Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 33 (1997)
Heft: 11

Artikel: Eine Einführung in die Osteopathie
Autor: Theyse, Joppe J.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929245

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

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

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

Download PDF: 02.02.2026

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

PRAXIS

Eine Einführung in die Osteopathie

Joppe J.C. Theyse, Präsident des S.A.O.M. (Swiss Association of Osteopathic Medicine)
Albulastrasse 37, 7000 Chur

1986 Diplom Physiotherapie in Enschede (NL)
1992 Diplom Osteopathie in Antwerpen (B) – RSK
1995 Abschluss Post-graduate in Osteopathie in Antwerpen – FICO

1986–1988 Arbeit als Physiotherapeut in Bielefeld (D)
1988–1993 Arbeit als Physiotherapeut in Chur (CH)
Seit 1993 selbstständig als Physiotherapeut und Osteopath in Chur

Osteopathie wurde vor ungefähr hundert Jahren vom amerikanischen Arzt und Chirurg Andrew Taylor Still entwickelt. Das Prinzip der Osteopathie besagt, dass alle Bereiche des Körpers sich wechselseitig beeinflussen und voneinander abhängig sind. Die Osteopathie ist eine holistische, manuelle Heilmethode. Man behandelt nicht nur die lokalen Beschwerden, sondern stellt diese immer in einen grösseren Zusammenhang.

Das Ziel der Osteopathie ist die Wiederherstellung des Gleichgewichtes der verschiedenen Systeme des menschlichen Körpers. In der osteopathischen Behandlung werden dazu *immer* folgende drei Systeme integriert:

1. **Das parietale System (Bewegungsapparat):** Gute Mobilität von Gelenken, Muskeln, Sehnen, Faszien usw.
2. **Das viszerale System:** Gutes Funktionieren und freie Beweglichkeit der inneren Organe
3. **Das craniosakrale System:** Freie Beweglichkeit der Dura mater (Abb. 1) und Schädelsuturen

Diese drei Systeme kommunizieren via fasziale, humorale, neuroreflektorische und bioenergetische Wege miteinander.

Das parietale System

Die Wirbelsäule spielt eine sehr wichtige Rolle in der Osteopathie. Eine segmentale Dysfunktion beeinflusst die dazugehörenden Metamere. Eine osteopathische Läsion der Wirbelsäule ist eine (multi-)segmentale Überaktivität infolge erhöhter afferenter Aktivität aus allen möglichen Strukturen des Körpers. Unter dieser erhöhten afferenten Neuronenaktivität verstehen wir die nozizeptiven Signale, fortgeleitet von C-Fasern und A-Delta-Fasern.

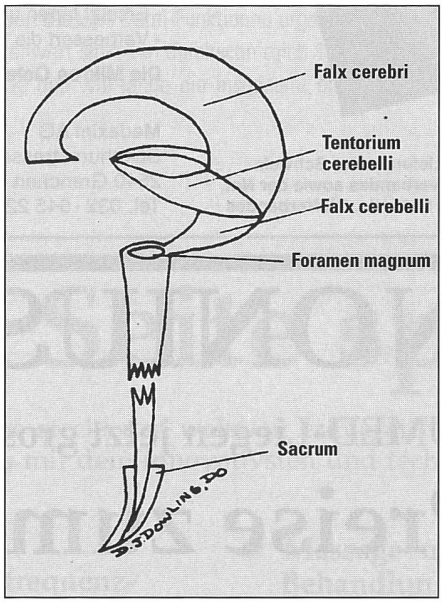


Abb. 1: Die Dura-mater-Verbindungen
(Aus: Di Giovanna, E.L. und Schiowitz, S.: An osteopathic approach to diagnosis and treatment)

Nach einer gewissen Zeit oder bei starkem nozizeptivem Input beeinflusst diese afferente Überaktivität die Aktivität der somatischen und sympatischen Efferenzen. Die Selektivität des Nervensystems verwischt. So entsteht eine (multi-)segmentale Dysbalance im somatischen und autonomen Nervensystem, was einen Teufelskreis verursachen kann.
Das bedeutet, dass eine parietale (segmentale) Läsion die viszerale Funktion im gleichen Segment nachteilig beeinflussen kann und natürlich vice versa (siehe Abb. 2).

Die erhöhte Aktivität der Somatoefferenzen des somatischen und orthosympatischen Nervensystems kann folgende Symptome verursachen:
- Hypertonus der Muskulatur;
- lokale chemische und metabolische Veränderungen;
- Fibrose und Ausbildung von Triggerpunkten;
- verminderte effektive Gewebszirkulation der Muskulatur, des Bindegewebes und der synovialen Membranen;
- Veränderung der funktionellen Eigenschaften des Bindegewebes;
- Erhöhung der Sensorenempfindlichkeit.

Diese Texturveränderungen erhöhen wieder die somatoafferente Aktivität und verstärken die osteopathische Läsion.

Die erhöhte Aktivität der Viszeroefferenzen (orthosympathisches Nervensystem) kann folgende Veränderungen verursachen:
- lokale Hypoxämie, Inflammation (Änderung in der Permeabilität der Kapillaren, Ödem usw.);
- Spasmus der glatten Muskulatur, was negative Folgen für die Absorbtion und Digestion hat;
- Änderung in der Drüsenaktivität mit:
  - Verschiebung des PH-Gleichgewichts;
  - Verschiebung der Elektrolytenbalance;
  - hormonellen Veränderungen.

Diese Strukturveränderungen können die Aktivität der Viszeroafferenzen verstärken, womit die osteopathische Läsion unterhalten wird.
So entstehen somatosomatische, somatoviszerale, viszerosomatische und viszeroviszerale Reflexe. Je länger das Problem existiert, desto mehr wird es sich über mehrere Segmente ausdehnen, und desto mehr verlieren die Strukturen ihre spontane Reversibilität zur Selbstheilung (Abb. 3).
Wenn man die spinothalamischen Bahnen zu den Efferenzen rechnen darf, werden nozizeptive Signale zum Gehirn weitergeleitet. Bei Überaktivität entstehen auch psychologische Veränderungen, die an sich auch wieder Organe und Faszien beeinflussen können.

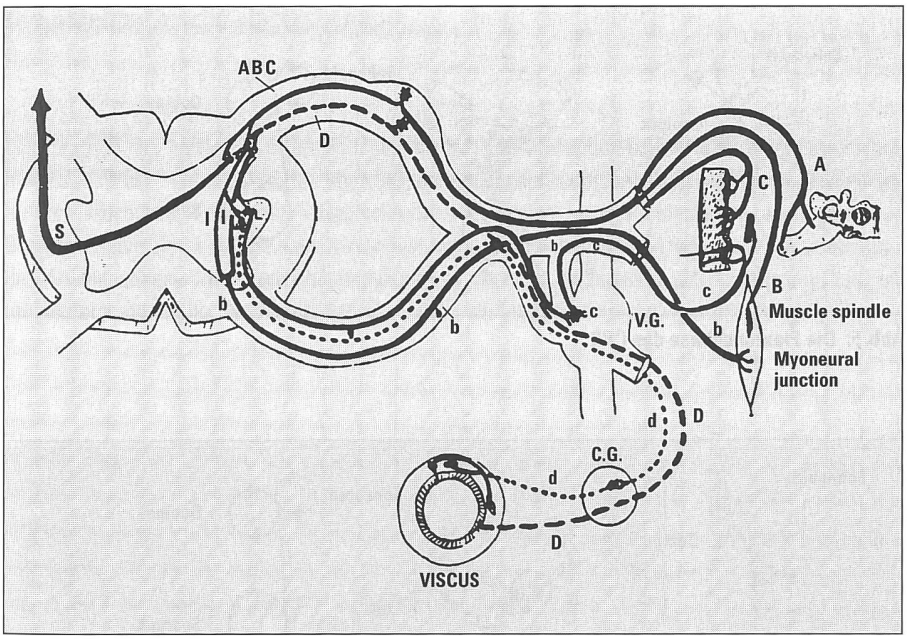


Abb. 2: Schematische Vorstellung der segmentalen Reflexbogen über die somatischen und viszeralen Afferenzen und Efferenzen. *(Aus: Korr I. M.: The collected papers of Irvin M. Korr)*

Die Afferenzen:

A: Aus Processus spinosis
B: Aus den Proprioceptoren in Muskel und Sehne
C: Aus den Sensoren in der Haut
D: Aus den inneren Organen (Viszera)
A+B+C = somatische Afferenzen

Die Efferenzen:

b: Motoneuron zu der quergestreiften Muskulatur
c: Sympathisches, postganglionäres Neuron zu den Blutgefässen, Schweissdrüsen der Haut und Muskulatur und pilomotor-Muskulatur
d: Sympathisches, postganglionäres Neuron zu der glatten Muskulatur und den Blutgefässen der Organe und zu den Drüsen
S: Traktus spinothalamicus
I: Interneuronen
L: Traktus intermedio lateralis
V. G.: Ganglion vertebralis
C. G.: Ganglion collateralis

Es muss klar sein, dass diese strukturellen Veränderungen die Belastbarkeit des Individuums herabsetzen (die Struktur beherrscht die Funktion). Eine kleine Belastung kann die abgeschwächten Strukturen schon lädieren. Die primäre Läsion und die segmentale Störung müssen effizient behandelt werden, bevor eine lokale Therapie der lädierten Strukturen überhaupt Erfolg zeigen kann.

