Tender Points (Jones)	16	4.2	Rumpf/Wirbelsäule	115
2.5.5	Chapman-Punkte	17	4.2.1	Kasuistik 12: Lumbalgie rechts	115
2.6	Funktionstests	17	4.2.2	Kasuistik 13: Dorsalgie zwischen den Schulterblättern, Nackenverspannungen	118
2.6.1	Axiales System	18	4.2.3	Kasuistik 14: Chronische Nackenverspannungen	120
2.6.2	Übrige Mobilitäten (parietal und craniosacral)	20	4.2.4	Kasuistik 15: Progrediente Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule	124
2.6.3	Viszerale Funktionen	21	4.2.5	Kasuistik 16: Chronische lumbale Schmerzen	127
2.6.4	Neurologie	21	4.2.6	Kasuistik 17: Probleme der Kopfdrehung nach links	130
2.7	Provokationstests	21	4.2.7	Kasuistik 18: Rezidivierende Lumboischialgie	132
2.8	Apparative Diagnostik	22	4.2.8	Kasuistik 19: Chronische Lumbalgie	135
2.9	Dokumentation	22	4.2.9	Kasuistik 20: Schmerzen in der gesamten Wirbelsäule	137
2.10	Anhang	26	4.2.10	Kasuistik 21: Akute Kreuzschmerzen rechts	139
			4.2.11	Kasuistik 22: Rezidivierende Dorsalgien	142
3	Safety	33	4.2.12	Kasuistik 23: Linksseitige Thoraxschmerzen	144
3.1	Allgemein	33	4.2.13	Kasuistik 24: Schmerzhaftige Bewegungseinschränkung der HWS	147
3.2	Provokationstest	33	4.2.14	Kasuistik 25: Schmerzen an der Wirbelsäule und den Weichteilen	149
3.3	Apparative Diagnostik	33	4.2.15	Kasuistik 26: Sternale Schmerzen	152
3.3.1	Bildgebende Verfahren	33	4.3	Obere Extremität	154
3.4	Labordiagnostik	43	4.3.1	Kasuistik 27: Schulterschmerzen rechts	154
3.4.1	Labor	43	4.3.2	Kasuistik 28: Akute Ellbogenschmerzen links	156
3.4.2	Bakteriologie	47	4.3.3	Kasuistik 29: Rezidivierende Kribbelparästhesien rechte Hand	159
3.4.3	Histologie	47	4.3.4	Kasuistik 30: Belastungsschmerz rechter Ellbogen	161
3.5	Internistische Diagnostik	47	4.3.5	Kasuistik 31: Bewegungseinschränkung der rechten Schulter	164
3.5.1	Blutdruck/Puls	47	4.3.6	Kasuistik 32: Schmerzen rechte Hand und Unterarm	166
3.5.2	Elektrokardiogramm (EKG)	51	4.3.7	Kasuistik 33: Persistierender Handgelenksschmerz rechts	169
3.5.3	Spiroergometrie	53	4.3.8	Kasuistik 34: Schmerzen im linken Mittelfinger	171
3.6	Apparative neurologische Diagnostik	53			
3.6.1	Elektroenzephalogramm (EEG)	53			
3.6.2	Elektroneurographie (ENG)	54			
3.6.3	Elektromyographie (EMG)	54			
3.7	Ausgewählte Krankheitsentitäten	54			
3.7.1	Krebserkrankungen	54			
3.7.2	Krebs und Immunsystem	60			
3.7.3	Arteriosklerose — Atherosklerose	61			

4.3.9	Kasuistik 35: Schulterschmerzen links	174
4.3.10	Kasuistik 36: Persistierende Schulterschmerzen rechts . . .	176
4.4	Organe	178
4.4.1	Kasuistik 37: Kind mit 3-Monats-Koliken	178
4.4.2	Kasuistik 38: Chronische Müdigkeit	180
4.4.3	Kasuistik 39: Unregelmäßiger Puls	183
4.4.4	Kasuistik 40: Kurzatmigkeit mit Leistungsminderung	186
4.4.5	Kasuistik 41: Rezidivierendes Sodbrennen	189
4.4.6	Kasuistik 42: Unregelmäßige Herzschläge	191
4.4.7	Kasuistik 43: Rezidivierende Diarrhöen	193
4.4.8	Kasuistik 44: Häufiges Wasserlassen	196
4.4.9	Kasuistik 45: Stressinkontinenz	198
4.4.10	Kasuistik 46: Bauchschmerzen	201
4.4.11	Kasuistik 47: Dysmenorrhöen	203
4.5	Kopf	206
4.5.1	Kasuistik 48: Kopfschmerzen	206
4.5.2	Kasuistik 49: Schwindel	208
4.5.3	Kasuistik 50: Kopfschmerzen und Übelkeit	211
4.5.4	Kasuistik 51: Sehstörungen	213
4.5.5	Kasuistik 52: Ohrgeräusche und Hörstörungen	215
4.5.6	Kasuistik 53: Sehstörungen	217
4.5.7	Kasuistik 54: Kopfschmerzen	219
5	Therapiekonzepte	223
5.1	Allgemein	223
5.2	Viszerales System	223
5.2.1	Allgemeine Bezüge	224
5.2.2	Organspezifische Behandlungsschemata	225
5.3	Parietales System (UFK)	254
5.4	Craniosacrales System	254
5.5	Weitere Therapieansätze	254
5.5.1	Kongestion (venös-lymphatischer Stau) und manuelle Lymphdrainage	257
5.5.2	Ernährung	257
5.5.3	Akupressur/Akupunktur	257
5.5.4	Psychotherapie	257
Leitsymptome.	259	
Literatur	265	
Sachwortverzeichnis	267	

Einführung

1.1 Untersuchung und Behandlung in der Osteopathie – 1

Die Anwendung manueller Therapie ist bereits Jahrtausende alt, wie Überlieferungen aus Ägypten, Babylon, China usw. belegen.

Der amerikanische Arzt **Dr. A.T. Still (1828–1917)** nannte sein manuelles Untersuchungs- und Therapiekonzept 1874 »Osteopathie«. Seiner Biographie zufolge entstand dieser Name, weil er bei jedem **Patienten** (griech.: Pathos=Leiden, Beschwerden) Veränderungen der Haltung/des Bewegungsapparates (griech.: Osteos=Knochen, Bewegungsapparat) feststellte. Leider wird der Begriff oft mit »Knochenkrankheit« übersetzt, was dem Konzept der Osteopathie nicht gerecht wird.

1.1 Untersuchung und Behandlung in der Osteopathie

Die osteopathische Untersuchung und Behandlung findet überwiegend manuell statt, was den Osteopathen den Spitznamen »Ingenieure des Körpers« eingebracht hat.

Ziel der osteopathischen **Untersuchung** ist es, die Ursachen für die aktuellen und chronischen Beschwerden des Patienten zu finden, um diese Probleme dann **ursächlich** zu behandeln. Der Osteopath bezeichnet diese Zusammenhänge als **Ursache-Folge-Kette**, kurz **UFK**.

Ziel der osteopathischen Behandlung ist es, **durch Korrektur dieser Ursachen** die UFK aufzulösen. So kann der Körper des Patienten seine Selbstheilungskräfte aktivieren und seine mechanische, chemische, psychische und energetische Integrität wiederherstellen.

1.2 Gesundheit aus osteopathischer Sicht

Gesundheit bedeutet aus osteopathischer Sicht, dass der Körper auf allen Ebenen harmonisch zusammenspielt und sich alle Körperstrukturen in einem optimalen Zusammenhang befinden, einem Zustand der Homöostase.

Aus diesem Grund kann es keine »Kochrezepte« zur Behandlung bestimmter Symptome geben, vielmehr muss jeder Patient in seiner Individualität erfasst und sein spezifisches Problem dann ebenso individuell behandelt werden.

Hieraus ergibt sich unmittelbar die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen therapeutischen Fachrichtungen.

1.2 Gesundheit aus osteopathischer Sicht – 1

1.3 Vorgehensweisen – 2

Weder der Arzt noch der Osteopath noch irgendein anderer Therapeut wird alle seine Patienten alleine erfolgreich behandeln können. Für den Therapieerfolg ist ein Miteinander der verschiedenen Fachrichtungen der Schulmedizin, von Osteopathen, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseurern (z. B. Lymphdrainage), Akupunkteuren, Homöopathen, Ernährungsberatern, Ergotherapeuten, Logopäden, Sportlehrern usw. ein »sine qua non« – unumstößliche Voraussetzung.

Ebenso wenig sinnvoll ist es aus der Perspektive des Osteopathen, generell nur parietal, viszeral oder craniosacral zu arbeiten.

Wichtig

Die Befunde des Patienten bestimmen unsere Therapie, nicht die Vorlieben des Therapeuten.

In der Ausbildung lernen zukünftige Osteopathen eine Vielzahl von Untersuchungs- und Behandlungsgriffen, sodass sie jede Region des Patienten sehr genau untersuchen können. Wie bei jeder handwerklichen Tätigkeit werden diese manuellen Fähigkeiten nur praktisch vermittelt. Auch gibt es bereits ausreichend Literatur, in der Untersuchungs- bzw. Behandlungsgriffe für die einzelnen Körperregionen beschrieben werden.

Gutes Werkzeug alleine macht jedoch noch keinen qualifizierten Handwerker, er braucht zusätzlich eine differenzierte »Bau- und Reparaturanleitung«.

Ein guter Osteopath benötigt neben den einzelnen Griff-techniken, die quasi seine Werkzeuge darstellen, **ein klares Konzept**, nach dem er seine Untersuchung durchführt, ggf. Zusatzuntersuchungen zur Abklärung evtl. vorhandener Kontraindikationen veranlasst und dann entscheiden kann, ob und welche osteopathische Therapie beim jeweiligen Patienten indiziert ist. Das vorliegende Buch soll Ihnen diesen »roten Faden« für Untersuchung, differenzialdiagnostische Abklärung und Therapie an die Hand geben.

Die **Grundlagen** osteopathischer und allgemein therapeutischer Arbeit darzustellen ist hingegen nicht das Ziel dieses Buches

1.3 Vorgehensweisen

Die Gliederung des Buches befasst sich zunächst mit der Diagnostik des Patienten (**Kapitel 2 »Diagnosekonzepte«**). Hierzu gehören sowohl **Anamnese** als auch die körperliche **Untersuchung**. Aus Anamnese und Befund soll dann eine Verdachtsdiagnose gebildet werden, die ggf. durch apparative Zusatzuntersuchungen weiter bestätigt oder aber ausgeschlossen werden kann.

Es gibt eine Reihe von wichtigen Untersuchungsbefunden, die der Sicherheit des Patienten dienen, um zu gewährleisten, dass keine fehlerhafte Therapie eingeleitet wird. Diese Untersuchungen werden im Abschnitt **Kapitel 3 »Safety«** ausführlich dargestellt. Gerade für diese Safety-Untersuchungen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich.

Um das eben geschilderte Vorgehen praxisnah zu erläutern, werden im dann folgenden **Kapitel 4** ausgewählte Krankheitsbilder als **Kasuistiken** vorgestellt und unter osteopathischen sowie schulmedizinischen Aspekten besprochen. Dieses Kapitel soll gleichsam die Verdachtsdiagnostik einschließlich der Safety-Aspekte trainieren und verbessern.

