

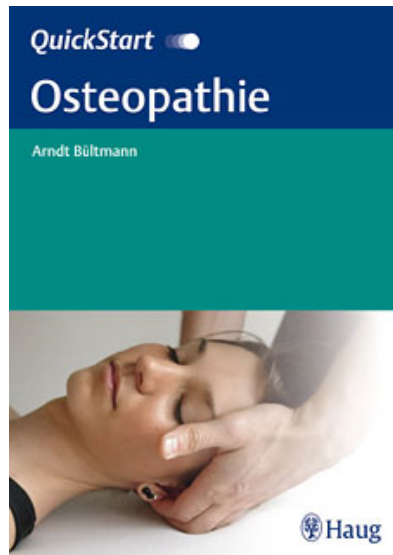
Arndt Bültmann QuickStart Osteopathie

Leseprobe

[QuickStart Osteopathie](#)

von [Arndt Bültmann](#)

Herausgeber: MVS Medizinverlage Stuttgart



<http://www.narayana-verlag.de/b11601>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>



5 Untersuchungsprinzipien in der Osteopathie

In diesem Kapitel erfahren Sie mehr zur osteopathischen Dysfunktion, die sich ursächlich als primäre Dysfunktion oder – sollte sie Folge der Kompensationsmechanismen des Patienten sein – als sekundäre Dysfunktion äußern kann. Dabei ist es wichtig, ein sinnvolles Untersuchungsschema zu entwickeln, bei dem neben der Suche nach der primären Dysfunktion auch der Umfang der Untersuchungen überschaubar bleibt.

Die Annäherung an die primäre Dysfunktion erfolgt durch globale Tests größerer Bereiche in den ver-

schiedenen Systemen (parietal, viszeral und kranio-sakral) über globale Tests gestörter Regionen bis hin zu spezifischen Tests einzelner Strukturen, wie Organe, Gelenke, Muskeln, Nerven etc.

Die Schnittmenge aller Untersuchungsergebnisse des parietalen, viszeralen und kraniosakralen Bereichs – hier v.a. die verbindenden Strukturen – deutet mit großer Wahrscheinlichkeit auf die ursächliche Störung hin, die dann gezielt behandelt werden kann.

5.1

Osteopathische Dysfunktionen

Die Grundlage der Arbeit des Osteopathen mit dem Patienten basiert auf der Behandlung der osteopathischen Dysfunktion, auch Läsion genannt.

► Definition

Unter einer osteopathischen Dysfunktion versteht man die tastbare Einschränkung der Beweglichkeit eines Gewebes. In der osteopathischen Nomenklatur bezieht sich der Begriff auf Gelenke und alle sich bewegenden Strukturen, also auch auf Organe, Blutgefäße, Faszien und Nerven.

Am einfachsten ist es, diese Definition im Gelenkbereich nachzuvollziehen – als „blockierte“ Gelenke der Wirbelsäule oder der Extremitäten. Eine Blockierung ist eine Bewegungseinschränkung bedingt durch die Fehlstellung von einem oder sogar beiden Gelenkpartnern im „Gelenkspiel“ miteinander.

Man spricht von **primärer Dysfunktion**, wenn an einer Stelle des Körpers eine Einschränkung der Beweglichkeit eines Gelenks oder verschiedener Gewebe entsteht, so z. B. bei einer Verdrehung der Wirbelsäule – beim sog. Hexenschuss. Der Körper verursacht, bei diesem Beispiel bleibend, eine Wirbelblockierung, um den Wirbel vor noch größerer Bewegung und möglichem Schaden zu bewahren. Diese Dysfunktion schränkt allerdings

die in der Nachbarschaft liegenden Strukturen in ihrem funktionellen Zusammenspiel mit ein, sodass es je nach Kompensationsfähigkeit des Patienten zu einer mehr oder minder lang ausgeprägten Kette an Versuchen kommt, die bestmögliche Funktion des Körpers zu erhalten.

Jede auf die „primäre Dysfunktion“ folgende Kompensation versteht sich als **sekundäre oder Folgedysfunktion**. Der Beginn von Krankheit oder die Entwicklung von wahrgenommenen Symptomen richtet sich dabei immer nach einer Art Prioritätensystem, bei dem es zunächst darum geht, lebenswichtige Areale im Körper zu schützen, weniger wichtige in einer Einschränkung zu tolerieren.

Aus diesem Grund nimmt der Patient seine Symptome oft an einer Stelle des Körpers wahr, die mit einem möglichen Unfall oder einer „Verdrehung“ nicht mehr viel zu tun haben, sondern als Schmerzen im Sinne eines fortgeleiteten Prozesses an ganz anderer Stelle des Körpers auftreten. Der Patient beschreibt seinen Schmerz oder die entsprechende Funktionseinschränkung, kann aber nicht unterscheiden, ob es sich dabei um seine eigene Primär- oder um eine Folgedysfunktion handelt.

Vergleicht man den menschlichen Körper mit einem **kontinuierlichen Spannungssystem**, so wirken sich Einschränkungen an einer Stelle immer strukturell auf den gesamten Organismus aus, wie folgendes Beispiel illustriert.

