

Osteopathische Handlungsansätze

bei rezidivierenden Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind weit verbreitet. Sie verursachen neben persönlichem Leid auch erhebliche Belastungen für die Gesellschaft. Im Gesundheitswesen verlangen sie mittlerweile eine deutliche Aufmerksamkeit. Die Osteopathie kann dabei ein unterstützender Weg sein, der möglichst viele auslösende Faktoren in seine auf den gesamten Menschen ausgerichtete Therapie einfließen lässt: Sie „behandelt“ Körper, Seele und Geist mit einem breitgefächerten Werkzeugkasten und richtet sich dabei nach Ursache-Folge-Ketten (UFK) aus. Selbst Patienten mit jahrelangen Schmerzen profitieren von einem auf Anatomie und Biomechanik ausgerichteten feinfühligem Zugang unter Berücksichtigung der seelischen Aspekte. In diesem Artikel zeige ich Ihnen eine mögliche Herangehensweise der osteopathischen Behandlung von Rückenschmerzen auf.

Entstehung von Rückenschmerzen

Im Wesentlichen können Traumata, Frakturen, Infektionen, Tumore, Radikulopathien, myofasziale und neurologische Störungen, Projektionen innerer Organe (z.B. Gallenblase, Myokardinfarkt) sowie psychogene Faktoren als Ursachen unterschieden werden. Auch Medikamente können als Nebenwirkung Schmerzen auslösen. Hierunter finden sich z.B. Blutdrucksenker, Psychopharmaka oder Schmerzmittel.

Schulmedizinische Diagnose und Therapie

Finden sich in der ersten Anamnese keine Hinweise auf schwerwiegende Verläufe oder eine weitere ernstzunehmende Pathologie, so sollen nach Konsens des Expertenrats zunächst keine weiteren Untersuchungen erfolgen. Neben Schmerzanamnese und fachärztlicher Untersuchung werden, wenn nötig, bildgebende Verfahren (Röntgen, MRT, CT) eingesetzt.

In der schulmedizinischen Behandlung werden meist nicht-opioide oder opioide Schmerzmittel, Muskelrelaxanzien und Antidepressiva verordnet. Neben Medikamenten kommen gemäß Leitlinien physikalische Therapien (z.B. Krankengymnastik) zum Einsatz. Ist dies nicht erfolgreich, wird kurativ eine multimodale, integrative Schmerztherapie angestrebt.



© puhhal adobe.stock.com



FALLSTUDIE

Anhand eines Praxisfalls wird im Folgenden die Herangehensweise in der osteopathischen Praxis veranschaulicht. Es werden verschiedene osteopathische Interventionsmöglichkeiten beschrieben, die sich bei Patienten mit Rückenschmerzen anbieten können. Selbstverständlich ist die Auswahl geeigneter Techniken immer dem individuellen Einzelfall anzupassen.

Ich berichte von einer 53-jährigen Patientin, die sich in meiner Praxis mit rezidivierenden Lumboschmerzen, thorakalen Rückenschmerzen in Ruhe sowie täglichen Kopfschmerzen vorstellt. Die Beschwerden bestehen seit mehr als 3 Jahren progredient bei einem Schmerzscore von $>90\%$. Begleitend tritt Schwindel zwei- bis dreimal pro Woche episodisch auf. Neben dauerhaften Rückenschmerzen sind migräneartige Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen hinzugekommen. Der Hausarzt diagnostiziert Muskelhartspann infolge langer Autofahrten und beruflichem Stress im Außendienst.

Anfänglich bekommt die Patientin Schmerzmittel, Antidepressiva und einen Betablocker rezeptiert. Mit Einnahme der Medikamente fühlt sie sich jedoch nicht mehr leistungsfähig, weswegen sie den Betablocker absetzt. Die Schmerzen schränken zunehmend ihren Lebensalltag ein, und so überweist der Hausarzt sie zur Orthopädie, Neurologie, Kardiologie und Radiologie. Dort findet weitergehende Diagnostik und Therapie statt.

Osteopathische Anamnese und Diagnostik

Im Lumbosakral- bzw. Iliosakralbereich strahlen Schmerzen dorsal in beide Po-Seiten und Beine aus. Ventral spürt die Patientin ein Ziehen im Leisten- und Schambereich. Neben Schmerzen zwischen beiden Schulterblättern leidet die Patientin täglich unter Magendruck mit Völlegefühl und Übelkeit. Parästhesien im rechten Arm treten vorwiegend nachts auf. Seit 2,5 Jahren schmerzt das linke Knie.