Das folgende **Kapitel 5** stellt dann Konzepte vor, die bei der osteopathischen Behandlung der Patienten Anwendung finden und wiederum den Leitfaden für die Behandlung bilden.

Für die tägliche Praxis sind im **Kapitel 6** Leitsymptome aus Anamnese und Befundung tabellarisch den wichtigsten Krankheitsbildern zugeordnet.

»Viele Wege führen nach Rom«, sagt ein altes Sprichwort. Ebenso gibt es viele Möglichkeiten, einen Patienten erfolgreich zu therapieren. Gerade in der Osteopathie kann es den »goldenen Therapiestandard« nicht geben.

So soll dieses Buch nicht als starres Anleitungsbuch verstanden werden, nach dem Schritt für Schritt verfahren werden muss, sondern ein mögliches Diagnose- und Therapieschema anbieten, welches gleichzeitig größtmögliche Sicherheit für den Patienten wie auch eine hohe Wahrscheinlichkeit des Therapieerfolgs gewährleistet.

Selbstverständlich wird jeder Osteopath in Anlehnung an bereits bestehende Verfahren sein eigenes Konzept entwickeln, die Autoren möchten mit diesem Buch Anregungen zu diesem Schritt geben.

Diagnosekonzepte

Edgar Hinkelthein

2.1	Anamnese – 3	2.5.3	Bindegewebs-Zonen/Head-Zonen – 16
2.1.1	Spezielle Anamnese – 6	2.5.4	Tender Points (Jones) – 16
2.1.2	Allgemeine Anamnese – 6	2.5.5	Chapman-Punkte – 17
2.2	Inspektion – 9	2.6	Funktionstests – 17
2.2.1	Inspektion des Körperreliefs – 10	2.6.1	Axiales System – 18
2.2.2	Inspektion der Posturologie – 10	2.6.2	Übrige Mobilitäten (parietal und cranosacral) – 20
2.3	Thermodiagnostik – 11	2.6.3	Viszerale Funktionen – 21
2.4	Listening – 13	2.6.4	Neurologie – 21
2.4.1	General Listening – 13	2.7	Provokationstests – 21
2.4.2	Local Listening – 13	2.8	Apparative Diagnostik – 22
2.5	Palpation – 15	2.9	Dokumentation – 22
2.5.1	Schwellung – 15	2.10	Anhang – 26
2.5.2	Schmerz – 15		

Diagnosekonzepte werden erstellt, um einzelne Ursachen für die vom Patienten angegebenen Symptome und Beschwerden ermitteln zu können. Dieses Kapitel soll ein »Leitfaden« für den **differenzierten Untersuchungsvorgang** sein.

In der Osteopathie werden folgende **Untersuchungsschritte** durchgeführt:

1. Anamnese
2. Inspektion
3. Thermodiagnostik
4. Listening-Techniken
5. Palpation
6. Funktionstests
7. Provokationstests
8. Apparative Diagnostik

Wichtig

Bei **unzureichenden Ergebnissen** oder Symptomen, die auf eine Pathologie hinweisen, müssen apparative Untersuchungen die osteopathische Diagnostik ergänzen.

Während des Befragens können bereits bestimmte **Kontraindikationen** für eine osteopathische Behandlung ausgeschlossen werden. Ein weiteres Ziel der Anamnese ist es, die Strukturen zu identifizieren, welche Beschwerden auslösen.

Um all diese Informationen vom Patienten zu erhalten, ist es wichtig, **gezielt zu befragen** und mitunter nachzufragen.

Damit nicht maßgebliche Aspekte übersehen werden, sollte der Osteopath zunächst Fragen zu den **aktuellen Beschwerden** des Patienten stellen. Im Anschluss erfolgen Befragungen aus der **allgemeinen und speziellen Anamnese**.

Wesentlicher Teil der Anamnese ist die Frage nach Umständen, welche die geschilderten Beschwerden des Patienten verbessern bzw. verschlechtern. Oft ergeben sich daraus deutliche Hinweise auf die Beteiligung von bestimmten Strukturen, die Auslöser oder Mitverursacher von Symptomen sein können.

Beispiel

So können z. B. nächtlich-morgendliche Beschwerden, z. T. mit Schwellungsneigung, die sich bei Bewegung rasch verbessern und tagsüber kaum auftreten, ein möglicher Hinweis auf venöse Stauungen sein.

2.1 Anamnese

Basis für eine Behandlung am Patienten ist die Anamnese. Sie dient nicht nur dem gegenseitigen Kennenlernen, sondern gibt Hinweise auf den **aktuellen** und **allgemeinen Gesundheitszustand** des Patienten.

Anamnesezeichen

Im Folgenden werden für die einzelnen Strukturen **typische Anamnesezeichen** aufgeführt (■ Tab. 2.1).

■ **Tabelle 2.1.** Strukturen und typische Anamnesezeichen

Struktur	Pathologie	Anamnestische Zeichen
Knöchern	Fraktur/Metastase	Progression/Belastungsschmerz/ständige Schmerzen (Dauerschmerz)/Nachtschmerz
Intraartikulär	Entzündung	Progression/Belastungsschmerz/ständige Schmerzen (Dauerschmerz)/Nachtschmerz
Kapsuloligamentär	Verkürzung/ Überdehnung	Dumpfer Schmerz/Schmerz bei gleicher Position über längere Zeit (Ruheschmerz)/ Morgensteifigkeit/unbelastete Bewegung verbessert Schmerz/längere und belastete Bewegung verschlimmert Schmerz
Muskulär	Verkürzung/ Überdehnung	Heller Schmerz/Schmerz bei Bewegung (bei Kontraktion oder Dehnung) des Mus- kels/Schmerzausstrahlung im Muskelverlauf/bei trophischen Änderungen reagiert ein Muskel mit kapsuloligamentärem Schmerzcharakter
Vaskulär-arteriell	Arterielle Durch- blutungsstörungen	Tiefer Schmerz/Krämpfe/Belastungsschmerz/Kältegefühl/Blässe/Schmerzzunahme bei längerer Bewegung
Vaskulär-venös	Kongestion	Ruheschmerz, der sich bei Bewegung verbessert/Schweregefühl/Schwellung/müde Extremitäten/warm/rotblaue Farbe
Vaskulär-lymphatisch	Lymphstau	Schweregefühl/starke Schwellung/Kältegefühl/Blässe
Zentralnervös	Sinne/Bewusstsein	Bewusstseinstörung/Verwirrtheit/Sinnesorgane Hirnnervenfunktion verändert
Peripher-nervös	Kraft/Sensibilität	Verminderte Kraft (Paresen)/brennende Schmerzen/Sensibilitätsstörungen/Ausstrah- lung im Verlauf des Nerven
Neurovegetativ	Vegetative Reaktion	Allgemein: Transpiration/Nervosität/viel bzw. wenig Schlaf Segmental: Pilomotorik/Transpiration/Bindegewebszonen Quadranten: z. B.: li. Kopf+li. Hals+li. Arm+li. Thorax
Metabolische Belastung	Toxinbelastung	Diffuse, wandernde Beschwerden/bilaterale Beschwerden/cervicothoracale Kongesti- on (Kissenbildung)
Endokrine Störung	Hormonelle Dysfunktion	Änderung von Schwitzen/Schlaf/Müdigkeit/Konzentration/Durst/Appetit/Gewicht
Psychisch	Psychische Erkrän- kungen	Diffuse, wandernde Beschwerden/bilaterale Beschwerden

Knochen

Typische Symptome für Knochenpathologien (am häufigsten Frakturen, Metastasen) sind:

- ständig bestehende Schmerzen,
- Verstärkung der Schmerzen bei Belastung,
- die Patienten wachen nachts vor Schmerzen auf,
- Progredienz der Beschwerden.

Intraartikulär

Typische Symptome für intraartikuläre Pathologien sind:

- Funktionseinschränkung im Gelenk,
- Dauerschmerzen,
- Schmerzzunahme bei Belastung,
- Nachtschmerz,
- Progredienz der Beschwerden.

Kapsuloligamentär

Irritationen der kapsuloligamentären Strukturen, wie z. B. Verkürzungen oder Überdehnungen, führen zu folgenden Symptomen:

- **dumpfe Schmerzen**, die sich verstärken, wenn die gleiche Position über längere Zeit beibehalten wird,
- **Morgensteifigkeit** der Gelenke,
- **Schmerzlinderung** bei unbelasteter Bewegung,
- **Schmerzsteigerung** bei längerer und belastender Bewegungen.

Wichtig

Sollten diese **Anamnesezeichen** positiv sein, muss zunächst an eine **Kontraindikation** für eine osteopathische Behandlung gedacht werden. Vor Beginn einer osteopathischen Behandlung ist daher eine weitere Abklärung notwendig.

Muskulär

Die Patienten klagen meist über

- helle Schmerzen,
- die bei Bewegung (Kontraktion oder Dehnung) des Muskels auftreten und
- im Muskelverlauf ausstrahlen.

Ein bereits trophisch veränderter Muskel (bei langfristig bestehender Dysfunktion) reagiert mit kapsuloligamentärem Schmerzcharakter.

Wichtig

Verkürzungen oder **Überdehnungen** der Muskulatur sind eine häufige Ursache für diese Symptome.

Vaskulär-arteriell

Charakteristisch für arterielle Durchblutungsstörungen sind

- tiefe Schmerzen,
- Neigung zu Krämpfen,
- verstärkte Belastungsschmerzen,
- Kältegefühl der betroffenen Extremitätenregion,
- Blässe der zugehörigen Hautareale.

Vaskulär-venös

Betroffene Patienten klagen vor allem über

- Ruheschmerzen,
- Linderung der Beschwerden bei Bewegung,
- Schwere- bzw. Müdigkeitsgefühl der Extremitäten, mit Schwellungsneigung,
- livide Verfärbung der betroffenen Areale,
- Temperaturerhöhung der betroffenen Körperregion.

Infolge der nachts flacheren Atmung und dem damit verbundenen verminderten **venösen Abtransport** werden die Beschwerden meist **in den Morgenstunden** (vor dem Aufstehen) verstärkt und verbessern sich nach dem Aufstehen durch Bewegung.

Vaskulär-lymphatisch

Im Gegensatz zur venösen Stauung charakterisiert sich die lymphatische Stauung durch

- **Kältegefühl** der betroffenen Region,
- **blasse Hautfärbung**,

- **Schweregefühl**,
- **Schwellung**.

Lymphatisch bedingte Schwellungen sind im Vergleich zur venösen Stauung sehr viel stärker ausgeprägt.

Wichtig

Die Pathogenese des Lymphödems ist entscheidend für den therapeutischen Ansatz.

Zentralnervös

Die Zeichen für **zentralneurologische Defizite** sind vielfältig und dementsprechend schwierig zu erkennen. Für eine gezielte Diagnostik sind daher genaue Kenntnisse in der Neurologie notwendig.

