



**Hinkelthein
Zalpour**

Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie

2. Auflage

Edgar Hinkelthein und Christoff Zalpour

Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie

Edgar Hinkelthein und
Christoff Zalpour

Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie

Mit 335 Abbildungen und 89 Tabellen

 Springer

Dr. Edgar Hinkelthein

Satower Weg 29

24357 Fleckeby

www.osteopathieschule-aon.de

www.atz-pur.de



Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

Professor für Physiotherapie und

Direktor des Instituts für angewandte
Physiotherapie und Osteopathie INAP/O
an der Hochschule Osnabrück

Caprivistr. 1

49076 Osnabrück

www.inapo.hs-osnabrueck.de



🗣️ Sagen Sie uns Ihre Meinung zum Buch: www.Springer.de/978-3-642-20739-6

ISBN-13 978-3-642-20739-6 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.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.

Zu widerhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH

ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006, 2012

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.

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

Planung: Marga Botsch, Heidelberg

Projektmanagement: Heidemarie Wolter, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: medionet Publishing Services Ltd., Berlin

SPIN: 80036253

Gedruckt auf säurefreiem Papier

22/2122 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort zur 2. Auflage

Das Konzept von *Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie* hat viele Leser begeistert, die uns auch vielfältige Rückmeldung hierzu gegeben haben. Dafür vielen Dank! Dies hat uns bestärkt für die 2. Auflage keine wesentlichen Änderungen, wohl aber - hier und da - Verbesserungen vorzunehmen. Auch in dem vorliegenden Buch finden Sie also nach einer kurzen Einführung in die Osteopathie ein komprimiertes Kapitel über Diagnosekonzepte, das die wesentlichen Punkte der osteopathischen Herangehensweise erläutert und systematisch aufbereitet. Danach folgt ein Kapitel über Safety mit Blick auf die Abgrenzungsdagnostik zu primär nicht osteopathisch behandelbaren bzw. zunächst abklärungspflichtigen Erkrankungen. (Im Anhang ist dazu zusätzlich eine Übersicht von spezifischen Leitsymptomen zu finden.) Der ausgiebigste Teil des Buches ist wieder den Fallbeschreibungen gewidmet, die sehr systematisch aufbereitet und aus didaktischen Gründen topographisch geordnet sind: Nach dem Ort der Primär-Beschwerde geordnet finden sich verschiedene Kasuistiken der unteren Extremität, der Wirbelsäule, der oberen Extremität, der Organe und des Kopfes. Dann folgt ein Kapitel über die osteopathischen Therapie-

konzepte, die wiederum systematisch, strukturiert und komprimiert dargestellt werden.

Der Anhang ist zusätzlich zu der systematischen Übersicht der Leitsymptome, den Literaturhinweisen und dem Sachwortverzeichnis (Index) mit einem Glossar versehen, das die wichtigsten osteopathischen Termini kurz erläutert und auch auf zusätzliche Informationen im Text verweist. Außerdem wurde eine Abkürzungsliste zum schnelleren Auffinden der verwendeten Abkürzungen bzw. ihrer Bedeutung beigefügt.

Auch dieses Vorwort wollen wir mit dem Appell beenden, uns gerne Kritik, Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge zuzusenden.

Möge die vorliegende zweite Auflage von *Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie* den Lesern ebenso Erkenntnisgewinn und Freude bringen, wie den von Ihnen behandelten Patienten eine verbesserte Lebensqualität.

Edgar Hinkelthein

Christoff Zalpour

Im Juni 2011

Vorwort zur 1. Auflage

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
1.1	Untersuchung und Behandlung in der Osteopathie	1
1.2	Gesundheit aus osteopathischer Sicht	1
1.3	Vorgehensweisen	1
2	Diagnosekonzepte	3
2.1	Anamnese	3
2.1.1	Spezielle Anamnese	6
2.1.2	Allgemeine Anamnese	6
2.2	Inspektion	9
2.2.1	Inspektion des Körperreliefs	10
2.2.2	Inspektion der Posturologie	11
2.3	Thermodiagnostik	11
2.4	Listening	12
2.4.1	General Listening	13
2.4.2	Local Listening	13
2.5	Palpation	14
2.5.1	Schwellung	15
2.5.2	Schmerz	15
2.5.3	Bindegewebs-Zonen/Head-Zonen	15
2.5.4	Tender Points (Jones)	15
2.5.5	Chapman-Punkte	17
2.6	Funktionstests	17
2.6.1	Axiales System	17
2.6.2	Übrige Mobilitäten (parietal und craniosacral)	19
2.6.3	Viszerale Funktionen	20
2.6.4	Neurologie	20
2.7	Provokationstests	20
2.8	Apparative Diagnostik	25
2.9	Dokumentation	25
2.10	Anhang	25
3	Safety	31
3.1	Allgemein	31
3.2	Provokationstest	31
3.3	Apparative Diagnostik	31
3.3.1	Bildgebende Verfahren	31
3.4	Labordiagnostik	41
3.4.1	Labor	41
3.4.2	Bakteriologie	42
3.4.3	Histologie	42
3.5	Internistische Diagnostik	42
3.5.1	Blutdruck/Puls	42
3.5.2	Elektrokardiogramm (EKG)	48
3.5.3	Spiroergometrie	49
3.6	Apparative neurologische Diagnostik	50
3.6.1	Elektroenzephalogramm (EEG)	50