Fallbeispiel

Ein junger Mann knickt beim Fußballspiel über den äußeren Fußrand um. Er kann das Spiel fortsetzen, stellt aber nach der Belastung fest, dass die Bewegung in seinem Fuß etwas eingeschränkt und der Außenknöchel leicht angeschwollen ist. Vor allem das Hochziehen des Fußes zum Schienbein funktioniert an der Seite des Umknickens nicht mehr so gut.

Nach 2 Tagen ist die Schwellung reduziert und die Bewegungseinschränkung wird vom Patienten nicht mehr so intensiv wahrgenommen, weil der Körper mit seinen Kompensationsmechanismen begonnen hat. Durch die venolymphatische Pumpe beim Gehen und Bewegen hat sich die Schwellung reduziert. Das Gelenk ist im Alltag geringeren Anforderungen ausgesetzt als beim Sport. Die an der Gelenkbewegung beteiligten Knochen und Muskeln haben ihr Zusammenspiel verändert. Die Knochen im oberen wie auch im unteren Sprunggelenk sind in ihrer Bewegung gestört. Darunter leidet die Gewölbekonstruktion des Fußes. Je nach Art des Umknickens können Knochen gestört sein, die an der Stabilität des Quer- oder Längsgewölbes beteiligt sind.

Durch die neue Positionierung und Orientierung von Knochen geraten die an diesen Strukturen ansetzenden Muskeln unter Zugspannung und erhöhen ihren Muskeltonus. Einfach ausgedrückt: Es kommt zu Verspannungen von diesen Muskeln. Halten diese Verspannungen an, kommt es zur Ausbildung eines Hartspans, zu sog. Myogelosen. Diese werden erst sehr viel später als zum Zeitpunkt des Traumas wahrgenommen oder verhalten sich symptomfrei.

Handelt es sich bei diesen in ihrer Funktion gestörten Muskeln um mehrgelenkige Muskeln, so ändert sich nicht nur auf Basis der primären Dysfunktion (in diesem Fall das Supinationstrauma) die Muskelspannung an den Fußwurzelknochen, sondern eben auch die Muskelspannung in den anatomischen Regionen, in denen derselbe Muskel ebenfalls eine Funktion ausübt. So kann sich die Biomechanik im oberen wie auch im unteren Sprunggelenk verändert haben. Das Wadenbein als Gelenkpartner des Sprungbeines in diesem Gelenk kann in eine Bewegungseinschränkung geraten. Am Köpfchen des Wadenbeins setzt der mehrgelenkige Beinbeuger an, der durch die Bewegungseinschränkung des Wadenbeins unter Zugspannung gerät. Durch seine Spannungszunahme und seinen Ursprung am Sitzbeinhöcker wird das ISG in seiner Gelenkfunktion gestört. Das Ilium bewegt sich dabei häufig in eine „posteriore Rotation“.

Die gestörte Mechanik in diesem Gelenk hat eine Spannungsveränderung der iliolumbalen Bänder



zur Folge. Diese verbinden das Darmbein mit den Lendenwirbeln L4 und L5. Eine Dysfunktion von einem der beiden Wirbel ist häufig sehr wahrscheinlich und führt zu einer „Schmerzproblematik“ in der unteren LWS. Durch die Rotationsfehlstellung des Darmbeins z. B. links nach posterior gerät das iliolumbale Band an L4 unter Zugspannung und dreht den Wirbel L4 nach links. Bleibt der Wirbel unterhalb L4, also der Wirbel L5, in seiner Stellung unbeeinflusst, haben wir eine Rotationsbelastung auf der Bandscheibe zwischen den Wirbeln L4 und L5.

Der Patient stellt sich dann nicht mit seinen vielleicht schon gar nicht mehr im Vordergrund stehenden Beschwerden am Fuß beim Osteopathen vor, sondern wegen seiner Rückenbeschwerden, die als Kompensationsentwicklung entstanden sind.

Die primäre Dysfunktion ist das Umknicken und die aus dem Umknicken hervorgehenden Dysfunktionen am Fuß. Diese verursachen im Verbund des mechanischen Miteinanders von Fuß, Knie und Becken weitergeleitete Folgedysfunktionen (sekundäre Dysfunktionen), die je nach Kompensationsfähigkeit des Patienten mit Schmerzen im Rücken enden können. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der „**osteopathischen Kette**“ des Patienten.

Dieses Fallbeispiel soll nur einen möglichen Weg aufzeigen, über den Kompensationsvorgänge anatomisch nachvollzogen werden können. Er soll jedoch nicht als eine Art Rezeptanleitung gelten für eben genau diese Dysfunktion „Umknicken über den äußeren Fußrand“.

5.1.1 Wer sucht, der findet!

Es ist nicht immer so klar und scheinbar einfach, die primäre Dysfunktion beim Patienten zu finden. Wenn sich der Patient an ein zeitlich nicht lange zurückliegendes Trauma erinnert, kann das Aufsuchen und Finden der Dysfunktionen, wie oben an dem Beispiel beschrieben, sehr schnell gehen. Nicht jeder Patient kommt aber mit einer solchen Problematik zu Ihnen in die Praxis. Häufig sind die ursächlichen Dysfunktionen sehr versteckt und der Therapeut sucht lange nach dem, was für den Symptomkomplex des Patienten verantwortlich ist.