- Allgemein zu beachtende Hinweise in der Anamnese sind
- Veränderungen des Bewusstseins (Verwirrtheit),
 - Veränderungen der Wahrnehmung durch die Sinnesorgane.

Die **Funktion der Hirnnerven** muss bei Verdacht auf eine **zentralnervöse Störung** abgefragt werden. Hierzu zählen Störungen beim Riechen, Sehen, Hören, Schmecken, sowie das Testen von Gleichgewicht, Kau- oder mimischer Muskulatur, vegetativen Reaktionen und der Zungenmotorik.

Wichtig

Grundsätzlich erfolgt bei **jeder Untersuchung** eine grob orientierende neurologische Beurteilung. Bei einem positiven Ergebnis muss eine ausführliche neurologische Diagnostik durchgeführt werden.

Periphernervös

Bereits in der Anamnese kann der Patient nach

- ständigem oder zeitweiligem Kraftverlust,
- Einschränkung seiner Kraft (Paresen),
- Veränderungen der Sensibilität (Hypo- oder Hypersensibilität),
- sowie Schmerzausstrahlung im Verlauf des Nerven befragt werden.

Neurovegetativ

Störungen des neurovegetativen Systems äußern sich in den folgenden schnellen Reaktionen der Körperfunktionen:

- Regulation von Herzfrequenz und -rhythmus,
- Atemregulation,
- Magen-/Darmfunktion,
- Drüsensekretion,
- Durchblutung,
- Schweißsekretion,
- Pilomotorik.

Es bestehen enge Zusammenhänge mit dem **endokrinen System**. Die Steuerung beider Systeme erfolgt über das gleiche Hirnzentrum, den **Hypothalamus**. Je nach **Region der Störung** kann der Körper wie folgt betroffen sein:

- **generell:** Änderung von Transpiration, Nervosität, Schlafverhalten,
- **in Quadranten:** z. B. linker Bauch und linkes Bein, oder
- **segmental:** Änderung von Transpiration, Pilomotorik, Bindegewebszonen.

Metabolisch

Eine metabolische Belastung äußert sich in:

- diffusen Beschwerden, die oft bilateral auftreten,
- typischer cervicothoracaler Kongestion (Kissenbildung), die als Bindegewebschwellung am cervicothoracalen Übergang auftritt,
- oft ist die Lokalisation der Beschwerden sprunghaft wechselnd,
- die Patienten können meist keine Faktoren benennen, die zu einer Linderung der Beschwerden beitragen.

Die **Frage nach Toxinen** wie Medikamente, Genussgifte sowie Ernährungsgewohnheiten ist besonders wichtig.

Endokrin

Störungen des **endokrinen Systems** äußern sich in veränderten, **vorwiegend langsamen Funktionen** der Körpersteuerung:

- vermehrtes/vermindertes Schwitzen,
- veränderte Schlafgewohnheiten,
- vermehrte/verminderte Müdigkeit,
- Konzentrationsstörungen,
- gesteigerter/verringertes Appetit,
- vermehrtes/verringertes Durstgefühl,
- Störungen der Gewichtsregulation.

Diese Steuerung wird auch als **Grundregulation** bezeichnet.

Wichtig

Differenzialdiagnostisch sollte bei diesen Symptomen auch an **maligne Erkrankungen** oder **psychosomatische Störungen** gedacht werden.

Psychisch

Die Anamnese gleicht der von **metabolischen Störungen**. Eine Abgrenzung ist daher häufig schwer.

- Patienten klagen über wechselnde Beschwerden.
- Typisch ist die Negation von Verbesserungen.
- Oft treten die Beschwerden bilateral auf.
- Häufig besteht eine lange Vorgeschichte.

Wichtig

Bei der klinischen Untersuchung stehen oft **fasziale Befunde** im Vergleich zu sog. »mechanischen Ketten« im Vordergrund.

Die folgende **■ Tabelle 2.1** fasst die besprochenen wegweisenden **Anamnesezeichen** übersichtlich zusammen.

2.1.1 Spezielle Anamnese

In **■ Tabelle 2.1** wurden den einzelnen Strukturen die jeweils **typischen Anamnesezeichen** zugeordnet. In der Praxis wird der umgekehrte Weg benutzt: Dem Patienten werden Fragen zur Anamnese gestellt, sodass der Osteopath aus den Antworten auf die betroffenen Strukturen schließen kann. **■ Tabelle 2.2** soll diese Arbeit erleichtern.

Wichtig

Die Antworten zu den **ersten 4 Fragen**

- Schmerzprogredienz,
 - Dauerschmerz,
 - Nachtschmerz,
 - (sofortiger) Belastungsschmerz
- reichen aus, um eine **Kontraindikation zur osteopathischen Behandlung** anzunehmen.

Ansonsten ist die **Summe aller Antworten** richtungweisend. So könnten Wärmegefühl und Schwellungsneigung sowohl für eine Entzündung als auch für einen venösen Stau sprechen. In Kombination mit Ruheschmerzen, rotblauer Verfärbung usw. besteht eher ein Hinweis auf eine venöse Stauung.

Wichtig

Bei trophischen Änderungen reagiert ein Muskel mit kapsuloligamentärem Schmerzcharakter.

In **■ Tabelle 2.2** ist die spezielle Anamnese als Fragebogen aufgeführt:

2.1.2 Allgemeine Anamnese

Zur allgemeinen Anamnese (**■ Tab. 2.3**, Erfassungsbogen) gehören Fragen nach den **Grunderkrankungen** eines Patienten. Informationen über **regelmäßig benötigte Medikamente**, die auf den Zeitraum sowie das Ausmaß einer Grunderkrankung schlie-

■ **Tabelle 2.2.** Spezielle Anamnese Fragebogen

Anamnese-Fragen:	Knöchern/artikulär/ -itis/Metastasen	Kapsulär/ligamentär kürzt/dehnt	Muskulär kürzt/dehnt	Arteriell DBS	Venöser Stau	Lymphatischer Stau	ZNS Sinne	PNS Kraft/ Sensibilität	Neurovegetativ Vegetative Reaktion	Metabolisch Toxinbelastung	Endokrine (Hormonelle) Störung	Psychische Erkrankung
Schmerzprogredienz	X											
Dauerschmerz	X											
Nachtschmerz	X											
(Sofortiger) Belastungsschmerz	X			X								
Ruhschmerz		X			X							
Tiefer Schmerz				X								
Dumpfer Schmerz		X										
Heller Schmerz			X									
Brennender Schmerz								X				
Bilateraler Schmerz										X		X
Wandernder Schmerz										X		X
Längere Bewegung verschlimmert Schmerz		X	X	X								
Belastete Bewegung verschlimmert Schmerz		X	X									
Unbelastete Bewegung verschlimmert Schmerz			X									
Belastete Bewegung verbessert Schmerz					X							
Unbelastete Bewegung verbessert Schmerz		X			X							
Schmerz in gleicher Position für längere Zeit		X										
Morgensteifigkeit		X										
Schmerzausstrahlung im Muskelverlauf			X									
Schmerzausstrahlung radikulär								X				
Schmerzausstrahlung im Nervenverlauf								X				
Krampfartiger Schmerz, Krämpfe				X								
Diffuser/wechselnder Schmerz										X		X
Kältegefühl, kalte Haut				X		X						
Wärmegefühl, warme Haut	X				X							

■ **Tabelle 2.2.** Fortsetzung

Anamnese-Fragen:	Knöchel-/artikulär/ -itis/Metastasen	Kapsulär/ligamentär kürzt/dehnt	Muskulär kürzt/dehnt	Arteriell DBS	Venöser Stau	Lymphatischer Stau	ZNS Sinne	PNS Kraft/ Sensibilität	Neurovegetativ Vegetative Reaktion	Metabolisch Toxinbelastung	Endokrine (Hormonelle) Störung	Psychische Erkrankung
Müdigkeitsgefühl der Extremitäten					X							
Schweregefühl der Extremitäten					X	X						
Blasser Hautfarbe				X		X						
Rotblaue Hautfarbe					X							
Schwellung, Schwellneigung	X				X	X						
Störungen der Sinnesorgane							X					
Störungen des Bewusstseins							X					
Kraftmangel (Paresen)								X				
Sensibilitätsstörungen								X				
Änderung des Schwitzens	X								X		X	
Änderung des Schlafs	X								X		X	
Änderung der Müdigkeit/Konzentration									X		X	
Änderung des Durstgefühls											X	
Änderung des Appetits											X	
Änderung des Gewichts	X										X	
Quadrantensymptomatik									X			

■ **Tabelle 2.3.** Allgemeine Anamnese: Erfassungsbogen

Letzter Arztbesuch	wann	warum
Medikamente		
welche	wofür	von Arzt, privat
welche	wofür	von Arzt, privat
welche	wofür	von Arzt, privat
welche	wofür	von Arzt, privat
Beschwerden/Erkrankungen		
Bewegungsapparat (Schulter/Ellbogen/Hand; Hüfte/Knie/Fuß; Wirbelsäule)		
Herz/Kreislauf (Herzrasen/-stolpern; Blutdruck; Schwindel)		
Lunge/Atmung (Kurzatmigkeit/Husten/Auswurf/Luftnot)		
Verdauungstrakt (Sodbrennen/Aufstoßen/Durchfall/Blähungen/Verstopfung/Veränderungen beim Stuhlgang)		

■ **Tabelle 2.3.** Fortsetzung

Urogenital (Brennen/Schmerzen/Harnverhalt/Inkontinenz/übermäßiger Harndrang, z. B. auch nachts/Blut im Urin/Sexualverhalten/veränderte Menses)		
Endokrin (Gewicht/Schweiß/Schlaf/Durst/Appetit/Konzentration/Müdigkeit)		
Tumoren	Ja/Nein Wenn ja, welche: Was wurde gemacht: Nachtschweiß? Gewichtsverlust? Abgeschlagenheit?	
Traumata	wann wann Bestehen noch Beschwerden?	was was
Operation	wann wann wann Bestehen noch Beschwerden?	was was was
Familie	wer wer wer	was was was
Beruf	Hobby/Sport	
Größe/cm	Gewicht/kg	Allergien
Genussgifte		
Ernährungsgewohnheiten		

ßen lassen, sind ebenfalls wichtige Anhaltspunkte, da die Patienten oft nicht ausreichend über ihre Krankheiten informiert sind und nur unzureichend auf die gestellten Fragen Antwort geben können.

Die Frage nach **typischen Beschwerden der einzelnen Organsysteme** ist notwendig, da eine bestehende Erkrankung nicht zwangsläufig bereits erkannt und therapiert sein muss.

Wichtig ist die Abklärung nach **vorausgegangenen Erkrankungen**, wie z. B. Metastasierungen, Traumen oder Operationen. Mitunter stellen sie eine Kontraindikation für die geplante osteopathische Behandlung dar.

Zur Risikoabschätzung ist auch die **Familienanamnese** wichtig. Dabei wird erfragt, ob Erkrankungen in der eigenen Familie (Blutsverwandte wie Großeltern, Eltern, Geschwister) aufgetreten sind.

Informationen über **Lebensgewohnheiten** und das **soziale Umfeld** geben Hinweise auf spezielle körperliche aber auch seelische Belastungen.

