

- Becken- und Wirbelsäulenbeschwerden sanft behandeln
- Entwickelt aus der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp

Winfried Abt

Osteobalance

Leitfaden Dynamische Wirbelsäulentherapie



LESEPROBE

Osteobalance

Leitfaden Dynamische Wirbelsäulentherapie

Winfried Abt



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.

2. Auflage 2020

© ML Verlag in der
Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

1. Auflage 2011 Foitzick Verlag, Augsburg

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme ist unzulässig und strafbar.

Titelbild: © glisic_albina – stock.adobe.com

www.ml-buchverlag.de

ISBN: 978-3-96474-319-0

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. Auflage	6
Bedienungsanleitung	9
A Grundlagen	11
1 Von der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp zur Osteobalance	13
2 Dreidimensionale Beckenstatik – Aspekte aus Anatomie und Morphologie	15
2.1 Die Hauptachsen und -ebenen am menschlichen Körper	15
2.2 Das Becken mit dem Iliosakralgelenk	15
2.3 Beinlängendifferenzen – Hüftgelenkszentrierung	24
3 Die Wirbelsäule	27
3.1 Wirbelkörper und Facettengelenke	27
3.2 Gelenkblockaden und was daraus entstehen kann	29
3.3 Entstehung von Fehlstellungen: Modell und Wirklichkeit	31
3.4 Wirbelkörperverschiebungen und mögliche Folgen auf Organe	37
B Vor der Behandlung	43
1 Vorbereitung der Behandlung und Anamnese	44
1.1 Ausstattung für die Osteobalance-Therapie	44
1.2 Anamnese und Befunderhebung	44
1.3 Wirbelsäulenmassage und andere Maßnahmen	45
2 Anwendungsgebiete	46
3 Kontraindikationen	47
3.1 Tumore	47
3.2 Unfälle	47
3.3 Künstliche Hüftgelenke	47
3.4 Entzündungen und Infektionen	48
3.5 Bandscheibenvorfälle und neurologische Ausfälle	48
3.6 Osteoporose	48
4 Reaktionen während der Behandlung	49
4.1 Schmerzverstärkung	49
4.2 Kreislaufreaktionen	50
4.3 Andere Reaktionen	50

C Osteobalance-Therapie Schritt für Schritt	51
1 Untersuchung und Behandlung des Beckens	54
1.1 Beinlängen-Differenzen und Hüftgelenkszentrierung	54
1.2 Vertikaler Beckenschiefstand	56
1.3 Iliosakralgelenksblockaden	57
1.4 Kreuzbeintorsionen	60
1.5 Steißbeinfehlstellungen	62
1.6 Blockade in Vorschreitstellung	63
1.7 Blockade in Rückschreitstellung	66
1.8 Innenrotation des Iliums	68
1.9 Außenrotation des Iliums	69
1.10 Horizontaler Beckenschiefstand in Außenrotation	70
1.11 Horizontaler Beckenschiefstand in Innenrotation	71
1.12 Stabilisierung der Symphyse und der Beckenbänder	72
1.13 Zusammenfassung der Beckenbehandlung	73
2 Untersuchung und Behandlung der Wirbelsäule	74
2.1 Untersuchung und Behandlung der Lendenwirbelsäule	74
2.2 Untersuchung und Behandlung der Brustwirbelsäule	79
2.3 Untersuchung und Behandlung des zervikothorakalen Übergangs	81
2.4 Untersuchung und Behandlung der Halswirbel C7 bis C2	82
2.5 Untersuchung und Behandlung des Halswirbel C1	84
2.6 Verschiebung der Occipitallinie (vertikale Schädelplattenverschiebung)	87
3 Untersuchung und Behandlung anderer Strukturen mit gelenkigen Verbindungen	88
3.1 Fehlstellungen des Fibulaköpfchens	88
3.2 Fehlstellungen der Clavicula	90
3.3 Blockade der ersten Rippe	91
3.4 Subluxation Kiefergelenk	93
3.5 Kniegelenk (unspezifisch)	94
3.6 Hüftgelenke (unspezifisch)	95
3.7 Sprunggelenke (unspezifisch)	95
3.8 Handwurzelgelenke	95
3.9 Ventralisierte Wirbelkörper	96
3.10 Dorsalisierte Wirbelkörper	97
D Nach der Behandlung	99
1 Osteobalance-Gymnastik	102
1.1 Hausaufgaben	102
1.2 Unterstützende Übungsprogramme	106

