

✉ S. Schmidt

Einführung in die Osteopathie

Geschichte - Grundprinzipien- Anwendungsmöglichkeiten

Introduction to Osteopathy

Vorbemerkung

Osteopathie ist in aller Munde, als Wunderheilung, wenn die Orthopädie und andere Heilverfahren, wie die Akupunktur versagt haben, als Ausweg, wenn die bildgebende Diagnostik „nichts hergibt“, der Patient aber trotzdem über Schmerzen klagt, als „therapeutische Streicheleinheit“ bei „psychischer Überlagerung“ oder leider auch als „Entlastungsüberweisung“, wenn der Patient immer wieder in der Praxis nervt.

Osteopathie entwickelt sich aber auch immer mehr zum Prophylaxe-Check, um Fehlstellungen frühzeitig aufzuspüren und zu beseitigen, damit Beschwerden erst gar nicht auftreten. Es ist geradezu „en vogue“ in den Krabbelgruppen, sein Baby beim Osteopathen vorzustellen. Es gibt viele kritische Stimmen zu dem Boom, der nicht zuletzt durch die finanzielle Teilerstattung der gesetzlichen Krankenkassen seit 1. Januar 2012 in Deutschland eine zusätzliche Dynamik erlangt hat. So bemängelt DIE ZEIT [1] unter der Überschrift „In guten Händen?“ einerseits die immer noch unregelmäßigen Ausbildungsvorgaben zur Ausübung der osteopathischen Therapie, mit gefährlichen Folgen, wie Verschleppung von ernsthaften Erkrankungen mangels klinischer Kenntnisse, aber auch die Vermischung des osteopathischen Ansatzes mit anderen teils ideologisch diskutierten Überzeugungen, wie Impf- oder Antibiotikaverbot.

Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums und auf der Basis eines Urteils des Verwaltungsgerichtes Düsseldorf gilt Osteopathie als Heilkunde und darf demnach vollumfänglich nur von Ärzten und Heilpraktikern ausgeübt werden [2]. Die Bundesärztekammer beauftragte ihren wissenschaftlichen Beirat mit einer Bewertung der osteopathischen Verfahren. Das Ergebnis war eine im November 2009 erschienene umfangreiche und ausführliche Analyse zu Wirksamkeitsnachweisen, Wissenschaftlichkeit, Patientensicherheit und Stellung der Osteopathie in der Heilkunde, die im Rahmen einer Bekanntmachung der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt 2009 veröffentlicht wurde [3]. Das Gutachten bezieht sich bewusst auf die „osteopathischen Verfahren“ und nicht auf die „Osteopathie“, da laut Gutachten bislang keine eindeutige weltweit akzeptierte Definition dafür vorliegt. Vielmehr werden einige „osteopathische Verfahren“ bereits als Bestandteil der bestehenden Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin/Chirotherapie gesehen. Mit einem Positionspapier zur „Osteopathie“ [4] wendete sich die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) im Jahr 2015 an die Patienten, in dem sie die Osteopathie als „wirksame Alternative bzw. Ergänzung zur medikamentösen Behandlung oder zu operativen Eingriffen“ bezeichnet, aber auch klar als Bestandteil und Erweiterung der manuellen Medizin einstuft. Der Primärzugang des Patienten und die Indikationsstellung zur Anwendung dieser Methode im Umfeld der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherungen sind demnach in Deutschland exklusiv an den Status „Facharzt mit entsprechender Zusatz-

weiterbildung“ gebunden. Die DGMM kritisiert, dass sich außerhalb der ärztlichen Qualitätsaufsicht unter dem völlig unbestimmten Begriff „Osteopathie“ zurzeit (durch die rechtliche Sondersituation der Heilpraktiker in Deutschland mit Primärzugang zum Patienten) eine therapeutische Bewegung etabliert hat, bei der eine qualitätsgesicherte Ausbildung nicht gewährleistet ist. Jede Schule kann theoretisch dabei ihre eigenen Kriterien festlegen.

Als ärztliche Manualmedizinerin und Osteopathin kann die Autorin das teilweise bestätigen. Sie möchte aber darauf hinweisen, dass zu einer erfolgreichen osteopathischen Behandlung neben theoretischen Kenntnissen und medizinischem Hintergrundwissen eine geübte (!) Hand die Grundvoraussetzung ist. Diese Palpationsfähigkeit ist nicht selten – nach Erfahrung der Autorin – in der „nicht-ärztlichen Osteopathenwelt“ ausgereifter. Es gibt hervorragende „nicht-ärztliche Osteopathen“. Nichtsdestotrotz muss ihres Erachtens **vor der Behandlung** eine saubere ärztliche Diagnostik, Indikation und der Abschluss von Kontraindikationen und während der Behandlung ggf. ein konsiliarischer Austausch zwischen verordnendem Arzt und Osteopath stehen. Die GKVen versuchen zurzeit durch die Vorlage einer Ärztlichen Verordnung, die als Voraussetzung für die Teilerstattung der Behandlungskosten gilt, solch eine Qualitätssicherung vorzuschalten. Leider reicht diese nach Meinung der Autorin nicht aus, da die „ärztliche Verordnung“ oft ohne tiefe Kenntnis der Indikationen und Kontraindikationen der osteopathischen Techniken erfolgt. Gerade das aber fordert der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in seinem Gutachten [3]. Darüber hinaus reicht es nach Meinung der Autorin nicht, die osteopathischen Verfahren ohne Verinnerlichung des besonderen osteopathischen Konzepts bzw. Menschenbildes zu übernehmen und quasi als zusätzliche Techniken in eine manuelle Therapie einzureihen. Osteopathie ist mehr als die Summe von Techniken. So unterstützt die Autorin auch die Bemühungen des Berufsverbandes deutscher osteopathischer Ärzte (BDOÄ e. V.), der die osteopathische Medizin als komplementäre Medizin sieht, die im Sinne eines eigenständigen und personenzentrierten Gesundheitskonzeptes, das nicht auf Krankheit, sondern auf Gesundheit ausgerichtet ist, salutogenetische Ressourcen stärkt und die „klassische Medizin“ ergänzt und erweitert [5].