Wichtig

Da die **Symptome bei einer toxischen Belastung** nicht unerheblich sind, gehören Fragen nach Allergien, Genussgiften und ggf. auch Ernährungsgewohnheiten in jede Anamnese.

Tipps

Die Fragen zur speziellen Anamnese (■ Tab. 2.2 und ► Kap. 2.10, Anhang) und der Erfassungsbogen zur allgemeinen Anamnese (■ Tab. 2.3 und ► Kap. 2.10, Anhang) können dem Patienten bereits vor der Behandlung zum Ausfüllen gegeben werden, damit sich der Osteopath in einem anschließenden Gespräch auf die Vorinformationen beziehen kann. In ► Kapitel 2.10 sind beide Bögen als Kopiervorlagen abgedruckt.

2.2 Inspektion

Für die weitere Diagnostik entkleidet sich der Patient bis auf die Unterwäsche. Um Bewegungsabläufe sowie Einschränkungen

beurteilen zu können, sollte der Patient beim Entkleiden beobachtet werden. Da dies von manchen Patienten als unangenehm empfunden wird, muss der Osteopath den Patienten vorher darüber aufklären, warum er beim Entkleiden beobachtet wird.

Um eine gute **Ausgangsbasis für die Untersuchung** und die spätere Behandlung zu schaffen, ist es wichtig, auf die Wortwahl zu achten. Formulierungen wie: »bitte ziehen Sie Schuhe, lange Hose sowie Pullover und Hemd aus« sind taktvoller als die bloße Aufforderung, alles bis auf Unterhose und BH auszuziehen.

Wichtig

Viele Patienten reagieren zwiespältig auf eine **körperliche Untersuchung**, deshalb muss darauf geachtet werden, dass der Patient sich zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung körperlich und seelisch bloßgestellt oder hilflos fühlt.

Eine genaue und einfühlsame Untersuchung sowie das Ernstnehmen der Problematik führen zum Abbau von Angst und werden vom Patienten als positiv empfunden. Bei der Inspektion achtet der Therapeut auf **3 wichtige Merkmale**:

- **Veränderungen der Haut**, wie z. B. Farbe, Narben, Ekzeme, Hämatome.
- **Veränderungen des Körperreliefs** wie Schwellungen, Einziehungen, Muskelatrophien, Bindegewebszonen.
- Eine **veränderte Haltung (Posturologie)**, welche einen deutlichen Hinweis auf die Lokalisation der Störung geben kann (► **Kap. 2.2.1 Inspektion der Haut**).

Zur **differenzialdiagnostischen Beurteilung** der Haut wird auf die gängigen Lehrbücher und Atlanten der Dermatologie verwiesen. In **■ Tabelle 2.4** wird kurz auf die häufigsten Ursachen von Hautverfärbungen eingegangen.

2.2.1 Inspektion des Körperreliefs

Veränderungen des Körperreliefs können ein wichtiger Hinweis für abgelaufene oder noch bestehende Pathologien sein. Die Ursache für Einziehungen können beispielsweise Narben durch versteckten (z. B. transvaginalen) Operationszugang, fasciale Retraktionen, Stress oder falsche Ernährung sein. Bei einer leeren Anamnese sollten diese Punkte noch einmal in offener Form nachgefragt werden. Die offene Formulierung vermeidet Druck auf den Patienten und trägt so zum ausgewogenen Therapeuten-Patienten-Verhältnis bei.

Muskelatrophien können unter anderem ein Hinweis auf unphysiologische Belastungen des Bewegungsapparates sein. Diese »Einziehungen« geben einen direkten Hinweis auf Be- und Entlastungszonen.

Schwellungen treten sowohl akut als auch chronisch auf. Bei einem fraglichen Befund ist es daher wichtig, den Patienten zu fragen, wie lange die Schwellung(en) bereits bestehen und ob es tageszeitliche Veränderungen gibt. Mögliche Ursachen sind Allergien, venös-lymphatische Stauungen, Toxine, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, Störungen der Entgiftungsfunktion von Leber und Nieren oder z. B. auch Traumata.

Wichtig

Eine cervicothoracale Kongestion (Kissenbildung) kann auf Störungen des **venösen Rückflusses** mit Anreicherungen von Toxinen im Körper hinweisen (**näheres siehe ► Kapitel 4.5.1**).

Bindegewebszonen sind spezifische Gewebeareale, die bei einem positiven Befund als Schwellungen oder Einziehungen deutlich werden. Sie weisen auf **segmentale** oder **viszerale Irritationen** hin (► **Kap. 4.5.3**).

2.2.2 Inspektion der Posturologie

Die **Posturologie** unterscheidet je nach Dominanz der Positionsabweichung in der **Horizontal-, Frontal- und Sagittalebene** folgende Typen:

Rotationstyp

Abweichungen in der Horizontalebene um eine **craniocaudale Achse**. In der Seitenansicht des Patienten zeigen sich diese Abweichungen am deutlichsten. Gedachte Linien, die beide Calcanei, beide SIPS, beide Scapulae und beide Procc. mastoidei verbinden, laufen normalerweise parallel und bilden keinen Rotationswinkel.

Bei Rotationsabweichungen ist trotz exakter Seitenansicht der Blick auf beide Calcanei/SIPS/Scapulae/Procc. mastoidei möglich, da die entsprechende Region außenrotiert steht.

Bei normalem Befund verdecken die genannten Strukturen ihr Pendant in exakter Seitenansicht.

Seitneigungstyp

Der Seitneigungstyp kennzeichnet sich durch **Abweichungen in der Frontalebene** um eine **anteroposteriore Achse**. Bei Betrachtung des Patienten von hinten sind diese Abweichungen am deutlichsten.

Eine **gedachte Lotlinie** von der Sutura sagittalis soll alle Procc. spinosi, die Rima ani sowie die Mitte zwischen beiden Scapulae, beiden Knien und beiden Calcanei treffen.

Ext-/Flex-Typ

Kennzeichnend für den Ext-/Flex-Typ sind **Abweichungen in der Sagittalebene** um eine **transversale (laterolaterale) Achse**. Am

■ **Tabelle 2.4.** Lokalisation und Pathogenese von Hautverfärbungen

Hautfarbe	Lokalisation	Pathogenese
Braun	Generalisiert Lichtexponierte Stellen Gesicht, Mamillen, Linea alba, Vulva Narben, druck-/lichtexponierte Stellen Spiegelgleiche Pigmentierung im Gesicht Cafe-au-lait-Haut	genetisch (vermehrte Melanin) Sonnenlicht-Exposition Schwangerschaft M. Addison/Hypophysentumor Niereninsuffizienz Neurofibromatose
Blass	Generalisiert/fleckig Gesicht/Mund/Nägel Lokalisation des Ödems	Vermindert Melanin (Albinismus/Vitiligo) Durchblutungsstörung/Anämie Ödeme (überlagern Hautfärbungen)
Rot	betroffene Region, Gesicht, De- kollettee	Gefäßerweiterung/Durchblutungssteigerung (auch Entzündung,)/Kälte- einwirkung, vegetativ bedingt
Gelb	Skleren, Schleimhäute (SH), ge- neralisiert lichtexponierte Stellen, Gesicht (nie Skleren, SH) Handfläche, Fußsohle, Gesicht (nie Skleren, SH)	Ikterus (Lebererkrankung, Hämolyse) chronische Urämie (Retention von Harnfarbstoffen) Karotinämie (alimentär, Hypophysenunterfunktion)
Bronzegrau	generalisiert, Narben	Hämochromatose
Livide/zyanotisch	Betroffenes Abflussgebiet Gesicht, Hände, Füße	Venöser Stau, arterielle Durchblutungsstörung, Herz-Kreislauf-Erkan- kungen Polyzythämie, arterielle Durchblutungsstörungen

deutlichsten werden sie in der Seitenansicht. Normalerweise liegen äußerer Gehörgang, Schulter, Becken, Knie und Knöchel auf einer **gemeinsamen Lotlinie**. Teilweise ist der Befund von einer Seite besser zu erkennen als von der anderen.

Um Beschwerdeursachen besser einordnen zu können, werden besonders jene Zonen untersucht, die biomechanisch zur entsprechenden Typologie passen.

In ■ **Tabelle 2.5** ist die Zuordnung einzelner Regionen zur jeweiligen Typologie aufgeführt. (■ **Abb. 2.1–2.3**)

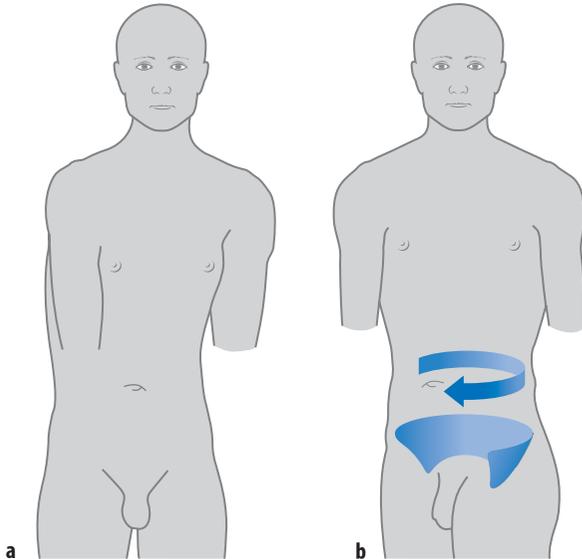
Ein Patient kann durchaus mehrere **Ursache-Folge-Ketten (UFK)** haben, die verschiedenen Typologien zuzuordnen sind. In diesem Fall gibt die Posturologie keinen richtungsweisenden Befund, sodass andere diagnostische Kriterien weiterführen müssen.