1.3 Selbsthilfe bei Trigger- oder Tenderpunkten	109
1.4 Verhalten im Alltag	110
Anhang	111
Studie zur Wirksamkeit der Osteobalance®	112
1. Studiendesign	112
2. Primäre Zielparameter	112
3. Sekundäre Zielparameter	113
4. Durchführung der Aufnahmen und Ablauf der Behandlung	113
5. Auswertung nach der Messung.	113
6. Qualitatives Forschungsergebnis	115
7. Zusammenfassung	117
8. Resümee.	117
Die Heidelberger Beckenstudie	118
Einleitung	118
Das Thema der Studie	118
Zum Studienablauf	118
Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie	119
Die Ergebnisse im Detail	119
Adressen	122
Osteobalance-Ausbildung	122
Geräte/Hilfsmittel	122
Abbildungsnachweis	122
Literaturhinweise	123
Zeitschriften.	124
Schluss	125

Vorwort zur 2. Auflage

Osteobalance – zwischen Dorn und Osteopathie – so hieß vor zehn Jahren der Slogan, der den Standort der Methode, die in diesem Buch beschrieben wird, bestimmte. Die Osteobalance ist eine immer noch junge, relativ einfache, klar strukturierte und sanfte Art, um Becken- und Wirbelsäulenbeschwerden zu behandeln.

Die Osteobalance gründet auf der Dynamischen Wirbelsäulenthherapie nach Popp, diese wiederum hatte sich in den 90er Jahren als Weiterentwicklung der Methode Dorn etabliert. Sie ist aus der praktischen Erfahrung mit Patienten entstanden und arbeitet mit Denkmodellen, von denen wir verlangen, dass sie in der täglichen Arbeit wiederholbar und nachvollziehbar sein müssen. Das heißt nicht, dass die Denkmodelle und ihre praktische Umsetzung in jedem Fall der sogenannten medizinischen Lehrmeinung entsprechen. Osteobalance orientiert sich in erster Linie an ihrer Wirkung und dem Wohlbefinden der damit behandelten Personen.

Ich habe immer schon eine gewisse Neugier verspürt, Dinge zu hinterfragen. Mit dem Spruch »Wer heilt, hat recht« kann ich mich nur bedingt zufriedengeben. Deshalb versuche ich – und das ist ebenfalls Intention dieses Buches – nicht nur die Anwendung zu beschreiben, sondern so gut es mir möglich ist, zu begründen, warum wir was wie machen. Spätestens wenn man eine Methode in Kursen lehrt, stellt sich diese Frage mit Nachdruck. Während die Beschreibung unserer bewährten Techniken und Handgriffe weniger problematisch ist, stoße ich beim Versuch der Erklärung und der Beweisführung für die Osteobalance natürlicherweise an Grenzen. Mein Bemühen, die Dinge zu erklären, erhebt deshalb keinen Anspruch auf Forschung im wissenschaftlichen Sinne. Es wäre auch unangebracht, wenn ich mich mit Klinikern oder den Osteopathie- oder Chirotherapie-Schulen messen wollte. Meine Absicht ist es dennoch, über die reinen Grifftechniken hinaus nachvollziehbare Hypothesen zu liefern, mit denen der Praktiker sein Handeln in der Osteobalance reflektieren und bewusst einsetzen kann. Die Hypothesen orientieren sich an praxisbezogenen Standardwerken der manuellen Medizin, der Chirotherapie und der Osteopathie und in dieser Auflage auch an den Resultaten der Fasziensforschung. Das Lehrbuch versteht sich zuerst als Manual für den Therapeuten in der Praxis. Darüber hinaus kann es gerne auch Anregung für die naturheilkundliche Forschung sein. Sabine Hohmann hat sehr früh versucht, die Wirksamkeit der DWP in einer Pilotstudie empirisch zu belegen. Ich selbst habe 2016 eine Ph.D. Dissertation zur Osteobalance mit einem empirischen Teil an der University of Natural Medicine in San Dimas, USA vorgelegt. Untersuchungen an größeren Populationen müssten folgen.

Die Grundprinzipien der Osteobalance können von ausgebildeten Therapeuten relativ schnell erlernt werden. Dieses Buch richtet sich deshalb einerseits an Therapeuten, die bereits ein Seminar besucht haben und es als Nachschlagewerk nutzen, andererseits soll Interesse an der Therapieform geweckt werden. Auch interessierte Laien und Patienten werden eine Fülle von Informationen zum großen Thema Wirbelsäulenbeschwerden vorfinden.

Auch für die zweite Auflage gilt, dass das vorliegende Ergebnis als ein nächster Schritt in einem dynamischen Prozess des Lehrens und Lernens in der Osteobalance zu verstehen ist, der nie zu Ende sein kann. Es soll dem Leser als Handwerkszeug und Grundlage dienen, nach einem definierten Rahmen zu arbeiten, innerhalb dieses Rahmens jedoch eigene Kreativität, Erfahrung und Anregungen zu entwickeln. Deshalb sind konstruktive Rückmeldungen ausdrücklich erwünscht.