Das viszerale System

Ptose (Einsinken der Organe) ist u.a. eine wichtige Indikation für viszerale Osteopathie. Die Organe verlieren ihre physiologische Mobilität und Motilität. Der Druck auf das Gefässsystem wird erhöht, wobei die Venen (z. B. V. porta, V. mesenterica) natürlich am meisten beeinträchtigt sind. Das bedeutet Stauungsgefahr und vielleicht Ischämie. Die Ursache einer Abdominopelvic-Ptose ist oft ein Elastizitätsverlust des Gewebes im Alter oder sekundär bedingt durch Adhäsionen. Meistens sind das Diaphragma thorakale und pelvica im Leiden mit einbezogen. Die Pumpwirkung des Diaphragma thorakale lässt nach, wodurch die Stauungsgefahr verstärkt wird. Die Organe werden vom Diaphragma pelvica nicht mehr richtig unterstützt, was Verdauungsprobleme, Hämorrhoiden und Prolapse auslösen kann.

Allgemeine Ziele der viszeralen Osteopathie:

- den venösen Rückfluss stimulieren (Dekongestion)
- funktionsstimulierende Techniken
- Mobilität und Motilität wiederherstellen
- Adhäsionen lösen
- Spasmen in Sphinctern und Flexuren lösen (Abb. 4)
- Spannung in den Faszien lösen
- Ernährungsberatung

Das craniosakrale System

Das craniosakrale System entnimmt seinen Namen von der Verbindung zwischen Schädel und Sacrum (Coccyx) durch die Dura mater. Im ersten und zweiten Ventrikel wird der Liquor cerebro spinalis (LCS) produziert. Die dadurch entstehende Druckerhöhung im Schädel wird durch Sensoren in der Sutura parietalis wahrgenommen. Diese stimulieren den Abfluss durch den Granula Pacchioni in den venösen Sinussen. Das System stellt so mechanisch ein halbgeschlossenes hydrostatisches System dar. Durch Rückkoppelungsmechanismen wird der Zu- und Abfluss des LCS geregelt.

Der Liquordruck unterliegt pulsierenden Schwankungen, welche wir als craniosacralen Rhythmus wahrnehmen (Abb. 5).

Dieser Rhythmus wird durch Faszien weitergeleitet und ist so am ganzen Körper palpabel.

Der Osteopath prüft Qualität, Symmetrie und Frequenz des Rhythmus. Durch bestimmte Handgriffe kann das System zu einem Selbstkorrekturprozess angeregt werden.

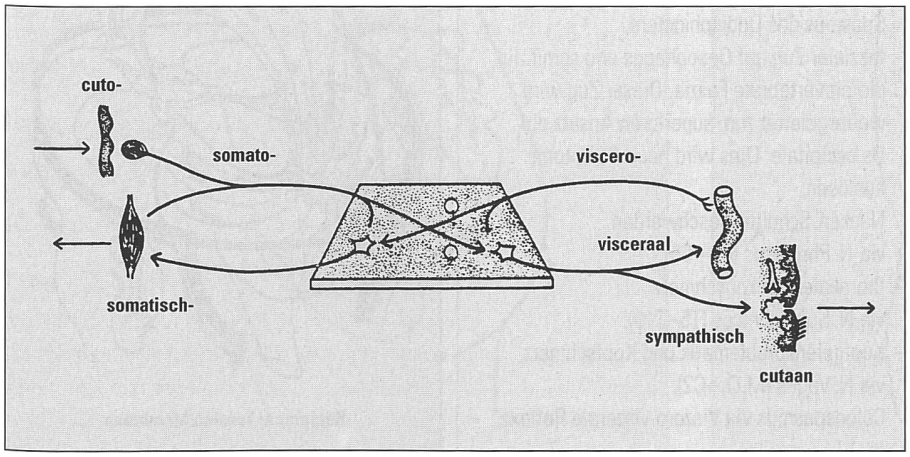


Abb. 3: Somato-somatische Reflexbogen
Somato-viszerale Reflexbogen
Viszero-somatische Reflexbogen
Viszero-viszerale Reflexbogen
(Aus: Cranenburgh van, B.: Segmentale verschijnselen)

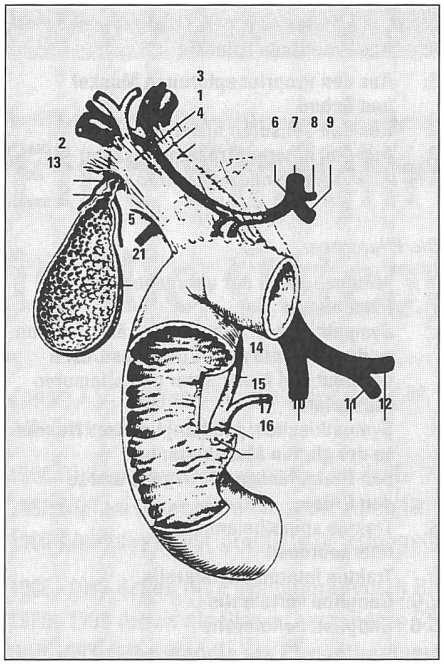


Abb. 4: Flexura zwischen Duodenum 1 und 2 (oberer Teil des Dünndarms).
Sphincter Oddi (Nr. 16) regelt Zufuhr von Galle (Nr. 14) und Pankreassaft (Nr. 15) in Duodenum 2.
(Aus: Kahle, W., Leonhardt, H., Platzer, W.: Atlas van de anatomie)

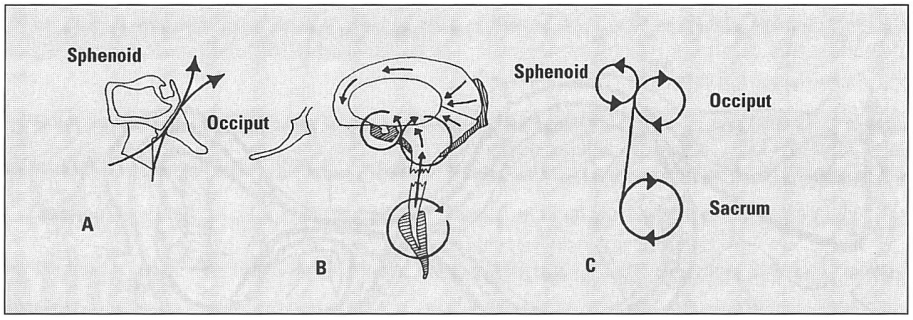


Abb. 5: Die Flexionsphase des CRS

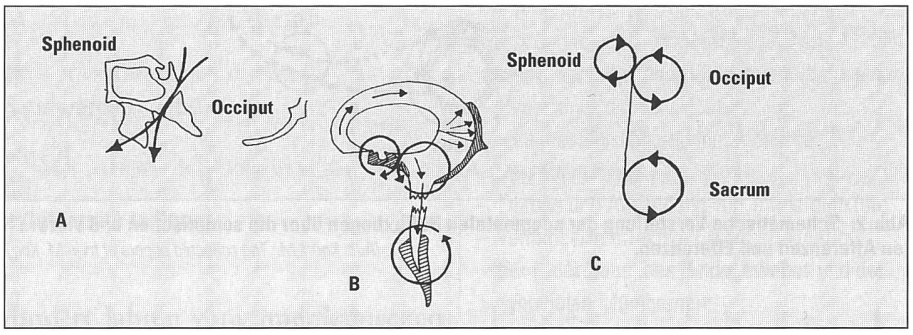


Abb. 5: Die Extensionsphase des CRS
(Aus: Di Giovanna, E.L. und Schiowitz, S.: An osteopathic approach to diagnosis and treatment)