2.3 Thermodiagnostik

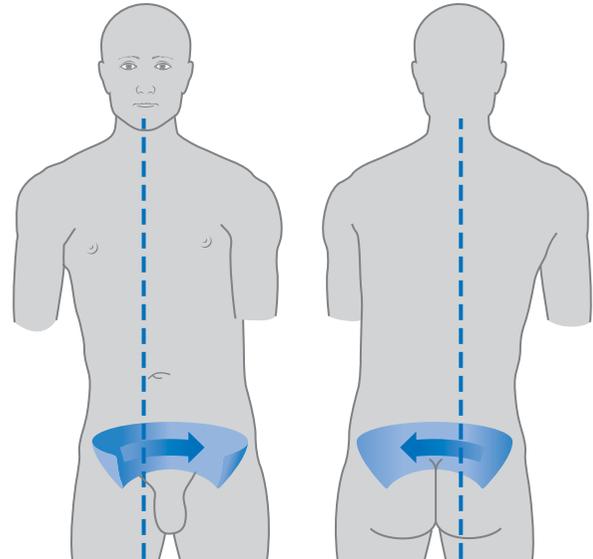
Mit der Thermodiagnostik werden **Veränderungen der Temperaturabstrahlung** einzelner Körperregionen manuell erfasst. In der Osteopathie wurde die Thermodiagnostik von dem Franzo-

■ **Tabelle 2.5.** Typologienzuordnung

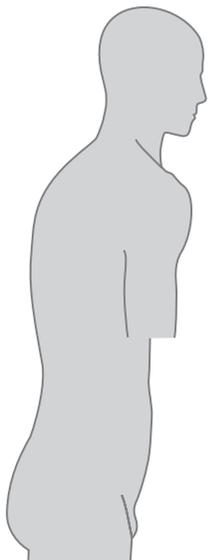
Rotationstyp	Seitneigungstyp	Ext-/Flex-Typ
SSB-Strain	SSB-Torsion und TMG	
C ₁ -Rotation	C ₀ /C ₁ -Shift C ₁ /C ₂ -Shift	C ₀ -bilateral
C ₂₋₇ in Ext.	C ₂₋₇ in Flex.	WS-Zonen in E (ant.)
T ₁₋₅ /Costae I-V		WS-Zonen in F (post.)
T ₆₋₁₀ /Costae VI-X		Übergang C ₇ -T ₁
Symphysis pubica	T ₁₁ -Sacrum	Übergang T ₁₂ -L ₁
Ilium ARO/IRO	Ilium In-/Outflare/ Upslip	Ilium Ant./Post.
Hüfte ARO/IRO	Hüfte ABD/ADD	Hüfte E/F Knie
USG	Chopart-Gelenk	OSG



■ Abb. 2.1. a Rotationstyp hochthoracal. b Rotationstyp Becken



■ Abb. 2.2. Seitenneigungstyp Beckenshift



■ Abb. 2.3. Extensions-/Flexionstyp

sen **J.P. Barral** entdeckt. Er unterschied je nach Größe und Ausbreitung punktförmige, lineare, bandförmige, zirkuläre und weitere Zonen von Temperaturerhöhungen. Er gab diverse Zuordnungen von Körperabschnitten und thermischen Zonen an, nach denen eine hohe Differenzierung der Problematik über die Thermodiagnostik möglich wurde.

Andere Osteopathen haben die Thermodiagnostik in verschiedene Richtungen verändert, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll.

Pathogenetisch entsteht durch Veränderungen des Gewebestoffwechsels eine lokale Temperaturabweichung, die manuell erfasst werden kann.

Die Thermodiagnostik wird als schnelle Hilfe zum Auffinden von Beschwerdeursachen eingesetzt. Bei Unklarheiten oder dem Verdacht auf eine schwere Pathologie darf die Thermodiagnostik kein Ersatz für notwendige schulmedizinische Diagnoseausschlussverfahren sein.

Die folgenden **thermiodiagnostischen Verfahren** werden zur schnellen Lokalisation eines Problems durchgeführt:

- **Erster Untersuchungsschritt:** Der Patient befindet sich in Rückenlage auf der Untersuchungsbank. In etwa **10 cm Abstand** zur Haut bewegt der Osteopath seine Hand langsam und gleichmäßig über dem Patienten hin und her. Auffällig sind umschriebene Bereiche mit **erhöhter** oder auch **geringerer Temperatur**. Diese Stellen werden vom Osteopathen registriert und später genauer untersucht.
- **Im zweiten Schritt** wird die Untersuchung in **50 cm Abstand** zur Haut wiederholt.

Die gefundenen Regionen auf 10-cm- bzw. 50-cm-Niveau haben folgende Zuordnung:

- **10-cm-Zonen:** funktionell mechanische oder strukturell mechanische/chemische Irritationen, wie z. B. Entzündungen etc.,
- **50-cm-Zonen:** fasziale oder emotionale Irritationen.

Die Untersuchung wird anschließend **in Bauchlage** im **10 cm** und **50 cm Abstand** zur Haut durchgeführt.

2.4 · Listening

Ziel der Thermodiagnostik ist das Lokalisieren von veränderten Temperaturen. Diese **Stoffwechsellaktivitäten** werden als mögliche Ursache für Beschwerden in der weiteren Befunderhebung genauer untersucht.

Wichtig

Findet sich während der weiteren Untersuchung **kein funktionelles Korrelat** zur entsprechenden Zone, muss eine strukturelle Pathologie (insbesondere Entzündung, Tumor) ausgeschlossen werden.

i Tipps

Bei Frauen findet sich bereits in der **Frühphase der Schwangerschaft** sowohl im 10-cm- als auch im 50-cm-Handabstand ein sog. »Temperatur-Fön« im Bereich des Mittelpunktes zwischen beiden SIAS. Bereits ab dem 5.–7. Tag nach der Befruchtung, während der Einnistung in die Uterusschleimhaut, kann eine **Temperaturerhöhung** wahrgenommen werden.

2.4 Listening

Listening (franz.: Écoute) wird sowohl in der **Diagnose** als auch in der **Therapie** eingesetzt. Der Ursprung liegt in der **faszialen Osteopathie**.

Mit **diagnostischen Listening-Techniken** wird versucht, der faszialen Körperspannung zu folgen. Die Lokalisation einer Beschwerdeursache zeigt sich durch einen faszialen Zug zur gleichen Region an.

Durch fasziale Spannungen entstehen **propriozeptive Aktivitätsmuster**.

Zur Lokalisationsdiagnostik werden **propriozeptive Reizänderungen** genutzt. Ziel des diagnostischen Listening ist die **Lokalisation eines Problems**.

Wichtig

Ein Listening gibt keinen Hinweis auf die Art der Störung.

Bei dem **diagnostischem Listening** wird zwischen dem sog. **General Listening** (► Kap. 2.4.1) und dem **Local Listening** (► Kap. 2.4.2) unterschieden.

2.4.1 General Listening

Das **General Listening** nutzt Änderungen der **Körperfaszienspannung** zur Lokalisationsdiagnostik. Die folgenden Untersuchungsschritte werden beim General Listening beachtet.

- Der Patient steht auf dem Boden, die Füße stehen parallel etwa 10 cm auseinander. Der Osteopath steht seitlich neben dem Patienten. Eine Hand des Osteopathen wird mit einem sanften Druck von 20–30 Gramm auf den Kopf des Patienten gelegt, während die andere Hand leicht zwischen den Schulterblättern aufliegt.
- Der Therapeut bittet den Patienten, die Augen zu schließen. Die Reaktion des Patienten wird durch die Lokalisation der Problematik bestimmt.

Normalbefund: Nach ca. 4 Sekunden fällt der Patient ohne weitere Reaktion »wie ein Brett« nach dorsal.

Pathologien: Jede Bewegung des Patienten, die nicht vom ganzen Körper in einer Einheit geschieht, ist eine **Normabweichung**. Oft findet sofort nach dem Schließen der Augen eine **Ausweichbewegung** statt.

Wichtig

Als Merkhilfe gilt, dass der Patient durch die Bewegung **»auf seine Läsion guckt«**. Der Blick wird zur Lokalisation der Problematik gewandt.

Dabei bedeutet:

- **Flexion:** Das Problem liegt **ventral**, daher fällt der Patient nach vorne. Je weiter sich der Patient nach vorne neigt, desto weiter caudal liegt die Problematik.
- **Extension:** Das Problem liegt **dorsal**, daher fällt der Patient nach hinten. Je weiter sich der Patient nach hinten neigt, desto weiter caudal liegt die Problematik.
- **Seitneigung:** Das Problem liegt auf der **Seite**, zu der sich der Patient neigt. Je mehr sich der Patient zur Seite neigt, desto weiter caudal liegt die Problematik.
- **Rotation:** Die Rotation **verstärkt das Ausmaß** der **Flexion/Extension/Seitneigung**. Je weiter die Problematik von der craniocaudalen Rotationsachse entfernt ist, desto mehr Rotation entsteht.
- **Einsinken:** Der Patient scheint **in sich zusammenzusinken**, wenn eine Problematik im cranialen Bereich vorliegt. Ist das »Schrumpfen« mit einer Rotation kombiniert, so ist die Ursache meist eine Torsion der spinalen Dura mater.
- **Stehen bleiben:** Zeigt der Patient eine **stabile Position**, die meist mit einer leichten Flexion, z. T. auch Seitneigung kombiniert ist, so liegt das Problem **ventral subdiaphragmal**.

2.4.2 Local Listening

Mit dem »Local Listening« wird **regional** überprüft, **ob und wo fasziale Spannungen** vorhanden sind.

Es gibt zwei Möglichkeiten, diese Spannungen zu untersuchen:

- Die Suche nach dem **faszialen Zug (mechanisch)** in Rückenlage. Diese Technik wird als **Local Listening in Rückenlage** bezeichnet.
- Die Suche nach der Auswirkung des faszialen Zuges auf die arterielle Durchblutungssituation.

Bei dieser Untersuchung wird das **Local Listening im Sitz** mit Hilfe der sog. **Adson-Wright** bzw. **Sotto-Hall-Tests** (▣ Abb. 2.5) durchgeführt.

Local Listening in Rückenlage

Der Patient befindet sich in Rückenlage, während der Therapeut seine Hand mit einem minimalen Druck von ca. 20–30 g nacheinander an **vier Positionen auf die ventrale Rumpfseite** des Patienten legt. Mit dieser Methode werden die sog. »Faszienzüge« aufgesucht (▣ Abb. 2.4). Um einen möglichst genauen Befund zu erzielen, wird mit der Untersuchung am Becken begonnen und nach und nach bis zum oberen Thorax fortgefahren.

Während der Untersuchung muss der Therapeut auf folgende Befunde achten:

- Ausgangsstellung der Hände,
- Abweichungen der Hände von der zu erwartenden Position.

i Tipps

Findet an der entsprechenden Handposition (▣ Abb. 2.4, 1–4) keine Abweichung statt, so liegt kein Faszienzug vor.

Eine Abweichung zeigt stets **in Richtung des Problems**.

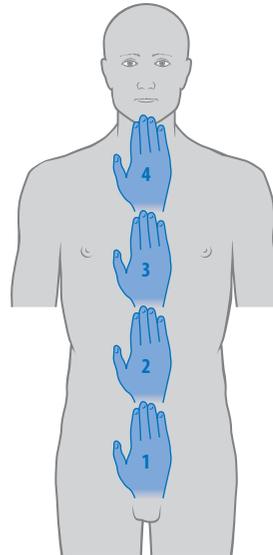
Die Faszie versucht sich der Lokalisation einer Störung anzunähern. Dabei findet eine dreidimensionale Anpassung statt.

Wichtig

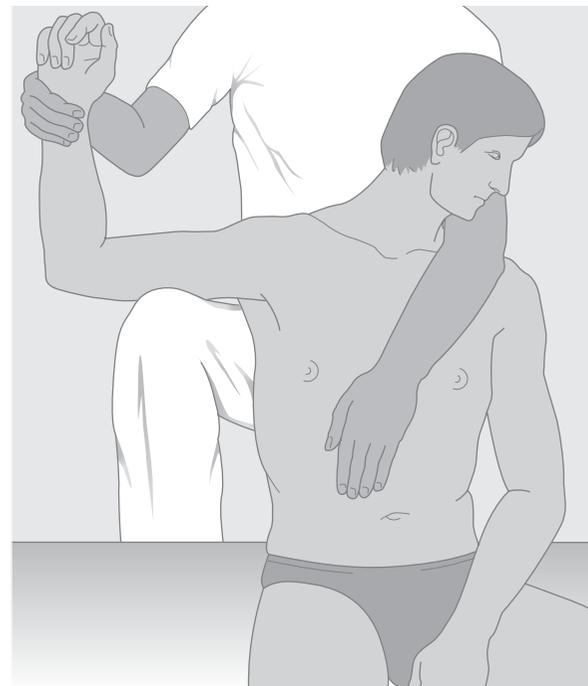
Bei Lokalisationen unmittelbar unter der Hand, z. B. Pylorus, wird diese in die Tiefe gezogen. Es findet keine Abweichung zur Seite statt.