3.6.2	Elektroneurographie (ENG)	50
3.6.3	Elektromyographie (EMG)	51
3.7	Ausgewählte Krankheitsentitäten	51
3.7.1	Krebserkrankungen	51
3.7.2	Krebs und Immunsystem	57
3.7.3	Arteriosklerose — Atherosklerose	57
3.8	Safety in der Osteopathie	60
3.8.1	Lungenerkrankungen	60
3.8.2	Herzkrankungen	64
3.8.3	Lebererkrankungen	67
3.8.4	Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	71
3.8.5	Nierenerkrankungen	72
3.8.6	Magen-Darm-Erkrankungen	77
4	Kasuistiken	83
4.1	Untere Extremität	84
4.1.1	Kasuistik 1: Belastungsschmerz im linken Sprunggelenk	84
4.1.2	Kasuistik 2: Mediale Knieschmerzen rechts	87
4.1.3	Kasuistik 3: Lateraler Knieschmerz rechts	89
4.1.4	Kasuistik 4: Knieschmerz links	91
4.1.5	Kasuistik 5: Schmerzen in dem rechten Großzehengrundgelenk	94
4.1.6	Kasuistik 6: Rezidivierende Knie- und Leistenschmerzen links	95
4.1.7	Kasuistik 7: Belastungsschmerzen im rechten Knie	98
4.1.8	Kasuistik 8: Schmerzen beider Füße	100
4.1.9	Kasuistik 9: Belastungsschmerzen linke Leiste	103
4.1.10	Kasuistik 10: Schmerzen rechtes Bein	105
4.1.11	Kasuistik 11: Schweregefühl der Beine	108
4.1.12	Kasuistik 12: Leistenschmerzen rechts	111
4.2	Rumpf/Wirbelsäule	113
4.2.1	Kasuistik 13: Lumbalgie rechts	113
4.2.2	Kasuistik 14: Dorsalgie zwischen den Schulterblättern, Nackenverspannungen	115
4.2.3	Kasuistik 15: Chronische Nackenverspannungen	118
4.2.4	Kasuistik 16: Progrediente Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule	122
4.2.5	Kasuistik 17: Chronische lumbale Schmerzen	124
4.2.6	Kasuistik 18: Probleme der Kopfdrehung nach links	127
4.2.7	Kasuistik 19: Rezidivierende Lumboischialgie	129
4.2.8	Kasuistik 20: Chronische Lumbalgie	133
4.2.9	Kasuistik 21: Schmerzen in der gesamten Wirbelsäule	134
4.2.10	Kasuistik 22: Akute Kreuzschmerzen rechts	137
4.2.11	Kasuistik 23: Rezidivierende Dorsalgien	140
4.2.12	Kasuistik 24: Linksseitige Thoraxschmerzen	142
4.2.13	Kasuistik 25: Schmerzhaftige Bewegungseinschränkung der HWS	144
4.2.14	Kasuistik 26: Schmerzen an der Wirbelsäule und den Weichteilen	147
4.2.15	Kasuistik 27: Sternale Schmerzen	149
4.2.16	Kasuistik 28: Thorakaler Beklemmungsschmerz links rund um die Brust	151
4.2.17	Kasuistik 29: Tiefsitzende Kreuzschmerzen	154
4.3	Obere Extremität	156
4.3.1	Kasuistik 30: Schulterschmerzen rechts	156
4.3.2	Kasuistik 31: Akute Ellbogenschmerzen links	158
4.3.3	Kasuistik 32: Rezidivierende Kribbelparästhesien rechte Hand	161
4.3.4	Kasuistik 33: Belastungsschmerz rechter Ellbogen	163