Allgemeine Ziele der craniosakralen Therapie:

- den CS-Rhythmus normalisieren
- blockierte Suturen lösen;
- Verspannungen in der Dura mater lösen (Falx-Cerebri und Cerebelli, Tentorium Cerebelli, Dural Tube) (Abb. 6);
- Behandlung der Nasenhöhlen (Luft-Sinusse)
- Behandlung der venösen Sinusse (Dekongestion)
- Gehirnnerven beeinflussen (z. B. Trigeminusneuralgie)
- Behandlung der sogenannten Energy-cysten (Somato-emotional Release)

Indikationen für Osteopathie

Der Patient, der zum Osteopathen kommt, kann Beschwerden verschiedenster Art haben. Unter anderem Migräne, Colon irritable, chronische Cystitis, gynäkologische Probleme, chronische parietale Beschwerden usw. Sehr oft sind es chronische Beschwerden. Die Patienten haben schon oft verschiedene, meist zu lokal konzentrierte Therapien hinter sich. Und hier liegt die Stärke der Osteopathie. Wie vorher schon erwähnt *können* lokale Beschwerden Einfluss auf andere Teile des Körpers nehmen. Ein Beispiel verdeutlicht die osteopathische Denkart:

Ein Patient mit einer chronischen Magenpathologie (Ptosis, Hiatushernie, Ulkus, Gastritis usw.) könnte die folgenden Symptome haben:

- Bauchschmerzen (Splanchnischer Schmerz) infolge verschlechterter Durchblutung (Übersäurung, Ischämie) und Spasmus von Muskelfasern des Magens und Pylorussphincters;
- negativer Einfluss auf die diaphragmale Atmung durch Reizung des Zwerchfells
- faszialer Zug auf die Leber (via Omentum Minor) mit neuen Folgen; negative Funktionsbeeinflussung Leber-Galle-Komplex und Spasmus des Oddisphincters;
- faszialer Zug auf Oesophagus und somit auf die prevertebrale Faszia. Dieser Zug wird weitergeleitet zum superioren Ansatz auf Os occipitale. Dies wird neue Symptome auslösen;
- Nacken-Schulter-Beschwerden via N. Phrenicus (C2–C5);
- thorakaler Rückenschmerz via N. Splanchnicus (T5–T10);
- Kopfgelenkproblematik und Kopfschmerz via N. Vagus (M.O.–C2);
- Colonspasmus via Viszero-viszerale Reflexe.

Es ist sehr gut möglich, dass dieser «Magenpatient» nur mit einem chronischen Schulter-Nacken-Problem den Osteopathen konsultiert. Eine ausführliche Anamnese und eine gründliche klinische Untersuchung des Patienten bringen aber viel mehr ans Licht. Die Untersuchung wird meistens vervollständigt durch Röntgen, Labor- und Blutdruckergebnisse, welche der Hausarzt bzw. Spezialist erstellt. Basierend auf der Untersuchung wird der Therapieplan aufgestellt.

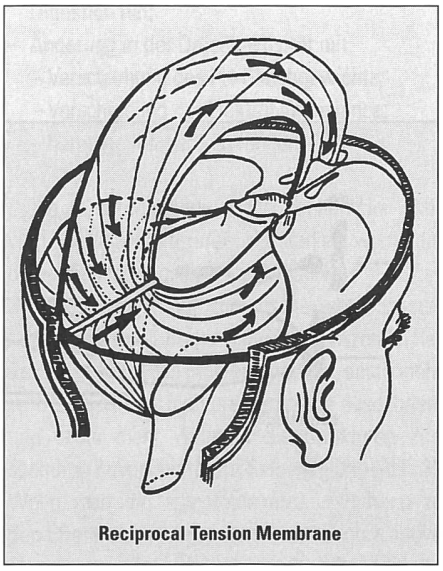


Abb. 6: Zug- und Druckkräfte-Verteilung über die Falx Cerebri und Tentorium Cerebelli.
(Aus: Gehin, G.: Atlas of Manipulative Techniques for the Cranium and Face)

Die osteopathische Untersuchung

Der Osteopath fängt fast immer mit dem parietalen System beim Becken an. Das Becken ist das Zentrum der aszendierenden und deszendierenden Druck- und Zug-Kräfte. Vom Becken aus untersucht der Osteopath – Segment um Segment – die ganze Wirbelsäule. Wenn aus der Anamnese eine neurologische Implikation im Vordergrund steht, wird selbstverständlich zuerst eine neurologische Untersuchung durchgeführt, welche auch dem Physiotherapeuten bekannt ist.

Schnelltests gibt es für Hüfte, Knie, Fuss, Schulter, Ellenbogen und Hand, wenn primär in diesen Gelenken keine Probleme vorhanden sind. Je nach Problem werden, wie in der Physiotherapie, aber mit bestimmten Modifikationen, Läsions- und Längentests der Muskulatur durchgeführt.

Anhand von blockierten Wirbeleinheiten, lokalen paravertebralen Verspannungen der Muskulatur, der Fasziaspannungen und Bindegewebszonen legt der Osteopath die Verbindungen zu den anderen Systemen. Wenn zum Beispiel bei einem Patienten mit chronischem Rückenleiden das Gebiet von L2 und L3 eine Dysfunktion aufweist, muss der Osteopath wissen, welche Strukturen für dieses Problem verantwortlich sein können.

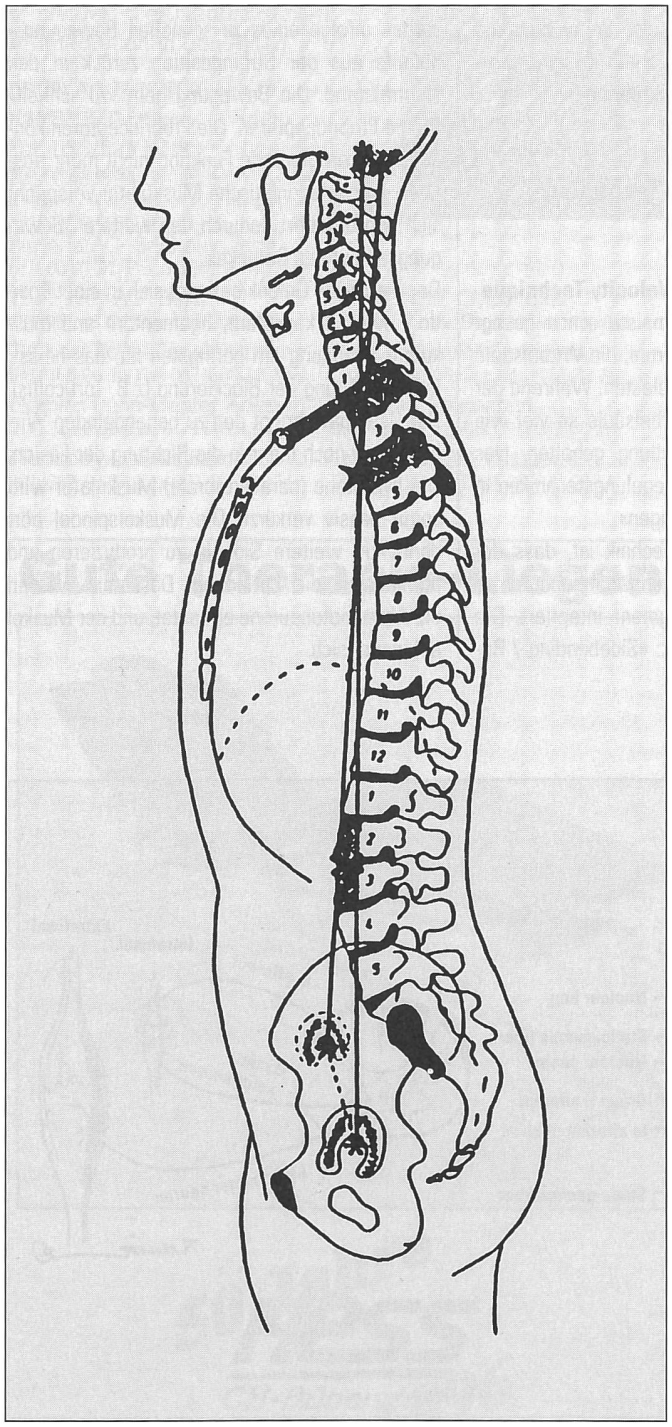


Abb. 7: Die mathemathischen Linien nach Little John.
(Aus: Little John: Mechanics of the Spine and Pelvis)

