

Grundlagen der (Human) Osteopathie

Geschichte der Osteopathie

Die Grundlagen der Osteopathie finden ihren Ursprung gegen Ende des 19. Jahrhunderts in den Arbeiten des amerikanischen Arztes Andrew Taylor Still (1828-1917). Er entdeckte, dass der Körper über Selbstheilungskräfte verfügt, die, wenn sie entsprechend stimuliert werden, funktionelle Störungen heilen können. Sein Wirken wurde permanent von der Faszination getrieben, diese Stimulation durch gezielten mechanischen Druck seiner Hände auslösen zu können.

Am 22. Juni 1874 vollendete er sein Konzept und nannte es Osteopathie. Darin kommt dem Grund- und Leitsatz „**Leben ist Bewegung**“ eine zentrale Bedeutung zu. Mit diesem Kerngedanken dachte Still jedoch nicht nur an das Muskel-Skelett-System, sondern an alle Körperteile wie Schädel, Weichteile, Innere Organe, Nerven- und Gefässbahnen, Hormondrüsen bis hin zur kleinsten Zelleinheit.

Bereits 1892 eröffnete Still in Kirksville (Missouri) die erste Schule in den USA. Schnell stiessen die Erfolge dieser neuen Behandlungsmethode auf reges öffentliches Interesse. Anfang des 20. Jahrhunderts schwappte die Osteopathie-Welle nach Europa, 1917 wurde die erste Schule in London von Dr. J.M. Littlejohn gegründet.

Die Weiterentwicklung der Osteopathie ging weiter voran und die Verbreitung fand in den letzten Jahrzehnten vor allem in den Benelux-Staaten, Frankreich, der Romandie und nun auch im deutschsprachigen Raum statt.

Seit 1972 sind die Osteopathen in allen Staaten von Amerika als D.O. (Doctor of Osteopathy) anerkannt. Bei uns in Europa gibt es die offizielle Anerkennung zurzeit in Grossbritannien, Belgien und Portugal als D.O. (Diploma of Osteopathie). In der Schweiz sind ebenfalls Verhandlungen zur gesamtschweizerischen Annerkennung im Gange.

Die Ausbildung wird in Lausanne für Maturanden als Vollzeit-Ausbildung über 5 Jahre oder in Zuzach und Luzern für Ärzte und Physiotherapeuten als Teilzeit-Ausbildung über 5 Jahre angeboten.

Was ist Osteopathie?

Die Osteopathie ist weder Massage, noch Chiropraktik, noch Physiotherapie sondern eine ganzheitliche, systemische Heilmethode. Der Grundsatz „**Leben ist Bewegung**“ wird in Diagnostik und Therapie angewendet und ist oberstes Kriterium für die optimale Funktion des menschlichen Organismus. Der Körper funktioniert dank der Möglichkeit, Bewegungen auszuführen. Es handelt sich dabei nicht nur um die bekannten Bewegungen von Gelenken, sondern auch um feine, rhythmische und unbewusste Bewegungen von allen Körperstrukturen und Organen. Der Rhythmus des Herzens und der Lunge ist bekannt, die Peristaltik des Darmtraktes, die Bewegung des Blutes, der Lymphe und der Hirnflüssigkeit gehören auch dazu. Alles was lebt bewegt sich. Die Folge eines Bewegungsverlust kann zu Durchblutungsproblemen und / oder Schmerzen führen.

Vier Behandlungsmethoden werden unterschieden:

Strukturelle Osteopathie

Manualtherapie wie sie in den Human-Physiotherapie Weiterbildungen angeboten wird (Maitland, Kaltenborn etc.). Diese Techniken beinhalten die Korrektur von Gelenken, Muskeln, Bändern und Nerven.

Viszerale Osteopathie

Jedes Organ benötigt eine Mobilität gegenüber seiner Umgebung. Ebenso soll die Eigendynamik (Motilität) vorhanden sein.