Der Patientin fehlt es an Lebensmut. Sie fühlt sich völlig erschöpft, und ihre Arbeit leidet aufgrund regelmäßiger Ausfallzeiten. Zurzeit ist

sie krankgeschrieben, da sie sich mental nicht in der Lage fühlt, arbeiten zu gehen. Aufgrund der zahlreichen Fehltag hat ihr Arbeitgeber bereits mehrfach mit Kündigung gedroht.

Ihr Schlaf ist unruhig und wenig erholsam. Die Schlafposition ist seitlich mit angezogenen Beinen (Embryonalhaltung) und abgekipptem Kopf (halbe Bauchlage). Miktion und Stuhlgang sind unauffällig, ein Differenzialblutbild vor 4 Wochen war ohne Befund. Die Ernährung ist unregelmäßig mit häufigem Konsum von Fertiggerichten. Die Trinkmenge liegt bei ca. 1,5 l gesüßtem Tee inkl. drei Tassen Kaffee. Die Patientin wiegt 63 kg bei 1,67 m Körpergröße.

An einen Auslöser für die Schmerzen kann sie sich zunächst nicht erinnern. Nach längerem Nachfragen fällt ihr ein, dass sie vor 3 Jahren beim Wandern auf einem Feld unfallartig in ein Erdloch getreten ist.

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

Ein MRT der BWS/LWS zeigt medio-laterale linksseitige Protrusionen auf Höhe L4/5 sowie L5/S1 mit Nervenwurzelbeteiligung. (Vor-)Erkrankungen wie Rheuma, Diabetes mellitus, onkologische Krankheiten und Frakturen sind schulmedizinisch ausgeschlossen worden. Therapeutisch hat man diverse Schmerzmittel, 12x Physiotherapie mit Wärmeanwendungen und Schuheinlagen verordnet (im ersten Jahr). Allerdings haben die Schmerzen im Verlauf eher zugenommen. Im dritten Krankheitsjahr hat die Patientin eine mehrwöchige psychosomatische Rehabilitation in Anspruch genommen. Die Beschwerden haben sich auch während dieser Zeit nicht lindern lassen.

Vor der ersten Behandlung bei mir nimmt die Patientin folgende Medikamente: Ibuprofen, Novalgin, Tramadol und Citalopram.

Körperliche Untersuchung

Bevor ich die Patientin inspiziere, schließe ich einen akuten Notfall (Messen der Vitalwerte), eine schwerwiegende Erkrankung („B-Symptomatik“) sowie eine Infektion (IfSG) aus. Mein Vorgehen folgt dem Konzept: Zuerst global, dann regional, schließlich lokal. Ich



1. Lumbar-Roll-Behandlung der LWS



2. Springing-Test an der BWS



3. Korrektur der HWS



4. Korrektur der ersten Rippe



5. Behandlung des Pylorus-Übergangs zum Duodenum

inspiziere die Patienten in Frontal-, Seit- und dann in Rückansicht.

Frontalansicht: Die Augen der Patientin sind nicht horizontal ausgerichtet, der Schädel ist nach links geneigt und nach rechts rotiert. Das linke Auge wie auch die gesamte linke Seite sind signifikant kaudaler.

In Seitansicht findet sich ein in Extension stehender Kopf, die BWS ist im oberen Bereich hyperkyphosiert, die Lordose in der LWS gemindert, beinahe entlordisiert. Der Körperschwerpunkt ist signifikant nach posterior verschoben. Das rechte Becken steht posterior.

In der Rückansicht zeigt sich eine linkskonvexe Lendenwirbelsäule sowie ein verschobenes Taillendreieck. Auffallend ist die deutlich kranial stehende Crista iliaca rechts, das Ilium steht zusätzlich zur Posteriorität im Upslip.

Palpatorisch finden sich eine rechts höherstehende Spina iliaca anterior superior/Spina iliaca posterior superior sowie der Trochanter major (im Seitenvergleich), der M. quadratus lumborum ist dort signifikant hypertont.

Osteopathische Tests und Funktionsanalyse

Beim Ecouté-Test im Stehen und Sitzen weicht die Patientin bei Lidschluss nach dorsal aus. Der 3D-Bewegungstest zeigt, dass die thorakal-abdominelle Flexion eingeschränkt ist, die Extension hingegen ist ohne Befund. Seitneigung (SN) und Rotation (Rot) nach rechts sind eingeschränkt, nach links normal.

