

GOT - Ganzheitliche Osteopathische Therapie

Auf der Grundlage des Body Adjustment nach Littlejohn und Wernham

Bearbeitet von
Wim Hermanns

3., aktualisierte Auflage 2012. Buch. 144 S. Softcover

ISBN 978 3 8304 7506 4

Format (B x L): 19,5 x 27 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Komplementäre Medizin, Asiatische Medizin \(TCM\),
Heilpraktiker > Chiropraktik & Osteopathie](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Abb. 9.21 Metatarsal Travel an den distalen Gelenken.

Auf die gleiche Weise werden II zu III, III zu IV und IV zu V getestet. Auf Englisch nennt man diese Testsequenz *Metatarsal Travel* (**Abb. 9.21**).

Danach können die Gelenkfunktionen in den proximalen und distalen interphalangealen Gelenken getestet werden. Vor allem die interphalangealen und metakarpophalangealen Gelenke der Großzehe sollten nicht ausgelassen werden.

Behandlung

Die Behandlung erfolgt bei eingeschränkter Qualität oder Quantität mit gleichem Griff.

9.5 Übergang der Sequenzen der unteren zur oberen Extremität

Nach Beendigung der Untersuchung und Behandlung des Fußes bringt der Osteopath das Bein in eine rollende Bewegung und umgreift mit seiner rechten Hand die Hand des Patienten. Um den Rhythmus beizubehalten, bringt er jetzt den Arm in eine Schaukelbewegung. Dann stellt er sich an das Kopfende des Tisches und führt die Arbeit rhythmisch mit dem Arm in einer äußeren Zirkumduktion weiter. Der Ellbogen des Patienten bleibt hierbei gebeugt. Die äußere Zirkumduktion entspricht einer Rückwärtskraubewegung (**Abb. 9.22**). Das Ganze dient dazu, den Übergang der Sequenz der unteren Extremität für den Patient ohne Unterbrechung in die Sequenz der oberen Extremität zu überführen.



Abb. 9.22 Übergang von den unteren zu den oberen Extremitäten. Der Rhythmus sollte nicht unterbrochen werden.

9.6 Obere Extremitäten

9.6.1 Schulterregion allgemein

Untersuchung

Der Therapeut steht seitlich vom Kopfende der Behandlungsliege und nimmt das rechte Handgelenk des Patienten in seine rechte Hand. Dabei kommt der Daumen auf dem Handrücken des Patienten zu liegen, der Zeigefinger zwischen Daumen und Zeigefinger, der Mittel- und Ringfinger in die Handfläche und der Kleinfinger dorsal ans Handgelenk (**Abb. 9.23**). Durch diesen Griff bleibt das Handgelenk des Patienten frei und kann in der Lemniskateamplitude mituntersucht werden.

Der Therapeut führt eine äußere Zirkumduktion mit der Schulter des Patienten durch (Rückwärtskraul).



Abb. 9.23 Griffhaltung an der Hand für die Untersuchung und Behandlung des Schultergürtels, wenn der Therapeut am Kopfende steht.

Durch Zunahme der Amplitude testet er die Beweglichkeit des Schultergürtels. Eine Dysharmonie in der Lemniskate zeigt dem Therapeuten, dass eine Störung in der Schulter-Elle-Hand-Kette vorliegt. Er untersucht die einzelnen Gelenke dann separat.

Behandlung

Der Therapeut legt seine Hand mit Daumen-Zeigefinger-Griff auf das rechte Akromion und begleitet die Zirkumduktion des Schultergürtels (**Abb. 9.24**). Durch leichten Überdruck nach kaudal kann er die Beweglichkeit im Allgemeinen verbessern. Auch wenn keine Einschränkungen gefunden werden, besteht durch diese Behandlungstechnik die Möglichkeit, den Flüssigkeitsstrom durch den Thoracic Outlet zu verbessern. Symptome wie Stauungen im Armbereich, das Karpaltunnelsyndrom und Ablagerungen an den Fingergelenken (Bouchard-Knoten) kommen hier in Betracht.