Es ist manchmal wie mit dem Schälen einer Zwiebel: Man behandelt die anscheinend wesent-

lichen Dysfunktionen beim Patienten, Symptome verschwinden, neue Symptome entstehen. Der Körper wird zur Selbstregulation angeregt und bei diesem Prozess, der einige Tage dauern kann, können neue Beschwerden ihren Weg in die Wahrnehmung des Patienten finden. Der Therapeut hat eben nicht die zentralen Dysfunktionen gefunden, sondern die **Adaptationen** des Patienten behandelt. Das ist sicherlich nicht schlecht, führt in der Regel aber wieder zu Regelprozessen, die den Patienten häufig mit neuen Symptomen konfrontieren. Der Therapeut hat die „oberflächliche Schicht der Zwiebel“ behandelt. An dieser Stelle sollte der Osteopath erneut die Ergebnisse aus Anamnese und Untersuchung zusammenführen und einen alternativen Einstieg in die Behandlung des Patienten finden, zumindest die neuen Symptome in Interaktion zu dem bereits „Herausgefundenen“ stellen und dann behandeln.

Eine sekundäre Dysfunktion kann eben doch in dem einen oder anderen Fall so dominant und auffällig in der Untersuchung sein, dass sie vom Osteopathen behandelt wird. Dabei ist diese Dysfunktion ein Bestandteil von weiteren, der das gesamte System in seiner Homöostase hält. Wird dieser aus dem Komplex der Adaptationen genommen, kann das gesamte System des Patienten zusammenbrechen und der Patient erkrankt vielleicht stärker.

Aus diesem Grund ist es besonders wichtig v.a. in der Untersuchung **Tests und Testvariationen** zu haben, um sich sowohl individuell auf den Patienten einzustellen als auch mit diesen Tests herauszufinden, welche Dysfunktion primär und welche sekundär ist. Vor allem die Tests, die das eine vom anderen ausschließen, sind in der Osteopathie dabei von besonderem Interesse. Diese Tests und Untersuchungsmöglichkeiten sollen in den nun folgenden Abschnitten vorgestellt werden.

5.1.2 Von global zu spezifisch – den richtigen Einstieg finden

Bevor an dieser Stelle mit der Vorstellung osteopathischer Tests und ihrer Interpretation begonnen wird, sollten die Begriffe global und spezifisch in der hier verwendeten Nomenklatur kurz erklärt werden.

Der Therapeut testet einerseits einen Patienten **global**, bezogen auf seinen gesamten Organismus, um herauszufinden, ob das Problem eher parietalen, viszeralen oder kraniosakralen Ursprungs ist. Dafür gibt es bestimmte Tests, die in diesem Kapitel vorgestellt werden.

Der Osteopath kann andererseits auch einzelne Gelenke global testen, um herauszufinden, ob das Gelenk im Zusammenhang mit einem geschilderten Symptom oder mit seiner „osteopathischen Kette“ in einem bestimmten Zusammenhang steht. Die osteopathische Kette versteht sich an dieser Stelle, wie in dem oberen Abschnitt bereits beschrieben. Findet der Osteopath heraus, dass das Problem des Patienten parietalen Ursprungs ist, so wird er die parietalen Gelenkstrukturen möglichst effizient global testen, um einen **Einstieg in spezifischere Tests** an diesem bestimmten Gelenk zu erhalten.

Beispiel: Der Osteopath findet in der BWS-Region Th5–Th8 eine globale Einschränkung, die druckempfindlicher als die restlichen Abschnitte der Wirbelsäule ist und damit für den Therapeuten inspektorisch interessant wird. Jetzt testet er diese Region spezifisch, indem er die 3 Bewegungen der Wirbelsäule im Raum nach Rotation (rechts/links), nach Flexion/Extension (Beugung/Streckung) und nach Seitneigung (rechts/links) untersucht. Dabei findet er heraus, dass der Wirbel Th6 in einer Fehlstellung Rotation und Seitneigung rechts steht und sich besser in Flexion als in Extension bewegt. Das Ergebnis des spezifischen Tests nach dem Auffinden einer global gestörten Wirbelsäulenregion Th5–Th8 ist eine Dysfunktion in Flexion, Rotation und Seitneige (FRS) rechts von Th6.

Steht daher der Osteopath am Anfang seiner Untersuchung, wird er immer versuchen, über einen globalen Test auf seinen osteopathischen Behandlungsweg zu gelangen. Auf diesem Weg wiederum bedient er sich globaler Tests, um herauszufinden, ob die global untersuchten Regionen im Zusammenhang mit den geäußerten Beschwerden bzw. ihrem Ursprung stehen. Findet der Osteopath eine global gestörte Körperregion am Patienten, so bedient er sich im Folgenden spezifischer Tests, um dieses Gebiet genauer zu untersuchen.

Bevor nun aber die Untersuchungsmethoden für die einzelnen Teilgebiete der Osteopathie vorgestellt werden, möchte ich noch global auf die Inspektion des Patienten eingehen.

5.1.3 Genaue Einsicht nehmen – die Patienteninspektion

Die Patientenbetrachtung/Inspektion in der Osteopathie folgt der Anamnese und ist der erste Bestandteil der körperlichen Untersuchung im Rahmen der manualmedizinischen Diagnostik. Sie wird – wenn möglich – im unbedeckten Zustand durchgeführt (Unterwäsche bleibt an!). Der Osteopath verschafft sich damit die ersten Informationen zum allgemeinen körperlichen Zustand des Patienten. Der Körperbau, die Proportionen des Körpers und v.a. die Haut werden von ventral, dorsal und lateral (links und rechts) inspiziert.