Diese Einführung soll ein erster Schritt sein, einem breiten ärztlichen Publikum das „Konzept Osteopathie“ und den aktuellen Stand der pathophysiologischen Erklärungsmodelle vorzustellen – in der Hoffnung, dass Osteopathie noch mehr gezielt, interdisziplinär und sinnvoll zum Wohl unserer Patienten eingesetzt wird. Daneben soll versucht werden im Laufe der Fortbildung, konzeptionelle Parallelen zur Akupunktur und TCM und therapeutische Synergien der einzelnen Methoden vorzustellen.

Wie alles begann – oder die drei Gründungsväter

... vielleicht damit, dass der 1828 in Missouri als Sohn eines methodistischen Priesters und Laienarztes geborene **Andrew Taylor Still** (1828–1917) starke Kopfschmerzen hat und sich ein Seil zwischen zwei Bäume nah über dem Boden spannt. Er legt sich auf den Rasen, den Kopf auf das aufgespannte Seil gebettet und schläft ein. Als er wieder aufwacht, da sind die Kopfschmerzen verschwunden. Hat Still seine Kopfgelenksblockierung gelöst?

Die Schulmedizin entwickelt sich zu jener Zeit zwar sprunghaft weiter, entfernt sich aber durch Spezialisierung und Fokussierung auf Symptome immer weiter von der ganzheitlichen Sichtweise. Im bäuerlichen Umfeld des Mittleren Westens bewegt sie sich im Spannungsfeld zwischen rustikal anmutenden, chirurgisch geprägten Methoden und dem Gang zum „Bonesetter“, „Heiler“ und Schamanen der Indianermedizin [6, 7].

Still sucht in dieser Situation nach einem neuen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, dem menschlichen Körper und von dem, was ihn heilen kann. Sein „alternativer“ Denkansatz lässt sich rückblickend als große Pionierleistung bewerten.

Ohne akademische Grundausbildung, allein über genaue Naturbeobachtung und intensives Studium der Anatomie – verhaftet in einer tiefen Religiosität – entwickelte Still eine ganzheitliche Heilmethode mit dem Schwerpunkt auf die „Be-hand(!)-lung“ – spricht manuelle Therapie.

Es sollen noch viele Jahre vergehen, bis Still als Autodidakt im Jahr 1892 im Alter von 64 Jahren die American School of Osteopathy (ASO) gründete.

Im Jahr 1900 kommt es zum Bruch zwischen Still und einem seiner begabtesten Schüler, dem intellektuellen **John Martin Littlejohn** (1866–1947) aus Glasgow, der zu dieser Zeit bereits Dozent und Dekan der ASO war. Littlejohn gründet in Chicago das „American College of Osteopathy and Surgery“ und beginnt dort das Medizinstudium, was er auch abschließt. Als Still im Dezember 1917 stirbt, hatte Littlejohn gerade die British School of Osteopathy (BSO) in London gegründet. Durch Littlejohn und Still entwickelt sich erstmals der noch heute schwelende Konflikt zwischen akademisch gebildeten Ärzten und den praxisorientierten Osteopathen.

Still hat vier Bücher hinterlassen, die das wesentliche Fundament seines Lebenswerks zusammenfassen [8–12]. Sie sind nur mit Hintergrundwissen unter Kenntnis des historischen Kontexts gut lesbar und können nicht als grundständige Lehrbücher bezeichnet werden.

Sein genialer Schüler Littlejohn hat die Osteopathie um ein physiologisches Konzept erweitert und eine Vielzahl von Werken und auch Abhandlungen über Still hinterlassen [13], mit denen er zu Recht als Mitbegründer der modernen Osteopathie eingestuft werden kann.

Ein weiterer Schüler von Still war **William Garner Sutherland** (1873–1954), ein Journalist. Er übertrug die Grundprinzipien der Osteopathie auf die Schädelknochen und entwickelte dadurch das Konzept der Kraniosakralen Osteopathie, was er Anfang der 30er-Jahre unter einem Pseudonym veröffentlichte und Mitte der 40er-Jahre mit der Grundidee des „Primären Respiratorischen Mechanismus“ (PRM) ergänzte [14].

Was sind die Grundprinzipien der Osteopathie?

- **Struktur und Funktion bedingen sich gegenseitig.** Ob nun die Struktur die Funktion regiert oder umgekehrt, das wurde jahrzehntelang heiß diskutiert und war auch ein Punkt, weshalb es zum Zerwürfnis zwischen Still und seinem Schüler Littlejohn kam. Heute ist der Streit insofern geheilt, als man von einer Wechselwirkung der beiden ausgeht. Wie beim Bauhausstil in der Architektur wird eine Optimierung der beiden Dimensionen angestrebt. Es gibt keine Einbahnstraße. *Beispiel: Degenerative Veränderungen der Wirbelkörper können Funktionsstörungen, wie Bewegungseinschränkungen, aber auch, durch Kompression austretender Nerven, Störungen des Nervensystems auslösen (Paresen, Taubheitsgefühl oder Funktionsstörungen der inneren Organe). Umgekehrt kann eine Koronare Herzerkrankung, sekundär (wohl vermittelt als viszero-vertebraler Reflex über das vegetative Nervensystem) Blockierungen im Bereich T3/2 zur Folge haben.* Übersichten der modernen Neuroanatomie und die sich daraus ergebenden Diagnose- und Therapiekonzepte sind Thema von neueren Veröffentlichungen, wie z. B. die Segmentanatomie von Wancura-Kampik [15] oder auch die Sympathikustherapie von Heesch [16]. Sie bilden ein gedankliches Bindeglied zwischen Manueller Medizin und Akupunktur.