Ich bin 1998 auf die Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp gestoßen, weil sie als Weiterentwicklung der damals noch jungen Dorn-Therapie beworben wurde. Wie aufgezeigt werden wird, ist man von gleichen Grundideen ausgegangen, hat sich aber sehr schnell an verschiedenen Stellen differenzierter mit der Funktion des menschlichen Bewegungsapparates auseinandergesetzt. Dies ist ein Grund, warum ich an einigen Stellen Bezüge zur Methode Dorn herstellen werde. Andererseits respektiert die Osteobalance, dass es etwa mit der Osteopathie eine Medizin und Philosophie gibt, die mit der Kraft und dem geballten Wissen ihrer jahrzehntelangen, ja jahrhundertlangen Erfahrung in den verschiedensten Schulen und Varietäten noch viel differenzierter ist. Dies wiederum ist der Grund, warum ich vor allem im Theorieteil öfters einen Blick auf die Osteopathie wage.

Die Osteobalance fühlt sich wohl – zwischen Dorn und Osteopathie!

Im Jahre 2004 haben die Begründer der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp den Wunsch, ihre Methode weiterzuführen, an mich herangetragen. Dies habe ich als Gesamtkoordinator der »Arbeitsgemeinschaft Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp« gerne übernommen. In dieser ARGE haben sich anfangs ca. 10 Kolleginnen und Kollegen zusammengetan und die Ausbildung in der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp unter meiner Leitung standardisiert.

Auf den Grundprinzipien der Methode Popp aufbauend haben wir im Laufe der Zeit viele Handgriffe und Techniken deutlich erweitert, verändert und weiterentwickelt.

Diese Gesamtentwicklung hat mich 2008 dazu bewogen, die Verantwortung über das Erbe der Original DWP abzugeben und meine Neuerungen und meine Visionen unter dem Namen Osteobalance weiterzugeben.

Inzwischen sind über 10 Jahre vergangen und sehr viele Therapeuten haben bei mir und bei den autorisierten Kolleginnen in Deutschland und in der Schweiz Seminare besucht und die Ausbildung gemacht. Dort finden auch die Weiterentwicklungen ihren Platz. Viele melden uns zurück, dass die Osteobalance Kerntherapie ihrer Praxis ist, andere haben sie partiell in ihre tägliche Arbeit integriert.

Es haben sich Verbesserungen entwickelt, individuelle Ansätze herauskristallisiert, und das ist auch gut so; die Grundlagen und das Prinzip sind jedoch unverkennbar die gleichen geblieben, sie werden in diesem Buch vorgestellt.

Meine Erfahrung mit der Dynamischen Wirbelsäulentherapie ist die, dass sich leider auch auf diesem Gebiet der Heilkunde schwarze Schafe und Trittbrettfahrer tummeln. Deshalb und aus Respekt vor der geistigen Urheberschaft anderer betone ich an der Stelle ausdrücklich, dass die Fundamente der Osteobalance vor allem auf den Ideen von Helga und Eberhard Popp und in den Anfängen manches auf der Weiterentwicklung innerhalb der ARGE DWP beruhen.

Ich bedanke mich bei all denen, die in irgendeiner Art und Weise als Lehrerinnen und autorisierte Ausbilderinnen, als Hilfesuchende, als Schüler in den Seminaren, mit kritischen Beiträgen zur Entwicklung der Methode und somit zum Entstehen dieses Buches beigetragen haben. Vor allem die Wiederholungs- und Auffrischkurse brachten wertvolle Rückmeldungen aus der Praxis.

Dank auch alle, die bei der Erarbeitung dieses Buches mitgeholfen haben, Sabine Hohmann und Cynthia Roosen für die Korrekturvorschläge in der ersten Auflage, Isabell Schmid, Victoria Schnetz, Silke Thielmann und Susanne Bückle für die Fotoarbeiten. Ich danke dem damaligen Foitzick Verlag mit Herrn Beutel, der mich zur ersten Auflage motiviert hat und ich danke heute genauso dem MGO Fachverlag mit Frau Kretschmann, die mich in geduldiger und kompetenter Weise auf dem Weg zur zweiten Auflage begleitet hat.

Winfried Abt, Ph.D.
Fronhofen, im Sommer 2020*

* 2016, University of Natural Medicine, San Dimas, California, USA.

Bedienungsanleitung

Die Schwierigkeit, eine manuell durchgeführte Methode präzise zu beschreiben, macht auch vor diesem Buch nicht halt. Handelt es sich doch um Vorgänge, die in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient und in der Dreidimensionalität des Raumes stattfindet. Um der Wirklichkeit in der Praxis annähernd gerecht zu werden, ist es unabdingbar, sich mit ein paar Grundgedanken der Methode und ihrer Struktur auseinanderzusetzen, bevor die Techniken angewandt werden.

Dazu soll dieses Buch ein Wegweiser zum Erlernen der Methode und ein Begleiter zum bewussten Handeln und zur erweiterten Reflexion bei der täglichen Arbeit sein.

Es beginnt mit den Grundlagen der Methode, ihrer Philosophie und einigen modellhaften Erklärungsversuchen (siehe Kapitel »Grundlagen«). Im Kapitel »Vor der Behandlung« werden die Voraussetzungen für die Behandlung angesprochen.