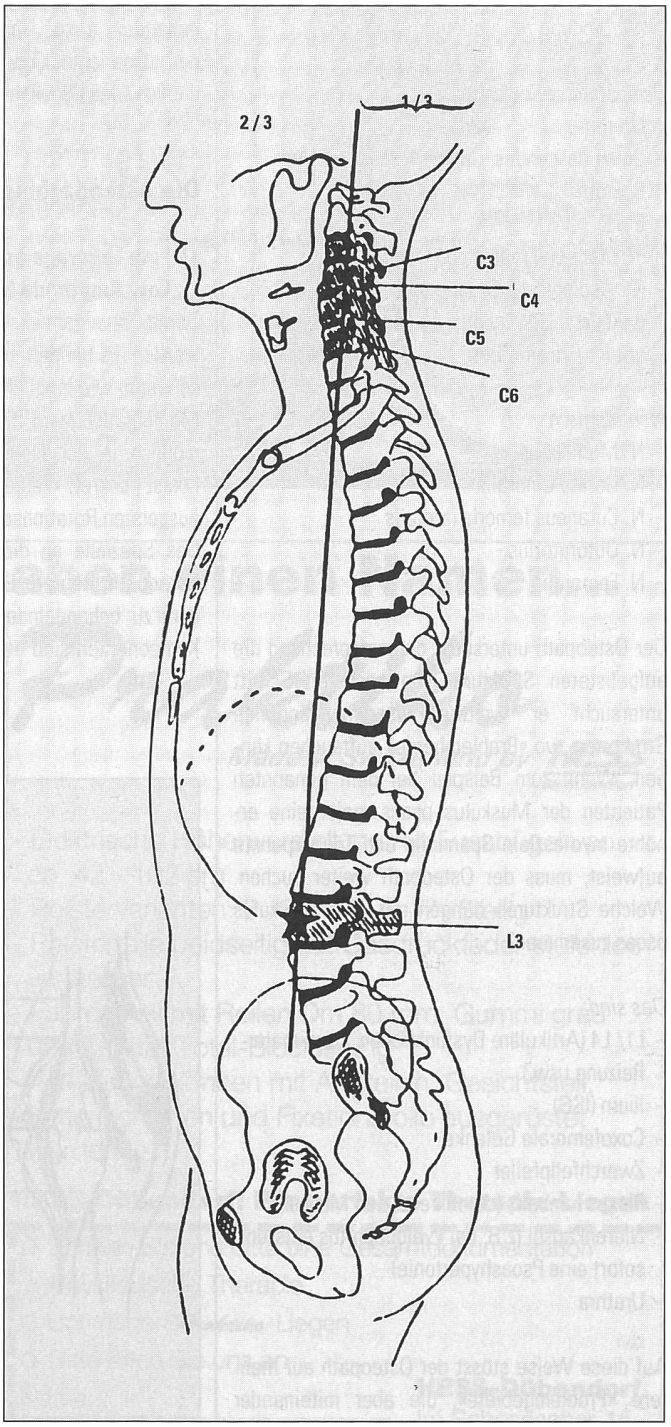


Abb. 8: Die Schwerkraftlinie
(Aus: Little John: Mechanics of the Spine and Pelvis)

Faszial:
- andere Segmente via die mathematischen Linien von Little John (C0 / C1, D2 / Co2, D4 / D5 und Coxofemorale Gelenke) (Abb. 7)
- andere Segmente via die Schwerkraftlinie (Sella Turcica, C3 / C4 / C5 / C6, D3 / Co3, Coxofemorale Gelenke und zentraler Fussbogen) (Abb. 8)
- M. Psoas Major (ich komme später darauf zurück)
- Diaphragma thorakale
- M. quadratus lumborum
- Paravertebrale Muskulatur
- Treitz'sches Band (Verbindung zu Duodenum 2)

Sympathicoreflektorisch:
- Nieren
- Colon descendes, Colon sigmoideum und Rektum
- Blase
- Prostata und männliche Genitalien
- Gynäkologische Organe und weibliche Genitalien
- untere Extremitäten

Neurologisch:
- N. Meningeus!
- N. Genitofemoralis
- N. Cutaneus femoris lateralis
- N. Obturatorius
- N. Femoralis

Der Osteopath untersucht dementsprechend die aufgelisteten Strukturen. Im nächsten Schritt untersucht er weitere zusammenhängende Strukturen, wo «Problemherde» auftauchen können. Wenn zum Beispiel bei dem genannten Patienten der Muskulus psoas major eine erhöhte myofasziale Spannung und Triggerpunkte aufweist, muss der Osteopath weiter suchen. Welche Strukturen hängen mit dem Muskulus psoas zusammen?

Das sind:
- L1/ L4 (Artikuläre Dysfunktionen, Dura-mater-Reizung usw.)
- Ilium (ISG)
- Coxofemorale Gelenke
- Zwerchfellpfeiler
- Plexus lumbalis (durchkreuzt den Muskel)
- Nierenkapsel (z. B. bei Pyelonephritis entsteht sofort eine Psoashypertonie)
- Urethra

Auf diese Weise stösst der Osteopath auf mehrere «Problemgebiete», die aber miteinander kommunizieren. Wenn der Psoasmuskel keine Veränderungen aufweist, braucht er auch keine Aufmerksamkeit mehr. Der Osteopath wird geleitet von dem, was er findet und folgert daraus die entsprechenden Zusammenhänge. Nur die Strukturen, die während der Untersuchung eine veränderte Spannung und Mobilität aufweisen, werden behandelt. Die viszerale Untersuchung wird noch ergänzt durch Perkussions- und Auskultationsuntersuchungen.

Der craniosacrale Rhythmus kann überall am Körper interpretiert werden. Strukturen, die eine Dysfunktion aufweisen, haben auch einen veränderten Rhythmus.

Der Osteopath beherrscht viele verschiedene Techniken, womit er jeden Patienten individuell behandeln kann. Das Ziel der Behandlung ist darauf gerichtet, jeden Patienten in sein individuelles Gleichgewicht zurückzubringen.

Die osteopathischen Techniken

1) Low Leverage and Low Amplitude High Velocity Technique

Damit ist eigentlich das meiste schon gesagt worden. Es handelt sich darum, die Wirbelsäule so wenig wie möglich zu belasten. Während der Manipulation wird die Wirbelsäule so viel wie möglich in der Neutralstellung gehalten. Das heisst konkret: «keine Verriegelungstechniken in äussersten Rotationsstellungen».

Das Spezielle an dieser Technik ist, dass der Osteopath mehrere Bewegungskomponenten in dem zu behandelnden Segment integriert. Die Komponenten sind bekannt: «Sidebending / Rotation, Flexion / Extension, Sideshift, Shift ant./ post., Kompression / Traktion, Respiration.» Mit dieser Kombination an Hebelwirkungen gehen wir zu 90 Prozent an die traumatische Barriere. Wir kreieren also eine artifizielle Barriere. In den 10 Prozent Bewegungsfreiheit machen wir den Impuls (1).

2) Strain and Counterstrain

Jones (2) geht davon aus, dass eine Gelenkblockierung durch neuromuskuläre Dysfunktionen verursacht wird. Aber nicht die Strain selber ist verantwortlich für die Dysfunktion (z. B. lange vornüber sitzen). Die meisten Blockierungen entstehen infolge eines zu schnellen Bewegungsablaufs aus der Strainposition zurück in den Neutralstand. Die Bewegung geht «zu schnell» für die Proprioceptoren. Die Proprioceptoren können ihre korrigierende Funktion nicht mehr ausüben. Die antagonistische Muskulatur verspannt sich und blockiert dadurch den weiteren Bewegungsablauf des Gelenkes.

