

Osteopathie in der Orthopädie

Osteopathie wird mit den Händen ohne Zuhilfenahme technischer Gerätschaften durchgeführt und gehört damit definitionsgemäß zum Feld der Manuellen Medizin. Aufgrund des zunehmenden Interesses der Ärzteschaft an Osteopathie und insbesondere der stark steigenden Nachfrage der Bevölkerung nach osteopathischer Therapie wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 28.08.2009 ein Positionspapier zur „Wissenschaftlichen Bewertung osteopathischer Verfahren“ verabschiedet. Patienten begeben sich in osteopathische Therapie zumeist aufgrund von Beschwerden des muskuloskeletalen Systems, es besteht eine große Schnittmenge zum orthopädischen Fachgebiet.

Stellenwert der Osteopathie

Derzeit sind auf der Grundlage dieses Positionspapiers [3] seitens unterschiedlicher Interessensgruppierungen Vorbereitungen zur Schaffung einer strukturierten curriculären Fortbildung im Gange. Auf Basis der erfolgreich absolvierten Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie wird diese zertifizierte Fortbildung wohl „Osteopathische Verfahren“ genannt werden und würde damit als Erweiterung der bisherigen Zusatzbezeichnung „Manuelle Medizin“ gelten. Ob Osteopathie dadurch in die Begrifflichkeit der Weiterbildungsordnung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ ein- bzw. gar unterzuordnen ist oder gar eine eigenständige Behandlungsform darstellt, ist Gegenstand der gegenwärtigen Meinungsbildung.

Die kontrovers geführten Diskussionen darüber reflektieren die Problematik, eine allseits akzeptierte Definition und Beschreibung osteopathischer Medizin zu verfassen. Wird auf der einen Seite der Sinn der Osteopathie als ernstzunehmende Behandlungsform überhaupt in Frage gestellt, reklamieren andere osteopathische Techniken als mögliche Ergänzung zu Ausbildungsinhalten der Manualmedizin. Die Zahl derer, die osteopathische Medizin als eigenständige ganzheitliche ärztliche Therapie begreifen, ist nicht gering. Mehr als 70 nichtärztliche osteopathische Verbände versuchen mit intensiver Lobbyarbeit den Osteopathen als eigenständiges primärtherapeutisches Berufsbild zu installieren. Ganzheitliche Behandlungen werden in Deutschland traditionell stark nachgefragt [2], Schätzungen sprechen von 5,6 Mio. Patientenkontakten nichtärztlicher Osteopathen im Jahre 2010 [13]. Osteopathie stellt einen nicht zu unterschätzenden Markt dar, einige Universitäten bieten bereits Bachelor- und Masterstudiengänge an. Der ärztlichen osteopathischen Ausbildung haben sich die manualmedizinischen Gesellschaften angenommen, die in zumeist assoziierten Gesellschaften osteopathische Inhalte vermitteln.

Historische Entwicklung

Das Konzept der Osteopathie stammt von dem amerikanischen Arzt Dr. Andrew Taylor Still (1828–1917). Still wurde als Sohn eines Landarztes und Methodistpredigers 1828 in Lee County, Virginia, USA, geboren. Seine medizinische Ausbildung erhielt er, ganz im Stile der damaligen Zeit, durch die Beobachtung ande-

rer Ärzte, durch Selbststudium und Kurse an der medizinischen Universität in Kansas City. Die Jahre als Stabsarzt im amerikanischen Bürgerkrieg 1865, wo er vornehmlich chirurgisch tätig war, prägten ihn angesichts der eher hilflosen medizinischen Konzepte ganz besonders. Er entwickelte ein feines Gespür für die eingeschränkte und geradezu kontraproduktive Medikation mit Quecksilber und Kokain sowie gegenüber Therapieversuchen mit Abführmitteln und Aderlässen. Nach einem lange Jahre dauernden Prozess der intellektuellen („ich habe gelesen, was zu lesen ist“), wissenschaftlichen (umfangreiche anatomische Studien an Leichen) und pragmatischen (die Behandlung von Patienten und die Reflektion über die beobachteten Reaktionen) Suche näherte er sich seiner neuen, mit den Händen ausgeführten Therapie an, die er 1874 schließlich „Osteopathie“ nannte.