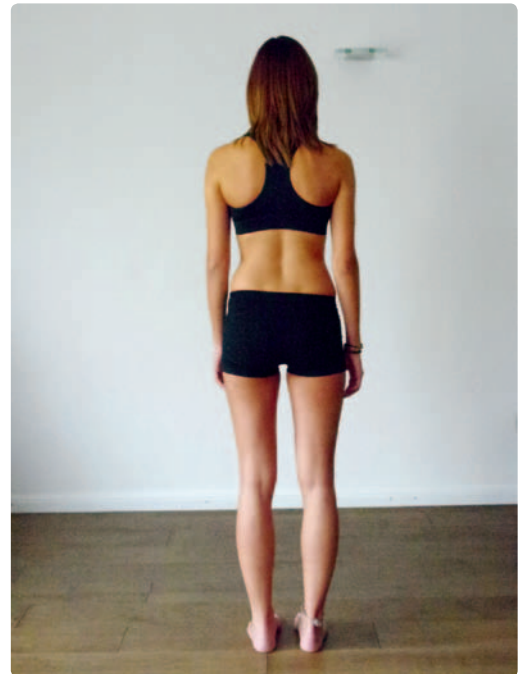
Da dieses Procedere für die meisten Patienten neu und nicht selten auch mit einem gewissen Maß an Schamgefühl verbunden ist, sollte im Rahmen einer „Patientenlektüre“ oder einer kurzen Aufklärung während der Anamnese auf dieses Thema eingegangen werden. Aus diesem Grund sollte mit der Betrachtung des Patienten von lateral (► Abb. 5.1) oder von dorsal (► Abb. 5.2) begonnen werden. Häufig bietet sich ein direktes, aber moderates Ansprechen auffälliger Körperregionen an, um den Patienten ein wenig abzulenken.

Nun aber zu dem, was für die Augen des Betrachters von Bedeutung ist: Von der Seite betrachtet achtet der Osteopath auf die Schwerkraftlinie des Patienten, ob sie nach anterior oder aber nach posterior verschoben ist (► Abb. 5.3):

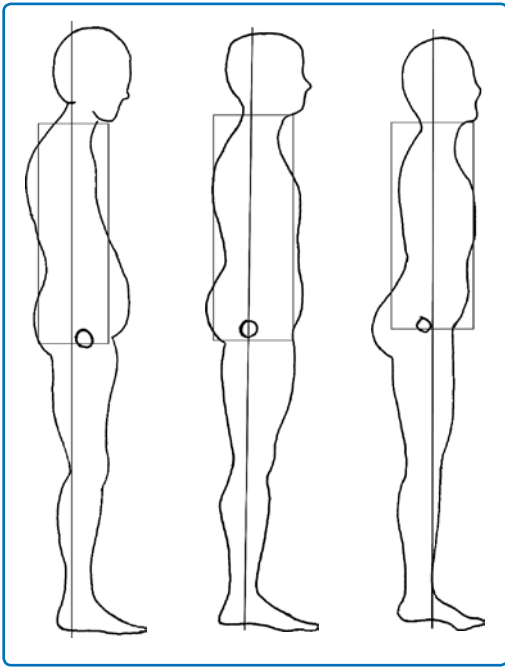
- In einem **normalen** Haltungsmuster fällt ein vom Dens axis ausgehendes Lot auf das sakrale Promontorium und schneidet dabei die Mitte der Hüftgelenke, der Kniegelenke und endet am unteren Sprunggelenk zwischen Talus, Kalkaneus und dem Navikularknochen. Diese Haltung zeichnet eine optimale Ökonomie des Muskelsystems aus, das durch den Druck in den sog. Kavitäten (z. B. Becken, Thorax und Kranium) des Körpers beeinflusst wird.
- Bei einem **posterioren** Haltungsmuster ist die Schwerkraftlinie nach hinten verschoben, und



► Abb. 5.1



► Abb. 5.2



► **Abb. 5.3** Posturale Modelle nach T.E. Hall.

der Patientenkörper befindet sich in einem spannungslosen, schlaffen Zustand.

- Das **anteriore** Haltungsmuster zeichnet sich durch eine übertriebene Muskelspannung aus. Der Patient scheint ständig bemüht, sich gerade und besonders aufrecht in seiner Körperposition durch das alltägliche Leben bewegen zu wollen.

Bei dem anterioren bzw. posterioren Haltungsmuster ist die Ökonomie des tragenden und stabilisierenden Muskelsystems nicht mehr gewährleistet, was zu einer Mehrbelastung dieser Strukturen und zu einem höheren Energieaufwand führt. Folglich lassen sich auch bestimmte Assoziationen in Bezug auf konkrete Dysfunktionen ableiten. Dies würde an dieser Stelle allerdings zu weit ins Detail gehen.

Der Osteopath hält den individuellen „Haltungstypus“ in seinem Inspektionsprotokoll fest und widmet sich im weiteren Verlauf der Patientenbetrachtung etwaigen Achsenabweichungen in den peripheren Gelenken. Dies sind v.a. die Fuß-, Knie- und Hüftgelenke, aber auch Rotationsfehlstellungen im Bereich des Beckens.