Das Kapitel »Osteobalance-Therapie – Schritt für Schritt« versteht sich als der Hauptteil des Buches. Nach dem Behandlungsaufbau geordnet, werden die einzelnen Techniken und Handgriffe der Methode beschrieben, erläutert und, wenn notwendig, kommentiert. Wertvolle Tipps für die Praxis runden die Beschreibungen ab.

Auf dem Weg von der Dynamischen Wirbelsäulenthherapie nach Popp zur Osteobalance haben sich zu einzelnen Befunden verschiedene Varianten von Handgriffen herausgeschält, die wie folgt strukturiert werden:

Signalisiert die Basistechniken aus der Dynamischen Wirbelsäulenthherapie nach Popp.

Weist auf Techniken oder Variationen von Techniken hin, die in der Osteobalance als Weiterentwicklung der DWP entstanden sind.

Weitere Kennzeichnungen im Text:

📌 Wichtige Merkregel.

👤 Hinweis für den Therapeuten.

⚠️ Unbedingt zu beachten.

Übungen, die in der Verantwortung des Patienten liegen, werden in Kapitel »Nach der Behandlung« behandelt.

Zum Abschluss werden einige Forschungsergebnisse zu der Methode vorgestellt (siehe Anhang).

Der Autor hat sich bei den angegebenen Arbeitsanweisungen um größte Sorgfalt bemüht. Trotzdem ist eine qualifizierte Ausbildung unter Anleitung durch einen erfahrenen Kursleiter

zur sicheren und effizienten Anwendung der Techniken unerlässlich. Das kann keine Publikation, kein Aufsatz, kein Buch und keine CD leisten.

Zusätzlich sind im Anhang neben den Literaturhinweisen und den Verzeichnissen nützliche Informationen und Adressen zur Ausbildung angegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde bei Patienten und Berufsbezeichnungen die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer Frauen und Männer gemeint.

Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp® und Osteobalance® sind in der Bundesrepublik registrierte Marken. Auf das ® als Zeichen für geschützte Marken wird ebenfalls aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichtet.

A



Grundlagen

Friedrich Rückert
(1788–1866)
Die Weisheit des
Brahmanen.

Erste Stufe: Einkehr

Ich habe nichts erdacht, nur manches ausgedeutet,
Gegraben keinen Schacht, nur manchen ausgebeutet.
Kann ich, wo ich gelernt, auch nicht den Lehrer nennen,
Ich lernte doch und muss als Schüler mich bekennen.
Und der es mich gelehrt, der wird gelernt es haben
Von seinem Lehrer, dem es andre Lehrer gaben.
Die Überliefrung ist, wenn auch die Namen schwanden
Der Überliefernden, vom Anfang her vorhanden.
Wer sagt mir nun, woher der Erste selbst es nahm,
Von dem aus Hand zu Hand zu mir herab es kam?
So kommt der durst'ge Geist auf Wegen der Erfahrung
Durch Überliefrungswald zum Quell der Offenbarung.

1 Von der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp zur Osteobalance

Die Osteobalance ist eine Therapie zur Behandlung von Becken- und Wirbelsäulenbeschwerden. Sie ist der tragende Teil eines jungen, sich entwickelnden Konzeptes mit verschiedenen Modulen, die sich alle bildhaft unter dem Dach des Hauses der Osteobalance vereinen.

Basis und Ausgangspunkt der Osteobalance ist, wie bereits gesagt, die Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp (DWP). Die »Methode Popp« wurde in den 1990er-Jahren vom Therapeuten-Ehepaar Helga und Eberhard Popp in Würzburg entwickelt. Die Pops haben verschiedene Therapieansätze zusammengeführt und mit eigenen Vorstellungen, Überlegungen und Ideen bereichert. Sie haben damit eine ganzheitliche und eigenständige Therapieform in der manuellen Medizin begründet.

So sind in die Methode nach ihren Angaben Überlegungen der »Rhythmisch-energetischen Gelenkbehandlung« von Heiner Luck, Ansätze von Dieter Dorn und Harald Fleig aus der »Dorn-Methode« und Techniken aus der »Reflexzonen-therapie« von Dr. Pfaffenroth eingeflossen.

Die Methode basiert auf der Betrachtung von natürlichen Funktionen und logischen Zusammenhängen des menschlichen Bewegungsapparates. Das Bestreben der Pops war es, die Dinge so einfach wie möglich zu machen, andererseits aber auch nicht einfacher zu erklären, als Anatomie und Physiologie überhaupt funktionieren.