Local Listening im Sitz (Adson-Wright-/Sotto-Hall-Test)

Bei dem **Test nach Adson-Wright**, der auch als **Sotto-Hall-Test** bezeichnet wird, kann der Untersucher neben den **arteriellen Pulsationen fasziale Irritationen** bis zur oberen Thoraxfaszie überprüfen (▣ Abb. 2.5). Beim Testen werden beide Seiten im Vergleich untersucht. **Störungen der rechten Faszien** werden normalerweise an der **rechten A. radialis** gefunden, während linksseitige Störungen im Bereich der linken A. radialis zu lokalisieren sind.



▣ **Abb. 2.4.** Local Listening in Rückenlage, Handpositionen (Bild 1–4)



▣ **Abb. 2.5.** Adson-Wright-/Sotto-Hall-Test, Endposition

Durchführung

Der Patient sitzt mit hängenden Armen auf der Untersuchungsbank. Der Osteopath steht mit aufgestelltem Bein hinter dem Patienten.

2.5 · Palpation

- Zunächst wird der **Radialispuls** bei hängendem Arm geprüft.
- Anschließend bringt der Therapeut den Arm des Patienten passiv in eine 90°-Schulterabduktion bei gleichzeitiger 90°-Ellbogenflexion. Dabei wird der Oberarm des Patienten auf den Oberschenkel des Therapeuten abgelegt. Aus dieser Position wird die Radialispulsation weiterhin geprüft.

i Tipps

Um kein falsches Ergebnis zu erzielen, dürfen weder das Handgelenk noch der Schultergürtel des Patienten vom Untersucher abgestützt werden.

- Bleibt die Pulsation unverändert, wird die HWS des Patienten vom Therapeuten in **Seitneigung und Rotation zur Testseite** gebracht.
- Ist die **Pulsation unverändert**, besteht **keine fasziale Einschränkung** der oberen Thoraxfaszien.
- Der Befund ist positiv, wenn die Pulsation der A. radialis durch die Vordehnung der oberen Thoraxfaszien ausfällt.
- **Zur weiteren Lokalisation** sucht der Therapeut den Körper des Patienten Stück für Stück ab, indem er mit der freien Hand regional einen leichten Druck von ca. 40–50 g ausübt. Der Druck wird direkt in die Tiefe ausgeführt (reines Handauflegen).

Dieser Test wird zunächst auf einer Rumpfseite durchgeführt. Untersucht wird die ventrale, laterale und dorsale Rumpfseite von caudal nach cranial bis zu der Höhe, in der eine Pulsation wieder palpirt werden kann.

- Die aufgefundene, etwa handtellergroße Stelle weist auf das fasziale Geschehen hin.
- Findet sich auf der getesteten Seite kein Areal, in dem eine Pulsation getestet werden kann, wird die Suche auf der **kontralateralen Seite** fortgesetzt.

i Tipps

Ziel der Listening-Tests ist die Lokalisation der faszialen Irritation.

Die **Ursache der faszialen Irritation** wird beim Listening **nicht festgestellt**.

2.5 Palpation

Mit Hilfe der Palpation können folgende Untersuchungsergebnisse erzielt werden:

1. Auffinden von Irritationen im Bereich von Dermatomen oder peripheren Hautnerven.
 - Ziel der Palpation kann z. B. sein, Störungen im Bereich von zugehörigen Segmenten zu erkennen.
 - Differenziert wird zwischen **zentralen** und **peripheren Nervenirritationen**.
2. Feststellen von Veränderungen des Bindegewebes.

- Dabei treten bei trophischen Änderungen oder Irritationen von Organen **Bindegewebszonen** auf.
 - Auch eine vermehrte Lympheinlagerung in bestimmte Hautzonen als Folge von **neurolymphatischen Reflexen** tritt auf.
3. Ermitteln von Veränderungen des Muskeltonus.
 - Diese können mechanisch oder neural bedingt als Tonuserhöhung des gesamten Muskels auffallen.
 - Tonusveränderungen des Muskels können aber auch als sog. »**Tenderpoints**« (► Kap. 2.5.4) oder auch als **Mackenzie-Zone** auffallen.

2.5.1 Schwellung

Schwellungen können **posttraumatisch** entstehen, mitunter auch nach einem **Minimaltrauma** aufgrund einer bekannten oder unbekannteren Gerinnungsstörung.

Häufige Ursache für Schwellungen können **Hyper- bzw. Desensibilisierungen eines Dermatoms** sein, die Ausdruck einer Störung im zugehörigen Rückenmarks-Segment sind.

Alle Strukturen des zugehörigen Segments müssen daher als mögliche Ursache der Beschwerden näher untersucht werden:

- **Angiotom:** segmentbezogene arterielle, venöse und lymphatische Gefäße.
- **Dermatom:** Haut und Hautanhangsgebilde im jeweiligem Segment.
- **Myotom:** Muskulatur im Bereich des Segmentes.
- **Sklerotom:** Bindegewebe, Kapseln, Ligamente, Sehnen, Faszien, Lymphknoten, Knorpel, Knochen im Segmentbereich.
- **Viszerotom:** Auf das Segment bezogenes Organewebe.

i Tipps

Verursacht wird eine Schwellung auch durch die Wirkung von **Gewebemediatoren**, welche als lokale Antwort auf einen Gewebereiz ausgeschüttet wurden.

2.5.2 Schmerz

Bei Schmerzen wird differenziert, ob der ausgelöste Schmerz der Problematik des Patienten entspricht oder ob ein unbekannter Schmerz besteht, der Folge einer **nozizeptiven Sensibilisierung** ist. Zur Beurteilung gehört daher immer während einer Palpation die Frage nach **Ausstrahlung, Charakter, Stärke** sowie **Dauer des Schmerzes** (► Kap. 2.1).

Wichtig

Wichtig ist es, Schmerzen zu beachten, die nach Beendigung der Palpation noch für einige Zeit (1–3 Minuten) nachklingen. Diese Symptome können ein **Hinweis auf Entzündungen oder andere schwere Pathologien** sein und stellen oft eine Kontraindikation zur Behandlung dar.

2.5.3 Bindegewebs-Zonen/Head-Zonen

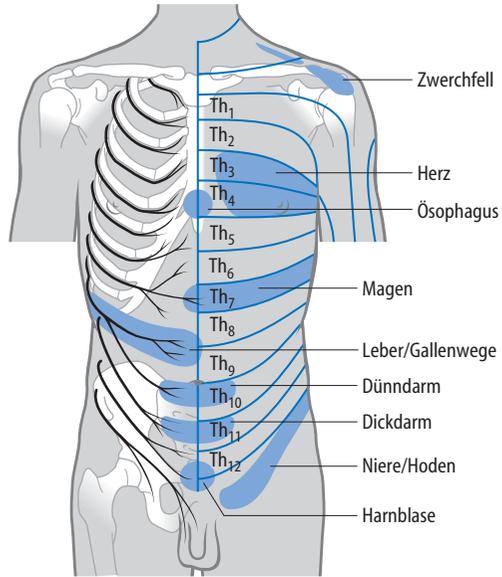
Da die **viszeralen (Organ-)** und **parietalen (Haut-)Afferenzen** im Bereich der Spinalnerven gemischt sind, werden

- Probleme der inneren Organe auf entsprechende **hyperalgische Zonen der Haut** als sog. »Head-Zonen« (■ Abb. 2.6), durch einen **viscerocutanen Reflex** projiziert.
- Das Bindegewebe stellt sich mit seinen sog. »Bindegewebszonen nach Teirich-Leube« (■ Abb. 2.7) durch **viszeromuskuläre Reflexe**, die auch als »muskuläre Maximalpunkte nach Kohlrausch« bezeichnet werden, dar.

Wichtig

Wie bereits in ► Kapitel 2.5.1 erläutert, müssen sämtliche zugehörige Strukturen genau untersucht werden, da sie mitunter eine mögliche Ursache der Beschwerden sind.

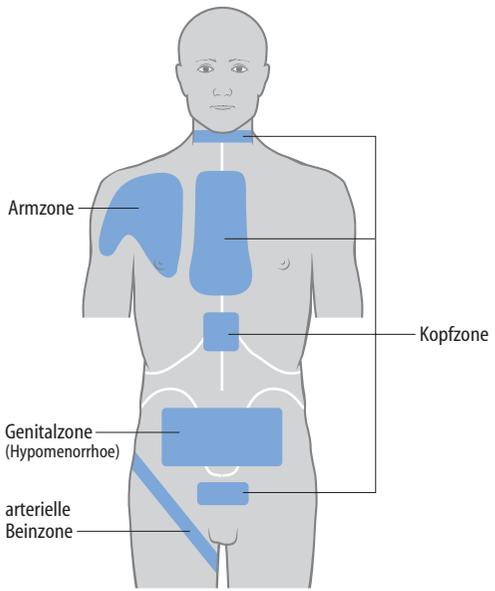
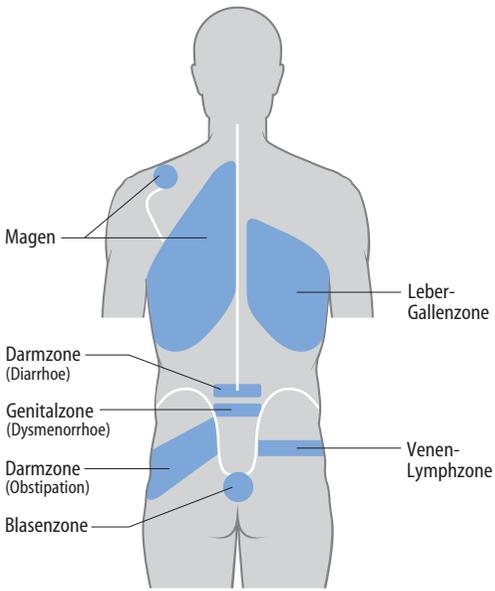
Die Projektion der **Head-** sowie **Bindegewebszonen** und der **muskulären Maximalpunkte** ist in den ■ Abb. 2.6 bis 2.8 dargestellt.