4.3.5	Kasuistik 34: Bewegungseinschränkung der rechten Schulter	166
4.3.6	Kasuistik 35: Schmerzen rechte Hand und Unterarm	168
4.3.7	Kasuistik 36: Persistierender Handgelenksschmerz rechts	171
4.3.8	Kasuistik 37: Schmerzen im linken Mittelfinger	173
4.3.9	Kasuistik 38: Schulterschmerzen links	175
4.3.10	Kasuistik 39: Persistierende Schulterschmerzen rechts.	178
4.4	Organe	180
4.4.1	Kasuistik 40: Kind mit 3-Monats-Koliken	180
4.4.2	Kasuistik 41: Chronische Müdigkeit.	181
4.4.3	Kasuistik 42: Unregelmäßiger Puls	185
4.4.4	Kasuistik 43: Kurzatmigkeit mit Leistungsminderung	188
4.4.5	Kasuistik 44: Rezidivierendes Sodbrennen	190
4.4.6	Kasuistik 45: Unregelmäßige Herzschläge	193
4.4.7	Kasuistik 46: Rezidivierende Diarrhöen	195
4.4.8	Kasuistik 47: Häufiges Wasserlassen	198
4.4.9	Kasuistik 48: Stressinkontinenz	200
4.4.10	Kasuistik 49: Bauchschmerzen	203
4.4.11	Kasuistik 50: Dysmenorrhöen	205
4.5	Kopf.	207
4.5.1	Kasuistik 51: Kopfschmerzen	207
4.5.2	Kasuistik 52: Schwindel	210
4.5.3	Kasuistik 53: Kopfschmerzen und Übelkeit	212
4.5.4	Kasuistik 54: Sehstörungen	214
4.5.5	Kasuistik 55: Ohrgeräusche und Hörstörungen	216
4.5.6	Kasuistik 56: Sehstörungen	218
4.5.7	Kasuistik 57: Kopfschmerzen	220
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	254
5.5.2	Ernährung.	257
5.5.3	Akupressur/Akupunktur.	257
5.5.4	Psychotherapie	257
	Leitsymptome	259
	Glossar	265
	Literatur	267
	Sachwortverzeichnis	269

Abkürzungsverzeichnis

A			
A.	Arteria	CTS	Carpal-Tunnel-Syndrom
ABD	Abduktion	CTÜ	Cervikothorakaler Übergang
ACC	Acetylcystein	C.U.	Colitis ulcerosa
ACE	Angiotensin-Converting-Enzyme	D	
ACG	Acronio-Clavicular-Gelenk	DBS	Durchblutungsstörung
ACTH	Adrenocorticotropes Hormon	DD	Differentialdiagnostik
ADD	Adduktion	D-J-Klappe	Duodeno-Jejunale Klappe
ADH	antidiuretisches Hormon	DJJ	Duodeno-Jejunale-Junction
AFP	á((Alpha))1-Fetoprotein	DNA	Desoxyribonukleinsäue
Ak	Antikörper	DSP	Druckscheibenprothese
ALAT, ALT	Alanin-Aminotransferase		
ant., Ant.	anterior, anterior	E	
ao	Aorta	ED	Encephalitis dissiminata
AP	alkalische Phosphatase	EDTA	Ethylendiamintetraessigsäure
ARO	Außenrotation	EEG	Elektroenzephalogramm
ASAT/AST	Aspartat-Amino-Transferase	EF	Ejektionsfraktion
ASR	Achillessehnenreflex	EKG	Elektrokardiogramm
ASS	Acetylsalicylsäure	EMG	Elektromyographie
AV-Block	Atrioventrikular-Block	ENG	Elektroneurographie
AV-Knoten	Atrioventrikular-Knoten	ERC	Endoskopische retrograde Cholan- giographie
az	V. azygos	ERCP	Endoskopisch retrograde Cholan- gio-Pankreatikographie
B		ERS	Extension, Rotation, Seitneigung
BE	Broteinheit	Ext., E	Extension, Extension
BMI	Body-Mass-Index	E/F	Extension/Flexion
BSG	Blutsenkungsgeschwindigkeit		
C		F	
C, CV	cervikal bzw.	Fe	Eisen
CA	Carcinom bzw. Karzinom	Flex., F	Flexion Flexion
CAH	chronisch aggressive Hepatitis	ft4	freies Thyroxin
C.B.R.	Cranial-Base-Release	ft3	Trijodthyroin
CCT	Cranio-CT	G	
CEA	carcinogenes embryonales Antigen	GGG	Großzehengrundgelenk
CED	entzündliche Darmerkrankung	Ggl.	Gruppenläsion
CFS	chronic fatigue syndrome	GLDH	Glutamatdehydrogenase
CHE	Cholesterinesterase	GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
CK	Creatinkinase bzw. Kreatinkinase	GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
CK-MB	Creatinkinase-Isoenzym MB	GT	Glutamyl-Transferase
COPD,COLD	chronisch obstruktive Lungen- erkrankung	H	
CO(P/L)D	chronisch obstruktive Lunge- nerkrankung	h	Stunde
CPH	chronisch persistierende Hepatitis	Hb	HämoglobinGlycosiertes Hämoglo- bin
CRP	C-reaktives Protein	HbA1c	Glykohämoglobin
CRPS	complex regional pain syndrome	HCl	Salzsäure
CT	Computertomographie		