- Bei der körperlichen Untersuchung sucht der Osteopath deshalb nach **hypomobilen Gelenken** meist in Kombination mit einem erhöhten Muskeltonus an dieser Stelle und spricht dann von einer „**somatischen Dysfunktion**“ (SD).
- Er sucht auch nach **Gewebereaktionen**, weil davon ausgegangen wird, dass eine Dysfunktion eines Gelenkes zentrale und segmentale Wirkungen hat, die neuronal übertragen werden entsprechend der Theorie der „**segmentalen Fazilitation**“, die Korr [17] erstmals beschrieben hat. Tatsächlich kann man auch regelmäßig auf Höhe von Wirbelblockaden segmentale Gewebereaktionen wie Trockenheit, Feuchtigkeit, Talgigkeit (durch verstärkte oder verminderte Schweiß- und Talgdrüsenfunktion), Blässe oder Rötung sowie Schwellung (durch Störung der Durchblutung) wie auch Verhärtungen und Verklebungen des Bindegewebes (bei länger bestehenden Störungen) finden.

- Der Körper versucht immer eine Dysfunktion zu kompensieren. Die Selbstregulierung hat aber auch seinen Preis: Entsprechend dem **Tensegrity-Modell** [18] verändern sich in diesem – einem schwingenden Mobile gleichenden – System folglich die Gleichgewichte anderer Gelenke und suchen eine neue optimale Position. Leider ist dieses neue Gleichgewicht oft nicht mehr so stabil: **Bewegungseinschränkungen, Haltungs- und Gleichgewichtsstörungen** sind die Folge, die sich durch spezifische Bewegungstests nachweisen lassen.
- Das **Vertrauen in die Selbstheilungskräfte** des Körpers ist zentraler Baustein des osteopathischen Konzeptes. Dysfunktionen beeinträchtigen diese. Folglich kann der Osteopath durch Beseitigung dieser Dysfunktionen die Selbstheilungskräfte reaktivieren. Weitere Methoden sind die Aktivierung von Kreislauf und Atmung auf Mikro- und Makroebene.
- Der Osteopath sieht den **Körper als Einheit**. Körper (**Body**), Geist (**Mind**) und Seele (**Spirit**) sind gleichwertig und untrennbar miteinander verbunden und formen zusammen ein lebendiges Ganzes, was mehr als die Summe seiner Teile ist. Auf der körperlichen Ebene kann als anatomisches Sub-

strat und entscheidendes Verbindungsglied das Bindegewebe gesehen werden, da es als histologisches Kontinuum theoretisch jede Zelle und jedes Organ miteinander vernetzt. *Anmerkung: Die Forschungsarbeiten im Bereich der Osteopathie konzentrierten sich in den letzten Jahren vermehrt auf dieses Thema. Erwähnt seien die Arbeiten von Dr. Robert Schleip [19, 20], Prof. Carla Stecco [21] zusammen mit Luigi Stecco [22, 23] wie auch die Fachbücher von Thomas W. Myers [24], Peter Schwind [25] und Serge Paoletti [26].*

- Mit dem blumigen Ausdruck „Gesetz der Arterien“ ist im übertragenen Sinn die Freiheit der Bewegung des Rhythmus im Körper gemeint. Nur wenn die „Flüssigkeiten im Körper in Bewegung sind, kann sich ein optimales Gleichgewicht im Körper einstellen und die Selbstheilungskräfte können optimiert werden. Ziel der Diagnostik des Osteopathen ist es demnach, Bereiche von Stauungen (Stase) zu finden, Ziel der Therapie dann, diese Stase, z. B. mit Diaphragma- und Lymphtechniken aufzuheben.
- Das Individuum steht im Fokus der Aufmerksamkeit. Wir reden also nicht von osteopathischen Krankheitsbildern, sondern vom Patienten, bei dem wir Dysfunktionen aufspüren. Die Einordnung der diagnostischen Befunde in ein nosologisches System ist demnach nicht sinnvoll.

Was ist eine somatische Dysfunktion und wie erkenne ich sie?

Eine somatische Dysfunktion (SD; Synonyme: osteopathische Läsion, spinaler Läsionskomplex, Gelenkblockade, Blockierung, Subluxation) ist eine verminderte oder veränderte Funktion von zusammengehörenden Teilen des Körpersystems, also skelettalen, artikulären oder myofaszialen Strukturen und damit verbundenen Elementen des lymphatischen, vaskulären und des neuronalen Systems. Typischerweise wird eine SD durch folgende vier Charakteristika erkannt (Merkhilfe T.A.R.T.), wobei nicht alle vier existent sein müssen:

- Tenderness – erhöhte Empfindlichkeit
- Asymmetry – ein tastbarer Unterschied zwischen links und rechts
- Restricted range of motion – eingeschränkter Bewegungsumfang und
- Tissue texture changes – Veränderungen der Gewebsbeschaffenheit wie ödematöse Verquellung, Wärme oder Kälte.

Man unterscheidet bei Dysfunktionen eine freie und eine gesperrte Richtung. Frei heißt, dass die Bewegung in diese Richtung nicht eingeschränkt ist. Gesperrt heißt, dass der Untersucher in diese Richtung einen Widerstand spürt.

In der osteopathischen Nomenklatur wird eine somatische Dysfunktion/Blockierung nach ihrer freien Richtung bezeichnet. Im Gegensatz dazu wird in der Chirotherapie die Blockierung über die eingeschränkte Bewegungsrichtung beschrieben. Das führt immer wieder zu Verwirrungen.