Wichtiger Ausgangspunkt der Überlegungen ist der Beckenring als Basis und Verbindung der Funktionseinheiten Beine und Rumpf. Das Becken ist nach ihrem Verständnis das Fundament für das gesamte Skelett. Auf ihm steht die Wirbelsäule, und an ihm hängen die unteren Gliedmaßen, die Beine mit den Füßen. Die Wirbelsäule wiederum ist die Tragwand für die Verbindung zu den oberen Gliedmaßen, den Armen mit den Händen, und sie ist die Basis für die Stellung des Kopfes.

Bleiben wir beim Beispiel des Hauses: Wenn sich das Fundament verändert, etwa absenkt oder aus dem Lot gerät, dann hat dies Auswirkungen auf das ganze Haus. Aufbauende Wände werden mit der Zeit schief stehen. Ein auf der Höhe des Erdgeschosses entstandener Riss zieht möglicherweise hoch bis zum Giebel. Die Folgen zeigen sich als Auswirkungen auf die Gesamtstatik des Hauses.

Ähnlich verhält es sich aus der Sicht der DWP beim Menschen mit dem Becken. Wenn die Basis nicht stimmt, hat dies Auswirkungen auf Wirbelsäule und Gelenke. Das wiederum hat Auswirkungen auf Muskeln, Nerven und Organe. Jede Schiefstellung des Beckens, und sei sie noch so gering, führt zu einer Veränderung in der Statik der Wirbelsäule und zu einer Veränderung der anhängenden Beine und ihrer Beinlängen.

Osteobalance und Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp versuchen deshalb in ihrer Strategie vom Becken ausgehend das Fundament ins Lot zu bringen. Überall, wo notwendig, wird Wirbelkörpern die Möglichkeit gegeben, in ihre natürliche Position zurückzukommen. Die Knochen (griechisch: osteon) werden in ihrer physiologischen Balance eingestellt.

Die Korrektur erfolgt über eine dynamische Bewegung, die vom Patienten durchgeführt und vom Therapeuten angeleitet und unterstützt wird. Dieser Satz beschreibt das Grundprinzip so charakteristisch, dass er besonders herausgestellt werden soll:

🔗 Die Korrektur erfolgt über eine dynamische Bewegung, die vom Patienten durchgeführt und vom Therapeuten angeleitet und unterstützt wird.

Damit gehört die Osteobalance zu der Gruppe der Wirbelsäulen-Behandlungsmethoden, bei denen der Patient nicht passiv ist. Seine Eigenkräfte sind es, die die normalen Funktionen in einem Wirbelsäulenabschnitt wiederherstellen sollen. Der Behandler leitet den Patienten an und lokalisiert gleichzeitig die Stelle, an der die Korrektur stattfinden soll; eine Maßnahme, die – wie wir später sehen werden – von größter Wichtigkeit ist.

Dabei war es in den letzten Jahren unser Ziel, patientenpassive Techniken aus der Grundform durch patientenaktive Techniken in der Osteobalance zu ersetzen. Das vielleicht herausragendste Beispiel ist die Änderung in der Behandlung der Halswirbelsäule. (S. 82 ff.)

Die Behandlung folgt in der Regel dem Schema, dass zuerst das Becken behandelt und eingestellt wird, danach die gesamte Wirbelsäule bis zum ersten Halswirbel. Wenn notwendig, werden die Gelenke der Arme und Beine behandelt, wobei die Behandlung von Hand- und Fußgelenken weitgehend den Kompetenzen des Behandlers aus anderen Therapien vorbehalten bleibt.

Die Vorteile der Osteobalance-Therapie:

- ▶ Die Methode ist sanft und risikoarm.
- ▶ Jeder Wirbel ist erreichbar.
- ▶ Es erfolgt keine Belastung durch Überdehnung von Bändern.
- ▶ Es sind keine Röntgenaufnahmen notwendig.
- ▶ Der Patient muss aktiv mitarbeiten.
- ▶ Die Methode bietet eine überschaubare, nachvollziehbare und effektive Behandlungsstrategie.
- ▶ Die Osteobalance eignet sich gleichermaßen für Ärzte und Heilpraktiker, Krankengymnasten (Physiotherapeuten) und Masseur, kurz für alle, die mit ihren Händen im Sinne der manuellen Medizin arbeiten.

2 Dreidimensionale Beckenstatik – Aspekte aus Anatomie und Morphologie

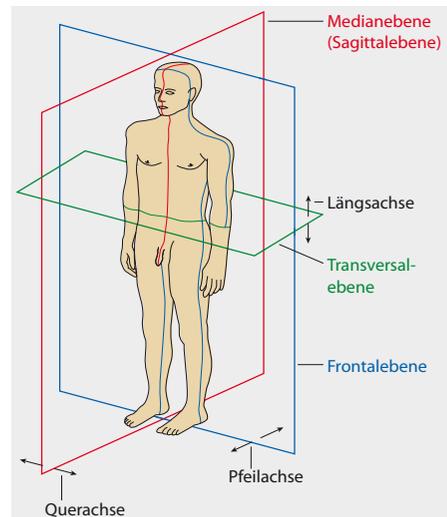
Das nächste Kapitel hat die Funktion, auf die wesentlichen anatomischen und morphologischen Gegebenheiten hinzuweisen, und zwar in kompakter Form. Auf ein Kapitel mit den Grundlagen der Anatomie des menschlichen Bewegungsapparates wurde bewusst verzichtet, da entsprechende Kenntnisse beim Leser vorausgesetzt werden. Insofern geht es in diesem Kapitel darum, entsprechende Teile der Anatomie, die für das Verständnis der Osteobalance wichtig sind, unter bestimmten, für die Methode therapierlevanten Perspektiven zu betrachten.