■ Abb. 2.6. Head-Zonen

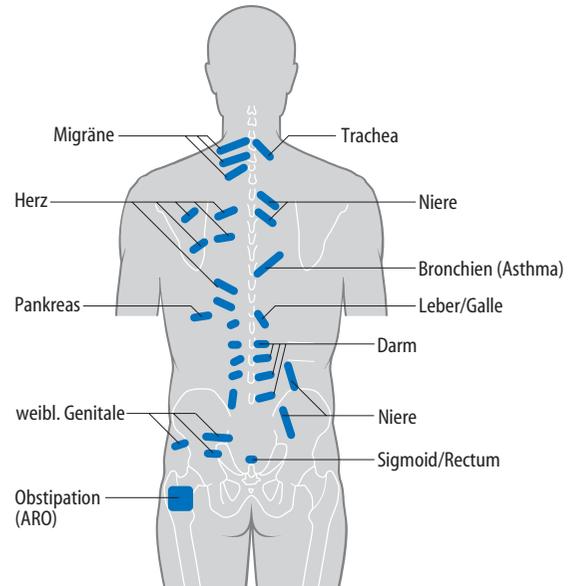
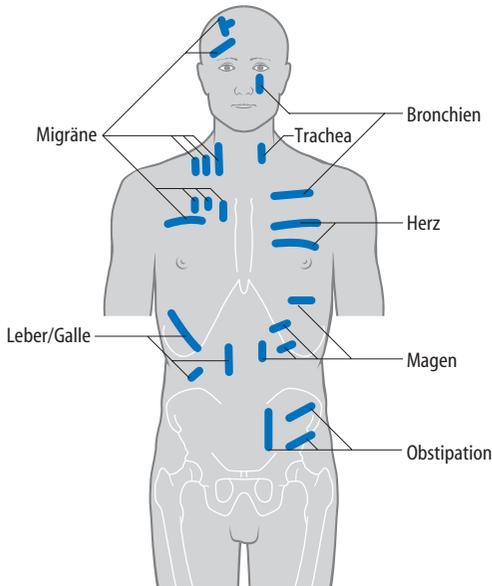
2.5.4 Tender Points (Jones)

Als Folge nicht-physiologischer Kontraktionen der Muskulatur entsteht eine Bewegungseinschränkung des betroffenen Gelenkes, die sich auch während einer Palpation als schmerzempfindlicher Bereich mit einer vermehrten Gewebespannung zeigt und als »Tender Point« bezeichnet wird. Ausgelöst wird dieser



■ Abb. 2.7. Bindegewebszonen

2.6 · Funktionstests



■ **Abb. 2.8.** Muskuläre Maximalpunkte (nach Kohlrausch)

Zustand durch abnorme Spannungen, die infolge von **Irritationen der nicht-adaptiven, tonusregulierenden Kernkettenfasern** entstehen.

Nach dem Osteopathen L.H. Jones werden die »Tender Point« auch als sog. »**Jones-Punkte**« oder als »**Strain-Counter-strain**« bezeichnet.

i Tipps

Im Zusammenhang mit Tender Points finden sich am Bewegungsapparat oft auch **gesteigerte Muskeleigenreflexe**.

Jeder Tender Point ist **spezifisch für eine bestimmte Läsion**. So können mit Hilfe der Jones-Punkte Läsionen gefunden werden, die **durch neurophysiologische Irritationen** entstanden sind.

Wichtig

Parietale Läsionen, die nicht auf Basis neurophysiologischer Irritationen entstanden sind, können nicht über die Jones-Punkte-Diagnostik gefunden werden.

i Tipps

Das Auffinden von Jones-Punkten ist wegweisend für die Therapie einer Läsion.

Durchführung

Der entspannt sitzende oder liegende Patient wird vom Osteopathen in den drei Ebenen E/F, Seitneigung und Rotation so positioniert, dass die **palpierte Spannung** des Punktes **nicht mehr**

wahrnehmbar bzw. **minimiert** ist. In dieser Position wird der Patient für etwa **90 Sekunden** belassen. Anschließend muss der Patient langsam in die neutrale Position zurückgebracht werden. Die Therapie ist erfolgreich, wenn bei der anschließenden Palpation kein Tender Point mehr aufzufinden ist.

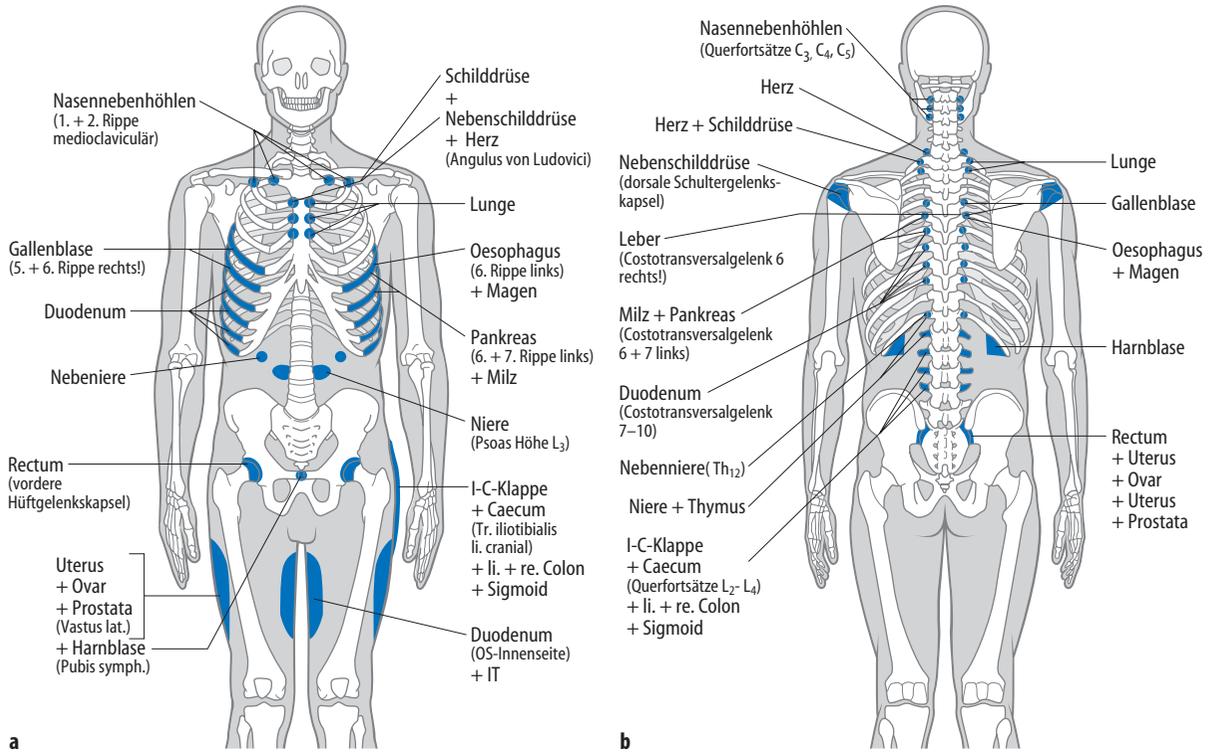
2.5.5 Chapman-Punkte

F. Chapman hat den **Zusammenhang zwischen viszeralen Irritationen und Zonen des Unterhautbindegewebes** mit vermehrter Einlagerung von Lympflüssigkeit als **neurolymphatische Reflexe** beschrieben. Bei der Palpation von Chapman-Punkten kann an einer für das jeweilige Organ spezifischen Zone eine Art »Wasserkissen« getastet werden. Diese »Wasserkissen« entstehen als Folge einer vermehrten Einlagerung von Lympflüssigkeit in das Bindegewebe.

Die Lokalisation der Organzonen (■ **Abb. 2.9**) sowie die Therapie und Behandlung von Chapman-Punkten sind in **Kapitel 5.2** aufgeführt.

2.6 Funktionstests

Funktionstests stellen die nächste Stufe der Diagnostik dar. Mit Hilfe dieser Tests wird die Funktion der jeweiligen Struktur, wie z. B. Knochen, Gelenke, Muskeln, Kapseln und Bänder, untersucht.



■ Abb. 2.9. Chapman-Punkte

Mechanische Dysfunktionen geben einen Hinweis auf eine Störung der Homöostase des Patienten und müssen daher näher untersucht werden.

2.6.1 Axiales System

Das axiale System besteht aus:

- den Kopf Gelenken,
- den Wirbelgelenken mit Facetten- und Intervertebralgelenken,
- Rippenwirbelgelenken,
- dem Sacrum und dem Sacrococcygealgelenk.

In **■ Tabelle 2.6** sind die Beziehungen des axialen Systems zu dem vegetativem Nervensystem sowie den Organsystemen dargestellt.

Irritationen von Wirbeln: Gruppenläsion oder Läsion eines einzelnen Wirbels

Gruppenläsionen

- **Gruppenläsionen** weisen stets auf eine Irritation im zugehörigen Segment hin. Die entsprechenden Organe, Gefäße, Muskeln, Haut, Bindegewebe und Knochen werden

bei einem positiven Befund auf ursächliche Störungen untersucht.

- Zur Korrektur wird **zunächst die ursächliche Struktur** erfasst und mobilisiert. Im Anschluss kann die betroffene Wirbelregion behandelt werden.
- **Gruppenläsionen** werden als **Restriktionen** bezeichnet. Restriktionen sind **Bewegungseinschränkungen über mehrere Etagen** in eine bestimmte Richtung.

Läsionen eines einzelnen Wirbels

- Die **Läsion eines einzelnen Wirbels** wird »monolytisch« genannt und tritt oft als **Dekompensation** auf. Dies geschieht entweder posttraumatisch oder als Folge einer massiven segmentalen Störung, wie z. B. bei einem Pylorusspasmus.
- Die Korrektur erfasst **zunächst den Wirbel**. Am besten eignen sich hierfür manipulative Techniken oder Jones-Techniken.
- **Einzelne Wirbelläsionen** werden als **monolytische Läsionen** bezeichnet. Monolytische Läsionen sind **Blockaden**, die mit einer **Bewegungseinschränkung auf einer Etage** in eine bestimmte Richtung einhergehen.