Darüber hinaus sind auch deutliche Seiteneigungsabweichungen in der Wirbelsäule bis hinauf in die subokzipitale Region für das geübte Auge wahrnehmbar. Orientierungshilfen sind im Bereich des Beckens die anatomischen **Palpationspunkte**, wie z.B. die Spina iliaca anterior superior (SIAS) und Spina iliaca posterior superior (SIPS), die Crista iliaca und der Trochanter major und deren „Abweichungen“ im Seitenvergleich.

Den Weg die Wirbelsäule hinauf kann man durch die Betrachtung der **Taillendreiecke** im Kontext von Lotabweichungen einschätzen und beurteilen. Auf der Höhe der unteren Skapulawinkel stellt man häufig Höhenabweichungen fest, die wiederum ihre Bestätigung im Höhenunterschied der beiden „Schulterdächer“ zueinander finden.

Die HWS und die Stellung des Kopfes lassen sich durch die Betrachtung des Schulter-Nackendreiecks und die anterior-posteriore Stellung der Ohren im direkten Seitenvergleich zuordnen.

Hinweis: Es geht bei der Inspektion darum, deutliche Fehlstellungen wahrzunehmen. Man sollte sich nicht in Kleinigkeiten verlieren.

Neben der Statik, die sowohl von ventral als auch von dorsal visuell analysiert werden soll, spielen für die Inspektion noch einige andere Aspekte eine bedeutende Rolle. Dies sind die **dorsalen Bindegewebszonen**, die sich je nach „Organstörung“ in Aufquellungen oder Einziehungen zeigen. Diese Zonen lassen sich vom Osteopathen u.a. im Bereich der Wirbelsäule, aber auch lateral von ihr bis hinunter zum Os sacrum und im Bereich der beiden Schulterblätter auffinden.

Darüber hinaus betrachtet der Osteopath die Marmorierung der **Haut** und des darunter liegenden Bindegewebes inklusive Venenzeichen (Besenreißer, Krampfaden) und Ablassungen in den jeweiligen anatomischen Regionen. Narbengewebe im Abdomen sowie nach Bandscheibenoperationen im Bereich der Wirbelsäule werden ebenfalls notiert und nach der Untersuchung des Patienten – zusammen mit der Anamnese – in den entsprechenden osteopathischen Kontext gebracht.

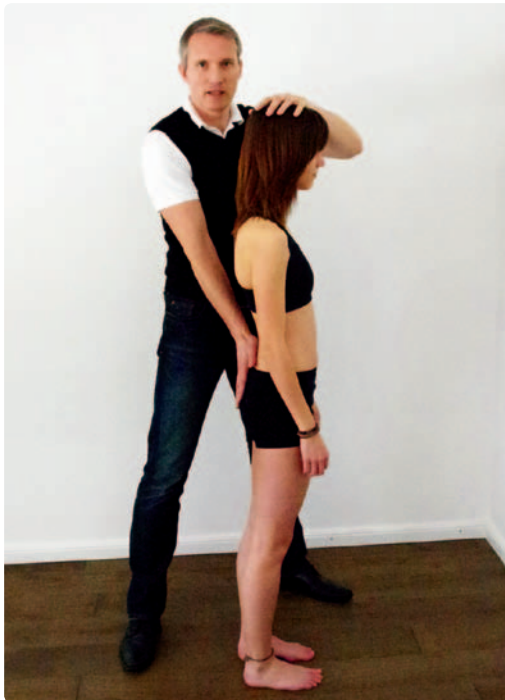
5.2

Globale Tests

Die Vorstellung der in diesem Kapitel aufgelisteten globalen Untersuchungstests erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Diese Tests sollen in erster Linie einen ersten Eindruck in das globale diagnostische Vorgehen des Osteopathen vermitteln. Da eine Auflistung der spezifischen osteopathischen Tests den Rahmen dieses Werks weit übersteigen würde, wird nur eine Auswahl spezifischer Tests Bestandteil von ► **Kap. 6 (S. 64 ff.)** sein.

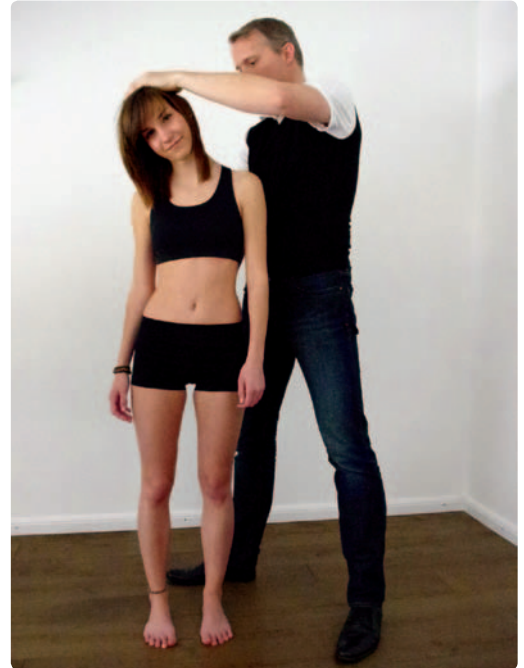
Die folgenden Listening-Tests lassen Rückschlüsse darauf zu, welche „osteopathische Kette“ des Patienten hauptsächlich betroffen ist.

