

Osteopathie – eine klassisch konservative orthopädische Therapieform

Osteopathie ist eine ganzheitliche philosophische Denkweise in der Medizin. Sie bedient sich unterschiedlicher Techniken, welche zu einem großen Teil an Strukturen des Stütz- und Bewegungssystems ansetzen. Die entsprechenden Kenntnisse vorausgesetzt, bedarf es nur zweier kundiger Hände, um diese Techniken anzuwenden. Es können so Informationen gewonnen beziehungsweise Korrekturen durchgeführt werden, die durch andere Verfahren, wie zum Beispiel die Bildgebung, nicht darstellbar sind.

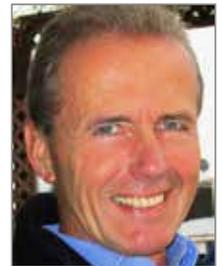


Foto T. Rustler, Wien

Geschichte

Als Vater der Osteopathie ist Andrew Taylor Still anzusehen, welcher 1828 in Virginia als Sohn eines Arztes und protestantischen Geistlichen zur Welt kam. Dem Vorbild seines Vaters folgend studierte er Medizin und wurde in weiterer Folge unter dessen Anleitung ausgebildet. Zu seinen frühen Patienten zählten auch Shawnee-Indianer, wodurch A. T. Still mit deren Naturreligion konfrontiert wurde. Diese Einflüsse in Kombination mit den spirituellen Ansichten seines Vaters legten das Fundament für seine weitere Denkweise. Auch dürfte er Kenntnisse von den umherziehenden „bonesetters“, frühzeitlichen, nicht medizinisch ausgebildeten Chirotherapeuten, übernommen haben. Im amerikanischen Bürgerkrieg war er im Sanitätsdienst tätig und erwarb chirurgische Kenntnisse. Durch schwere Schicksalsschläge, nämlich den Tod dreier seiner Kinder und seiner Frau durch Meningitis, ging A. T. Still auf Distanz zur damaligen Schulmedizin. Er erachtete sie als wenig nutzbringend oder sogar schädlich. An der Grenze der damaligen Zivilisation, fernab der etablierten Universitäten, begann Still nun, sein eigenes medizinisches Diagnose- und Therapiekonzept zu

„A doctor's job is to find health, anyone can find disease.“

A. T. Still, MD

entwickeln: die Osteopathie. Still ging davon aus, dass der Knochen das Zentrum einer Extremität darstellt bzw. als Wirbelsäule des Rumpfes gesehen wird und dort die Ursache krankmachender Störungen gefunden werden kann. Durch Untersuchung und Behandlung des Bewegungssystems sollen so eine Vielzahl von Krankheiten geheilt und Medikamente, die er als schadenbringend erachtete, vermieden werden.

Still postulierte diese vier humoral dominierten Grundregeln:

- Die Rolle der Arterie ist essenziell.
- Der Körper ist eine Funktionseinheit.
- Die Funktion bestimmt die Körperstruktur und vice versa.
- Der Körper besitzt die Fähigkeit zur Selbstregulation.

Nach seiner Auffassung werden alle Funktionen des menschlichen Organismus durch regelrechten unbehinderten Fluss im Gefäß- und Nervensystem ermöglicht. Eine Störung desselben, ebenso wie eingeschränkte Muskel- oder Gelenkfunktion, führt zu Krank-

heitssymptomen. Still hielt das Stütz- und Bewegungssystem für einen integralen Teil des Körpers und meinte, dass Veränderungen in diesem System die Gesundheit des Individuums beeinflussen, so auch dessen Fähigkeit, sich von Verletzung und Krankheit zu erholen. Schon im frühen 19. Jahrhundert vertrat Virchow die Ansicht, dass eine Wechselwirkung zwischen Struktur und Funktion bestehe. Still integrierte dieses Konzept und war überzeugt, dass die Struktur über die Funktion bestimme und die Funktion ihrerseits die Struktur beeinflusse. Die Anwendung der Manipulationstherapie war ein wesentlicher Bestandteil seiner Philosophie. Er vertrat die Meinung, dass die Wiederherstellung der maximalen funktionellen Fähigkeiten des Körpers auch das allgemeine Wohlbefinden erhöhe und die Gesundung von Krankheit und Verletzungen fördere.