Das blockierte Gelenk befindet sich in einer Position, wo die kapsuläre, ligamentäre und muskuläre Spannung am geringsten ist; das heisst, in der Richtung der Blockierung (z. B. Torticollis). Der Osteopath bringt den zu behandelnden Wirbel passiv noch mehr in die Richtung der Läsion. Die hypertone (paravertebrale) Muskulatur wird somit passiv verkürzt. Die Muskelspindel hört dann auf, weitere Signale zu produzieren und normalisiert die Entladung. Daraufhin werden die Alphamotoneurone entlastet, und der Muskel entspannt sich.

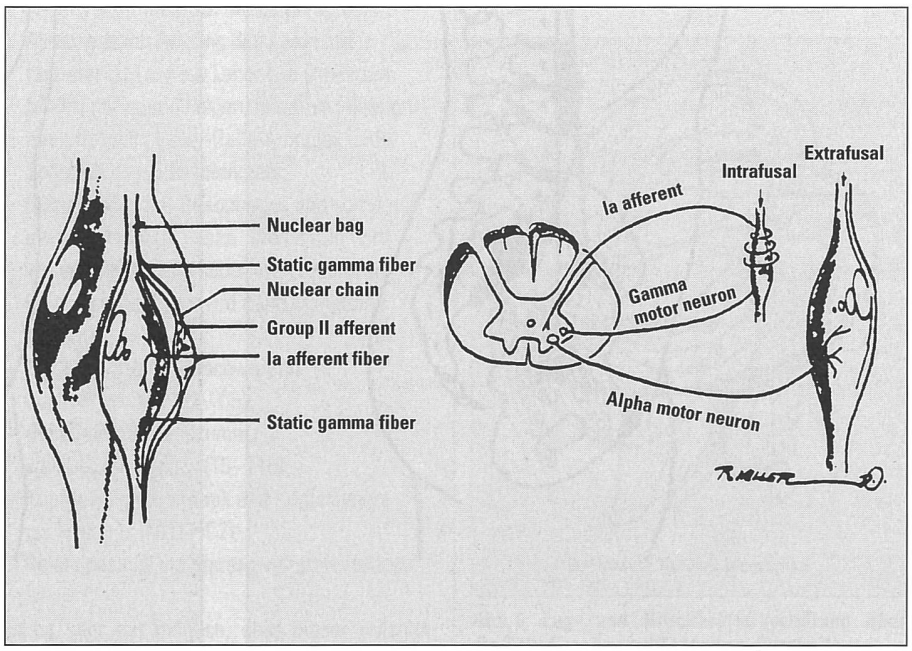
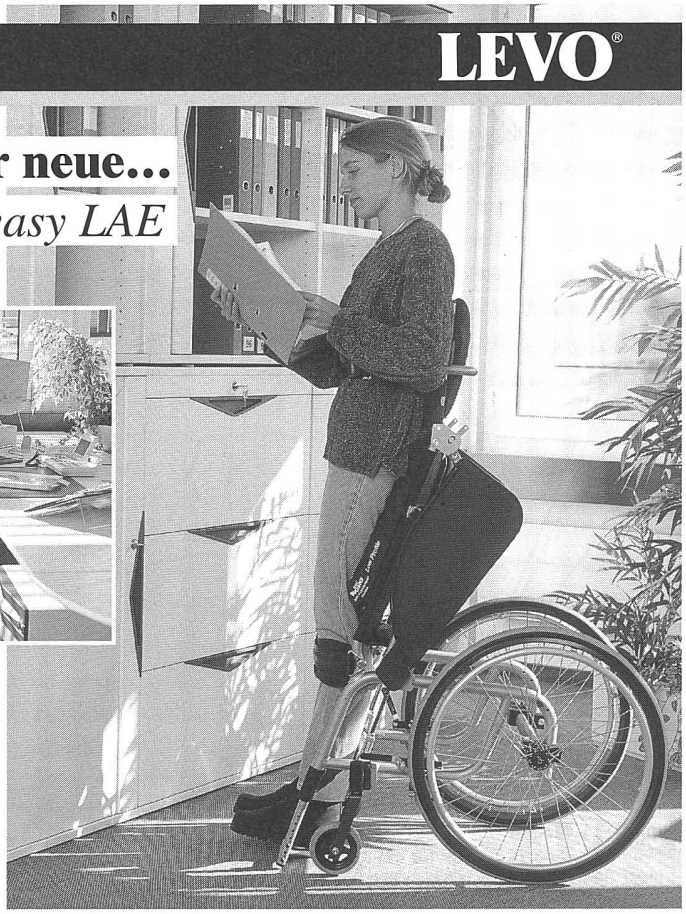


Abb. 9: Die Muskultonusabstimmung über die Gamma-Motorneuronen und Alpha-Motorneuronen zwischen dem zentralen Nervensystem und Muskelspindel. *(Aus: Jones, L.H.: Strain and Counterstrain)*

New!

LEVO®

Sooo easy, der neue...
LEVO *active-easy LAE*



- ✔ top-modernes Design
- ✔ leicht und wendig
- ✔ müheloses Aufstehen
- ✔ Qualität im Stehen und Sitzen
- ✔ steigert die Unabhängigkeit
- ✔ Integration in den Alltag

LEVO AG DOTTIKON
CH-5605 Dottikon
Tel. 056/624 37 82
Fax 056/624 31 15

Vertrieben durch:
Bimeda AG Bachenbülach
01/860 97 97, Fax 01/860 95 45
Theo Frey AG Bern
031/991 88 33, Fax 031/992 20 21
Gelbart Reha-Center Luzern
041/360 00 12, Fax 041/360 16 30
Gelbart Reha-Center Adliswil
01/771 29 92, Fax 01/771 29 94
Meditec J. Dubuis Bercher
021/887 80 67, Fax 021/887 81 34
M.J. REHAB Colombier
032/841 22 90, Fax 032/841 42 90
Reha Hilfen AG Zofingen
062/751 43 33, Fax 062/751 43 36
Roll-Star Sementina
091/857 67 33, Fax 091/857 68 00
Trend Reha AG, Wünnewil
026/497 92 10, Fax 026/497 92 14

1

Gute Therapie-Liegen haben einen Namen...

Praktiko

Made in Switzerland by HESS CH-Dübendorf

- Elektrische Höhenverstellung mit Fussbügel von ca. 42 - 102 cm
- Polstervarianten: 2-/3-/4-/5-/6-/7-/8teilig
- Polsterteile beidseitig mit Gasdruckfeder stufenlos verstellbar
- Fahrgestell mit Rollen Dm 80 mm, Gummi grau und Zentral-Total-Blockierung
- Alle Liegen können mit Armteilen, Gesichtsteil, Seitenschienen und Fixationsrolle ausgerüstet werden

HESS-Dübendorf: Für perfekte Therapie-Liegen

50 Jahre HESS CH-Dübendorf 1946 - 1996

o Senden Sie uns bitte eine Gesamtdokumentation Physikalische Therapie
o Unterlagen *Praktiko*-Liegen
o Bitte rufen Sie uns an

11/97

Name: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel: _____

HESS-Dübendorf
Im Schossacher 15
CH-8600 Dübendorf
Tel: 01 821 64 35
Fax: 01 821 64 33