Listening-Test im Stand



► **Abb. 5.4** Patient stehend.

Testablauf: Patient steht, Füße hüftbreit auseinander (ohne Schuhe). Seine Augen sind zuerst gerade ausgerichtet. Der Therapeut überzeugt sich davon, dass der Patient möglichst entspannt steht.



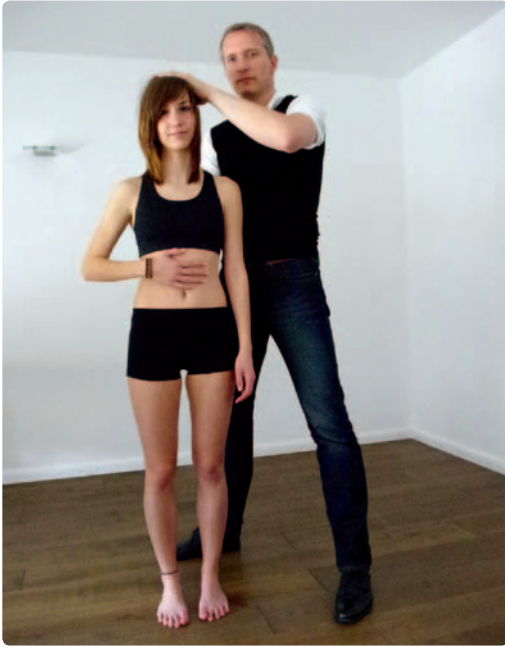
► **Abb. 5.5** Patient in Faszienspannung.

Danach erklärt der Osteopath dem Patienten den Test.

Patient schließt die Augen und bleibt in seiner entspannten Standposition. Er soll nicht versuchen, das Gleichgewicht zu halten, sondern folgt der körpereigenen Bewegung. Diese Bewegung kann nach vorn, nach hinten, schnell nach hinten, zur Seite nach links oder nach rechts stattfinden. Der Osteopath berührt während des Testablaufs den Patienten sanft auf dem Kopf und am Kreuzbein.

Testbewertung: Je nachdem, wo die Bewegung des Patienten hingeht, lässt sich für den Therapeuten eine Körperregion bzw. eine osteopathisch gestörte Region ableiten.

Wirkt der Therapeut an dieser Stelle über Berührung ein, und der Patient findet in seine Ausgangsposition zurück, ist diese Körperregion für die vorhandene Spannung und die Ausweichbewegung verantwortlich. Die Berührung kann auch, wie an diesem Beispiel erfolgt, über die Patientenhand stattfinden (► **Abb. 5.6**). Anmerkung: Für das Gelingen des Tests ist kein Druck ins Gewebe erforderlich.

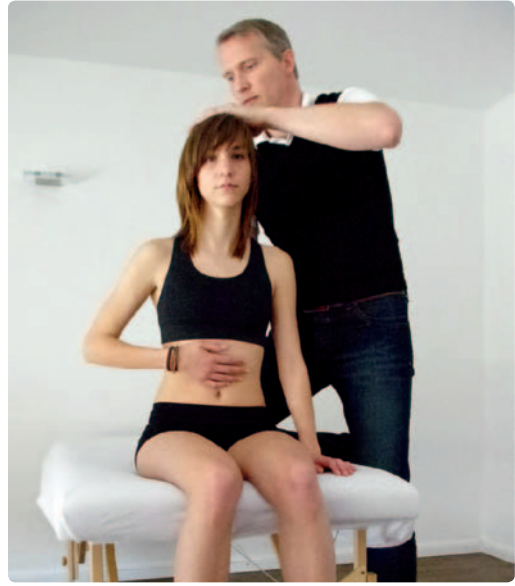


► **Abb. 5.6** Patient unter Inhibition.

Listening-Test im Sitz



► **Abb. 5.7** Patient in Faszienspannung sitzend.



► **Abb. 5.8** Patient unter Inhibition.

Testablauf: Der Testablauf erfolgt wie beim Listening-Test im Stand, allerdings mit dem Unterschied, dass bei diesem Test die untere Extremität unbeteiligt bleibt. Der Patient kann sich – wie bereits oben beschrieben – in die unterschiedlichsten Richtungen bewegen, aus denen sich dann die in Dysfunktion stehenden Körperareale ableiten lassen.

Testbewertung: s. Listening-Test im Stand (s.o.)

Der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Tests besteht in einer differenzierten Betrachtung des Testgeschehens mit bzw. ohne Einfluss der unteren Extremität.

5.2.1 Globale parietale Tests

Mit den folgenden globalen Tests werden die parietalen Regionen untere/obere Extremität, ISG und Wirbelsäule geprüft.

Globaler Test für die untere Extremität



► **Abb. 5.9** Patient stehend.