Abb. 9.24 Äußere Zirkumduktion mit dem Arm als langem Hebel für die Untersuchung des Schultergürtels.

9.6.2 Akromioklavikulargelenk

Untersuchung

Der Therapeut legt – während er die Zirkumduktion fortführt – seinen linken Zeigefinger auf den anterioren und seinen Daumen auf den posterioren Teil des Akromioklavikulargelenks (ACG). Er tastet die Harmonie der Beweglichkeit und achtet auf Krepitationen.

Behandlung

Bei Einschränkungen in der Beweglichkeit des ACG stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung (**Abb. 9.25**):

- Der Therapeut legt sein Thenar auf das distale Ende der Klavikula. Jedes Mal, wenn der Ellbogen des Patienten nach dorsokaudal geht, akzentuiert der Therapeut die Bewegung der Klavikula nach kaudal.
- Eine etwas kräftigere Variante ist die gegenläufige Rotation der Klavikula. Jedes Mal, wenn der Ellbogen des Patienten nach kranioventral geht, akzentuiert der Therapeut mit seinem Thenar die Bewegung der Klavikula nach kaudal.



a



b

Abb. 9.25 a, b Mobilisation des ACG.

- a Mittels gleichsinniger Rotation der Klavikula.
- b Mittels gegensinniger Rotation der Klavikula.

9.6.3 Sternoklavikulargelenk

Untersuchung

Noch bevor der Therapeut die Behandlung des ACG durchführt, ist es sinnvoll, die Untersuchung des SCG vorzunehmen.

Mit dem beschriebenen Griff (Daumen und Zeigefinger) palpiert der Therapeut während der äußeren Zirkumduktion des Patientenarmes das SCG an der homonymen und danach an der heteronymen Seite. Einschränkungen zeigen sich häufig durch Krepitieren oder Knacken.

Behandlung

Bei Bewegungseinschränkungen im homonymen SCG legt der Therapeut sein Thenar auf das proximale Ende der Klavikula und akzentuiert jedes Mal, wenn der Ellbogen des Patienten nach dorsokaudal kommt, die Klavikulabewegung nach kaudal (**Abb. 9.26**).

Da es sich beim SCG um ein Gelenk mit einem empfindlichen Diskus handelt, wird die Bewegung nicht gegenläufig durchgeführt. Die Behandlung der heteronymen Einschränkung wird in den Sequenzen an der linken Seite ebenfalls vorgenommen.

Exkurs Sternoklavikulargelenk

Das SCG ist ein Sattelgelenk. In der frontalen Ebene ist die Klavikula konkav im Vergleich zum Sternum. Das heißt, bei einer Knochenbewegung der Klavikula nach anterior (Protraktion) geht der klavikuläre Gelenkpartner auch nach anterior und bei einer Bewegung der Klavikula nach posterior (Retraktion) geht der klavikuläre Gelenkpartner nach posterior.

In der transversalen Ebene ist die Klavikula konvex im Vergleich zum sternalen Anteil des Gelenks. Bei einer Bewegung der Klavikula nach kranial (Elevation der Schulter) geht der klavikuläre Gelenkpartner des SCG nach kaudal. Dementsprechend geht bei einer Depression der klavikuläre Gelenkpartner nach kranial.

9.6.4 Glenohumeralgelenk

Untersuchung

Der Therapeut wechselt jetzt aus der vorigen Bewegung heraus die Hände. Er übernimmt mit seiner linken Hand die rechte Hand des Patienten. Er behält jedoch den Rhythmus in die äußere Zirkumduktion bei. Während des Griffwechsels stellt der Therapeut sich umgekehrt an das Kopfende des Patienten. Der Therapeut klemmt den Unterarm des Patienten unter seine Achselhöhle und übt, indem er sich etwas nach links rotiert, eine



Abb. 9.26 Behandlung des rechten SCG.