2.1 Die Hauptachsen und -ebenen am menschlichen Körper

Ein Eckpfeiler der Betrachtung und Behandlung in der Osteobalance, übernommen aus der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp, ist die dreidimensionale Beckenstatik.

Die drei Dimensionen bzw. Ebenen lassen sich schematisch wie rechts abgebildet darstellen.

Dabei schließen wir uns der Meinung von Klaus Radloff, dem Altmeister der Energetisch-Statistischen Behandlung ESB/APM an, dass es nützlicher ist, sich an den Achsen zu orientieren, denn um sie werden Bewegungen durchgeführt (Radloff, S. 9).



2.2 Das Becken mit dem Iliosakralgelenk

Im Gegensatz zum Schultergürtel stellt das Becken eine sehr stabile Verbindung mit der Wirbelsäule dar. Es besteht aus den beiden Hüftbeinen (Ossa coxae) und dem Kreuzbein (Os sacrum), das funktionell zum Becken dazuzurechnen ist (Voss/Herrlinger, S. 169).

Wie schon erwähnt, stellt das Becken für die Osteobalance das Fundament dar. Eine Hauptrolle spielt dabei die Verbindung zwischen den Hüftbeinen, genauer gesagt zwischen den Darmbeinen (Ossa ilia) und dem Kreuzbein (Os sacrum), also das Iliosakralgelenk bzw. das Kreuzbein-Darmbeingelenk.

Die klassische Medizin war lange der Meinung, dass das Iliosakralgelenk durch den starken Bandapparat morphologisch »normal« stillgelegt worden sei (Voss/Herrlinger, S. 169). Dies entspricht nicht unbedingt den Erfahrungen aus der manuellen Medizin.

Denn im Gegensatz zu der klassischen Lehrmeinung hat man in den letzten Jahren die Bedeutung der Iliosakral- oder Kreuzbein-Darmbeingelenke zu schätzen begonnen. Allerdings entsteht manchmal der Eindruck, es drehe sich alles nur noch um das ISG. »An dieser Stelle ist aber generell zum Thema Iliosakralgelenksstörung anzumerken, dass sich dieses Teilgebiet zur ideologischen Spielwiese theoretisierender Manualtherapeuten entwickelt hat.« (Eder/Tilscher I, S. 102). Wahrscheinlich liegt die Wahrheit wie so oft in der Mitte.

Grundsätzlich muss man sich gerade in einer Therapieform, die das Becken dreidimensional behandelt, der Bedeutung der ISG bewusst sein, denn im Prinzip setzen alle Fehlstellungen des Beckens an diesem Übergang, dem einzigen wirklich beweglichen Punkt im Beckenring, an.

Unter dem Aspekt der dreidimensionalen Betrachtung ist dabei die Differenzierung von Eder/Tilscher äußerst hilfreich. Für die Chiropraktik unterscheiden sie Iliosakralgelenksverschiebungen, die aus Beckenverwringungen resultieren, und Iliosakralgelenksblockierungen. Sie sehen aber, dass in vielen Fällen eine exakte Trennung nicht durchführbar ist. Tendenziell sind ISG-Blockierungen über mechanische Bahnungen entstanden, während für ISG-Verschiebungen reflektorische Mechanismen als hauptverantwortlich angeführt werden (Eder/Tilscher I, S. 103).

Diese Hypothesen sind eine wertvolle Hilfe für das Verständnis des Beckens in unserer dreidimensionalen Betrachtung: zum einen ISG-Blockaden als eigentliche Blockaden mit artikulärer Ursache und resultierender Dysfunktion; zum andern ISG-Blockaden in Form von Verschiebungen mit primär muskulärer Ursache und resultierender Dysfunktion aufgrund von Blockierungen des Iliums in Vorschreit- oder Rückschreitstellung oder in Innen- oder Außenrotation.

Für die Praxis können wir grundsätzlich feststellen: Ein blockiertes, das heißt, ein stillgelegtes ISG ist eine der Hauptursachen für oft lang anhaltende und chronisch wiederkehrende Probleme im gesamten LWS-Bereich. Es reicht auch nicht, ein ISG wieder in seine »richtige« Position zu bringen, sondern der Immobilitätsverlust bzw. die Versteifung muss wieder rückgängig gemacht werden. Therapeuten, die energetisch arbeiten und über die Ohrzonen kontrollieren, werden diese Basisvoraussetzung, wie sie Radloff nachdrücklich postuliert hat, bestätigen (Radloff, S. 2 ff).

