

Winfried Abt

Osteobalance

Leitfaden Dynamische Wirbelsäulentherapie

Wichtiger Hinweis: Der Autor hat große Sorgfalt auf die (therapeutischen) Angaben, insbesondere Konzentrationen, Dosierungen, Indikationen und Warnhinweise, verwendet. Dennoch entbindet dies den Anwender dieses Werkes nicht von der eigenen Verantwortung. Weder der Autor noch der Verlag können für eventuelle Nachteile und Schäden eine Haftung übernehmen, die aus den im Buch gemachten Hinweisen resultieren.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet abrufbar - über <http://portal.d-nb.de>.

© 2011 Foitzick Verlag GmbH, Augsburg
www.foitzick-verlag.de

Zuschriften an den Verlag an: info@foitzick-verlag.de

Lektorat: Andreas Beutel, Foitzick Verlag GmbH, Augsburg
Layout und Satz: Prinz 5 GmbH, Augsburg
Druck und Bindung: Buchproduktion Thomas Ebertin, Uhltingen/Bodensee
Titelabbildung: Winfried Abt, Prinz 5 GmbH
Fotos: siehe Bildnachweis S. 123

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem Weg und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, bleiben vorbehalten.

ISBN 978-3-929338-59-1

Inhalt

Vorwort	8
Bedienungsanleitung	11
A Grundlagen	13
1 Von der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp zur Osteobalance	15
2 Dreidimensionale Beckenstatik - Aspekte aus Anatomie und Morphologie	17
Die Hauptachsen und -ebenen am menschlichen Körper.	17
Das Becken mit dem Iliosakralgelenk.	17
Beinlängendifferenzen - Hüftgelenkszentrierung	26
3 Die Wirbelsäule	29
Wirbelkörper und Facettengelenke.	29
Gelenkblockaden und was daraus entstehen kann	31
Entstehung von Fehlstellungen: Modell und Wirklichkeit.	33
Wirbelkörperverschiebungen und mögliche Folgen auf Organe.	37
B Vor der Behandlung	43
1 Vorbereitung der Behandlung und Anamnese	44
Ausstattung für die Osteobalance-Therapie	44
Anamnese und Befunderhebung	44
Wirbelsäulenmassage und andere Maßnahmen	45
2 Anwendungsgebiete	46
3 Kontraindikationen	47
Tumore	47
Unfälle	47
Künstliche Hüftgelenke.	47
Entzündungen und Infektionen	48
Bandscheibenvorfälle und neurologische Ausfälle	48
Osteoporose	48
4 Reaktionen während der Behandlung	49
Schmerzverstärkung.	49
Kreislaufreaktionen	49
Andere Reaktionen	50

C Osteobalance-Therapie Schritt für Schritt **51**

1 Untersuchung und Behandlung des Beckens	54
Beinlängen-Differenzen und Hüftgelenkszentrierung	54
Vertikaler Beckenschiefstand	56
Iliosakralgelenksblockaden	58
Kreuzbeintorsionen	61
Steißbeinfehlstellungen	63
Blockade in Vorschreitstellung	64
Blockade in Rückschreitstellung	68
Innenrotation des Iliums	70
Außenrotation des Iliums	71
Horizontaler Beckenschiefstand in Außenrotation	72
Horizontaler Beckenschiefstand in Innenrotation	73
Stabilisierung der Symphyse und der Beckenbänder	74
Zusammenfassung der Beckenbehandlung	75
2 Untersuchung und Behandlung der Wirbelsäule	76
Untersuchung und Behandlung der Lendenwirbelsäule	77
Untersuchung und Behandlung der Brustwirbelsäule	81
Untersuchung und Behandlung des zervikothorakalen Übergangs	83
Untersuchung und Behandlung der Halswirbel C7 bis C2	85
Untersuchung und Behandlung des Halswirbel C1	86
Verschiebung der Occipitallinie (vertikale Schädelplattenverschiebung)	89
3 Untersuchung und Behandlung anderer Strukturen mit gelenkigen Verbindungen	90
Fehlstellungen des Fibulaköpfchens	90
Fehlstellungen der Clavicula	93
Blockade der ersten Rippe	94
Subluxation Kiefergelenk	95
Kniegelenk (unspezifisch)	96
Hüftgelenke (unspezifisch)	97
Sprunggelenke (unspezifisch)	97
Handwurzelgelenke	97
Ventralisierte Wirbelkörper	98
Dorsalisierte Wirbelkörper	100

D Nach der Behandlung **101**

1 Osteobalance-Gymnastik	104
Hausaufgaben	104
Unterstützende Übungsprogramme	108
Selbsthilfe bei Trigger- oder Tenderpunkten	111
Verhalten im Alltag	112