Der Name Osteopathie (Leiden durch Knochen oder Leiden der Knochen) deutet auf die Tradition der Knocheneinrenker („bonesetter“) hin, von denen er sich aber wiederum deutlich durch die besondere Wertschätzung von Weichteilstrukturen unterschied. Nicht die Fehlstellung der Knochen als solche verursachte Still zufolge den körperlichen Schaden, sondern die durch sie komprimierten Weichteilstrukturen, darunter Faszien und neurovaskuläre Strukturen. Seine hervorragenden anatomischen Kenntnisse ermöglichten es ihm, sich durch Körperschichten hindurch in bestimmte Gewebestrukturen hineinzusetzen und über subtile Palpationsfähigkeiten Dysfunktionen aufzuspüren, zu lösen und die körpereigene Regulationsfähigkeit wiederherzustellen.

Osteopathie in den USA

Die komplexe Geschichte der Osteopathie in den USA mit einem viele Jahrzehnte andauernden Prozess der Anerkennung und Integration in das medizinische System findet sein Pendant in den heutigen Auseinandersetzungen, der Osteopathie einen Platz in unserem Gesundheitssystem zuzuweisen.

➤ **Schon immer war die Osteopathie als Außenseitermedizin angesehen und wurde vom Establishment als unliebsame Konkurrenz bekämpft.**

Still gründete im Jahre 1892 in seinem Wohnort Kirksville, Missouri, die „American School of Osteopathy“. Die American Osteopathic Association (AOA) formte schon früher einzuhaltende akademische Standards in der Lehre als die sich im Aufbau befindliche American Medical Association (AMA). Neben allen damals bekannten medizinischen Fachbereichen wurde auch Chirurgie zu Still's Zeiten unterrichtet. Eine Ausnahme blieb die Pharmakologie, Still verzichtete ganz auf Medikamente. In späteren Jahren wurde angesichts moderner Erkenntnisse diese Haltung von seinen Nachfolgern aufgegeben und die Medikation in das Konzept der Osteopathie integriert.

Die USA haben ein zweigeteiltes universitäres Medizinstudium, das nahezu inhaltsgleich ist. Den zahlenmäßig deutlich überlegenden MD's (Medical Doctors) stehen die D.O.'s (Doctors of Osteopathy) gegenüber. Das DO-Studium vermittelt neben der osteopathischen Philosophie Fertigkeiten in der osteopathisch-manipulativen Therapie (OMT, „osteopathic manipulative therapy“), der übrige Teil des Studiums ist schulmedizinisch geprägt.

In den USA existieren heute 32 osteopathische Colleges mit über 20.000 Studenten. Es praktizieren mehr als 75.000 osteopathische Ärzte. Zur Enttäuschung vieler europäischer Osteopathieanhänger landen weniger als 10% der Absolventen schwerpunktmäßig in der OMT. Der Rest nimmt schulmedizinische Facharztausbildungen an. Es existiert eine Reihe osteopathischer Krankenhäuser, deren Spezifikum eine Abteilung für OMT und de-

ren Einbeziehung in den klinischen Alltag darstellt. Die OMT ist in einem eigenständigen Fachbereich organisiert, der Osteopathic Manipulative Medicine Specialist ein eigener Facharzt.

Jenseits der USA wird Osteopathie weltweit mit stark steigender Tendenz betrieben, teilweise im Berufsbild der Ärzte integriert, teilweise als eigener nichtärztlicher Berufsstand.

Philosophie der Osteopathie

Prof. John M. Jones III, ehemaliger Präsident der American Academy of Osteopathy, betont, dass Wissenschaft und Philosophie sich nicht ausschließen, sondern einander ergänzen, die osteopathische Philosophie die wissenschaftliche Wirklichkeit integriert und sie kohärent in einen tiefen Sinn der Funktionsweise des menschlichen Körpers zu stellen versucht.