Die Traktion der Beine in Bauchlage (BL) belegt eine Beinlängendifferenz von ca. 2,5 cm (rechts kürzer).

Faszial sind die rechten Extremitäten restriktiv (oberes Sprunggelenk, Knie, Ileum, Ellbogen, Schultergelenk). Hier setze ich vorbereitend ganzheitliche osteopathische Techniken ein. Diverse Sicherheitstestungen, z. B. Kompressions-, Traktions- und Provokationstests, sind alle negativ.

Osteopathische Behandlung und Kontrolle

Der Behandlungsplan wird nach der vorliegenden Ursachen-Folgen-Kette (UFK) erstellt. Ziel ist, die Auffälligkeiten über ein ganzheitliches osteopathisches Konzept mit parietalen, viszeralen, faszialen sowie craniosacralen Techniken zu behandeln. Die osteopathische Therapie wird flankiert von weiteren therapeutischen Interventionen, u. a. Neuraltherapie, Schröpfen und ordnungstherapeutischen Maßnahmen.

Dysfunktionen des Beckens und ihre Folgen

Das Ileum hat eine herausragende Stellung in der osteopathischen Praxis. Es ist die Umschaltstelle zwischen den unteren Extremitäten einerseits und dem Thorax/Abdomen sowie den oberen Extremitäten andererseits. Die auf die Strukturen wirkenden Kräfte werden umgeschaltet und dosiert verteilt. Dysfunktionen des Beckens bzw. der Hüfte setzen häufig auf- oder absteigende UFk in Gang. Sie wirken sich unmittelbar auf die Statik, das Sakrum und damit auf die gesamte Wirbelsäule, die Organe des kleinen Beckens/Mesenterien, die umgebende Muskulatur samt Ligamenten und Faszien, die unteren Extremitäten, auf weitere viszerale Strukturen und das Cranium aus – selbstverständlich auch in umgekehrter Richtung. Viszerale Störungen können Folge einer Dysfunktion des Ileums sein, diese aber auch auslösen.

Erste Behandlung

Funktionell bilden die LWK 4/5 mit dem Sakrum und Ileum eine Einheit; insofern gilt es, die Iliolumbalbänder der rechten Seite zu dehnen. Dies ist für die Patientin ziemlich schmerzhaft. Posteriorität des Beckens geht mit Inflare und Außenrotation einher. Daher mobilisiere ich vorbereitend das rechte Ilium in Outflare.

Anschließend umfasse ich den rechten Unterschenkel und stelle ihn passiv mit ca. 25° Hüftflexion, 15° Hüftadduktion sowie Innenrotation zur Verriegelung der Kapsel ein (Ziel ist die gleichzeitige Aufhebung von Posteriorität und Upslip). Ich baue Vorspannung auf und setze einen kausalen Thrust.

Erhebliche Spannung im kleinen Becken legt eine detailliertere Untersuchung und Behandlung des Foramen obturatorium, des Alcock-Kanals sowie des Beckenbodens nahe. Die Symphyse richte ich mit der „Shotgun“-Technik aus.

Arbeit an der Wirbelsäule

Der Springing-/Provokationstest (in BL Druck auf Processi transversi) wie auch der Test der Extension/Flexion (in Seitlage Divergenz und Konvergenz) an der LWS zeigen L4 in ERSL (die freie Bewegung wird angegeben, Flexion ist eingeschränkt), was mit der „Lumbar-Roll“ aufgelöst wird. L5 korrigiere ich analog kontralateral.

Die Testungen an der BWS (Rot und SN) bringen folgende Ergebnisse:

- Th12 steht in ERSR (anatomische Nähe zur Cisterna chyli)

- Gruppenläsion Th7-9 in NSRRL
- Blockade auf Höhe von Th4 in FRSR
- TH2 mit FRSL

Sämtliche Dysfunktionen der BWS werden mit Hilfe der „DOG-Technik“ aufgehoben. Blockierungen der Rippen reponiere ich mit einer abgewandelten DOG-Technik.

Anschließend führe ich (in BL) fasziale Streichungen paravertebral vom Becken bis C6 durch. Die Interkostalmuskeln mobilisiere ich durch die Interkostalräume gleitend bei thorakal-fokussierter Atmung.