Abb. 9.27 Untersuchung und Behandlung des Glenohumeralgelenks.

Minitraktion im Glenohumeralgelenk aus. Der Oberarm des Patienten wird gegen den Bauch genommen.

Der Therapeut umfasst mit seiner linken Hand den Humeruskopf, mit seiner rechten das Akromion. Beide Hände machen im Gelenk eine äußere Zirkumduktion. Während der Arm in die Extensionsphase (Retraktion) geht, drücken beide Hände den Humeruskopf nach anterior. Während der Flexionsphase drücken beide übereinander liegenden Daumen den Humeruskopf im Vergleich zur Fossa glenoidalis nach posterior. Während vermehrter Abduktion kann das Kaudalgleiten des Humeruskopfes in der Pfanne getestet werden (**Abb. 9.27**).

In alle Bewegungsphasen soll ein Gleiten des Humeruskopfes gemäß der Konvex-konkav-Regel möglich sein.

Behandlung

Für die Behandlung wird der gleiche Griff wie bei der Untersuchung genutzt. Die eingeschränkte Bewegung wird betont und mobilisiert.

9.6.5 Skapulothorakales Gleiten

Untersuchung

Der Therapeut ergreift den Unterarm des Patienten und macht einen Ausfallschritt zum Kopfende hin. Er fasst mit seiner rechten Hand unter die Skapula und nimmt einen großflächigen Kontakt auf. Den Unterarm klemmt er zwischen seinen Unterarm und seinen Thorax. Der Arm des Patienten ist gestreckt (**Abb. 9.26**).

Zur Untersuchung der Beweglichkeit der Skapula in Bezug zum Thorax drückt der Therapeut die Skapula nach ventral gegen die Rippen und bewegt die Skapula nach kranial. Der Arm des Patienten wird in der gleichen Bewegung mitgeführt, wird jedoch nicht gezogen. Die rechte Hand des Therapeuten ist die arbeitende Hand.

Nun beendet der Therapeut den Druck gegen die Skapula und führt das Schulterblatt zurück nach kaudal. Nach jeder Zirkumduktion wird der Arm etwas weiter in die Elevation geführt.

Beurteilt werden Bewegungsumfang, Bewegungsrichtung und Krepitation. Bei der Armelevation soll nicht nur die Skapula gut über den Thorax gleiten können, es sollen auch die Rippen, die Brustwirbelsäule und die ansetzende Muskulatur eine gute Bewegungsmöglichkeit haben. Nur dann gleitet die Skapula in einer gradlinigen Kaudal-kranial-Bewegung parallel zur Mittelachse. Einschränkungen in diesen Strukturen führen zu einer Abweichung von der Ideallinie. Ein besonderer Muskel, der einen Ansatz an der Skapula hat, ist der M. omohyoideus. Bei Verspannungen in diesem Muskel kann der Blutabfluss aus dem Kopf beeinträchtigt werden (s. folgenden Exkurs).

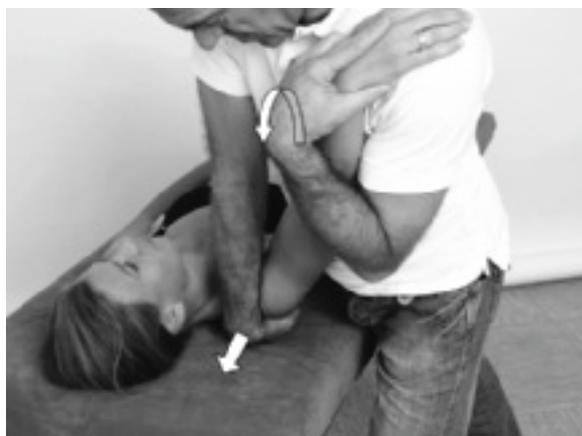


Abb. 9.28 Griffhaltung für die Untersuchung und Behandlung des skapulothorakalen Gleitens.