Osteopathie soll keine Aneinanderreihung spezieller Techniken als Antwort auf ein symptomatisches Verständnis von Krankheit sein, sondern die Therapie soll sich aus der übergeordneten Erkenntnis ableiten, dass der Körper zu Selbstregulation, Selbstheilung und inhärenter Aufrechterhaltung von Gesundheit fähig ist (Still: „Innerhalb des menschlichen Körpers besteht die Fähigkeit zur Gesundheit. Wenn diese Fähigkeit erkannt und reguliert wird, kann Krankheit verhindert und therapiert werden“).

Krankheit war für Still die Folge einer Störung der mechanischen Funktion einer eigentlich perfekt konstruierten Maschine in Form des menschlichen Körpers. Diese Mechanik wird durch eine fein austarierte und beständige Bewegung aller Teile untereinander generiert, die wiederum abhängig ist vom freien Fluss der Flüssigkeiten.

Kommt es zu einer Störung dieses Systems, soll der Osteopath gleichsam einem die Strukturen des Körpers bestens beherrschenden Ingenieurs durch eine feinstdifferenzierte manuelle Untersuchung die Störung des Gewebes, des Flüssigkeitsstroms und der im Körper vorhandenen Rhythmen aufspüren und durch gezielte manualtherapeutische Intervention beseitigen.

Die Besonderheit von Still bestand darin, unterschiedlich bestehende Theorien

zusammenzuführen, seine visionäre Gabe, Beobachtungsfähigkeit und exakte Kenntnis der Anatomie damit zu kombinieren und eine ganz eigene Theorie des Zusammenwirkens der Körperkräfte zu generieren [11, 12].

Das heute herrschende Selbstverständnis der osteopathischen Medizin beruht weiterhin auf den Annahmen übergeordneter Prinzipien der Selbstregulation, der reziproken Beziehung von Struktur und Funktion, die wiederum als Basis die ungestörte Beweglichkeit aller Gewebe einschließlich der Flüssigkeitsströme zur Voraussetzung hat. Osteopathie versteht sich als ganzheitliche Therapiemethode, in der ein Patient als Persönlichkeit in seiner Gesamtsituation erfasst wird. Das Diagnose- und Therapiesystem der Osteopathie dreht sich um die Erfassung und Beschreibung von Bewegungsrestriktionen, die ausgesprochen subtil ausfallen können. Diagnose und Therapie sind zeitintensiv. Das Grundlagenbuch der American Osteopathic Association definiert Osteopathie auszugswise wie folgt [17]:

„*Osteopathic Medicine is a philosophy, a science and an art. Its philosophy embraces the concept of the unity of body structure and function in health and disease*“.

Das osteopathische Verständnis vom Körper

Da eine exakte Untersuchung des Körpers zum orthopädischen Fachgebiet gehört, viele Orthopäden eine manualmedizinische Ausbildung durchlaufen haben und Limitierungen im Bewegungsverhalten von Muskeln und Gelenken als Korrelat einer möglichen Behandlungsnotwendigkeit bekannt sind, fällt der Einstieg in das diagnostische Vorgehen der Osteopathie nicht schwer. Osteopathen unterscheiden 3 grundsätzliche, nicht voneinander trennbare Körpersysteme, die unterschiedliche diagnostische und therapeutische Einstiege bieten.

Manualmedizin und Osteopathie haben als großen Überschneidungsbereich das

- parietale System, das den Halte- und Stützapparat des Körpers mit den zugehörigen kapsulären, ligamentä-

ren und faszialen Verbindungen beschreibt.

Dazu kommen als osteopathische Spezifika die beiden anderen Systeme:

- das viszerale System umfasst die thorakalen, abdominalen und pelvinen Organe mit anhängigen vaskulären, lymphatischen, neuronalen und faszialen Strukturen;
- das kraniosakrale System bezieht den Schädel mit seinen suturalen, dura- len und membranösen Verbindungen, das Sakrum und den Rückenmarkkanal mit seinen faszialen Umhüllungen ein.