Osteobalance-Therapie Schritt für Schritt

Untersuchung und Behandlung des Beckens	54
Untersuchung und Behandlung der Wirbelsäule.	76
Untersuchung und Behandlung anderer Strukturen mit gelenkigen Verbindungen	90

Begriffsbestimmung

Vorab soll der Versuch unternommen werden, Bewegungen und Stellungen der therapierenden Hände in Worte zu fassen, um durch raumorientierte Informationen die Positionierungen und das Verstehen der Techniken zu erleichtern:

- ▶ Kopfhand: die Hand des Therapeuten, die näher am Kopf des Patienten angelegt wird (cranialer)
- ▶ Fußhand: die Hand des Therapeuten, die näher am Fuß des Patienten angelegt wird (caudaler)
- ▶ Medialhand: die Hand, die näher an die Körpermitte des Patienten angelegt wird
- ▶ Lateralhand: die Hand, die weiter weg von der Körpermitte des Patienten angelegt wird
- ▶ Ventral- oder Bauchhand: die Hand, die bei seitlichem Stand des Therapeuten auf der Körpervorderseite des Patienten anliegt
- ▶ Dorsal- oder Rückenhand: die Hand, die bei seitlichem Stand des Therapeuten auf der Körperrückseite des Patienten anliegt (Luck, S. 33)
- ▶ Fühlfinger: der Finger des Therapeuten, der tastet und palpiert und paravertebral im Sulcus zwischen Dorn- und Querfortsatz den maximalen Spannungspunkt hält.

Das Prinzip der Behandlung

In dem folgenden Kapitel werden die einzelnen Behandlungsschritte der Osteobalance erläutert. In der Praxis hat sich diese Reihenfolge als folgerichtig und effektiv herausgestellt. Es handelt sich um den Idealfall, deshalb nochmals der Hinweis, dass von dieser Reihenfolge im individuellen Fall abgewichen werden muss oder kann.

Die einzelnen Schritte bei der Behandlung folgen immer dem gleichen Grundschemata: **Kontrolle – Korrektur – Kontrolle der Korrektur.**

Das heißt, der Therapeut überprüft, diagnostiziert, kontrolliert einen bestimmten statischen Zustand. Falls nötig, korrigiert er ihn und kontrolliert sofort anschließend, ob die Korrektur erfolgreich war oder nicht.

Für die Kontrolle (Diagnose) werden die drei Kriterien herangezogen:

- ✓ Druck oder Schmerz?
- ✓ Eindringtiefe – Spannung im Gewebe?
- ✓ Seitenvergleich?

Die verschiedenen Schritte und Arbeitstechniken werden nun im Einzelnen beschrieben. In der Regel wird dabei nach folgendem Schema gegliedert:

Korrektur/en: in der Grundform-
der Dynamischen Wirbelsäulen-
therapie nach Popp

Korrektur/en: in den Varianten
der Osteobalance.

Der klassische Behandlungsaufbau der Osteobalance

Für den Anfänger, aber auch für den erfahrenen Profi ist es wichtig, eine Leitschnur des Handelns, einen roten Faden, zu haben. Was wir schon immer automatisch in unsere Behandlung integriert haben, wird heute als ganz bewusst erlebtes und systematisches Clinical Reasoning diskutiert.

Der klassische und komplette Behandlungsablauf der Osteobalance geht auf die Dynamische Wirbelsäulenthherapie nach Popp zurück und sieht im Überblick idealerweise wie folgt aus:

- ✓ Kontrolle der Beinlängen, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle des Beckens auf vertikale Beckenschiefstände, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle des ISG, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle auf Blockaden in Vorschreit- und Rückschreitstellung, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle des Beckens auf horizontale Beckenschiefstände, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle auf Beckenverwringungen in Außen- und Innenrotation, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle des Kreuzbeins, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle des Fibulaköpfchens, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Stabilisierung der Symphyse
- ✓ Kontrolle der LWS, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle der BWS, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle der HWS, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle des Atlas, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle der Occipitallinie, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle der 1. Rippe, gegebenenfalls Korrektur
- ✓ Kontrolle der Arm- und Beingelenke, gegebenenfalls Korrektur.

Wenn viele Blockaden vorhanden waren, ist unbedingt darauf zu achten, dass nochmals eine Kontrolle der ISG's und gegebenenfalls deren Korrektur erfolgt.