Beispiel: Der 4. Brustwirbel steht gegenüber dem 5. Brustwirbel nach rechts seitgeneigt und nach rechts gedreht in einer leicht gebeugten Stellung, so wird die Dysfunktion als „BWK 4 in Flexion rechts rotiert, rechts seitgeneigt“ bezeichnet. Der Chiroprapeut würde hingegen von einer Blockierung der Linksrotation sprechen.

Ein brauchbares neurophysiologisches Modell zur Entstehung einer Dysfunktion wird in Abbildung 1 veranschaulicht. Nicht

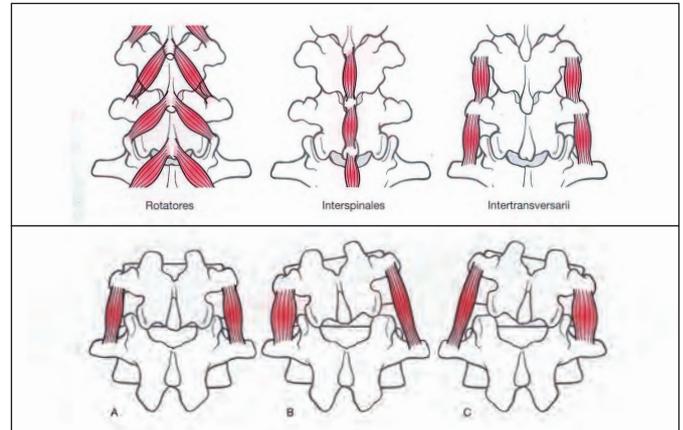


Abb. 1: Entstehung einer Dysfunktion am Beispiel der kleinen tiefen Rückenmuskeln. Oben: die tiefste Schicht der spinalen Muskulatur zeigt drei verschiedene Muster. Es gibt Muskelzüge von Proc. spinosus zu Proc. transversus, zwischen den Proc. spinosus und zwischen den Proc. transversus. So können Seitneigung, Rotation und Extension dargestellt werden. Das Feinspiel zeigt die untere Abbildung: Wie bei einem Fisch der sich wellenartig durch Wasser bewegt, wechseln sich Kontraktion auf der einen Seite mit Dehnung auf der Gegenseite ab. Kommt es zu Störungen, insbesondere über eine Fehlschaltung der Spannungsrezeptoren in den Muskeln in diesen fein abgestimmten Regelkreisen, können sich sogenannte Dysfunktionen entwickeln. Es kommt zu einer vermehrten Seitneigung oder Rotation zu den entsprechenden Seiten, die oft nicht durch eine Fehlstellung der Wirbel, sondern lediglich durch einen tastbaren Spannungsunterschied bei der körperlichen Untersuchung zu erkennen ist.

Abbildungen aus Anatomy trains, Thomas W. Myers, S. 79 und S. 135, Copyright Elsevier Science Limited 2002

alle Dysfunktionen gehen mit Symptomen einher. Wir sprechen auch von „stummen Blockierungen“. Das heißt, der Patient spürt im Alltag nichts davon. Bei der körperlichen Untersuchung sind sie allerdings deutlich zu erkennen. Die einzelne Dysfunktion steht meist in einem funktionellen Zusammenhang im Sinne von Verkettungen, d. h. eine primäre Dysfunktion hat oft eine zweite oder auch weitere Dysfunktionen zur Folge, mit dem Ziel, das System wieder zu stabilisieren: Ein Selbstheilungsversuch des Körpers, der leider manchmal misslingt, da aus einem kleinen Problem mit der Zeit immer mehr Probleme entstehen können. Es gibt typische, immer wiederkehrende „Muster“ von „Dysfunktions-Verkettungen“ (z. B. Abb. 2). Entsprechende Phänomene werden auch in Lehrbüchern der Manuellen Medizin beschrieben, siehe dazu z. B. die Lehrbücher von Prof. Lewit [27], Böhni, Lauper und Locher [28, 29] sowie Bischoff und Moll [30].

Beispiel: Aus einem verstauchten rechten Knöchel (Dysfunktion OSG rechts) kann durch Kompensation über das Art. tibiofibularis und eine erhöhte Anspannung des Traktus Iliotibialis eine Sakro-Iliakal-Gelenk-(SIG-)Blockierung rechts entstehen. Nach einiger Zeit entwickelt sich weiter eine Dysfunktion im Brustwirbelbereich (z. B. BWK 4/5) und letztendlich eine Schläfenbein-Blockierung links. Der Patient kommt zum Arzt wegen Kopfschmerzen und Rückenschmerzen, der Knöchel ist beschwerdefrei, die primäre Dysfunktion also stumm.

Jede Verkettung hat eine sogenannte Schlüsselläsion („key lesion“), also die Läsion, von der das Problem seinen Ausgang nahm. Die Idee ist nun, durch Behandlung dieser Schlüsselläsion effizient die Kette aufzulösen. Das funktioniert besonders gut bei akuten Störungen. Bei chronischen Verkettungen ist es schwieriger, da dann meist schon strukturelle Veränderungen im Gewebe im Kettenverlauf einge-

treten sind, der Körper sich quasi an die veränderte Situation „gewöhnt“ hat.

In jedem Fall ist es sehr wichtig für den Therapeuten, ein Gespür für die Schlüssellesion zu entwickeln und dementsprechend seinen Therapieplan abzustimmen. Nur so kann er effizient eine sinnvolle Reihenfolge der einzelnen Behandlungsschritte wählen, um in wenigen Sitzungen ein gutes und nachhaltiges Therapieergebnis zu erzielen.