■ **Tabelle 2.6.** Beziehungen des axialen Systems insbesondere zu den Organsystemen

Beziehungen	Wirbel	(Organ-)Systeme
Vagus (parasympathisch) Ggl. cervicale superius (orthosympathisch) Augenstellreflex (mechanisch)	C ₀₋₂ / OAA	Kopf-/Halsorgane (orthosympathisch/parasympathisch) Herz, Lunge, Thymus, Ösophagus, Magen, Milz, Pankreas, Duodenum, Leber, Gallenblase, Dünndarm, Caecum, Colon ascendens, Colon transversum, Nebennieren, Nieren, oberes 1/3 Ureter (parasympathisch)
Phrenicus (faszial)	C ₃₋₅	Kopf-/Halsorgane, Herz, Lunge, Thymus, Ösophagus, Magen, Milz, Pankreas, Duodenum, Leber, Gallenblase, Dünndarm, Caecum, Colon ascendens, Colon transversum, Nebennieren, Nieren, oberes 1/3 Ureter
Lig. cervicopleur (mechanisch) Ggl. cervicale medium (orthosympathisch)	C ₆₋₇	Herz, Lunge, Ösophagus, Magen, Milz, Pankreas, Duodenum, Leber, Gallenblase, Nieren
Ggl. stellatum (orthosympathisch) Plexus pulmonalis (orthosympathisch) Plexus cardiacus (orthosympathisch) Truncus sympatheticus (orthosympathisch)	T ₁₋₅ /Costa ₁₋₅	Kopf-/Halsorgane, Herz, Lunge, Thymus, Ösophagus
Ggl. coeliacum (orthosympathisch) Truncus sympatheticus (orthosympathisch)	T ₆₋₉ /Costa ₆₋₉	Magen, Milz, Pankreas, Duodenum, Leber, Gallenblase
Ggl. mesentericum superius (orthosympathisch) Truncus sympathicus (orthosympathisch)	T ₁₀₋₁₁ /Costa ₁₀₋₁₁	Dünndarm, Caecum
Ggl. mesentericum inferius (orthosympathisch) Truncus sympatheticus (orthosympathisch)	T _{12-L2} /Costa ₁₂	Colon ascendens, Colon transversum, Colon descendens, Sigmoid, Nebennieren, Nieren, Ureter, Beckenorgane, Geschlechtsorgane
Untere Extremität (mechanisch)	L ₃	
Ilium (mechanisch)	L ₄	
Sacrum (mechanisch)	L ₅	
Plexus sacralis (parasympathisch) Truncus sympathicus (orthosympathisch)	S ₂₋₄ Sacrum	Untere 2/3 Ureter, Colon descendens, Sigmoid, Beckenorgane, Geschlechtsorgane
Ggl. impar (orthosympathisch)	Coccyx	Beckenorgane

Um die **Gruppenläsionen** von einer **monolytischen Läsionen** zu unterscheiden, wird die biomechanische ■ **Tabelle 2.7** zugrunde gelegt:

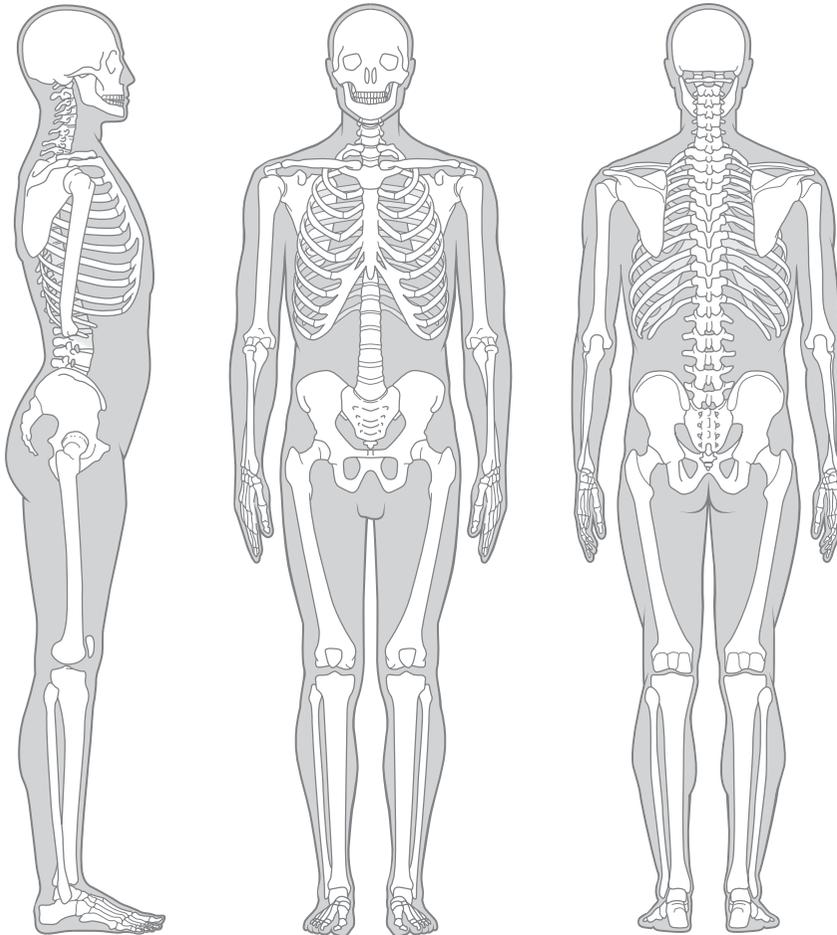
- X und Y bezeichnen die Richtung _L=links oder _R=rechts,
- wobei _X und _Y die entgegengesetzten Richtungen symbolisieren.

In der ■ **Abb. 2.10** ist ein **Normalbefund des axialen Systems** dargestellt, der sich für eine schnelle Befunddokumentation in der täglichen Praxis eignet.

■ **Tabelle 2.7.** Biomechanik der Wirbelsäule

	Gruppen-Restriktion	Monolytische Blockade
C ₀	C ₀ bilateral Extension oder Flexion	C ₀ E oder F S _X R _Y
C ₁		C ₁ R _X oder Shift _X
C _{2-T4}	Mehrere Wirbel in E oder R _X S _X	Ein Wirbel in E oder F R _X S _X
T _{5-L5}	Mehrere Wirbel in NS _X R _Y	Ein Wirbel in E oder F R _X S _X

Abb. 2.10. WS-Normalbefund



2.6.2 Übrige Mobilitäten (parietal und craniosacral)

Das **parietale System** wird im Anschluss an das axiale System auf funktionelle oder strukturelle Dysfunktionen untersucht.

Neben den einzelnen Tests kann folgender **Schnelltest des parietalen Systems** durchgeführt werden:

1. Iliosacrale Funktionen
 - Rotation Ant./Post.,
 - In-/Out-Flare,
 - ARO/IRO
2. Fibula
 - cranial/caudal
 als Überprüfung auf Dysfunktionen und Ursache-Folgeketten (UFKs) der unteren Extremität.
3. Clavicula
 - SCG
 - ACG
 als Test auf UFKs der oberen Extremität.

Wichtig

Ergibt der **Schnelltest des parietalen Systems** keine Dysfunktionen an ISG/Fibula bzw. der Clavicula, sind keine funktionell bedeutsamen Läsionen an der entsprechenden Extremität zu erwarten.

Um das **craniosacrale System** zu untersuchen, sind verschiedene Methoden möglich.

Zur **Basisdiagnostik** zählt die **Palpation des primär respiratorischen Mechanismus (P.R.M.)**, auf die in diesem Buch jedoch nicht näher eingegangen wird.

Da die »**Ten-Steps-Procedure**« diagnostische und therapeutische Aspekte vereint, wird sie unter den **Therapiekonzepten** (► Kap. 5) ausführlicher beschrieben.

2.6.3 Viszerale Funktionen

Die **viszerale Funktionen** werden über das **vegetative Nervensystem** ortho- und parasympathisch gesteuert. Bei **viszerale Dysfunktionen** sind daher fast immer Irritationen des axialen Systems zu erwarten (► **Kap. 2.6.1, Tabelle »Axiales System«**). Zusätzlich können die Faszien, die jedes Organ »wie ein Mantel« umhüllen, bei mechanischen viszerale Affektionen irritiert werden. Folge einer **Faszienirritation** ist eine **Provokation des N. phrenicus**, womit gleichzeitig die **Segmente C₃₋₅** gereizt werden.

Aufgrund der faszialen Umhüllung lösen **fasziale Irritationen** viszeral immer auch Zirkulationsprobleme aus.

Die **Wiederherstellung der viszerale Mobilität**, der sog. Organbeweglichkeit durch die Zwerchfellbewegung, ist daher von großer Bedeutung.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der viszerale Funktion ist die **Eigenbewegung der Organe**, die als **Motilität** bezeichnet wird.

Viszerale Dysfunktionen können mit Hilfe folgender Tests untersucht werden:

- Untersuchung des **axialen Systems** (neurovegetativ),
- **Local Listening** (faszial),
- **Phrenicus-Provokationstest** (faszial),
- **viszeraler ISG-Inhibitionstest** (faszial).

Da auf die Untersuchung des **axialen Systems** (► **Kap. 2.6.1**) sowie auf das **Local Listening** (► **Kap. 2.4.2**) bereits eingegangen wurde, werden im Folgenden lediglich der **Phrenicus-Provokationstest** und der **viszeraler ISG-Inhibitionstest** aufgeführt.

Phrenicus-Provokationstest

Der Therapeut drückt mit beiden Zeigefingern zwischen den sternalen und claviculären Kopf des **M. sternocleidomastoideus** in **dorsocaudale Richtung**. Normal ist ein unangenehmes dumpfes Druckgefühl. Beschreibt der Patient hingegen **ein- oder beidseitig »helle Schmerzen«**, liegen Zeichen einer **Irritation des N. phrenicus** vor. Ursache hierfür ist oft eine viszerale Irritation.

Viszeraler ISG-Inhibitionstest

Bei **positivem Vorlaufstest** eines ISG wird der Patient gebeten, seinen Bauch mit **beiden Händen leicht anzuheben**. Dabei wird erneut der Vorlaufstest im Stand ausgeführt.

Ist das Vorlaufphänomen bei angehobenem Bauch verschwunden, liegt ein **»viszeraler Vorlauf«** vor, der mit Hilfe einer Organmobilisation korrigiert werden kann

2.6.4 Neurologie

Die **neurologische Untersuchung** gehört zu **jeder klinischen Untersuchung** eines Patienten. Stichwortartig wird in den **■ Tabellen 2.8–2.16** auf einige Systeme hingewiesen, die bei jeder neurologischen Testuntersuchung geprüft werden sollten.

■ **Tabelle 2.8.** Hirnnerven

Hirnnerv	Befunde/Tests
I	Gibt es Störungen bei der Geruchsempfindung/beim Riechen?
II, III, IV, VI	Sehstörungen bekannt, Akkomodation prüfen, Finger-Folge-Versuch, Gesichtsfeldausfälle Pupillenreaktion direkt/indirekt, Nystagmus
V, V1/V2/V3	Nervenaustrittspunkte, Kaumuskelatur palpieren, Masseter-Reflex, (evtl. Kornealreflex)
VII	Wangen aufblasen, Lidschluss, mimische Muskeln palpieren, Tränensekretion, Glabellareflex Geschmack vordere 2/3 Zunge, evtl. Hyperakusis
VIII	Leise sprechen/flüstern, nach Hörstörungen fragen, nach Gleichgewichtsstörungen, lagebedingtem Schwindel fragen
IX	Geschmack hinteres 1/3 Zunge, Würgereflex, Sensibilität hinteres Zungendrittel
X	Reaktion Herz (Herzrasen/-stolpern), Atmung, Darm (Obstipation/Diarrhö) Abweichung Gaumensegel. Heiserkeit
XI	Palpation M. sternocleidomastoideus/M. trapezius, Schulter gegen Widerstand hochziehen
XII	Zunge herausstrecken (Abweichung zur kranken Seite?), Zungenmotorik

2.7 Provokationstests

Durch Provokationstests soll vor allem ein Ausschluss möglicher Kontraindikationen erfolgen. Das **Prinzip der Provokation** bleibt dabei für die unterschiedlichen Lokalisationen und Strukturen **stets identisch**.

- **Dehnung:** aktiv und passiv
- **Annäherung:** aktiv und passiv
- **Kontraktion:** aktiv
- **Kompression:** passiv
- **Distraction:** passiv
- **Perkussion:** passiv

Für jeden dieser Tests ist Schmerz ein Hinweis auf eine funktionelle oder strukturelle Störung.