Anhand des roten Fadens wird die erfolgreiche Behandlung aufgebaut; die vorstehende Tabelle zeigt die Behandlung im Idealfall. Sehr oft wird diese aus der Erfahrung gewonnene ideale Abfolge aufgrund der Schmerzsituation und der Immobilität des Patienten nicht einzuhalten sein - ein Patient mit akutem Hexenschuss wird nicht abwechselnd stehen - sitzen - siegen können. Dann verlangt die Situation nach Abweichungen vom Schema. Der Therapeut weicht vom Schema ab, behandelt und wird bewusst wieder zum Faden zurückkommen.

1 Untersuchung und Behandlung des Beckens

Die Beckenfehlstellungen und -verwringungen werden einzeln beschrieben, können jedoch in unterschiedlichen Kombinationen auftreten.

1.1 Beinlängen-Differenzen und Hüftgelenkszentrierung

Beinlängen-Differenzen und Hüftgelenkszentrierung sind nicht knöchernen Ursprungs. Bänder, Kapseln und dysbalancierte Muskulatur sind Verursacher! Unsere Arbeitshypothese ist: Hüftgelenkszentrierung (siehe Kapitel A 3.3).

Kontrolle

Der Patient liegt in Rückenlage, die Beine sind gestreckt. Der Therapeut umfasst beide Fußgelenke des Patienten an den Knöcheln. Die Daumen des Therapeuten zeigen auf gleicher Höhe zueinander (A, B). Er hebt die Beine etwas von der Unterlage ab. Der Patient richtet seinen Oberkörper zum Langsitz auf. In der aufgerichteten Langsitzposition kommt bei einer Beinlängendifferenz ein Knöchel – und somit der Daumen des Behandlers als Zeiger tiefer, also caudaler zu liegen. Das Bein ist scheinbar länger geworden. Die tiefere Seite wird korrigiert.

Korrektur

Der Therapeut steht auf der betroffenen Seite, er legt die Ferse des tieferen/längeren Beins unterhalb des Knies des anderen Beins an. Mit der Fußhad hält er die Ferse oder den Vorfuß, mit der Kopfhand wird das Knie nach außen in eine Abduktionsstellung geführt (C). Danach gibt er einen axialen Druck auf das Knie in Richtung Hüftgelenk, führt das Bein unter diesem Druck zurück und legt es gefühlvoll ab.

Variante 1: Bei total verspannter Hüft- und Beckenmuskulatur hat sich folgende Vorentlastung bewährt: Der Patient hebt mit aufgestützten Beinen dreimal sein Becken in die Höhe und lässt es locker wieder auf die Unterlage sinken.

Variante 2: Wenn die Testung nicht möglich ist, z. B. aufgrund eines akuten Lumbago die Einnahme des Langsitzes nicht ausgeführt werden kann, kann bei gleicher Ausgangslage (Rückenlage) der Patient gebeten werden, nur Kopf und Schulter circa 10 Zentimeter leicht anzuheben. Auf der Seite des »längeren Beines« wird sich ganz kurzzeitig eine minimale Verlagerung des testenden Daumens nach caudal zeigen. Diese Variante benötigt eine genaue Tastung, schnelles Erfassen der Situation (»Sofortbild«), erfordert also ein bisschen Einübung und Erfahrung, ist aber mit etwas Übung annähernd so aussagekräftig wie das komplette Aufsitzen. Sie wird sehr häufig angewandt.



Variante 3: Das Phänomen, dass sich die stärker betroffene Seite immer zuerst zeigt, imponiert nicht nur hier, sondern auch bei vielen anderen Fehlstellungen. Das erleichtert dem Therapeuten insofern die Arbeit, als es ihm die Möglichkeit gibt, bei unklarer Ausgangslage – also nicht eindeutig im Seitenvergleich abweichendem Befund – auf einer Seite eine sanfte Korrektur einzuleiten und deren Erfolg zu kontrollieren.

Kommentar

Die Erfahrung zeigt, dass bei einer massiven ISG-Blockade die beiden Knöchel einen nicht weiter zu korrigierbaren Unterschied behalten. Der angewandte Test ist in seiner Erfassung von Derbolowsky als Zeichen für ISG-Blockaden verwendet worden, was sich in solchen Situationen auch bestätigt. Außerdem gehen wir davon aus, dass jede Beckenfehlstellung Auswirkungen auf die Lage des Hüftbeines hat. Also kann eine absolute Gleichstellung beider Beinlängen erst nach vollständiger Behandlung des Beckens in seinen drei Dimensionen erwartet werden. Wenn man die ganzheitliche Sichtweise konsequent weiterdenkt, kann sie sogar endgültig erst nach Behandlung aller mit dem Becken korrespondierenden Strukturen, vor allem auch des Atlas, und nicht bereits nach der scheinbaren Korrektur der Beinlängen erfolgen.