Der Körper als Einheit – die sechs selbstregulierenden Systeme

Als pragmatische Weiterentwicklung der Grundgedanken von Still haben sich in verschiedenen Schulen Modelle von sich selbstregulierenden Systemen durchgesetzt, z. B. über Erich Wühr [31], aber auch in den Curricula der Ärztlichen Fachgesellschaften der DAAO (Deutsch-Amerikanische Akademie für Osteopathie) und der DGOM (Deutsche Gesellschaft für Osteopathische Medizin).

Wir unterscheiden hier sechs selbstregulierende Systeme: Vegetatives Nervensystem (Sympathikus/Parasympathikus), Kraniosakrales System, Neuroendokrines System, Immunsystem, Myofasziales System sowie Lymphatisches System. Ist die Funktion eines oder mehrerer Systeme beeinträchtigt, dann ist auch das Kompensationsvermögen des gesamten Systems verringert. Es gilt also über Anamnese und körperliche Untersuchung festzustellen, welche Systeme beim Patienten besonders betroffen sind. Diese werden dann auch mit gezielten Techniken bevorzugt behandelt. *Beispiel: Ein Patient leidet an Asthma bronchiale verbunden mit chronischen Infekten. Die Zwerchfellbeweglichkeit ist eingeschränkt. Hier würde bevorzugt das Myofasziale System, das Immunsystem und das vegetative Nervensystem behandelt.*

Die osteopathischen Techniken: eine grobe Einteilung

Entsprechend der Zielstrukturen werden die osteopathischen Techniken in drei Bereiche unterteilt:

- **Parietale Osteopathie:** der Bewegungsapparat mit Knochen, Gelenken, Bindegewebe und Muskulatur
- **Viszerale Osteopathie:** die inneren Organe mit ihren bindegewebigen Aufhängungen und neuronalen Verschaltungen zu Wirbelsegmenten
- **Kraniosakrale Osteopathie:** Schädelknochen, die Hirnhäute und Hirnnerven, basierend auf der Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen, im Speziellen dem Primären Respiratorischen Mechanismus (PRM). Kraniaum, Hirn- und Rückenmarkshäute sowie das Sakrum bilden dabei eine funktionelle Einheit.

Die osteopathischen Techniken: die Grundprinzipien ...

Die osteopathische Palpation ist der Kern jeder Behandlung. Sie setzt ein mehrjähriges kontinuierliches Training voraus. Je nach Druck kann Schicht für Schicht untersucht werden, also bei leichtem Druck die Haut, dann bei stärkerem Druck Faszien, Muskeln und Knochen [32:35–38]. Es findet dabei eine schwer zu beschreibende Interaktion zwischen Therapeutenfinger und Patientengewebe statt, gleich einer Kommunikation, wobei im Idealfall der Therapeut selbst steuern kann, ob er aktiv mit seiner Untersuchungshand die Richtung vorgibt oder aber das Gewebe des Patienten die Therapeutenhand leitet. Um dieses

Phänomen besser zu verstehen, kann empfohlen werden, sich selbst einmal von einem erfahrenen Osteopathen untersuchen zu lassen, nur so kann man spüren, was mit Worten schwer zu beschreiben ist.

Mit viel Übung ist es möglich, dass beim Therapeuten über die Palpation der Gewebsstrukturen des Patienten ein dreidimensionales Bild entsteht (**Visualisierung**). Es ist auch möglich durch sogenannte **Thermodiagnostik**, also daserspüren von Temperaturunterschieden auf der Hautoberfläche, Störungen aufzuspüren. Jean-Pierre Barral, der Begründer der viszeralen Osteopathie, hat diese Technik entwickelt [33, 34].

Der Osteopath untersucht einerseits die **Verschieblichkeit** und den dabei auftretenden Gewebswiderstand von Strukturen (Beispiel: HWK 3 lässt sich leicht nach rechts lateral verschieben, jedoch schwerer nach links lateral; d. h. die freie Richtung ist nach rechts). Andererseits erspürt er die **Eigenbeweglichkeit** von anatomischen Strukturen und unterscheidet dabei **Mobilität** (willentlich vom ZNS gesteuerte Bewegungen, also Muskelkontraktionen), **Motrizität** (passive Bewegung von Strukturen aufgrund der Motorik des Bewegungsapparates, z. B. Ausmaß der Verschiebung der Nieren durch die Atmung) und **Motilität** (intrinsische Bewegungen von Strukturen, also z. B. die Eigenbeweglichkeit der Leber; mehr dazu in der Fortsetzung Viszerale Osteopathie). Gesondert erwähnt seien noch die faszialen Zugrichtungen („fascial strain“), die bei entsprechend tiefer Palpation auf der Faszienebene die aufgelegte Hand in bestimmte Richtungen (oft in Richtung einer Dysfunktion) ziehen, ähnlich wie ein Surfbrett auf einer Welle.

Körperliche Untersuchung und therapeutische Intervention sind zeitlich eng verzahnt und gehen beim erfahrenen Therapeuten oft fließend ineinander über. Was erspürt wird, wird oft im gleichen Griff behandelt. Variablen der manuellen Therapie an den Faszien sind nach Chaitow [35] Kompression, Zug, Torsion,