HDL	high density lipoprotein	N	
HCT/Hk/Hkt	Hämatokrit	N.	Nervus
HLA-B27	Histokompatibilitätsantigen B 27	NIDDM	Nicht Insulin-dependenter Diabetes Mellitus
HPV	humane-Papilloma-Viren	NLG	Nervenleitgeschwindigkeit
HRCT	high resolution CT	NMR	Nuklear-Magnet-Resonanz (Kernspin)
HSV	Herpes-somplex-Virus	NN	Nebenniere
HWS	Halswirbelsäule	NOS-Expression	Stickstoff-Monoxid-Synthase Expression
		NSAR	Nicht-steroidale Antirheumata
I		O	
IDDM	Insulin-dependenter Diabetes mellitus	OA	Oberarm
I-C-Klappe	Ileocaecal-Klappe	OAA	Occiput-Atlas-Axis
I-C-Region	Ileocaecal-Region	OFE	Oberflächenersatz
I.E.	Internationale Einheiten	OSG	Oberes Sprunggelenk
INR	International normalized ratio	OS	Oberschenkel
IRO	Innenrotation	ox LDL	oxidiertes LDL
ISG	Iliosakralgelenk		
IT	Intestinum tenue	P	
K		P	Plasma
KHK	koronare Herzkrankheit	PP	Prostata-Phosphatase
kl	Klavikula bzw. Clavicula	pa	Pulmonalarterienhauptstamm
Krea	Kreatinin bzw. Creatinin	pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
L		PHS	Periarthritis humeroskapularis
L	Lende	PL	Plexus
L-Arginin	Laevo-Arginin	PNP	periphere Polyneuropathie
LAP	Leucin-Amino-Peptidase	PNS	peripheres Nervensystem
LDH	Lactat-Dehydrogenase	post., Post.	posterior Posterior
la/ra	linkes/rechtes Atrium	PPP	Peritoneum parietale posterior
LDL	low density lipoprotein	PRIND	prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit
li.	links	P.R.M.	Palpation des primär respiratorischen Mechanismus
lig.	Ligamentum	Proc.	Processus
lpa/rpa	linke/rechte Zwerchfellhälfte	Procc.	Processii
LPC	Lysophosphatidylcholin	PTFG	proximales Tibiofibulargelenk
lv/rv	linker/rechter Ventrikel	PVURS	Pubo-Vesico-Utero-Recto-Sacrale
LWS	Lendenwirbelsäule	p53-Gen	Gen mit einem Molekulargewicht von 53.000 Dalton
M		Q	
M.	Musculus	QSR	Quadrizeps-Sehnenreflex
M.	Morbus		
m	männlich	R	
ma	Magenblase	Recess.	Recessus
M.C.	Morbus Crohn	re.	rechts
MCL	mediales Kollateralband	RNA	Ribonukleinsäure
ML	Manuelle Lymphdrainage	ROKNEP	Rotations-Knieendoprothese
Mm.	Musculi	RR	Riva-Rocci
MRFIT	Multiple Risk Factor Intervention Trial		
MRT	Magnet-Resonanz-Tomographie		
MS	Multiple Sklerose		
MT	Metatarsale		

S

S	Serum
S	Sacrum
SCG	Sterno-Clavikular-Gelenk
SD	Schilddrüse
SH	Schleimhäute
SIAS	Spina iliaca anterior superior
SIPS	Spina iliaca posterior superior
sk	Skapula bzw. Scapula
SN	Seitneigung
SP	saure Phosphatase
S.S.B.	Synchondrosis sphenobasilaris
ST-Senkung	ST-Strecken Senkung im EKG
Symph.	Symphysis

T

T	thorakal bzw. thoracal
TCM	traditionelle chinesische Medizin
TEP	Totalendoprothese
Th	Thorax
TIA	transitorisch ischämische Attacke
T-Negativierung	Negativierung der T-Welle im EKG
TMG	Temporo-Mandibulär-Gelenk (Kiefergelenk)
TOKNEP	Scharnier-(Total)-Knieendo- prothese
TOKS	Thoracic Outlet Kompressions- Syndrom
TRH	Thyreotropin-Releasing-Hormon
TSH	Thyreotropin
TSR	Trizeps-surae-Reflex
TURP	transurethrale Prostataresektion
T4	Thyroxin

U

UA	Unterarm
UFK	Ursache-Folge-Kette
U/l	Unit pro Liter
US	Unterschenkel
USG	unteres Sprunggelenk
UV	Ultraviolett
UVB-Strahlen	Ultraviolett-B-Strahlen
UW	Umwandlungsgeschwindigkeit

V

V	Vena
Vv.	Venae
vcs	V. cava superior
vci	V. cava inferior
VHF	Vorhofflimmern
VLDL	very low density lipoproteins
VZV	Varizella-zoster-virus

W

w	weiblich
WHO	Weltgesundheitsorganisation
5-HIES	5-Hydroxy-Indolessigsäure
17-OHCS	17-Hydroxy-Corticosteroide