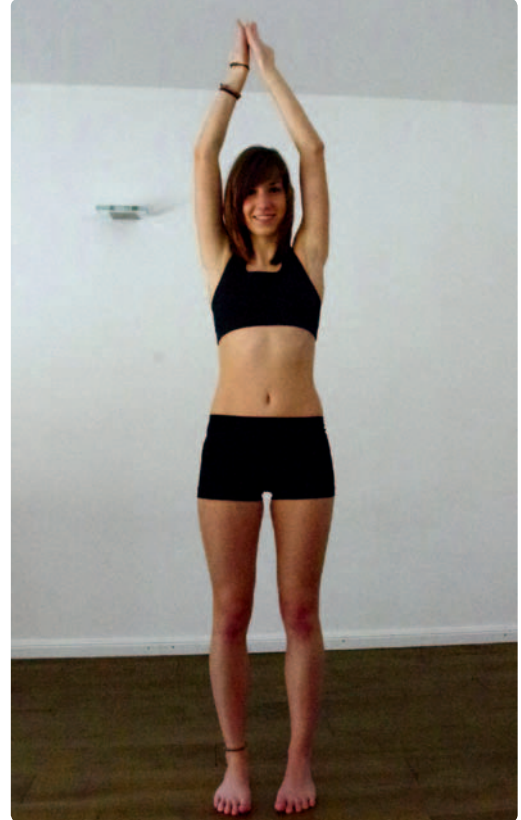
► **Abb. 5.10** Patient hockend.

Testablauf: Patient bewegt sich aus dem Stand in die tiefe Hocke und wieder zurück in den Stand.

Testbewertung: Bei diesem Test werden alle Gelenke der unteren Extremität Hüfte, Knie, oberes/unteres Sprunggelenk (OSG/USG) in Flexion gebracht und wieder zurück in die Extensionsstellung geführt. Dabei wird die Ökonomie der Test-

ausführung beurteilt – also Ausweichbewegungen wahrgenommen – bzw. ob der Patient den Test überhaupt ausführen kann.

Globaler Test für die obere Extremität



► **Abb. 5.11** Patient mit Armelevation.

Testablauf: Patient steht oder sitzt (► **Abb. 5.9**). Er bewegt die Arme ausgestreckt in Abduktion, Handrücken nach oben bis über den Kopf; die Handrücken berühren sich in maximaler Elevation.

Testauswertung: Wenn der Patient den Bewegungsauftrag ohne Ausweichbewegung und ohne Schmerzen ausführen kann, ist der Test negativ und die obere Extremität ist für die osteopathische Kette nicht von Bedeutung.

Globaler Test ISG

Es gibt 2 Testverfahren, den Vorlaufertest und den bilateralen Test, die zur globalen Testung des ISG geeignet sind.

Vorlaufertest im Stand



► **Abb. 5.12** Patient stehend.

Beim Test im Stand wird die Bewegung des ISG mit dem Fokus auf den „Vorlauf“ im Zusammenhang mit den Os ilii bewertet.

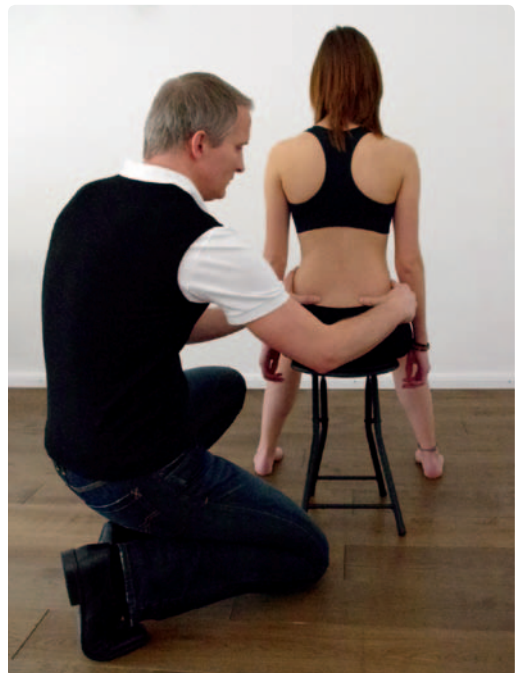
Testablauf: Patient steht hüftbreit und beugt den Oberkörper so weit wie möglich. Am Ende der Bewegung palpirt der Therapeut die hinteren beiden oberen Darmbeinstachel links und rechts und fordert den Patienten auf, noch ein wenig mehr zu flektieren.

Testbewertung: Der Therapeut beurteilt die endgradige Bewegung rechts zu links. Die Seite, die im Test „vorläuft“, ist die bewegungsgestörte Seite.



► **Abb. 5.13** Patient maximal flektiert.

Vorlaufertest im Sitz



► **Abb. 5.14** Patient sitzend.



► **Abb. 5.15** Patient sitzend maximal flektiert.

Beim Test im Sitz wird die Bewegung des ISG mit dem Fokus auf den „Vorlauf“ im Zusammenhang mit dem Os sacrum bewertet.

Testablauf: s. Vorlauftest im Stand (s.o.)

Anhand des Vorlauftests im Sitz kann differenziert werden, ob die Dysfunktion im Os ilium oder Os sacrum liegt. Im Sitz sind die Os ilii durch die fehlende Extremitätenkomponente „ausgeschaltet“. Durch die maximale Rumpfflexion wird die Bewegung des Os sacrum im ISG beurteilt. In der Palpation wird verfahren wie im Stand bereits oben beschrieben (jeweils auf der SIPS).

Testbewertung: Ist die vorlaufende Bewegung auf einer Seite größer als bei der Testung im Stehen, so ist der Test positiv in Bezug auf eine Störung der Bewegung des Sakrums im ISG.