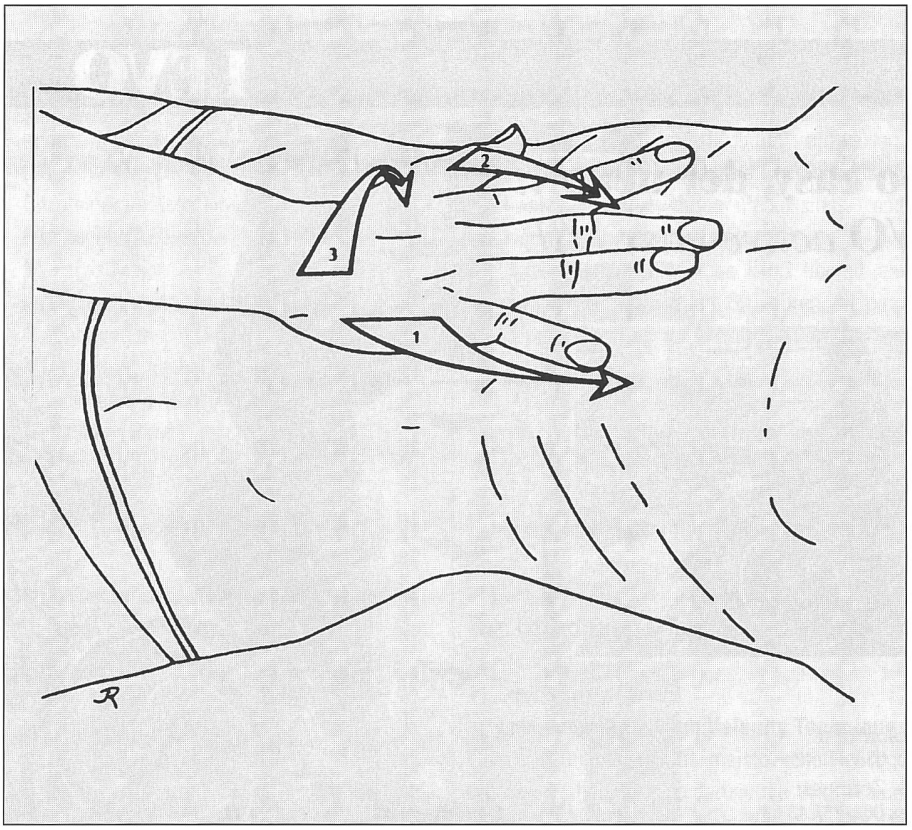


Abb. 10: 1 = Magen
2 = Pyloris (Sphincter am Magenausgang)
3 = Duodenum (oberer Teil des Dünndarms)

(Aus: Barral, J.P.: Visceral Manipulation)

Das zentrale Nervensystem ist jetzt in der Lage, den afferenten Signalstrom besser zu interpretieren und stellt die Gamma-Neuronen bei (Abb. 9). Zu jeder artikulären Dysfunktion gehört ein Triggerpunkt, der aber nur einen diagnostischen Wert hat. Dieser Triggerpunkt wird nach etwa 90 Sekunden unempfindlich – ein Zeichen dafür, dass die Spannung in der Muskulatur sich normalisiert.

3) Myotensive Techniken (Muscle Energy Techniques)

Das sind segmentspezifische, post-isometrische Techniken. Diese Methode wirkt auf die segmentgebundene Muskulatur ein, um so in der entsprechenden Muskulatur eine Entspannung zu bewirken und eine Mobilitätsverbesserung im hypomobilen Segment zu erreichen (3).

4) Integrated Neuromuskular Inhibition Technique

Das ist eine Triggerpunktbehandlung, die auf den Techniken aus 2) und 3) beruht (4).

5) Visceral Manipulation

Jede Beweglichkeitsänderung der inwendigen Organe im Sinne einer Hypo-, oder Hypermobilität führt zu einer Funktionsstörung, die wiederum ein Krankheitsbild auslösen kann. Meist verursacht eine Hypomobilität eine verminderte Durchblutung der betroffenen Gewebe. Diese Hypämie kann sich bis zur Ischämie steigern. So können Irritationen, Entzündungen und Infektionen aufgrund einer Minderdurchblutung entstehen.

Die viszerale Untersuchung umfasst:

- Anamnese
- Bindegewebszonen
- vertebrale Läsionen und segmentale Hypertonien
- Palpationsbefunde
- «Listening Technique»
- Perkussion
- Auskultation
- Röntgen- und Laborergebnisse zum Ausschluss von Kontraindikationen

Die meisten Methoden sprechen für sich. Bei der «Listening Technique» (Abb. 10) spürt der Osteopath durch sanftes Handauflegen, wohin die Hand am stärksten hingezogen wird. Das ist die Richtung, in der sich die grösste Spannung manifestiert.

Das Ziel der viszeralen Therapie ist, die Bewegungsstörungen am erkrankten Organ wieder zu normalisieren. Dies versucht man durch das Lösen der Verklebungen, die Wiederherstellung der faszialen Elastizität, die Entspannung der viszeralen Spasmen und die Stimulierung des venösen und lymphatischen Abflusses. Das Ziel ist nicht, die Organpositionen zu verändern! Die Organfunktion und das Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Systemen werden durch die Anwendung der osteopathischen Techniken wiederhergestellt.

Anwendbare Techniken:

- *Indirekte Techniken*
  Mit diesen Techniken bringt der Osteopath die zu behandelnden Strukturen in die bewegungsfreie Richtung. Er bewegt die Struktur noch mehr in Richtung Spannungsquelle. Nach gewisser Zeit spürt der Osteopath eine Entspannung und Erwärmung unter seiner Hand. Wenn das erreicht ist, bringt er die Struktur in die zuvor bewegungshemmende Richtung. Wenn es mit dieser Methode nicht gelingt, eine Mobilitätsverbesserung zu erzielen, probiert es der Osteopath mit einer anderen Technik.
- *Direkte Techniken*
  Mit diesen Techniken bringt der Osteopath die Struktur in Richtung der gestörten Mobilität. Er entwickelt eine «Line of Tension». Der Osteopath fixiert seinen Handgriff, bis er spürt, dass die Spannung sich löst.
- *Recoil-Techniken*
  Diese Techniken bestehen darin, dass der Osteopath das Organ während der Expiration leicht anhebt. Bei der beginnenden Inspiration lässt er das Organ plötzlich los. Dies sind sehr wirksame Techniken für die kleineren Strukturen wie Ligamente, Flexuren und Sphincter. Für die grösseren Organe ist es eine vorbereitende Technik.
- *Abflussstimulierende Techniken*
  Mit diesen Techniken versuchen wir, die Haemodynamik zu beschleunigen, um damit die Drainierung günstig zu beeinflussen. Das arterielle, venöse und lymphatische (A.V.L.-) System wird stimuliert. Ich erwähne einige Techniken, die immer in Kombination mit der Atmung ausgeführt werden:

  - klaviculäre Pumptechnik, um eine Verbesserung in der Drainierung des Ductus thoracises zu bewirken.
  - thorakale Pumptechnik nach Tredaniel; stimulierende Technik für Vena cava, Ductus thoracis und Aorta.

- Diaphragmale Technik. Gleiche Wirkung wie oben, nur auf einem tieferen Niveau.
- Psoas-Technik. Damit wird auch noch die Durchstömung in A.V.L. Renalis positiv beeinflüsst.
- Die Leber-Lift-Technik. Beeinflussung v. Porta und Ductus choledochus.
- Totale abdominelle Manöver. Das ganze «viszerale Paket» wird angehoben.
- Pelvic-lift und Techniken nach Stapfer und Brand (5) stimulieren die Drainierung des Pelvi-trochanteren Gefässsystems.

– *Lift- und Kompressionstechniken*
Das sind funktionsstimulierende Techniken, die bei Ptose indiziert sind. Das bestimmte Organ wird während der Expiration leicht angehoben und während der Inspiration in der Lage fixiert. Bei der nächsten Expiration versucht der Osteopath das Organ noch weiter anzuheben. Das wiederholt er einige Male. Nach der Korrektur verringert er langsam den Druck.
Bei der Kompressionstechnik gibt der Osteopath vibrierenden Druck während der Inspiration.

6) Craniosacral Therapy

Bevor der Osteopath mit der CST am Schädel anfängt, muss er sicher sein, dass vertebrale Läsionen im Bereich der Kopfgelenke und der ISG gelöst sind. Blockierungen in diesem Bereich wirken sich auf die Spannung der Dura mater aus. Auch der Bereich von C7 bis etwa T4 muss zuerst behandelt werden, wenn dort funktionelle Störungen vorliegen. Denn von hieraus wird der ganze Schädel orthosympathisch innerviert. Der CSR wird als Diagnostikum und als Therapeutikum gebraucht. Um eine Diagnose zu stellen muss der Osteopath den Rhythmus interpretieren. Wie ist die Frequenz? Sind die Flexions- und Extensionsphasen gleich lang? Spürt man Asymmetrien? Spürt man Suturenblockierungen? usw.