Er sah daher in anatomischen Funktionsstörungen die wichtigsten Krankheitsauslöser:

- „Jede Krankheit entsteht durch funktionale anatomische Anomalie („anatomical abnormality“).“
- „Funktionale anatomische Anomalie verursacht physiologische Disharmonie („physiological discord“).“

Still definierte damit auch die heute gültige Vorgangsweise, die Normalfunktion zu testen, um Fehlfunktionen, also Funktionsstörungen, aufzuspüren. „An osteopath reasons from his knowledge of anatomy. He compares the work of the abnormal body with the work of the normal body.“

Die osteopathische Diagnose basiert auf einer gründlichen Anamnese und klinisch funktionellen Untersuchung, die zu der von ihrem anatomischen Korrelat ausgelösten Krankheit hinführt. Durch manuelle Untersuchungen können diese anatomischen Barrieren detektiert und durch Anwendung adäquater Behandlungstechniken beseitigt werden. Damit werden Selbstheilungskräfte aktiviert und führen zu einem idealen Gesundheitszustand.

Still gründete 1892 „The American School of Osteopathy“ in Kirksville, Missouri, die heutige A.T. Still University.

Wesentliche Bereiche der osteopathischen Medizin umfassen die parietale Osteopathie, zu der die Untersuchung und Behandlung von Gelenken, Muskulatur und Bindegewebe gehören. Die viszerale Osteopathie therapiert innere Organe über deren bindegewebige Aufhängestrukturen. Die kraniale Osteopathie arbeitet mittels Palpation von rhythmischen Bewegungen der Schädelknochen, des Gehirns mit Gehirnhäuten und des Liquors.

Die somatische Dysfunktion

Ein zentrales Thema in der parietalen Osteopathie stellt die somatische Dysfunktion, „somatic dysfunction“, früher „the osteopathic lesion“ genannt, dar. Es handelt sich um eine Störung der Funktion von miteinander in Beziehung stehenden Strukturen des Körpers wie Gelenken oder myofaszialen Strukturen einschließlich deren Gefäß-, Lymph- und Nervenversorgung. Die Diagnostik solcher Störungen folgt dem Merkwort „TART“ – „Tissue texture“, „asymmetry“, „restriction“ oder „range of motion“ und „Tenderness“. Im Rahmen eines schichtweisen und segmentalen Vorgehens wird

bei der osteopathischen Untersuchung also der Gewebezustand überprüft. Dazu zählen Temperatur, Oberflächenbeschaffenheit, Verquellung, Tonus von Haut, Subkutis, Faszien, Bändern und Muskulatur. Mittels Inspektion und Palpation werden Asymmetrien unter anderem in Bezug auf die Schulterhöhe, die Höhe der Beckenkämme oder Form und Funktion des Thorax getestet. Zur Überprüfung des Bewegungsausmaßes beziehungsweise der Bewegungseinschränkung wird das Modell der Barrieren herangezogen. Das normale Bewegungsausmaß wird durch die physiologische Barriere begrenzt, durch Einsatz externer Kräfte eines Untersuchers wird darüber hin-

aus die anatomische Barriere erreicht. Eine pathologische oder restriktive Barriere findet sich bei Funktionsstörungen mit oder auch ohne degenerative Veränderungen. Bei diesem Untersuchungsschritt wird auch das Endgefühl überprüft, welches Unterscheidungen der Ursache der Bewegungseinschränkung – myogen, ligamentär, arthrogen – zulässt. Die Schmerzpalpation rundet die Untersuchung ab und detektiert schmerzhafteste Maximalpunkte („tender points“) und Triggerpunkte. Zur Diagnostik vertebraler segmentaler Funktionsstörungen existieren relativ komplexe Modelle, mit deren Hilfe die Position eines Wirbels oder einer Gruppe von Wirbeln in einem funkti-



Abb. 1: Myofasziale Weichteiltechnik



Abb. 2: Kraniale Osteopathie

onell eingeschränkten Wirbelsäulenabschnitt hinsichtlich Rotation und Seitneigung bei Extension oder Flexion beurteilt wird – daraus ergibt sich dann fließend der Behandlungsansatz.

In der parietalen Osteopathie kommen mannigfaltige Therapieformen zur Anwendung, welche eine Weiterentwicklung von A. T. Stills Konzept oder auch innovativer Konzepte seiner Schüler und von deren Schülern darstellen. Viele dieser Techniken werden in Kombination angewandt.