Behandlung

Falls die Skapulabewegung von der Mittellinie weggezogen wird, versucht der Therapeut mittels des gleichen Griffs wie bei der Untersuchung die Skapula zurück zur Mittellinie zu mobilisieren.

Exkurs Physiologie des M. omohyoideus

Der M. omohyoideus, innerviert aus dem Plexus cervicalis, hat seinen Ursprung am Os hyoideum (Zungenbein). Er zieht mit seinem Bauch nach lateral-distal zum Schulterblatt (griech. *omo* = Schulter). Hier hat er seine Ansätze medial der *Incisura scapulae*, am *Lig. transversum scapulae superius* und an der Wurzel des *Processus coracoideus*. Der Muskel ist zweibauchig. Er hat eine Zwischensehne, die den M. sternocleidomastoideus in Höhe des 6. Halswirbels kreuzt.

Die Faszie des Muskels (*Lamina praetrachealis*) und der Zwischensehne ist fest verwachsen mit der *Vagina carotica*. In dieser Faszienhülle verlaufen die *A. carotis communis*, die *V. jugularis* und der *N. vagus*.

Aufgabe des M. omohyoideus ist es, das Lumen der *V. jugularis* während einer tiefen Einatmung offen zu halten. Während einer Einatmung kann sich der Druck in der Vene aufgrund des Unterdruckes des Thorax unter Null senken (**Abb. 9.29**). Die Vene würde kollabieren (Rauber u. Kopsch 1987).

Nach unserer Ansicht ist die Bedingung für ein Funktionieren dieser Muskelfunktion, dass Skapula und Hyoid sich während der Einatmung genügend voneinander entfernen (passive Insuffizienz). Bei einer passiven oder kyphotischen Haltung ist das unmöglich. Die Folge eines schlechten Funktionierens dieser Mechanik wäre Stauungskopfschmerz.

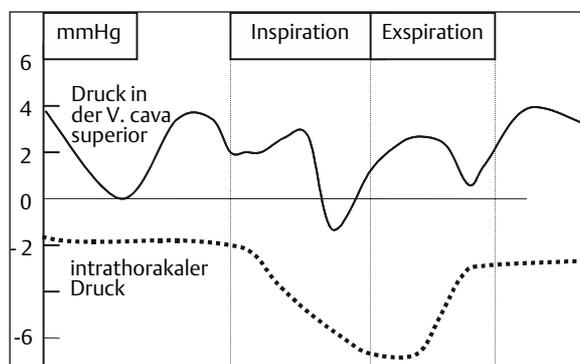


Abb. 9.29 Blutdruck in der V. cava superior während einer Inspiration und Expiration.

9.6.6 Rippen

Untersuchung

Die Griffhaltung der linken Hand wird beibehalten, jedoch wird der Arm zurückgeführt bis zu einer 90°-Elevation. Der Therapeut stellt seine rechte Faust sanft auf das Sternum des Patienten. Der Daumen wird flächig, kranial der zweiten Rippe, auf den Interkostalraum gesetzt. Er liegt direkt kaudal der Klavikula (**Abb. 9.30**). Der Therapeut führt die äußere Zirkumduktion mit dem rechten Arm des Patienten in einer kleinen Amplitude weiter.

Beim Anheben und Elevieren wird die zweiten Rippe der Zirkumduktion der Schulter folgen und eine Bewegung nach anterior und kranial vornehmen. Das entspricht einer Einatmungsbewegung der Rippe.

Bei der zurückgehenden Bewegung wird auch die Rippe wieder zurück nach dorsokaudal gehen. Die Atembewegung kann als zusätzlicher Rhythmus genutzt werden.



Abb. 9.30 Untersuchung und Behandlung der oberen Rippen.



Abb. 9.31 Untersuchung und Behandlung der unteren Rippen.

Mit der dritten, vierten, fünften und sechsten Rippe verfährt der Therapeut gleichermaßen. Der Arm kommt immer etwas weiter in die Elevation.