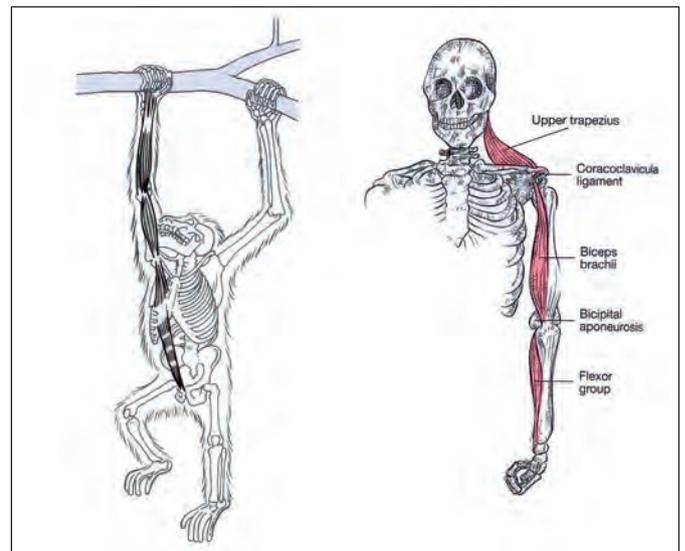


Abb. 2: Verkettungen. Wenn der Affe am Baum hängt, dann verbinden fasziale Strukturen den Daumen über den Ellenbogen und die Rippen mit dem Becken. Bei hängendem Arm verläuft die fasziale Verbindung von den Flexoren des Unterarms über den M. biceps brachii caput brevis und das Lig. coracoclaviculare hoch zum M. trapezius. Eingehende Kenntnisse über diese Verläufe sind wichtig, da entlang dieser Strukturen oft Dysfunktionsketten zu finden sind.

Abbildungen aus Anatomy trains, Thomas W. Myers, S. 164, Copyright Elsevier Science Limited 2002

Abscherung und Biegung. Übergeordnet dazu obliegt es dem Therapeuten, die jeweils sinnvollste osteopathische Technik bei der jeweils vorliegenden Befundkonstellation auszuwählen. Es gibt immer mehrere therapeutische Wege zum Ziel: Jeder Therapeut hat Techniken, die ihm liegen oder die er aus verschiedenen Gründen ablehnt. Die körperliche Konstitution des Therapeuten (und auch die des Patienten!) spielt dabei genauso eine Rolle, wie auch die Sensibilität der Therapeutenfinger und die Schmerzempfindlichkeit des Patienten. Grundregel ist, dass sowohl Patient als auch Therapeut sich in der therapeutischen Situation wohlfühlen müssen. Nur so ist gewährleistet, dass der Patient voll entspannt ist und der Therapeut optimal (und auch für sich selbst rückenschonend!) agieren kann. Da über längere Zeit hinweg Therapeut und Patient in engem Körperkontakt stehen, ist gerade bei der Osteopathie eine gute, vertrauensvolle Therapeut-Patienten-Beziehung und eine gewisse „gegenseitige Sympathie“ für den Erfolg der Behandlung besonders wichtig. Umgekehrt sollte der Therapeut immer daran arbeiten, den therapeutischen Abstand aufrechtzuerhalten und trotzdem dem Patienten offen zu begegnen: eine schmale Gratwanderung.

Wie entsteht ein Therapieplan?

Die eigentliche „Kunst“ ist es, in kurzer Zeit über ausführliche Anamnese und eine effiziente zielführende körperliche Untersuchung die Gesamtsituation des Patienten zu erfassen: Wo sind Dysfunktionen? In welcher zeitlichen Reihenfolge sind sie entstanden und in welchem Zusammenhang stehen sie? Gibt es Verkettungen? Wo ist die Schlüsselläsion?

Dieser Vorgang muss übrigens vor jeder neuen Behandlung wiederholt werden, da sich die Gesamtsituation des Patienten fortlaufend im Sinne eines dynamischen Prozesses verändert. Oft wird die 3:3:3-Regel [36] als grobe Faustregel angewendet, die besagt, dass man pro Sitzung jeweils entsprechend der vorliegenden Befunde/Dysfunktionen für drei bis fünf Minuten drei Techniken anwenden und drei verschiedenen Regionen behandeln sollte. Der Gedanke dahinter ist, dass einerseits durch die Therapie in verschiedenen Regionen eine Effizienzsteigerung erzielt werden soll, andererseits aber der Körper durch die Limitierung auf drei Techniken nicht überfordert wird.

Typischerweise treten im Verlauf der Behandlung nach und nach alte Störungen wieder auf, wie bei einem rückwärts laufenden Film. Es ist wichtig, den Patienten im Vorfeld darauf hinzuweisen und dahingehend vor jeder neuen Sitzung zu befragen.

Die verschiedenen osteopathischen Techniken: ein Überblick ...

Eingebettet in die osteopathischen Grundprinzipien wendet der Osteopath eine Vielzahl von verschiedenen Techniken an. Einige wurden von Still selbst beschrieben, viele aber von seinen Schülern und wieder deren Schülern. Einige dieser Techniken werden auch von anderen manualtherapeutischen Medizinsystemen als Teil ihrer Lehre beansprucht. So entsprechen z. B. die HVLA- (High Velocity Low Amplitude-) Techniken in der Osteopathie den chirotherapeutischen Impulstechniken.

Die Diskussion dazu ist meines Erachtens müßig, da es ja vielmehr darauf ankommt, eine Technik individuell auf den Patienten zugeschnitten – an der richtigen anatomischen Struktur zur

richtigen Zeit in Kombination mit ggf. anderen Maßnahmen – präzise auszuführen. Da die verschiedenen medizinischen Systeme alle auf der menschlichen Anatomie und Physiologie basieren, folgt geradezu zwangsläufig daraus, dass die Lehren sich angleichen. Das Lehrbuch von Nicholas und Nicholas gibt einen guten Überblick über die einzelnen Therapietechniken in Wort und Bild [32].

Grundsätzlich unterscheidet man direkte und indirekte Techniken.

Direkte Techniken arbeiten in die gesperrte Richtung und versuchen so die somatische Dysfunktion zu lösen.

Indirekte Techniken funktionieren genau andersherum: Man arbeitet in die sogenannte freie Richtung und erreicht am Ende dasselbe Ergebnis.