Muskel-Energie-Technik

Die Muskel-Energie-Technik („muscle energy technique“) wurde in der Form, in der sie heute angewandt wird, 1948 von Fred Mitchell Sr., D.O., beschrieben. Diese Technik dient zur Behandlung von in der Funktion eingeschränkten Gelenken oder Wirbelsegmenten mit meist reaktiv hypertoner Muskulatur. Es handelt sich dabei um eine direkte Technik mit dem Ziel, das Bewegungsausmaß über die restriktive Barriere hinaus zu verbessern. Der Therapeut bringt das zu behandelnde Gelenk in eine erreichbare Endstellung und leistet leichten Widerstand gegen die aktive Muskelanspannung des Patienten in definierter Position weg von der restriktiven Barriere. Durch die folgende muskuläre Entspannung kann der Therapeut nun eine neue Barriere mit verbessertem Bewegungsausmaß im Sinne der postisometrischen Relaxation einstellen. Diese Behandlungsschritte werden mehrfach wiederholt, eine abschließende Untersuchung weist den Therapieerfolg nach.

„Counterstrain“

Die „Counterstrain“-Technik („strain-counterstrain“, Jones-Technik, früher „spontaneous release by positioning“) geht auf Lawrence Jones, D.O. (1955), zurück. Diese indirekte, also in die freie Bewegungsebene agierende Behandlungsmethode dient zur Korrektur von Funktionsstörungen verbunden mit schmerzhaft verspannter Muskulatur. Der Therapeut identifiziert einen schmerzhaften Maximalpunkt („ten-

der point“), erhält weiter den Kontakt zu diesem Punkt, während er den Patienten in einer entspannten Haltung positioniert. Gibt der Patient nun eine signifikante Schmerzreduktion an, wird er in dieser Position für neunzig Sekunden (Brustwirbelsäule und Thorax hundertzwanzig Sekunden) belassen, dann erfolgen die Rückführung in die Ausgangsposition und eine neuerliche Schmerzpalpation. Im Idealfall besteht Schmerzfreiheit und der betroffene Muskel ist relaxiert.

Manipulation mit Impuls

Eine sehr effektive direkte Behandlungstechnik, um Restriktionen, speziell von Wirbelsegmenten, zu lösen, ist die Manipulation mit Impuls („high-velocity, low-amplitude“, kurz HVLA oder Thrust-Technik). Nach Einstellung der restriktiven Barriere wird ein schneller therapeutischer Impuls von sehr kurzer Dauer und kleinem Bewegungsausmaß vorwiegend an ein Gelenk appliziert, um durch Aktivierung von Rezeptoren dessen Funktion zu verbessern. Anders als in der europäischen manuellen Medizin oder der Chirotherapie, wo diese Technik isoliert und schwerpunktmäßig zum Einsatz kommt, wird sie in der osteopathischen Medizin seltener und immer mit anderen, vor allem Weichteiltechniken kombiniert angewandt.

Myofasziale Weichteiltechnik

Eine in der osteopathischen Medizin häufig angewandte Behandlungsmethode stellt die myofasziale Weichteiltechnik („myofascial release“, kurz MFR) dar. Wie schon der Name sagt, werden primär Muskeln und deren Faszien behandelt. Die Bezeichnung „myofascial release“ wurde in den 1960er-Jahren von Robert Ward, D.O., geprägt, die Techniken gehen teilweise auf A. T. Still zurück. Als Indikation gilt eine verspannte oder verkürzte, oft schmerzhafte Muskulatur, die als Ursache von Funktionsstörungen angesehen werden kann. Die Behandlung kann als direkte Technik gegen die Barriere eingesetzt werden, bei starken Schmerzzuständen kann auch primär oder ausschließlich

indirekt, also in die freie Richtung gearbeitet werden. Nach Herstellung eines Tiefenkontakts zur zu behandelnden Schichte wird bei der direkten Technik die restriktive Barriere eingestellt. Durch Dehnung der myofaszialen Strukturen, Elongation der Faszie und Lösung von Adhäsionen zwischen Bindegewebsschichten werden Rezeptoren aktiviert, eine Abnahme des Tonus und der Verspannung erzielt und der Blut- und Lymphfluss verbessert. Die indirekte Technik übt wesentlich sanfteren Druck in die Richtung des geringsten Widerstandes aus und folgt dem Gewebe in Richtung der Detonisierung, was auch als „unwinding“ bezeichnet wird, bis zum Zustand der völligen Relaxation („stillpoint“). Diese myofaszialen Weichteiltechniken können mit einer Impulsbehandlung abgeschlossen oder mit „strain-counterstrain“ kombiniert werden.