Da ab der sechsten Rippe die Pumpenschwengelbewegung immer mehr in die Eimerhenkelbewegung übergeht, muss hier mehr nach lateral in den Interkostalraum getestet werden. Hierzu stellt der Therapeut seine Hand supiniert, mit dem Daumen nach medial in den Zwischenrippenraum (**Abb. 9.31**). Die Armbewegung wird dann mehr abduzierend ausgeführt.

Behandlung

Die Behandlung erfolgt mit dem gleichen Griff wie bei der Untersuchung.

Wurde eine Rippe in **Inspirationsdysfunktion** gefunden, d.h. die Rippe kann sich gut nach kranioventral, aber schlecht nach kaudodorsal bewegen, dann wird die zurückgehende Bewegung nach dorsokaudal mit Druck des Daumens verstärkt. Es kann die Expiration des Patienten als Unterstützung genutzt werden.

Wurde eine Rippe in **Expirationsdysfunktion** gefunden, d.h. die Rippe kann sich gut nach dorsokaudal, aber schlecht nach ventrocranial bewegen, dann wird die unterliegende Rippe fixiert und die betroffene Rippe bei der ventrocranialen Bewegung über die Armelevation mobilisiert. Es kann die Inspiration des Patienten als Unterstützung genutzt werden.

9.6.7 Ellbogen

Schon während der Untersuchung des Schultergürtels bekommt der Therapeut über die Beurteilung der Lemniskalbewegung im Arm einen guten Eindruck über die Mobilität des Ellbogens. Hierbei wurde vor allem das proximale radioulnare und radiohumere Gelenk getestet. Ist hier alles normal, erübrigt sich die Testung des Ellbogen- und Handgelenks.

Untersuchung

Für das humeroulnare Gelenk legt der Therapeut den Arm des Patienten auf die Liege. Er fixiert das rechte Handgelenk supiniert auf der Liege und legt seine linke Hand unter das Ellbogengelenk. Jetzt macht er mit seiner linken Hand eine Zirkumduktion und betont die Valgisierung (**Abb. 9.32**). Das humeroulnare Gelenk wird an der medialen Seite geöffnet.

Er wechselt jetzt die Hände, proniert das Handgelenk und damit das Ellbogengelenk. Das Handgelenk wird auf der Liege fixiert. Er macht eine Zirkumduktion, indem er das Gelenk von medial nach außen zieht. Er betont die Varisierung (**Abb. 9.33**). Das Gelenk wird an der lateralen Seite geöffnet.



Abb. 9.32 Handgriff für die Untersuchung und Behandlung auf Valgisierung des Ellbogengelenks. Die Hand wird in Supination gehalten.



Abb. 9.34 Alternativer Griff zur Untersuchung und Behandlung der Varisierung des Ellbogengelenks.

Behandlung

Die Behandlung kann mit den gleichen Griffen wie bei der Untersuchung durchgeführt werden.

Alternativer Griff

Einen Alternativgriff für die Untersuchung des Ellbogengelenks zeigt **Abb. 9.34**.

Hierbei wird das Gelenk diametral gefasst und wie beim Kniegelenk eine innere und äußere Zirkumduktion in leichter Flexion ausgeführt.



Abb. 9.33 Untersuchung und Behandlung der Varisierung des Ellbogengelenks.

9.6.8 Handgelenke

Die Handgelenke spielen in der Osteopathie keine große Rolle, weil Dysfunktionen sich aufgrund der vielseitigen Bewegungsmöglichkeiten von selber lösen. Anders ist es in der manuellen Therapie, die sich um posttraumatische Dysfunktionen sowie Bewegungseinschränkungen nach Gipsabnahme kümmert. Für ausführliche Beschreibungen der Mobilisationen und Manipulationen an Handgelenk und Fingern verweisen wir auf diesbezügliche Bücher.