Das osteopathische Denkmodell betrachtet als potenziell beschwerdeauslösendes Agens einen Mobilitätsverlust einer bestimmten Gewebestruktur im parietalen, viszeralen oder kraniosakralen System. Dieses Denken ist Orthopäden nicht fremd. Demobilisierung von Gelenken kann zu Adhäsionen, Bewegungsverlusten, Verschlechterung koordinativ-propriozeptiver Eigenschaften führen. Als Konsequenz wurden erfolgreich frühfunktionelle Behandlungsschemata entwickelt.

Das Bewegungsverhalten als solches wird in der Osteopathie zur Philosophie erhoben.

Die faszialen, vaskulären, suturalen, membranösen, ligamentären und neuronalen Beziehungen werden untereinander durch Bewegungstests untersucht und bewertet. Der Begriff des Gelenks erfährt eine erweiterte Bedeutung. Jeder Gewebeverband bildet mit seinen Nachbargewebe eine Art Gelenk, das bei intakter Funktion eine ungestörte Mobilität durch äußere Bewegungen, Atmung, Pulsationen, rhythmische Eigenbeweglichkeit von Zellen und Zellverbänden sicherstellt.

Jede Organstruktur befindet sich in bindegewebigen Hüllen, die untereinander in Verbindung stehen und als fasziales Stütz- und Hüllgerüst das größte Organ des menschlichen Körpers darstellen.

Die Osteopathie bildet Funktionsketten, die sich beispielsweise in Form vom

Orthopäde 2012 · 41:106–112 DOI 10.1007/s00132-011-1861-z © Springer-Verlag 2012

S. Tempelhof

Osteopathie in der Orthopädie

Zusammenfassung

Osteopathie ist eine mit den Händen ausgeführte Methode der Manualmedizin, deren Verständnis und Vorstellung vom menschlichen Körper allerdings über das Behandlungskonzept unserer bekannten manuellen Medizin/Chirotherapie hinausgeht. Osteopathische Medizin, 1874 von dem amerikanischen Arzt A.T. Still eingeführt, stellt in den USA neben dem „Medical Doctor“ eine zweite medizinische Profession mit dem Abschluss „Doctor of Osteopathy“ dar. Die Bundesärztekammer erstellte Ende 2009 ein Positionspapier zur Osteopathie, das seitdem kontroverse Diskussionen über die Integration osteopathischer Inhalte in die Schulme-

dizin ausgelöst hat. In der Bevölkerung findet eine rasant zunehmende Inanspruchnahme osteopathischer Behandlungsinhalte statt. Osteopathie kann gerade bei orthopädischen Beschwerdebildern ergänzende sinnvolle Erklärungen und therapeutisch neue Zugangswege eröffnen. Die 140 Jahre alte Methode beruht im Wesentlichen auf Empirie, die durch bemerkenswerte Postulate, jedoch wenige Studien gestützt wird.

Schlüsselwörter

Osteopathie · Manualmedizin · Dysfunktion · Hypomobilität · Faszien

Osteopathic medicine

Abstract

Osteopathic medicine is a healing modality applied with the doctor's two hands that is similar to but goes far beyond the Manual medicine/chirotherapy which is well known in Germany. Founded in 1874 by Dr. A.T. Still in Kirksville, Missouri in the USA, osteopathic medicine is in addition to the M.D. degree in allopathic medicine a fully accepted and regulated medical profession ending in the granting of the D.O. (doctor of osteopathic medicine) degree. In 2009 the German Medical Council presented a position paper on osteopathy and osteopathic medicine which has ignited controversial discussions about

the possible integration of this modality into the German medical health care system. There is currently an enormous interest in osteopathy and osteopathic medicine in Germany and the demand for this modality is continuously increasing. Although this modality is over 140 years old there are few solid studies that conclusively show its effectiveness.