Herausgeber



Dr. med. Edgar Hinkelthein

- Bis 1992 Vorpräparant Anatomie, Universität Hamburg und Dozent für Anatomie Medizin, 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
- Seit 2000 Pferdeosteopathie nach Ausbildung bei Pascal Evrard
- 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 – 2009 Gründer und Schulleiter sowie Dozent der Osteopathieschule Damp
- Seit 2003 Redaktioneller Beirat der Dt. Zeitschrift für Osteopathie
- 2004 – 2008 2. Vorsitzender (bis 2/2005 kooptiert) des VOD e.V.
- Seit 2005 Gastdozent für Osteopathie bei der DAOM, Hamm
- 2006 Zusatzbezeichnung »Naturheilverfahren«
- Seit 2008 Gründer und Mitgesellschafter des Ausbildungs- und Therapiezentrum für Pferd und Reiter ATZ-pur, Borgwedel (www.atz-pur.de)
- Seit 2009 Dozent der Tierärztlichen Akademie für Osteopathie (TAO), Hattersheim
- Seit 2009 Gründer, Mitgesellschafter und Schulleiter sowie Dozent der Akademie für Osteopathie und Naturheilverfahren (AON gGmbH), Fleckeby (www.osteopathieschule-aon.de)



Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

- Professor für Physiotherapie an der Hochschule Osnabrück (hier auch Sprecher der Fachgruppe Therapieberufe)
- Direktor des Institutes für angewandte Physiotherapie und Osteopathie INAP/O (<http://www.inapo.hs-osnabrueck.de>)
- Kardiovaskuläre Grundlagenforschung in Stanford/USA
- Verschiedene ärztliche Tätigkeiten in der Arbeits- und Umweltmedizin, Inneren Medizin und Rehabilitationsmedizin
- Verschiedene Lehraufträge in Fort- und Weiterbildung, u.a. für die International Academy of Osteopathy, IAO (bis 2006) für die Bereiche Physiologie, Embryologie und Pathologie/Semiologie für Osteopathen
- Mitglied der New York Academy of Sciences
- Mitglied der Performing Artist Medical Association, PAMA
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin DGfMM
- Mitglied der »AG Bewegungstherapie« bei der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, DGRW
- Mitglied des Fachausschusses »Medizin und Gesundheitswissenschaften« bei der Akkreditierungsagentur ACQUIN
- wichtigste letzte Publikationen:
Zalpour C (Hrsg.) 2010 (3. Aufl.) Für die Physiotherapie: Anatomie Physiologie, ELSEVIER, München
Zalpour C (Hrsg.) 2010 Springer-Lexikon Physiotherapie, Springer, Heidelberg, Berlin, New York
Forschungsschwerpunkte (s.a. www.SCIPOS.hs-osnabrueck.de): Therapieeffektivität, Musiktherapie, Gesundheitsförderung und Prävention

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.

Weder der Arzt noch der Osteopath noch irgendein anderer Therapeut wird alle seine Patienten alleine erfolgreich behandeln können. Für den Therapieerfolg ist ein Mit-

1.2 Gesundheit aus osteopathischer Sicht – 1

1.3 Vorgehensweisen – 1

einander der verschiedenen Fachrichtungen der Schulmedizin, von Osteopathen, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseuren (z. B. mittels Lymphdrainage), Akupunkteuren, Homöopathen, Ernährungsberatern, Ergotherapeuten, Logopäden, Sportlehrern usw. ein »conditio sine qua non« – unumstößliche Voraussetzung.

Ebenso wenig sinnvoll ist es aus der Perspektive des Osteopathen, generell ausschließlich im parietalen, viszeralen oder craniosacralen System zu arbeiten.

Wichtig

Der Befund am Patienten bestimmt 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 Zusatz-

untersuchungen 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 Therapie-schemata 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 – 15
2.1.1	Spezielle Anamnese – 6	2.5.4	Tender Points (Jones) – 15
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 – 17
2.2.2	Inspektion der Posturologie – 11	2.6.2	Übrige Mobilitäten (parietal und craniosacral) – 19
2.3	Thermodiagnostik – 11	2.6.3	Viszerale Funktionen – 20
2.4	Listening – 12	2.6.4	Neurologie – 20
2.4.1	General Listening – 13	2.7	Provokationstests – 20
2.4.2	Local Listening – 13	2.8	Apparative Diagnostik – 25
2.5	Palpation – 14	2.9	Dokumentation – 25
2.5.1	Schwellung – 15	2.10	Anhang – 25
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 venös-lymphatische 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 (Ruhe-schmerz)/Morgensteifigkeit/unbelastete Bewegung verbessert Schmerz/längere und belastete Bewegung verschlimmert Schmerz
Muskulär	Verkürzung/Überdehnung	Heller Schmerz/Schmerz bei Bewegung (bei Kontraktion oder Dehnung) des Muskels/Schmerzausstrahlung im Muskelverlauf/bei trophischen Änderungen reagiert ein Muskel mit kapsuloligamentärem Schmerzcharakter
Vaskulär-arteriell	Arterielle Durchblutungsstörungen	Tiefer Schmerz/Krämpfe/Belastungsschmerz/Kältegefühl/Blässe/Schmerzzunahme bei längerer Bewegung
Vaskulär-venös	Kongestion	Ruhschmerz, der sich bei Bewegung verbessert/Schweregefühl/Schwellung/müde Extremitäten/warm/rotblaue Farbe
Vaskulär-lymphatisch	Lymphstau	Schweregefühl/starke Schwellung/Kältegefühl/Blässe
Zentralnervös	Sinne/Bewusstsein	Bewusstseinsstrübung/Verwirrtheit/Sinnesorgane Hirnnervenfunktion verändert
Peripher-nervös	Kraft/Sensibilität	Verminderte Kraft (Paresen)/brennende Schmerzen/Sensibilitätsstörungen/Ausstrahlung 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 Kongestion (Kissenbildung)
Endokrine Störung	Hormonelle Dysfunktion	Änderung von Schwitzen/Schlaf/Müdigkeit/Konzentration/Durst/Appetit/Gewicht
Psychisch	Psychische Erkrankungen	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.