Ein triftiger Grund in der Osteopathie, um das Handgelenk zu mobilisieren, wären allerdings Symptome eines Karpaltunnels.

Untersuchung

Der Therapeut steht neben der Bank und nimmt das Handgelenk des Patienten, das er mit seiner kaudalen Hand gegen seinen Bauch fixiert. Die kraniale Hand macht kleine Zirkumduktionen, um die Beweglichkeit zwischen den zwei Karpalknochenreihen zu testen (**Abb. 9.35**).

Behandlung

Die Testbewegung wird intensiviert. Man kann entweder den Unterarm fixieren und beide Handwurzelreihen in Bezug zu diesem zusammen bewegen. Die Palmarflexion wird betont. Oder man fixiert die proximale Reihe und mobilisiert zu dieser Reihe die distale Reihe. Die Dorsalflexion wird betont.

Alternativer Griff

Die proximale Reihe kann mobilisiert werden, indem der Therapeut mit seiner proximalen, linken Hand den



Abb. 9.35 Untersuchung und Behandlung des Handgelenks.



Abb. 9.36 Alternativer Griff zur Untersuchung und Behandlung des Handgelenks.

Radius und die Ulna von dorsal und die proximale Reihe mit seiner rechten Hand von palmar kontaktiert. Der Kontakt erfolgt mit der Kleinfingerkante. Die beiden Hände greifen ineinander (**Abb. 9.36**). Unter Traktion wird eine Zirkumduktion ausgeführt. Der Druck auf die proximale Reihe nach dorsal wird während der Palmarflexion betont.

Dann verrutschen die Hände des Therapeuten ein wenig, damit die distale Reihe mobilisiert werden kann.

Mit seiner proximalen, linken Hand kontaktiert er die proximale Reihe und mit seiner distalen Hand die distale Reihe. Die Zirkumduktion unter Traktion läuft weiter. Jetzt betont er die distale Reihe nach volar während einer Dorsalflexion.

9.7 Zervikaler Bereich

9.7.1 Dekomprimierung subokzipital

Untersuchung

Der Patient befindet sich in Rückenlage, der Therapeut sitzt am Kopfende. Der Therapeut legt eine Hand auf die Stirn des Patienten und dreht dessen Kopf, sodass er seine Hand auf den Rand des Okziputs, so nah wie möglich an die Mittellinie platzieren kann. Er rollt dann den Kopf in die andere Richtung auf seine Hand zurück und platziert auch die andere Hand an der Okzipitallinie. Dann rollt er den Kopf in die Mitte zurück. Er drückt mit seinen Fingern den Kopf des Patienten nach oben, hebt dabei nicht an, sondern erleichtert nur das Gewicht des Kopfes. Dabei streckt er die Finger in den Interphalangealgelenken. Man wartet, bis der Kopf durch

Entspannung der kleinen Nackenmuskeln auf die Finger absinkt. Zwei bis drei Mal wiederholen, dann dringen die Finger tiefer in den Raum C 0/C 1 ein.

Bei tiefer Entspannung wird der Patient in der Regel die Augen schließen. Die Muskulatur um C 0/C 1 ist die tiefe Muskelschicht des Nackens (M. rectus capitis posterior, M. obliquus capitis). Es handelt sich um Muskeln, die eine okulozephale Funktion haben. Auf diesem Wirbelsäulenniveau liegt die *Formatio reticularis* im verlängerten Mark. Dadurch hat die Technik einen Einfluss auf den Wachzustand. Tests sind beim entspannten Patienten einfacher durchzuführen. Mögliche Wirkungen sind:

- Entspannung des Foramen jugulare
- vaskuläre Reaktionen (A. vertebralis)
- neuromuskuläre Reaktionen über N. IX, X, XI

Dies ist eine gute Vorbereitung für die kraniosakrale Behandlung.

Die Technik ist auch geeignet bei der Behandlung von Migränen arteriellen oder venösen Ursprungs und bei Schlafstörungen.