Außerdem unterscheidet man Techniken, bei denen der Patient passiv ist (z. B. Myofasziale Releasetechniken, Abb. 3) und andere, bei denen der Patient aktiv mitarbeiten muss (z. B. Muskel-Energie-Techniken, Abb. 4).

Indikationen und Kontraindikationen der Osteopathie

Osteopathie kann sowohl vorbeugend als auch zur Behandlung von bestehenden Beschwerden eingesetzt werden. Außerdem kann Osteopathie auch begleitend mit schulmedizinischen Methoden kombiniert werden.

Bestehende somatische Dysfunktionen sind die Indikation schlechthin. Übersetzt in die schulmedizinische Denkweise und aufgrund meiner Erfahrung lassen sich eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten auflisten, wobei weder Vollständigkeit beansprucht wird noch individuelle Abweichungen berücksich-



Abb. 3: Myofasziale Releasetechnik in Bauchlage. Der Therapeut legt seine Palmflächen mit gespreizten Fingern auf die Haut des Patienten und übt gerade so viel Druck aus, um die Haut und die darunter liegende Faszie kontrollieren zu können. Nun wird durch Verschiebungen nach inferior und superior sowie twistartige Bewegung mit und gegen den Uhrzeigersinn geprüft, in welche Richtungen eine lockere (ease) und wo eine feste (bind) Gewebsantwort zu spüren ist. Beim indirekten Vorgehen schiebt der Therapeut nun zunächst sanft seine Hände in die ease-Richtung bis zu einer Barriere und hält diese Position 20 bis 60 Sekunden bis eine Entspannung (release) zu spüren ist. Danach verschiebt er seine Hände in die bind-Richtung bis zu einer entsprechenden Barriere und wiederholt den Vorgang. Die Auflockerung der Faszien führt konsequent auch zu einer Muskelrelaxation in der darunter liegenden Muskelschicht.

Abbildungen aus Atlas Osteopathische Techniken, Alexander S. Nicholas, Evan A. Nicholas, S.131, Abb. 8.6-8.8, Copyright Walters Kluwer business 2008



Abb. 4: Muskel-Energie-Technik bei Dysfunktion von LWK 3: Freie Richtung ist die Seitneigung nach rechts und die Rotation nach rechts bei Normalstellung der Wirbelsäule (weder Flexion noch Extension). Hier stellt der Therapeut den Patient in die gesperrte Richtung, also Seitneigung nach rechts und Rotation nach links, ein, bis die Bewegungsgrenze an LWK 3 zu palpieren ist. Der Patient wird nun eine Seitneigung nach links gegen den Widerstand des Therapeuten durchführen (isometrische Kontraktion). Nach drei bis sechs Sekunden halten, kommt es in der anschließenden Entspan-

nungsphase zu einer postisometrischen Relaxation und die Seitneigung nach rechts und Rotation nach links kann durch den Therapeut verstärkt werden (neue Bewegungsgrenze wird erreicht).

Aus: Liem, Leitfaden Osteopathie, 3. Auflage 2009 © Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München

sichtigt werden können (www.osteopathie-schmidt.de/leistungsmuenchen-goepingen.html).

Kontraindikationen bestehen aus meiner Sicht immer dann, wenn schulmedizinische Interventionen einen besseren therapeutischen Erfolg versprechen. Das gilt meist bei malignen Erkrankungen, therapiebedürftigen internistischen Erkrankungen, akuten Nerven-einklemmungen mit progredienten motorischen und/oder sensiblen Ausfällen, Frakturen und Infektionen. Wegen der Gefahr einer Fraktur ist besondere Vorsicht bei Osteoporosepatienten geboten, insbesondere bei der Anwendung von kraftvollen schnellen Techniken mit langen Hebeln. Patienten mit Muskelzerrungen oder Muskelfaserrissen sollten nicht mit Muskel-Energie-Techniken behandelt werden. Bei Rheumapatienten sollte man vor Behandlung der Halswirbelsäule immer zunächst eine entzündliche Mitbeteiligung des Dens axis ausschließen, da in diesem Fall Manipulationen kontraindiziert sind. Vorsicht ist zudem bei psychisch instabilen Patienten geboten, da die osteopathische Lösung von somatischen Dysfunktionen manchmal zu einer emotionalen Labilisierung („somato-emotional release“), analog dem Konzept von Upledger [37]) führt, die sich im schlimmsten Fall bis zur Suizidalität entwickeln kann. Besonders gefährdet sind dabei traumatisierte Patienten (Beispiele: nach Unfällen, sexuellem und psychischem Missbrauch, häuslicher Gewalt; Folteropfer). Der zuweisende Hausarzt sollte den Osteopathen darüber im Vorfeld informieren. Vorsicht ist auch bei Tumorpatienten geboten, da bislang nicht klar ist, inwieweit osteopathische Techniken (vor allem Lymphtechniken) Metastasierungen auslösen können.