Bilateraler und unilateraler Test



► **Abb. 5.16**



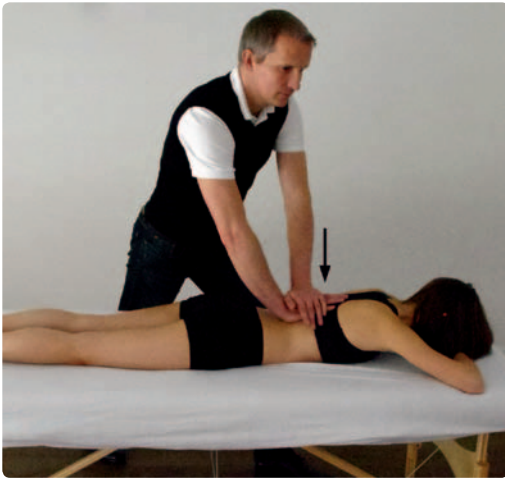
► **Abb. 5.17**

Testablauf: Patient liegt auf dem Rücken. Therapeut nimmt Kontakt mit den beiden SIAS (vordere, obere Darmbeinstacheln) und bewegt diese in anteriore/posteriore Richtung. Dies kann mit beiden Händen durchgeführt werden oder aber mit einer „Bewegungshand“ anterior auf der SIAS und einer „Kontrollhand“ posterior im Sulcus sacralis zwischen Os ilium und Os sacrum.

Testbewertung: Bei dem bilateralen Test wird das Einsetzen der Festigkeit auf einer der beiden Seiten beurteilt. Dies ist dann auch die bewegungsgestörte Seite.

Bei dem unilateralen Test wird durch das Drücken vorn und das Gelenkspiel hinten (also im Sulcus sacralis) im Seitenvergleich getestet. Die Seite, an der keine oder im Vergleich zur anderen Seite deutlich weniger Bewegung generierbar ist, ist auch in diesem Fall die bewegungsgestörte Seite. Der Test gibt nur Auskunft über die gestörte ISG-Seite, nicht darüber, ob eine Dysfunktion des Iliums oder Sakrums vorliegt.

Globaler Test Wirbelsäule



► Abb. 5.18 Patient in Bauchlage.

Testablauf: BWS und LWS: Der Patient liegt auf dem Bauch, die Handrücken stützen den Kopf. Alternativ kann auch das Kopfteil der Liege etwas abgesenkt werden.

Der Osteopath drückt wie in einer Art „Stempeltest“ mit dem Thenar (Daumenballen) oder dem Hypothenar (Kleinfingerballen) auf die Procc. spinosi der Wirbel von kaudal nach kranial und beurteilt die Festigkeit auf der jeweiligen Wirbelhöhe.

Für die HWS dreht sich der Patient auf den Rücken. Der Therapeut testet nach demselben Verfahren. An dieser Stelle sind Kenntnisse über die Orientierung der Facetten unabdingbar.

Testbewertung: Stößt der Osteopath auf eine deutliche Festigkeit im Bereich eines Segments, so ist diese Region „gestört“ und der Test positiv. Mit dem Finden der gestörten Wirbelsäulenregion lässt sich im weiteren Verlauf des Testens nach kranial in Richtung BWS natürlich auch eine Aus-

sage über die an die Wirbel angrenzenden Rippen machen. Dies wiederum kann nur durch spezifische Tests beurteilt werden.

Hat der Patient bei der Durchführung des Tests Schmerzen oder Sensibilitätsstörungen in einer bestimmten Körperregion, lässt sich dieser Test auch als Bandscheibentest verstehen. Dabei übt der Therapeut Druck auf einer bestimmten Wirbelhöhe aus (Proc. spinosus) – äußert der Patient oben beschriebene Symptome, gibt dieser Test einen Hinweis auf die Bandscheibe zwischen dem oberhalb getesteten Wirbel und dem Testwirbel. Dies kann unter Zuhilfenahme der Atmung differenziert werden.

5.2.2 Globale viszerale Tests

Die globale Überprüfung der viszerale Regionen erfolgt durch den Vergleich lokaler Abschnitte (Quadranten- bzw. Ober-/Unterbauchtest) sowie durch die Testung ihrer fasziellen Strukturen.

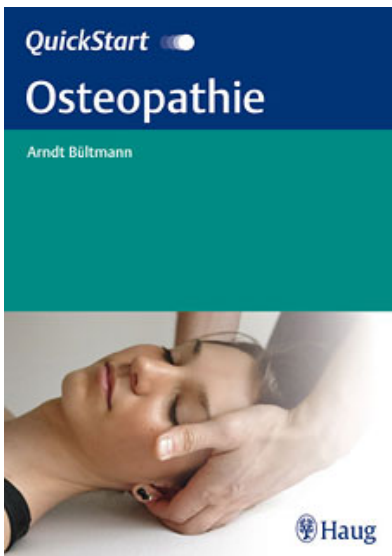
Quadrantentest



► Abb. 5.19 Quadrant rechts oben.



► Abb. 5.20 Quadrant links oben.



Arndt Bültmann

[QuickStart Osteopathie](#)

112 Seiten, kart.
erschienen 2011



bestellen

Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise
www.narayana-verlag.de