Peripherennervös

Bereits in der Anamnese kann der Patient nach

- ständigem oder zeitweisem 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,
- Piliomotorik.

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, Bindegewebzonen.

Metabolisch

Eine metabolische Belastung äußert sich in:

- diffusen Beschwerden, die oft bilateral auftreten,
- typischer cervicothoracaler Kongestion (Kissenbildung), die als Bindegewebsschwellung 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 2.2** 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 zumindest relative **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 schließen 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.

■ **Tabelle 2.2.** Spezielle Anamnese Fragebogen

Anamnese-Fragen:	Knöchel-/artikulär/ -itis/Metastasen	Kapsulär/ligamentär verkürzt/gedehnt	Muskulär verkürzt/gedehnt	Arteriell Durch- blutungsstörung	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:	Knöchern/artikulär/ -itis/Metastasen	Kapsulär/ligamentär verkürzt/gedehnt	Muskulär verkürzt/gedehnt	Arteriell Durch- blutungsstörung	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						
Blasse 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? Zahnärztliche / Kieferorthopädische Maßnahmen?	was was was
Familie	wer wer wer	was was was
Beruf	Hobby/Sport	
Größe/cm	Gewicht/kg	Allergien
Genussgifte		
Ernährungsgewohnheiten		
Sozialanamnese		

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.

i 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, fasziale 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**).

■ **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 (vermehrt 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, Dekolletee	Gefäßerweiterung/Durchblutungssteigerung (auch Entzündung./ Kälteeinwirkung, vegetativ bedingt)
Gelb	Skleren, Schleimhäute (SH), generalisiert 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-Erkrankungen Polyzythämie, arterielle Durchblutungsstörungen

Bindegewebzonen 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 Positionabweichung 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 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 er-

■ **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

fasst. In der Osteopathie wurde die Thermodiagnostik von dem Franzosen **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.

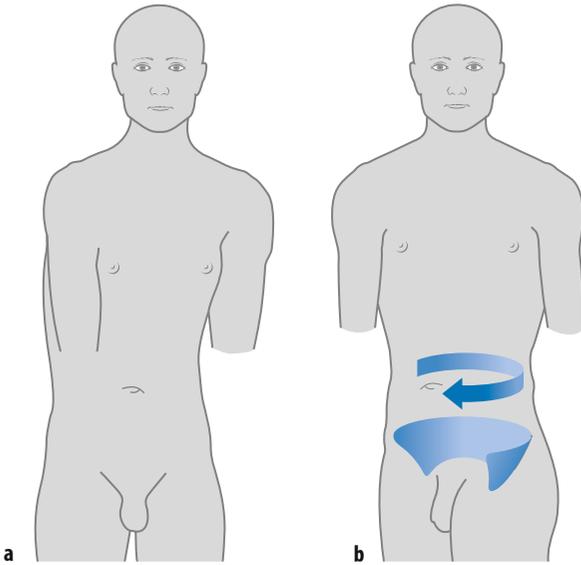
Pathogenetisch entsteht durch Veränderungen des Gewebstoffwechsels eine lokale Temperaturabweichung, die manuell erfasst werden kann.

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.

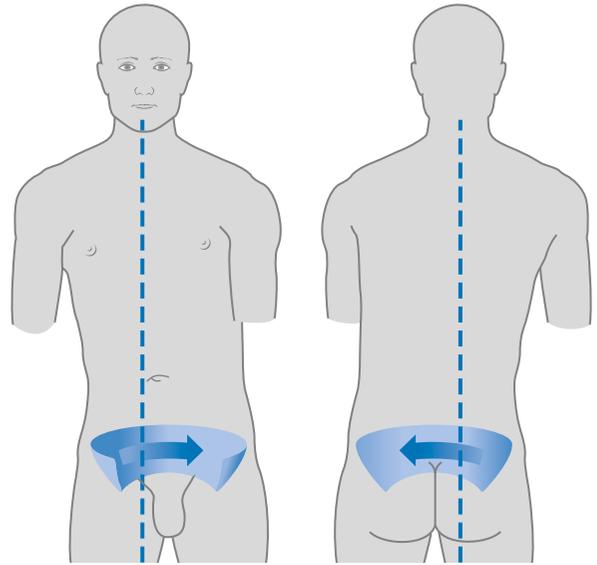
Die folgenden **thermiodiagnostischen Verfahren** werden zur schnellen Lokalisation eines Problems durchgeführt:

- **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.