Da ein blockiertes ISG auch eine Auswirkung auf die vertikale Beckenbalance hat, steht der unterste Lendenwirbel auf der »hängenden« Seite des Beckens ebenfalls unter Spannung und wird in eine Fehlstellung gebracht; ja die gesamte Wirbelsäule wird mit der Zeit versuchen, die aus dem Lot geratene Basis zu kompensieren, sie wird von unten beginnend ihre Stellung im Raum ändern, um wenigstens am oberen, cranialen Ende wieder das Lot zu erreichen.

Aus ganzheitlicher Sicht hört jedoch der Einfluss des ISG nicht an der Lendenwirbelsäule auf. Nach dem holistischen Prinzip »wie unten, so oben« gibt es einen in der Praxis ständig zu beobachtenden Zusammenhang. Er ist vielfach und mit Bezug auf verschiedene Strukturen

beschrieben worden. Die Bandbreite reicht von der klassischen funktionellen Anatomie mit den Muskelschlingen und -ketten bei Tittel über die Spiralstabilisation bei Smisek bis hin zu den myofaszialen Ketten und ihren Leitbahnen, den »anatomy trains«, bei Myers.

Uns interessiert besonders die Beziehung zwischen dem ISG und z. B. dem Atlanto-Occipitalgelenk und den oberen Halswirbeln (Wegner, S. 96). Mit Blick auf die sogenannte Atlas-Therapie hat die Beachtung solcher Zusammenhänge nochmals an Wert gewonnen (vgl. Huggler, o. A.).

Später wird ergänzend erläutert, dass der Auslöser für einen nicht korrigierbaren vertikalen Beckenschiefstand ein subluxiertes Fibulaköpfchen sein kann. Beziehungen bestehen strukturell über den Tractus iliotibialis. Aber auch im Nahbereich des ISG sind die Zusammenhänge evident: Bourdillon vermutet, dass der M. piriformis, ein entscheidender Muskel für die freie Beckenbeweglichkeit, und das ISG eng miteinander verbunden sind. Die Annahme, dass wiederkehrende ISG-Probleme sich erst stabilisieren, wenn verkürzte und hypertone Piriformis-Zustände korrigiert wurden, bestätigt sich oft. Nicht zuletzt sind auch ein verkürzter M. tensor fasciae latae und natürlich der Hypertonus des M. iliopsoas in die Überlegungen mit einzubeziehen (Chaitow I, S. 126, S. 132).

Dabei ist die Sicht aus der Strukturebene in zweifacher Hinsicht unvollständig, denn es gibt noch mehr ursächliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Muskelgruppen und dem ISG. Auch wenn die Strukturebene unser erster und naheliegendster Zugang ist, die beiden anderen von Weingart benannten Ebenen, die Funktions- und die Reflexebene (Weingart, S. 20 ff.), dürfen aus ganzheitlicher Sicht nicht vergessen werden.

Anatomisch gesehen besitzt das ISG bumerang- bis c-förmige Gelenkflächen, die Knickstelle zwischen oberem und unterem Pol befindet sich etwa in Höhe des 2. Sakralwirbels. Die Gelenkflächen sind uneben, mit Furchen und Erhebungen in unterschiedlicher Ausprägung, die mit zunehmendem Alter stärker werden (vgl. die detaillierte Beschreibung bei Hochschild, S. 81).

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 Wirbelsäulenthherapie 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 Wirbelsäulentherapie 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 – liegen 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

Beinlängendifferenzen 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 sehr stark 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 Urfassung 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.

1.2 Vertikaler Beckenschiefstand

Kontrolle

Der Patient sitzt im Quersitz so auf der Liege, dass die Knie etwas über Hüfthöhe sind. Hier leistet ein kleiner Hocker eventuell gute Dienste. Der Therapeut legt seine Handkanten beidseitig waagrecht auf den Beckenkamm und beurteilt die Höhendifferenz anhand der Stellung der Daumen oder der Zeigefingergrundgelenke. Wichtig ist ein deutlicher Kontakt zum Beckenknochen (A).



Behandelt wird die tiefer (caudal) stehende Seite.

Korrektur

Der Patient liegt auf dem Rücken. Der Therapeut steht auf der betroffenen Seite, bringt mit seiner Kopfhand die Hüfte und das Knie in maximal mögliche Beugung, der Patient atmet tief ein und aus (B). Mit der Ausatmung erfolgt ein kurzer Kick in Richtung gleichseitige Schulter. Die Fußhand kann die Bewegung unterstützen, indem sie oberhalb des Knies den Oberschenkel der Gegenseite auf der Liege hält.