Kraniosakrale Osteopathie

Kranium (Kopf) – Sacrum (Kreuzbein). Die Duramater ist das verbindende Element, darin zirkuliert der Liquor cerebrospinalis. Die Techniken haben primär eine mechanische Wirkung auf dieses System.

Myofasziale Osteopathie

Faszien verbinden jedes Element im Körper miteinander, Faszien umhüllen jedes Element oder bilden Trennschichten zwischen zwei Elementen. Über die Faszien werden grosse Ketten im Körper beeinflusst.

Indikation / Kontraindikation der Osteopathie

Die Osteopathie behandelt funktionelle Störungen und klärt diese in einem grösseren Zusammenhang ab. Oft haben diese funktionellen Störungen noch keine klinischen Symptome. Das Ziel besteht darin, den Körper von unnötigen Blockaden, Verkürzungen und Kompressionen zu befreien, somit lokal die Durchblutung zu fördern und dem Körper die Möglichkeit zur Selbstheilung zurückzugeben.

Osteopathie ist nicht nur bei Störungen am Bewegungsapparat indiziert, es werden auch z. B. Verdauungsprobleme, Migräne, chronische Sinusitis / Otitis etc. behandelt.

Bei bekannten strukturellen Störungen (Arthrose, Diabetes, Herzinsuffizienz o.ä.) kann nicht die volle Funktion wiederhergestellt werden. Hier wirkt die Osteopathie entlastend oder unterstützend.

Kontraindikation sind akute Entzündungen und Infektionen. Durch die Stimulierung der Blutversorgung könnten die Herde weiter verschleppt werden. Dasselbe gilt für frische Frakturen oder für Tumore.

Ablauf einer Behandlung

Der Osteopath versucht mittels einer ausführlichen Anamnese einen ersten Eindruck über die Natur und die Geschichte der Beschwerden zu bekommen. Mit manuellen Provokationstests wird dieser erste Eindruck bestätigt. Bevor die Behandlung beginnt, steht die Sicherheit des Patienten im Vordergrund, weshalb immer zuerst Sicherheitstests (Lasèque - Diskushernie, Perkussion-frische Fraktur, Muskelreflexe – neurologisches Problem, etc.) durchgeführt werden. Die osteopathische Untersuchung beinhaltet Mobilitätstests an der Wirbelsäule, Palpationen der Inneren Organe sowie eine Prüfung der cranio-sacralen Beweglichkeit. Dazu benutzt der Osteopath ausschliesslich die Hände.

Aufgrund der Hypothese aus der Anamnese und den gefundenen osteopathischen Läsionen wird ein Behandlungsplan aufgestellt.

Beispiel

Nehmen wir an, wir stehen vor dem klinischen Bild einer klassischen Ischialgie mit Ausstrahlungen in die linke untere Extremität.

Die Untersuchung mit negativem Lasèque und anderen Sicherheitstests lässt eine Diskushernie / Wirbelfraktur ausschliessen.

Die Mobilitätstests der Wirbelsäule zeigen Bewegungseinschränkungen (Läsionen) auf den Niveaus **C1, C3-5, Th 10 und 11** sowie eine Blockade des **Sacrums**. Gleichzeitig stellen wir fest, dass eine Beckentorsion besteht, bei welcher das linke **Ilium nach posterior** steht.

Die Palpation der Inneren Organe zeigt eine sensible **Niere** auf der **linken** Seite, welche die Mobilität nach kranial verloren hat.

Das cranio-sacrale System ist auf der **linken Schädelhälfte** stark eingeschränkt.

Der „Zufall“ dieses Beispiels ist auf unserer Seite, viele der oben genannten Befunde könnten einen Zusammenhang haben:

Die orthosympathischen Segmente der Niere liegen exakt auf den Segmenten Th10+11.

Die Niere hat Kontakt zum Peritoneum welches sensibel über den N. phrenicus innerviert wird. Dieser liegt auf den Segmenten C3-5. Mechanische Einschränkungen werden somit auf diese Höhe weitergeleitet.