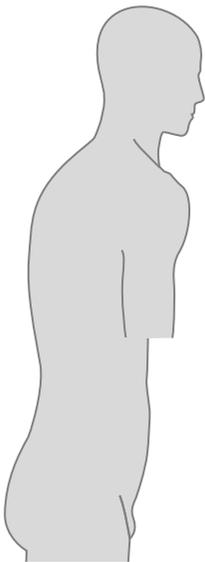
Die gefundenen Regionen auf 10-cm- bzw. 50-cm-Niveau haben folgende Zuordnung:



▣ **Abb. 2.1.** a Rotationstyp hochthoracal. b Rotationstyp Becken



▣ **Abb. 2.2.** Seitneigungstyp Beckenshift



▣ **Abb. 2.3.** Extensions-/Flexionstyp

- **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.

Ziel der Thermodiagnostik ist das Lokalisieren von veränderten Temperaturen. Diese **Stoffwechselaktivitäten** 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**.

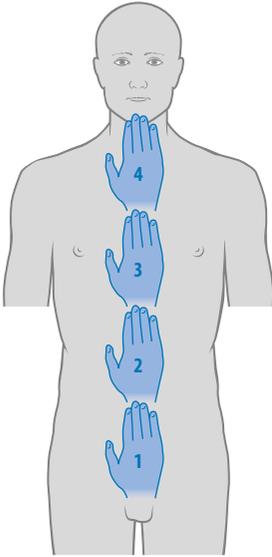
Die Faszie versucht sich der Lokalisation einer Störung anzunähern. Dabei findet eine dreidimensionale Anpassung statt.

Wichtig

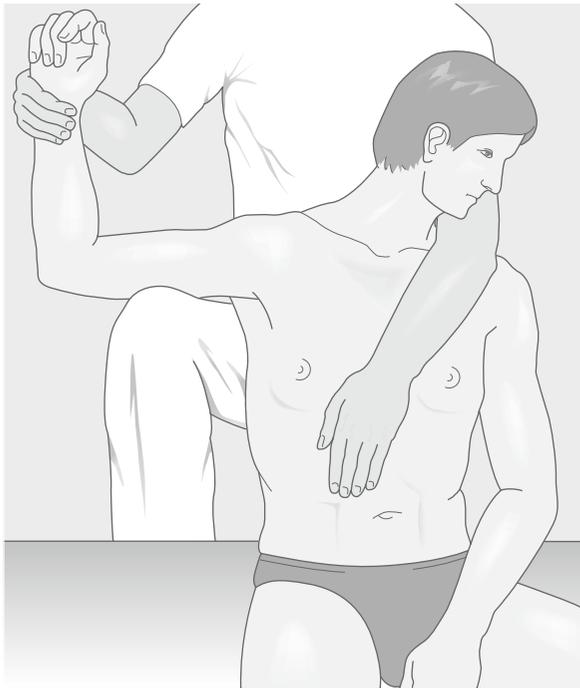
Bei Lokalisationen unmittelbar unter der Hand, z. B. Pylorus, wird diese in die Tiefe gezogen. Es findet keine Abweichung zur Seite statt.

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



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



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

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.

Durchführung

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

- 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 Rumpffseite durchgeführt. Untersucht wird die ventrale, laterale und dorsale Rumpffseite von caudal nach cranial bis zu der Höhe, in der eine Pulsation wieder palpirt werden kann.

- Die aufgefundene, etwa handtellergröße Stelle weist auf das fasziale Geschehen hin.
- Findet sich auf der getesteten Seite kein Areal, in dem eine Pulsation getastet 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.

2.5 · Palpation

- Auch eine vermehrte Lympheinlagerung in bestimmte Hautzonen als Folge von **neurolymphatischen Reflexen** tritt auf.
3. Ermitteln von Veränderungen des Muskeltonus.
- Diese können mechanisch oder nerval 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 unbekanntem 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.
- **Viserotom:** Auf das Segment bezogenes Organgewebe.

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.

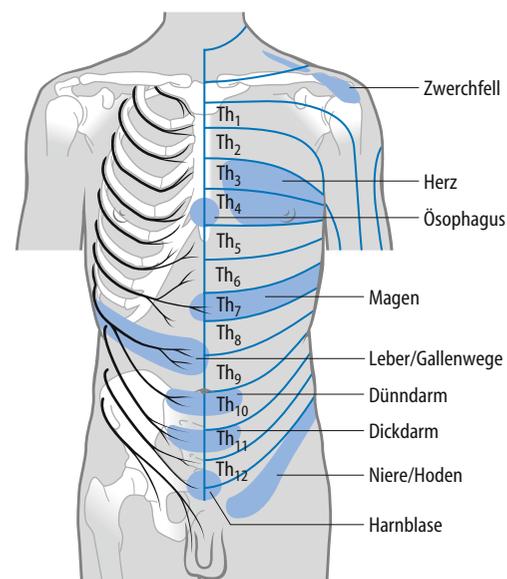
Wichtig

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.