Keywords

Osteopathic medicine · Manual medicine · Dysfunktion · Hypomobility · Fascia

Myofaszialketten durch den Körper ziehen. So beschreibt die linke gekreuzte anteriore Myofaszialkette [8] den Verlauf vom linken Sternokleidomastoideus über den Pectoralis major und minor, Serratus anterior, Obliquus externus und internus abdominis mit Kreuzung zur rechten Beckenseite, weiter über den Iliakus, Psoas, die Obturatorii, Adduktoren, Vastus medialis, Peronei bis hin zu den lateralen Fußmuskeln. Entlang dieser Verbindungsstraßen können sich Fehlfunktionen aufbauen, Schmerzlokalisierung und Ort der Dysfunktion können sich divergent verhalten.

Verbindungen zwischen parietalen und viszeralem System, aber auch zum

kraniosakralen System bestehen über ligamentofasziale und mesodermale Strukturen. In unserem Beispiel einer herausgegriffenen Myofaszialkette sind im Bereich „thoracic outlet“, thorakales oder pelvines Diaphragma Querverbindungen zu anderen myofaszialen Strukturen gegeben. Als Übergang parietales – viszerales System seien exemplarisch hier die Aufhängestrukturen des Kolons am parietalen System genannt, die Flexura coli dextra am Diaphragma (Lig. phrenicocolicum dextrum) und 10. Rippe, die Flexura coli sinistra am Diaphragma und 9. Rippe.

Praktische Beispiele

Exemplarisch soll das konstruierte Beschwerdebild eines Patienten dienen, der mit Schmerzen im Bereich des Rückens vorstellig wird. Die osteopathische Untersuchung zeigt (reduziert auf die Schlüsseläsionen) eine Mobilitätseinschränkung der 9. Rippe und des rechten Oberen Sprunggelenks (OSG). Die Anamnese ergibt einen Zustand nach ausgeheiltem und nicht mehr schmerzhafter Distorsion des rechten Fußes. Die Behandlung der 9. Rippe einschließlich der parietalen und viszeralen anhängigen Strukturen (auf das mögliche viszerale Läsionsmuster sei nur verwiesen) sowie der myofaszialen Strukturen des Fußes führt zur Beschwerdefreiheit. Im osteopathischen Modell hat die Distorsion mit einer kleinen schmerzfreien Bewegungsrestriktion des OSG zu einer aufsteigenden Dysfunktion entlang der myofaszialen Ketten im Bereich der linken 9. Rippe geführt.

Interessant gestaltet sich auch die Überlegung in umgekehrter Reihung. Ein Patient kommt mit Beschwerden des rechten Sprunggelenks, die schulmedizinische Diagnostik ist nicht zielführend. Osteopathisch wird eine leichte fasziale Restriktion festgestellt, über die zugehörige myofasziale Kette gelangt man zu einer Dysfunktion der 9. Rippe und des Lig. phrenicocolicum sinistrum, ausgelöst beispielsweise durch einen Infekt oder ein banales Trauma im Bereich des Abdomens.

Um die Charakteristik der Dysfunktion zu bestimmen wird neben der freien Richtung einer Gelenkfehlfunktion die Tonizität, Elastizität, Flexibilität Gleit- und Schwingungsfähigkeit des Gewebes und ihrer Nachbarstrukturen im Sinne des osteopathisch erweiterten Gelenkbegriffs vorgenommen. Die Diagnostik erstreckt sich auch auf die Beurteilung umgrenzter Gewebeveränderungen wie Tender-, Triggerpunkte oder Reflexzonen.

Nur am Rande sei im Kontext des diagnostischen Vorgehens erwähnt, dass der Osteopath einen Facharzt darstellt, der natürlich schulmedizinische Diagnose- und Therapiealgorithmen beherrscht und die osteopathische manualtherapeutische Therapie als komplementärmedizinische oder primärtherapeutische Option bei Struktur- und Funktionspatholo-

gien einsetzt. Ein vermehrtes integratives Denken, losgelöst von reinen Organ- und Symptombezügen, lässt sich in der Medizin auf der Basis der neurophysiologischen Grundlagenforschung beobachten.