Arbeit an Schädel, Nacken und Magen

In der Anamnese werden Parästhesien beider Hände erwähnt, daher untersuche ich jeweils die 1. Rippe, die SCG (Sternoclavikulargelenke), die Acromioclavikulargelenke und die umgebende Muskulatur. Die 1. Rippe links ist im Hochstand und es finden sich hypertone Mm. scaleni sowie ein an der Clavikula hypertoner Sternocleidomastoideus (SCM). Diese Muskeln können A. oder V. subclavia sowie den Plexus brachialis komprimieren und zahlreiche Störungen im Arm auslösen. Die Rotationsblockade an C3 manipulierte ich direkt, um die Spannung der Scaleni anterior und medius unmittelbar zu mindern.

Den SCM behandle ich mit einer Drehzugtechnik am Mastoid in der Mitte sowie mit einer Drucktechnik an den Ursprüngen (Sternum/Clavikula). Mit einer Druckgleittechnik und einer gegenseitigen Kopffrotation dehne ich die Scaleni. Die 1. Rippe wird nach kaudal-medial manipuliert; das SCG mobilisiere ich nach dorsal und kaudal, um das Gleiten bei der Abduktion zu unterstützen.

Der Addison-Test ergibt eine Abschwächung des Radialispulses. Durch Anheben der Oberbauchorgane zeigt sich bei Inhibition des Magens, dass der Radialispuls wieder tastbar ist. Aus Zeitgründen mobilisiere ich den Magen unspezifisch in Sagittal-, Frontal- und Transversalebene.

Zum Abschluss entscheide ich mich für eine sanfte Traktion am Occiput bis zum Release, das Spreizen der Kondylen sowie eine Behandlung des Schädels nach Sutherland mit Setzen eines Stillpoints.

Zweite Behandlung

(2 Wochen später)

Ziele sind die Befreiung der Kopfgelenke bzw. des OAA-Bereichs und ein viszeraler Ausgleich (arteriell, venös, lymphatisch, vegetativ).

Made in Baden-Württemberg



THERAPIELIEGEN MANUFAKTUR

Direkt ab Hersteller

Mit  Sicherheit

Alle elektrischen VILLINGER Therapie-
liegen entsprechen den
aktuellsten Anforderun-

gen der BGW/ BfArM zur **INTEGRIERTEN SICHERHEIT!** * Elektromotor mit Freilauf, die bei Kollision stoppt * 2-stufiger Bedienschalter zur Freigabe * Fuß-Reling mit umgekehrter Laufrichtung * Kopfteilverstellung mit Sicherheitsauslöser



TOPSELLER *ACTIVE

Stellen Sie sich mit unserem Konfigurator
Ihre Liege individuell zusammen



SCAN ME
... zum Angebot



+49 (0) 7663 99082 info@villinger.de

www.villinger.de

villinger_der_praxisausstatter

www.facebook.com/villinger.de

Qualität und Perfektion aus Teningen –
zwischen Kaiserstuhl und Schwarzwald

Literatur

Corts, Magga: Anatomie für Osteopathen. Thieme Verlag, 2019
Corts, Magga: Diagnoseleitfaden Osteopathie. Haug Verlag, 2017
De Coster, Marc & Pollaris, Annemie: Viszerale Osteopathie. Haug Verlag, 2016
Dierlmeier, Daniel: Nervensystem in der Osteopathie. Haug Verlag, 2015
Hebgen, Eric: Checkliste Viszerale Osteopathie. Haug Verlag, 2014
Hinkelthein, Edgar & Weitendorff, Arndt: Biomechanik in Osteopathie und Manueller Medizin. Thieme Verlag, 2019
Langer, Werner & Hebgen, Eric: Lehrbuch Osteopathie. Haug Verlag, 2017
Nationale Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“, 2017
Maassen, Andreas: Checkliste Parietale Osteopathie. Haug Verlag, 2011
Reichert, Bernhard: Palpation in vivo. Thieme Verlag, 2018
Wancura-Kampik, Ingrid: Segment-Anatomie. Urban & Fischer Verlag, 2022

Die Patientin fühlt sich mittlerweile deutlich besser, die Schmerzen im LWS-/Beckenbereich sind nahezu verschwunden. Kopfschmerzen und Beschwerden am zervikothorakalen Übergang sind noch vorhanden.