Kommentar

Sowohl die Testung über die Zeigefingerknöchelchen als auch die über die abgespreizten Daumen erfordern zwar zugegebenermaßen ein bisschen Erfahrung und Übung, bewähren sich aber in der Praxis als völlig ausreichend. Es hilft die Vorstellung, sich in das Gewebe des Patienten »einzumodellieren«, also sich auch Zeit zu lassen, um das Gewebe zu spüren. Weitergehende

Diagnostiktechniken, zum Beispiel mit einer Beckenwaage, sind denkbar, erhöhen aber unserer Ansicht nach den Aufwand in keiner Relation zum Nutzen. Man darf sich bei der Testung des vertikalen Beckenschiefstandes am Anfang nur nicht entmutigen lassen!

Die Technik der Korrektur des vertikalen Beckenschiefstandes bedient sich unserer Meinung nach des monosynaptischen Dehnungsreflexes, wie wir ihn z. B. vom Patellareflex her kennen. Durch die oben genannte Positionierung wird der *M. quadratus lumborum* in eine extreme Dehnstellung gebracht. Durch die kurze und schnelle Überdehnung zieht er sich reflektorisch zusammen und zieht die *Crista iliaca ipsilateral* mit nach oben. Das ist der Grund dafür, warum die Überdehnung ein kurzer, schneller Stretch mit Gefühl und kein kräftiger Kick sein darf. Damit ist die Technik in der Osteobalance eine der wenigen, die beim vertikalen Beckenschiefstand die tiefer stehenden Beckenstrukturen nach oben bewegt.

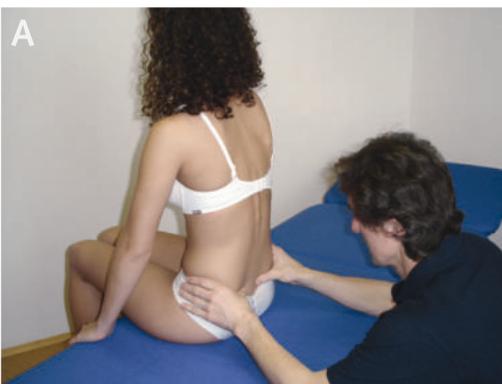
Falls es dem Patienten unmöglich ist, die geforderte Stellung mit der extremen Hüftbeugung einzunehmen, muss auf andere Techniken, die die höher stehende Seite nach unten bringen, ausgewichen werden.

1.3 Iliosakralgelenksblockaden

Siehe dazu besonders die theoretischen Reflexionen in Kapitel A 2.2, Seite 15 ff.

Kontrolle

Der Patient steht aufgestützt an der hohen Liege oder einem Standgerät oder sitzt auf der tiefen Liege so, dass Knie und Hüfte etwa gleich hoch sind (A). Er bringt sein Kinn auf die Brust und beugt den Oberkörper maximal nach vorne (B).





auch als
E-Book

Schicken Sie Ihre Bestellung per Fax an die 09221/949-377

___ Expl. **Osteobalance**

39,95 Euro

2. Auflage 2020, Hardcover, 128 Seiten, ISBN 978-3-96474-319-0

* Alle Preise inkl. MwSt., Lieferung versandkostenfrei, ausgenommen Poster

Kundennummer

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail

Datum / Unterschrift

mg^o fach
verlage

Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Straße 5
95326 Kulmbach

Tel. 09221/949-389
Fax 09221/949-377
vertrieb@mgo-fachverlage.de
www.ml-buchverlag.de



Winfried Abt, Ph.D.,
*ist langjähriger
Akademischer Oberrat
und Dozent im Fach
Sportwissenschaft an
der Pädagogischen
Hochschule Weingarten
und ausgebildeter
Heilpraktiker. 2008 hat
er die Osteobalance®
eingeführt.
www.osteobalance.net*

Ausbalancieren statt Drücken

Die Osteobalance basiert auf der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp, einer Weiterentwicklung der Dorn-Methode. Sie lässt sich ideal mit anderen Therapieformen kombinieren, ist leicht erlernbar und trotzdem sehr effizient und praxisorientiert: Der Patient führt einen Muskelzug aus, der Therapeut lenkt die Bewegung. So lassen sich Fehlstellungen sanft und wirkungsvoll korrigieren.

Das Buch richtet sich an alle, die in der Manuellen Therapie tätig sind und eine in ihren Prinzipien nachvollziehbare Methode und/oder eine klar strukturierte Ergänzung ihres bisherigen Therapiespektrums suchen.

Schritt für Schritt therapieren

Auf mehr als 150 Bildern erklärt Winfried Abt den genauen Ablauf der Osteobalance.

Für noch mehr Sicherheit in der Praxis sorgt die beiliegende DVD: Sie enthält über eine Stunde Filmmaterial mit wichtigen Korrekturen und Patientenübungen.

Osteobalance – der Leitfaden zur dynamischen Wirbelsäulentherapie: für Einsteiger und Experten