Viszerale Osteopathie

Innere Organe, die durch Faszien- und Bandstrukturen befestigt sind, können durch Verspannungen im Aufhänge-mechanismus in der Beweglichkeit beeinträchtigt werden. Dadurch entstehen Funktionsstörungen der Organe selbst, über Reflexe werden ebenso Störungen am Skelettsystem ausgelöst. Spannungsänderungen an inneren Organen werden in ihrer Eigendynamik wie auch im Organverbund ertastet, durch Lösung der Verspannungen der Bänder behandelt und damit die physiologische Funktion der inneren Organe wiederhergestellt. Dies entspricht dem Konzept der viszerovertebralen und vertebroviszeralen Reflektorik.

Kraniale Osteopathie

Die kraniale Osteopathie geht auf Überlegungen von William G. Sutherland, D.O., in den 1930er-Jahren zurück. Er kam zur Erkenntnis, dass die Schädelsturen nicht verknöchern und eine physiologische Beweglichkeit zulassen. Inhärente Pulsationen von Gehirn und Rückenmark erzeugen den kranialen rhythmischen Impuls, welcher Auswirkungen auf die Schädelknochen, die intrakraniellen und intraspinalen

Membranen, die Fluktuation der Liquorflüssigkeit und die Motilität des Sakrums hat. Der kraniale rhythmische Impuls reagiert auf Traumen, chronische Erkrankungen, psychische Belastungen, körperliche Aktivitäten und auf die Atmung. Er ist durch kraniosakrale Techniken beeinflussbar, wodurch Auswirkungen auf das gesamte Stütz- und Bewegungssystem erzielt werden.

Konservative Orthopädie

Die konservative Orthopädie ist wohl als die ureigenste Form der Orthopädie anzusehen. Sie setzt sich mit dem gesamten Stütz- und Bewegungssystem auseinander, berücksichtigt Leidenszustände, die anderen Fachbereichen, wie zum Beispiel der inneren Medizin oder der Nervenheilkunde, zugeordnet werden, und setzt sich mit der seelischen Befindlichkeit und den unmittelbaren Lebensumständen der Betroffenen auseinander. Der Patientenkontakt ergibt

sich üblicherweise durch Schmerzwahrnehmung, verursacht durch Nozizeption aufgrund einer gestörten Funktion unterschiedlicher Genese, teilweise begründet durch degenerative oder posttraumatische Veränderungen. Die Vielfalt der Entstehungsmöglichkeiten der Schmerzbilder erfordert eine umfassende Anamnese- und Statuserhebung, die unbedingt eine gründliche manuelle Untersuchung beinhaltet. Dies entspricht den Prinzipien der osteopathischen Medizin – ein holistischer Diagnose- und Therapieansatz gestützt auf manuelle Untersuchungs- und Behandlungstechniken. Ähnlich ist auch die zum Teil kontroverse Datenlage in der auf Evidenz basierten Medizin. Therapieerfolge, wie das plötzliche Abklingen mehrfach untersuchter und behandelter Knieschmerzen nach chirotherapeutischer Manipulation des Segmentes L3/4 oder das Sistieren monatelang erfolglos therapierter Kopfschmerzen seit einer

Sprunggelenksdistorsion durch manuelle Korrektur eines Kreuzdarmbeingelenkes, lassen sich schwer durch randomisierte Doppelblindstudien belegen.

Die große Anzahl der vorgemerkten Patienten an den Spezialabteilungen für konservative Orthopädie beweist deren Bedeutung im Gesundheitssystem, ebenso erfreut sich die Ausbildung in osteopathischer Medizin steigender Nachfrage. Bleibt nur noch eine Frage: Ist der konservative Orthopäde ein osteopathischer Arzt oder der osteopathische Arzt ein konservativer Orthopäde? ■

Literatur beim Verfasser

Autor: Dr. Thomas Rustler
 Facharzt für Orthopädie, Spezialisierung
 konservative Orthopädie
 Oberarzt am Wirbelsäulenzentrum im
 Orthopädischen Spital Wien-Speising
 E-Mail: thomas.rustler@oss.at ■04