Fortsetzung im nächsten Heft: Kraniosakrale und Viszerale Osteopathie

Literatur

1. Maier J. In guten Händen? DIE ZEIT 2016;33:29–30
2. VG Düsseldorf. Urteil vom 8. Dezember 2008. Az. 7K 967/07. Freie Juristische Datenbank: <https://openjur.de/u/137483.html>, aufgerufen am 18.09.2016
3. Bundesärztekammer. Bekanntmachungen. Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. Deutsches Ärzteblatt. 2009;106,46:A-2325-2334/B-1997-2006/C-1941-1950

4. Psczolla M, von Heymann W, Linz W, et al. DGMM-Positionspapier zur „Osteopathie“ in Deutschland. *Manuelle Medizin*. 2015;53,1:60–62
5. Vorstand des BDOÄ (Berufsverband Deutscher Osteopathischer Ärzteverbände). Positionspapier des BDOÄ zur ärztlichen Osteopathie. Dez. 2014: http://www.dgom.info/pdf/Positionspapier_BDOAE.pdf, aufgerufen am 18.09.2016
6. Delaunois P. Die persönliche Entwicklung von A.T. Still. In: Liem T, Dobler TK. *Leitfaden Osteopathie*. München: Elsevier, 2010:12–5
7. Trowbridge C. Andrew Taylor Still 1828–1917. Dexter, Michigan, USA: Truman State University Press, 1991
8. Still AT. *Autobiography of Andrew T. Still: With a History of the Discovery and Development of the Science of Osteopathy*. Kirksville, USA: Eigenverlag, 1908
9. Still AT. *Research and Practice*. Kirksville, USA: Eigenverlag, 1910
10. Still AT. *The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. Kirksville, USA: Eigenverlag, 1902
11. Still AT. *The Philosophy of Osteopathy*. Kirksville, USA: Eigenverlag, 1899
12. Hartmann C, ed. *Das große Still-Kompendium*. Pähl: Jolandos, 2005
13. Hartmann C, ed. *Das große Littlejohn-Kompandium*. Pähl: Jolandos, 2013
14. Hartmann C, ed. *Das große Sutherland-Kompandium: Die Schädelkapsel. Einige Gedanken. Unterweisungen in der Wissenschaft der Osteopathie. Mit klugen Fingern*. Pähl: Jolandos, 2010
15. Wancura-Kampik I. *Segment-Anatomie*. München: Elsevier, 2010
16. Heesch D., Steinrücken H. *Sympathikustherapie*. Heidelberg: Heestein, 2013
17. Korr IM. *Proprioceptors and somatic dysfunction*. *J Amer Osteop Assoc*. 1975; 74:638–50
18. Siemsen CH. *Tensegrity – Theoretisches Gesundheits- und Krankheitsmodell*. *Manuelle Medizin*. 2006;44,2:121–4
19. Schleip R, Findley TW, Chaitow L, et al. *Lehrbuch Faszien. Grundlagen – Behandlung – Forschung*. München: Elsevier, 2014
20. Deutsche Gesellschaft für Myofascial Release e. V. *Ausbildungen in Myofascial Release. Gezielte Faszienmanipulation – Faszientherapie*: <http://www.myofascial.de/weiter.html>, aufgerufen am 18.09.2016
21. Stecco C. *Atlas des menschlichen Faszien-systems*. München: Elsevier, 2016
22. Stecco L, Stecco C. *Fascial Manipulation for Internal Dysfunctions*. Padova, Italy: Piccin, 2004
23. Stecco L. *Fascial Manipulation for Musculoskeletal Pain*. Padova, Italy: Piccin, 2004
24. Myers TW. *Anatomy Trains – Myofasziale Leitbahnen für Manual- und Bewegungstherapeuten*. München: Elsevier, 2014
25. Schwind P. *Faszien- und Membrantechniken: Handbuch für die Praxis – mit 20 Behandlungsvideos*. München: Elsevier, 2015
26. Paoletti. *Faszien: Anatomie – Struktur – Techniken – Spezielle Osteopathie*. München: Elsevier, 2011
27. Lewit K. *Manuelle Medizin – bei Funktionsstörungen des Bewegungsapparates*. München: Elsevier, 2007
28. Böhni U, Lauper M, Locher H. *Manuelle Medizin 1: Fehlfunktion und Schmerz am Bewegungsorgan verstehen und behandeln*. Stuttgart: Thieme, 2015
29. Böhni U, Lauper M, Locher H. *Manuelle Medizin 2: Diagnostische und therapeutische Techniken praktisch anwenden*. Stuttgart: Thieme, 2011
30. Bischoff HP, Moll H. *Lehrbuch der Manuellen Medizin*. Balingen: Spitta, 2011
31. Wühr E. *Systemische Medizin*. Bad Kötzting: Verlag Systemische Medizin, 2011
32. Nicholas AS, Nicholas EA. *Atlas Osteopathische Techniken – 350 osteopathische Techniken in Wort und Bild*. München: Elsevier, 2009
33. Barral JP. *Manuelle Thermodiagnose*. München: Elsevier, 2003
34. Barral JP. *Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie (Band 1 und 2)*. München: Elsevier, 2016
35. Chaitow L. *Fascial Dysfunction – Manual therapy approaches*. Pencaitland, East Lothian, UK: Handspring Publishing Limited, 2014
36. Kuchera WA, Kuchera ML. *Osteopathic Principles in Practice*. Dayton, Ohio, USA, 1994; Google-book: <https://books.google.de/books?id=ZEL15qqEvPkCtIpg=PP1#hl=de&pg=PP1#v=onepage&q&f=true>, aufgerufen 18.09.2016
37. Upledger JE. *SomatoEmotional Release. Deciphering the Language of Life*. Berkeley, California: North Atlantic books 2002

Autoreninformation (STRICTA recommendations)

Dr. med. Sabine Schmidt, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren, Akupunktur und Manuelle Medizin/Chirotherapie; Schwerpunkt Ernährungsmedizin (ZAEN); Diplom für Osteopathie (DAAO: Deutsch-Amerikanische Akademie für Osteopathie), ERÖP-Diplom; Gründungsherausgeberin der Zeitschrift „Osteopathische Medizin“ (Elsevier) und bis 2009 dort verantwortliche Herausgeberin im Sinne des Presserechtes, Managing Editorin der DZA von 2003 bis 2008. Seit 2008 niedergelassen in eigener Privatpraxis in München mit den Schwerpunkten Osteopathie, Akupunktur und Ernährungsmedizin.