Wie schon vorher erwähnt, ist es möglich, den CSR im ganzen Körper zu spüren. Hier soll aber nur die CST am Schädel erklärt werden. Zu den Symptomen, welche mit CST zu behandeln sind, zählen u.a. verschiedene Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, verschiedene Augenprobleme, Mucosa-Irritationen in der Nase, Sinusitis usw. Kinder reagieren auch sehr gut auf CST. Die osteopathische Behandlung hilft unruhig schlafenden Kindern, hyperkinetischen Kindern sowie Kindern mit Kolik (Bauchkrämpfe ab ca. 2. Woche). Anhand der Anamnese und der klinischen Befunde erstellt der Osteopath eine Therapie.

Es gibt verschiedene Techniken:

1) Indirekte Techniken
Der Osteopath hat zum Beispiel herausgefunden, dass sich das Os temporale links in der Flexionsphase nicht mitbewegt. Wenn die Extensionsphase normal verläuft, assistiert der Osteopath die Bewegung. Wenn aber eine Flexionsphase auftritt, fixiert er das Os temporale links in Extension. Mit der rechten Hand folgt er einfach den Bewegungen des Os temporale. Er wartet so einige Zyklen ab und assistiert dann das linke Os temporale in der Flexionsphase. Nachher kontrolliert er die Korrektur. Das linke und das rechte Os temporale müssen sich sodann synchron bewegen. Der Handgriff ist mit einem Druck von etwa 5 Gramm sehr sanft. Diese Techniken brauchen wir insbesondere für die Schädelknochen mit einer Dura-Verbindung. Das System wird zur Selbstheilung angeregt.

2) Direkte Techniken
Diese Techniken werden bei Schädelknochen ohne Dura-Verbindung angewandt. Das sind die Angesichtsknochen. Wenn sich zum Beispiel das Os palatinum während der Flexionsphase nicht richtig cranialwärts bewegen würde, könnte das möglicherweise Folgen haben für den venösen Blutabfluss rund um die Sella Turcica. Während der Therapie drückt der Osteopath während der Flexionsphase das Os palatinum cranialwärts. Er fixiert diese Stellung während der Extensionphase. Nach einigen Zyklen evaluiert er die Mobilität wieder.

3) Lift-Techniken
Während diesen Handgriffen werden die Schädelknochen leicht angehoben, um die Spannung in der Dura mater zu lösen (z.B. Frontal-Lift für die Falx cerebri) oder artikuläre Verbindungen zu dekomprimieren (z.B. die Verbindung zwischen Occiput und Os sphenoidale).

4) Drainierungstechniken
Bei der Dränierung von Blut aus dem Schädel spielt das Foramen jugulare eine sehr wichtige Rolle. 90 Prozent des venösen Blutes im Kopf fliesst via die Vena jugulare ab. Darum soll man immer mit Techniken beginnen, die die Sutura petrojugulare und petrobasilare lösen. Dies hat wiederum auch einen günstigen Einfluss auf N. glossopharyngeus, N. vagus und N. accessorius, weil die auch das Foramen jugulare durchlaufen. Nachher soll man die venösen Sinusse drainieren. Bei jedem Sinus stellt der Schädel topografisch eine artikuläre Verbindung dar (z.B. Kompressionstechnik von Asterion für die Drainierung von sinus transversus). Bei der Drainierung von LCS spielt das vierte Ventrikel eine wichtige Rolle, welche wir auch beeinflussen können. Der Osteopath schliesst mit allgemeinen Drainierungstechniken ab wie z.B. in Abb. 11 (6).

7) Harmonic Technique

Das sind rhythmisch ausgeführte Handgriffe an der Wirbelsäule und anderen parietalen Gelenken. Die passiv ausgeführten Bewegungen bewirken eine Durchblutungsförderung und Entspannung. Wichtig aber ist, dass jede Person in ihrem eigenen individuellen Rhythmus behandelt wird (7).

8) Faszientherapie oder Functional Technique

Der Osteopath beschreibt die Faszien als «The Connective Tissue» des Körpers. Die Faszie umringt jeden Muskel, das Gefässnervensystem und

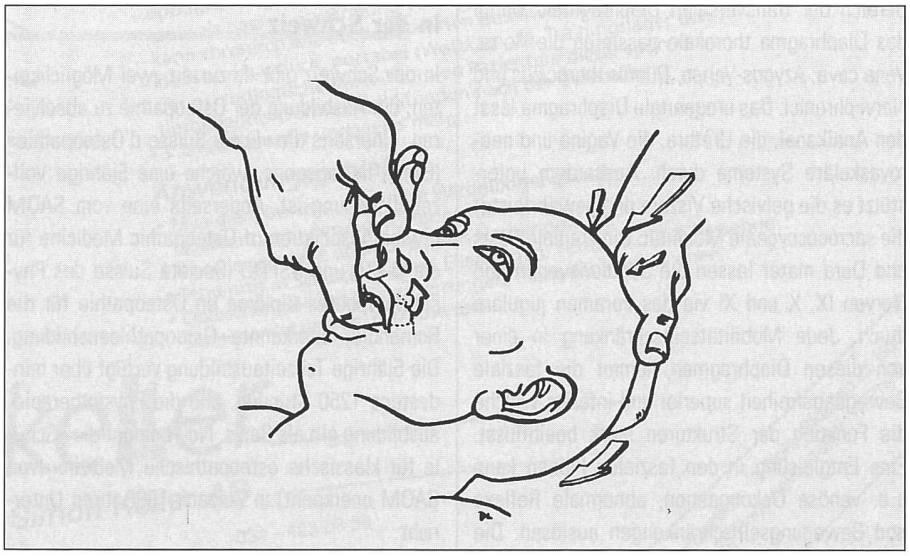


Abb. 11: Allgemeine Drainierungstechnik
(Aus: Gehin, G.: Atlas of Manipulative Techniques for the Cranium and Face)

Osteopathische Fachausdrücke		
Faszia	=	Membranöse Verbindungsstrukturen
Vena porta und Vena mesentherica	=	Grosse Bauchvenen, welche venöses Blut aus den Organen zur Leber transportieren
Falx cerebri und Tentorium cerebelli	=	Membranöse dura-mater-Strukturen im Schädel
Viszerale Mobilität	=	Die Beweglichkeit der Organe unter Einfluss der In- und Expiration
Viszerale Motilität	=	Die embryonal veranlagten organspezifischen, intrisischen, rhythmischen Bewegungen
Luft-Sinusse	=	Intern verbundene Höhlungen in der Maxilla, Frontale und Ethmoidale, bekleidet mit Mucosa
Venöse Sinusse	=	Sammeldepots in der dura mater im Schädel gefüllt mit venösem Blut
Energy-cyste	=	Ablagerung von Energie (meistens in den Organen) aufgrund eines oder mehreren emotionellen oder körperlichen Trauma(s)
Somato-emotional release	=	Lösen der eingekapselten Energie mittels sanften Techniken
Omentum Minor	=	Fasziaverbindung zwischen Leber und Magen. Sie unterstützt viele Gefäss- und Nervensysteme
Pyelonephritis	=	Nieren- und Nierenbeckenentzündung
Urethra	=	Urinkanal

die thorako-, abdominopelvischen Organe. Das fibroelastische Gewebe bildet auch das Mediastinum, Pleura, Pericard und Peritoneum. Es verbindet einfach alle Strukturen. Das bedeutet konkret, dass eine Region mit eingeschränkter Mobilität Einfluss nimmt auf angrenzende, aber auch auf weiter distale Strukturen. Zum Beispiel bei Verspannungen und/oder Verklebungen im Bereich der transversalen Diaphragmen. Durch das Diaphragma thorakale passieren die Aorta, Vena cava, Azygos-Venen, Ductus thoracicus und Nervi phrenici. Das urogenitale Diaphragma lässt den Analkanal, die Urethra, die Vagina und neurovaskuläre Systeme durch. Ausserdem unterstützt es die pelvische Viszera und gewährleistet die sacrococcygeale Mobilität. Die craniale Basis und Dura mater lassen die Jugularisvenen und Nerven IX, X und XI via das Foramen jugulare durch. Jede Mobilitätseinschränkung in einer von diesen Diaphragmen hemmt die fasziale Bewegungsfreiheit superior und inferior, welche die Funktion der Strukturen stark beeinflusst. Eine Entgleisung in den faszialen Plänen kann u.a. venöse Dekongestion, abnormale Reflexe und Bewegungseinschränkungen auslösen. Die osteopathische Behandlung gebraucht die intrisischen Bewegungen der Strukturen. Mit ganz sanften Handgriffen folgt der Osteopath der noch vorhandenen Bewegungsfreiheit der lädierten Struktur. Er geht mit seiner Hand mit in Richtung der Dysfunktion und «entspiralisiert» die Struktur. Das sind die sogenannten «Unwinding Techniques».