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



► Abb. 2.6. Head-Zonen

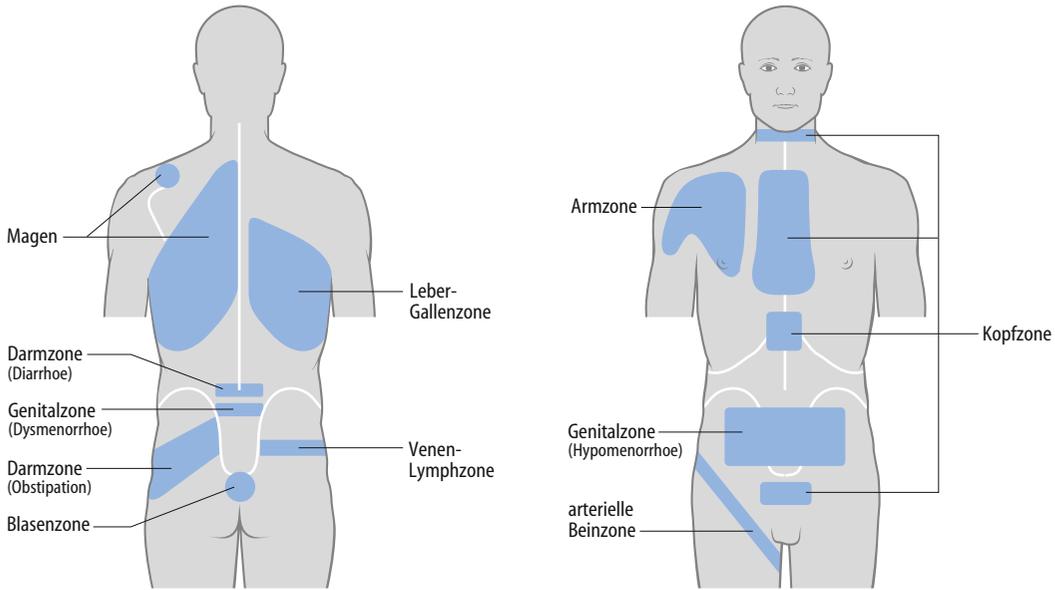


Abb. 2.7. Bindegewebszonen

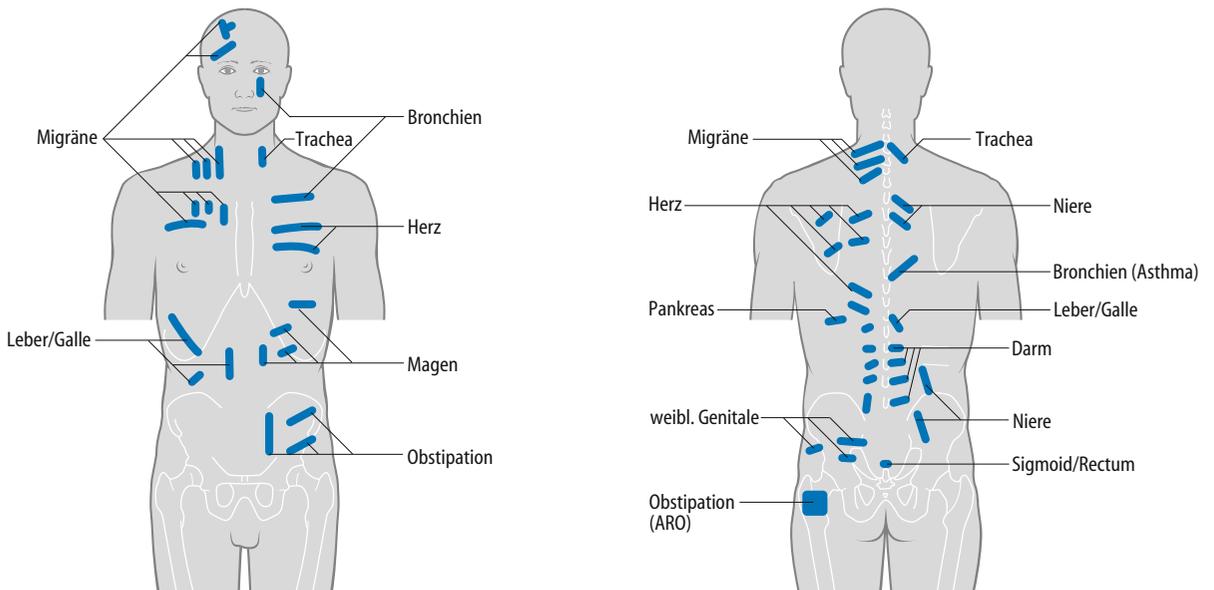


Abb. 2.8. Muskuläre Maximalpunkte (nach Kohlrausch)

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.

i Tipps

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