Nach Behandlung der LWS sowie der BWS/Rippen behandle ich zervikale, zunächst hirnnahen Strukturen: Occiput-Atlas-Axis (OAA), Sutura occipito-mastoidea (OM) mit N. vagus sowie N. accessorius. An der HWS sind C4 und C5 in ihrer Rotation eingeschränkt, der Atlas steht in Rotation links. Vor der Manipulation des OAA-Komplexes dehne ich die subokzipitale Muskulatur und lasse den Kopf an den flektierten Fingern einsinken. Vorbereitend löse ich die Fascia cervicalis superficialis am Kie-

ferbogen, am Pars clavicularis und lateral bis zu den Schultern. Den Atlas korrigiere ich mit der Kinnhaltetechnik: Mit maximaler Flexion und Rotation nach rechts stelle ich minimale Extension zur Entspannung der subokzipitalen Muskulatur sowie Nebenvektoren ein (z.B. leichte Traktion) und schließe mit einem Impuls ab. Die Blockaden von C4 und C5 löse ich nacheinander mit einer HVLA-Technik (High-Velocity-Low-Amplitude).

Um die Nn. vagi und phrenici in ihrem Verlauf zu unterstützen, behandle ich die obere Thoraxapertur und das Diaphragma thoracale. Ich löse das Hyoid, mobilisiere den Kehlkopf und die schilddrüsennahe Region, dehne dann die Fossa supraclavicularis beidseits auf. Für das Mediastinum folge ich bei Ausatmung dem Sternum, halte den Weggewinn und lasse bei tiefer Inspiration plötzlich los.

Arbeit mit Magendruck und Völlegefühl

Da die Patientin Magendruck mit Völlegefühl und Übelkeit angibt, behandle ich die Region um Pylorus, Sphincter von Oddi und Ileozökal-Klappe mit Inhibitionen, Friktionen und Zirkumduktionen. Im Anschluss mobilisiere ich den Magen in Seitlage mit dem Zangengriff in Frontal-, Sagittal- und Transversalebene.

Die Therapie ist nahezu ausgeschöpft, und ich entscheide mich abschließend für globale Techniken, um die arterielle, venöse und lymphatische Zirkulation zu verbessern: Mit der Sternumpumpe öffne ich den linken oberen Venenwinkel und behandle dann das Diaphragma abdominale beidseits im Sitzen. Mit dem Grand Manoeuvre schließe ich die zweite Behandlung ab.

Dritte Behandlung

(6 Wochen später)

Ziele der Behandlung sind die Kontrolle und Ausgleich des Vegetativums.

Zum Fördern des vegetativen Ausgleichs stimule ich die prävertebralen Ganglien (Ggl. coeliacum, mesentericum superius/inferius) mit tiefen inhibitorischen Palpationen. Mit der Rib-Raising-Technik wird der sympathische Grenzstrang an BWS und LWS behandelt.

Die Ursprungsneuronen für die Nn. splanchnici pelvici S2-4 liegen im thorakolumbalen Übergang, den ich manipulierte. Das Sakrum selbst mobilisiere ich in BL mit den Atembewegungen der Patientin. In Rückenlage erfolgt ein Dura-zug am Occiput bis zum Release. Die Sutura OM versuche ich mit einer direkten Technik zu öffnen und behandle das Os temporale mit der Earpull- und der Finger-in-Ohr-Technik. Nach dem CV4 schließe ich mit einem Sutherland-Griff die dritte Behandlung ab.

Ein Kontrolltermin erfolgt 3 Monate später – es sind keine Beschwerden mehr vorhanden.

Fazit

Patienten suchen sich ihre Läsionen nicht im Fachbuch aus, sondern sie entstehen ganz individuell aus der persönlichen Konstitution, genetischen wie auch epigenetischen Faktoren, der individuellen Lebenshistorie des Patienten und dessen Lebensumständen. Darauf gilt es einzugehen.

Der vorliegende Praxisfall verdeutlicht zudem die Notwendigkeit, in osteopathischen Ketten zu denken. Es erfordert eine Beherrschung der gesamten osteopathischen Palette: parietal, viszeral, craniosacral und faszial. Die Bereitschaft, lebenslang in diesem wundervollen Beruf dazulernen zu wollen, ist essenziell. Wir helfen nicht nur unseren Patienten, sondern sie unterstützen auch uns dabei, zu lernen und zu wachsen. Sie geben uns ehrliche Rückmeldungen zu unserer Arbeit.

Nicht zuletzt sind elementare Zutaten für eine erfolgreiche Therapie Demut und Dankbarkeit des Therapeuten: Heilen können immer nur die regenerativen Kräfte des Menschen selbst, und wir dürfen dabei unterstützen!



Jörg Mucha

Heilpraktiker und Osteopath mit Schwerpunkt Osteopathie, Chiropraktik, Neural- und Schmerztherapie
info@joern-mucha.de