Die Situation der Osteopathie in der Schweiz

In der Schweiz gibt es zurzeit zwei Möglichkeiten, die Ausbildung der Osteopathie zu absolvieren. Einerseits die «Ecole Suisse d'Osteopathie» (Esmo) in Lausanne, welche eine 5jährige Vollzeitausbildung ist. Anderseits eine vom SAOM (Swiss Association of Osteopathic Medicine für die D-CH) und SSPDO (Société Suisse des Physiotherapeutes diplôme en Osteopathie für die Romandie) anerkannte Osteopathieausbildung. Die 5jährige Teilzeitausbildung verfügt über mindestens 1250 Stunden, und die Physiotherapieausbildung gilt als Basis. Neu beginnt die «Schule für klassische osteopathische Medizin» (von SAOM anerkannt) in Zurzach 1998 ihren Unterricht.

Die Esmo hat eine Intitiative lanciert zur Anerkennung der Osteopathie in der Schweiz als selbständige Berufsgruppe. Ein Gesetzesentwurf dazu geht nächstens in die Vernehmlassung. SAOM und SSPDO spielen eine aktive Rolle in diesem Anerkennungsverfahren.

Zum jetzigen Zeitpunkt übernimmt der grösste Teil der Krankenkassen, über die Zusatzversicherung, die Kosten der osteopathischen Behandlung, vorausgesetzt, der Osteopath ist in einem der drei Verbände registriert. Eine ärztliche Überweisung ist nicht nötig.

Für weitere Informationen steht Ihnen das Sekretariat SAOM (Swiss Association of Osteopathic Medicine), Feldstrasse 48, 4600 Olten, Telefon/Fax 062 - 296 53 30, gerne zur Verfügung.

LITERATUR

BARRAL, J.P., MERCIER, P.: Visceral Manipulation. Eastland Press, Seattle 1987.
BARRAL, J.P.: Visceral Manipulation II. Eastland Press, Seattle 1989.
CHAITOW, L.: Soft-Tissue Manipulation. Healing Arts Press, Rochester, Vermont 1988.
CRANENBURG VAN, B.: Segmentale verschijnselen. Bohn, Scheltema, Holkema, Utrecht 1987.
DE COSTER, M., POLLARIS, A.: Viszerale Osteopathie. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1995.
DI GIOVANNA, E.L., SCHIOWITZ, S.: An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment Lippincott, London 1991.
DOWNING, C.H.: Osteopathic Principles in Disease. American Academy of Osteopathy, Newark 1988.
GEHIN, G.: Atlas of Manipulative Techniques for the Cranium and Face. Eastland Press, Seattle 1987.
HARTMAN, L.: Handbook of Osteopathic Technique. Hutchinson, London 1985.
JONES, L.H.: Strain and Counterstrain. American Academy of Osteopathy, Newark 1989.
KAHLE, W., LEONHARDT, H., PLATZER, W.: Atlas van de anatomie deel 2. Bosch, Keuning, Baarn 1989.
KORR, I.M.: The Collected Papers of Irvin M. Korr. American Academy of Osteopathy, Indianapolis 1993.
LITTLE JOHN: The Mechanics of the Spine and Pelvis. Maidstone College of Osteopathy, Maidstone, 1985.
RICHARD, R.: Osteopathic Lesions of the Sacrum. Thorsons Publishing Group LTD, Wellingborough 1986.
TRAVELL, J.G., SIMONS, D.G.: Myofascial Pain and Dysfunction. Williams and Wilkins, Baltimore 1983.
UPLEDGER, J.E., VREDEVOOGD, J.D.: Craniosacral Therapy. Eastland Press, Seattle 1988.
UPLEDGER, J.E.: Craniosacral Therapy II, Beyond the Dura. Eastland Press, Seattle 1989.

Buchempfehlungen

1) *HARTMAN:* Handbook of Osteopatic Technique.
2) *JONES:* Strain and Counterstrain.
3) *MITCHELL:* An Evaluation and Treatment Manual of Osteopathic Muscle Energy Procedures.
4) *CHAITOW:* Neuro-muscular Technique.
5) *BARRAL, J.P.:* Visceral Manipulation I, II, III.
6) *UPLEDGER:* Craniosacral Therapy 1, 2 und 3.
7) *LEDERMAN:* Harmonic Technique.

SCHWINN.FITNESS

Schwinn setzt mit der CI-Linie neue Massstäbe in Preis und Leistung. Robust und langlebig, beste Ergonomie, absolut leise, einfache Bedienung.- Fahrrad Aufrecht und Liegend, Stepper.

CI330i Stepper: Unabhängige und präzise Pedalführung, horizontale Pedalen, u.v.m. Preissensation!

Sind Sie interessiert? Bitte fordern Sie die Unterlagen an:

SYS-SPORT AG
Pfäffikerstrasse 78 | 8623 Wetzikon | Tel. 01 930 27 77 | Fax 01 930 25 53

LASER-THERAPIE

Der LASER für schwierige Fälle

Neu
Kurse für Laser-Anwender. Verlangen Sie unseren Kursprospekt.

Tel 041 768 00 33
Fax 041 768 00 30

LASOTRONIC-Laser gibt es seit mehr als 10 Jahren. Profitieren Sie von unserer Erfahrung. Verlangen Sie Unterlagen und eine unverbindliche Vorführung

MED-2000
120mW-830nm

Weitere Modelle
von 10 - 50mW
rot und infrarot
Pocket-Therapy-Laser
Akupunktur-Laser
Komplett-Systeme mit Scanner bis 400mW
Dental-Laser 60-300mW

Analgesie
Regeneration
Immuno-Stimulation
Entzündungshemmung

LASOTRONIC®

LASOTRONIC AG Blegistrasse 13 CH-6340 Baar-Zug

Skanlab 25 BODYWAVE®

Erprobt im Einsatz während der Olympischen Spiele in Atlanta mit dem «SWISS-MEDICAL-TEAM»

SKANLAB 25 BODYWAVE sollten Sie unbedingt kennenlernen! Ob Sie nun in der Sportmedizin, im Spital, in der Klinik, im Alters-Pflegeheim tätig sind, spielt keine Rolle, denn Skanlab 25 Bodywave hat überall seine Berechtigung.

Was ist speziell am Skanlab 25 Bodywave?

- Wirkung auf dem Prinzip der KONDENSATORFELDMETHODE
- elektrostatisches Wechselstromfeld
- Frequenz 1,0 MHz, (Wellenlänge 300 m)
- optimale tiefgehende Wärme
- ideal als passive Erwärmung vor der eigentlichen Behandlung
- kann chronisch wie auch bei akuten Beschwerden eingesetzt werden
- klein und handlich, portabel (Wettkämpfe, Trainingslager usw.)
- der psychologische Vorteil für den Patienten, dieser spürt die tiefgehende Wärme noch Stunden nach der Behandlung
- 3 Jahre Garantie und vieles mehr

Anwendungsgebiete:

- Myalgien, Bursitis, erkrankte Wirbelbogengelenke, Ligamentveränderungen, Periostitis
- Knochengewebe und kollagenes Narbengewebe
- Tendinitis in Schulter, Bizeps, Ellenbogen, Hüfte und Achillessehne
- Oberschenkel- und Leistenzerrungen, Fussgelenkdistorsionen, Sehnenansatzleiden, Arthrose usw.

25 JAHRE/ANS
AUSWAHL QUALITÄT SERVICE
CHOIX QUALITÉ SERVICE

Ihre direkte Nummer für

keller

Simon Keller AG
Massage/Physio 034 - 423 08 38
CH-3400 BURGDORF, Lyssachstrasse 83
Tel. 034 - 422 74 74+75
Fax 034 - 423 19 93

Senden Sie uns unverbindlich ☐ Doku Skanlab 25 Bodywave
☐ Ich möchte Skanlab 25 Bodywave testen ☐ Physiokatalog