Die parasympathische Innervation geschieht einerseits über das zervikale parasympathische Zentrum (C0-C2), nur die linke Niere wird auch zusätzlich über das sacrale Zentrum versorgt (S2-4).

Die neurologische Reaktion auf den genannten Segmenten ist immer eine „segmentale Hyperaktivität“ auf eine Afferenz. Die Afferenz ist in unserem Fall die mechanische Einschränkung der linken Niere.

Diese „segmentale Hyperaktivität“ führt dazu, dass alle Efferenzen ebenfalls hyperaktiv sind:

Die Muskulatur im Myotom erhält einen erhöhten Muskeltonus. (z.B. der lokalen paravertebralen Muskulatur, welche die Läsion der Wirbelsäule unterhält)

Die Haut im Dermatom wird hyper-/hyposensibel.

Das Vasotom unterhält in den entsprechenden Gefässen eine Vasokonstriktion

Etc.

Die Niere liegt im retroperitonealen Raum neben dem thorako-lumbalen Übergang. Der daneben liegende M. psoas bildet eine Art Gleitlager für die Niere. Unter dem Einfluss des Zwerchfells gleitet die Niere bei jeder Atembewegung entlang dieses Gleitlagers nach unten und wieder zurück nach oben. Unsere Niere hat die Mobilität nach oben verloren, was sicher auf eine „Fixation“ der Niere gegenüber dem M. psoas zurückzuführen ist.

Die Niere muss bei jeder Atembewegung mitmachen, der M. psoas wird bei jedem Schritt mobilisiert. Die Reaktion auf diese Fixation ist nun ein Hypertonus vor allem des M. psoas. Hypertonus kann längerfristig zu Verkürzung des Muskels führen. Der Körper versucht dies in unserem Fall mit einer lateralen Flexion der Wirbelsäule nach links, oder einer Flexion im Hüftgelenk zu kompensieren. Sind diese Kompensationen ausgeschöpft (man versucht sich natürlich immer noch gerade zu halten), reagiert der Körper mit einer Rotation des Iliums nach posterior um das Hüftgelenk nach kranial zu bringen. Gleichzeitig kommt das Sacrum nach anterior was die LWS-Lordose und Lateralflexion verstärkt. Beides bringt Ursprung und Ansatz des M. psoas näher zueinander, um die beginnende Verkürzung zu entlasten. Ligamentäre Verbindungen zwischen Ilium und Sacrum bzw. L5 und L4 beginnen die Mechanik dieser Region zu blockieren, eine Reizung des N. Ischiadicus ist möglich.

Eine andere mögliche Reizung des N. Ischiadicus liegt unter dem M. piriformis. Dieser Muskel wird von den Segmenten S2-4 innerviert. Wir haben vorher gesehen das die Niere parasymphatisch von diesen Segmenten versorgt wird. Die Hyperaktivität führt zu einem Hypertonus des M. piriformis, ein so genanntes Piriformis-Syndrom ist möglich.

Wenn das Sacrum nach anterior kompensiert, hat dies auch einen Einfluss auf die Duramater spinalis. Sie wird nach inferior gezogen, was zu einer Bewegung des Occiput nach inferior kommt. In unserem Beispiel geschieht dies auf der linken Seite. Das Occiput bildet mit seiner Basis und dem Übergang zum Os sphenoidale das Zentrum der cranio-sacralen Beweglichkeit. Der Zug über die Duramater kann zu einer Einschränkung der cranio-sacralen Beweglichkeit auf der linken Schädelhälfte führen. Gleichzeitig unterhält das Kippen des Occiputs nach links die Läsion des Atlas, welche durch die Afferenz des N. vagus entstanden ist.

Neben diesen anatomischen Kenntnissen besteht nun die Kunst der Osteopathie, alle diese Läsionen zu korrigieren. Manchmal ist die Reihenfolge der Korrekturen entscheidend. Genau das macht die Geschichte noch interessanter...

Bruno Schneider D.O.
Mai 2003