Wissenschaftliche Erkenntnis und Dysfunktionsmodelle

Betrachtet man diese postulierten Funktionsketten, deren klinische Relevanz aus der Empirie unter anatomisch-funktionellen Gesichtspunkten abgeleitet wird, erscheint die dahinter liegende Idee nicht abwegig. Speziell von Anatomen herausgearbeitete Präparate, die fasziale Funktionsstraßen zeigen, eröffnen neue funktionsanatomische Sichtweisen. Das Prinzip von Muskelschlingen, auch im Sinne von Zuggurtungssystemen, ist durchaus nicht neu und oftmals vorbeschrieben [4], die Interpretation fortlaufender Bewegungsrestriktionen über fasziale und myofasziale Verkettungen als potenzielle Nozigenatoren entspringt manualmedizinischen und osteopathischen Vorstellungen. Es bleiben allerdings empirisch gestützte Postulate.

Die großen deutschsprachigen manualmedizinischen Schulen haben in den letzten Jahren erfolgreiche Anstrengungen unternommen, Modelle der Grundlagenforschung in das Konzept der Manualmedizin zu integrieren [4]. Schmerzbilder im Bereich des muskuloskeletalen Systems erfahren eine Neubewertung, die Manualmedizin erhält über neuroreflektorische Erklärungsmodelle ein erweitertes Indikations- und Behandlungsspektrum [8].

Um den Hypothesen der Bewegungsrestriktionen als schmerzgenerierende Dysfunktionen folgen zu können, macht es Sinn, sich die neueren Erkenntnisse zur Regulation von Körperwahrnehmung und Steuerung ins Gedächtnis zu rufen. Galten in früheren Zeiten bestimmte Schmerzphänomene und Symptomenkonstellationen als unvereinbar mit neurophysiologischem Wissen, sind heute hochkomplizierte, vernetzte und mehrfach rückgekoppelte Regelmechanismen nachgewiesen, die mit unterschiedlichsten afferenten Systemen unter modulierendem Einfluss des Kortex verknüpft sind.

➤ **Schmerzbildung ist das Ergebnis einer komplizierten neuronalen Verarbeitung unterschiedlichster Reizeintröme mit dem Ziel der Körperprotektion und Aufrechterhaltung der Körperintegrität.**

Das afferente System überwiegt dabei das efferente bei weitem.

Die klinische Medizin hat seit langem die Erkenntnis erlangt, dass Strukturpathologien in bildgebenden Verfahren nur sehr eingeschränkt das Korrelat von Beschwerden wiederspiegeln. Die neuronale Schmerzverarbeitung ist dynamisch angelegt und unterliegt vielfachen modulierenden Einflüssen, die auch in der Persönlichkeit und Biographie des Einzelnen angelegt sind. Bekanntermaßen reagiert unser Körper nicht nur auf tatsächliche Gewebeverletzungen mit der Aktivierung von Schmerzzentren, sondern auch bei der Antizipation auf einen drohenden Körperschaden. Seit Jahren weiß man auch um die Aktivierung von Körperschmerzzentren bei sozialen Ausgrenzungen und sozialen Konflikten. Neurobiologisch kann keine Trennung zwischen physischem und psychischem Schmerz vorgenommen werden.

Osteopathischer Vorstellung zufolge führen Situationen, die eine Aktivierung schmerzverarbeitender Zentren auslösen, zu Geweberestriktionen in einem der osteopathischen Systeme und sind der Palpation und speziellen „Listeningtechniken“ zugänglich. Eine Vielzahl von Techniken dient der Wiederherstellung dieser Hypomobilitäten, Restriktionen, Adhäsionen, Konstriktionen, Kongestionen oder veränderten Pulsationen.

Führt man sich vor Augen, dass im osteopathischen Sinne jegliche Struktur durch ihre Nachbarschaftsbeziehungen und freie Bewegungsfähigkeit definiert wird, kommt man dem Verständnis der osteopathischen Läsion oder Dysfunktion etwas näher. Natürlich drückt sich auch der emotionale Zustand eines Menschen in veränderten motorischen Mustern aus, nach osteopathischer Idee aber auch u. a. in veränderten faszialen Mustern und stellt damit einen möglichen Behandlungsweg dar. Selbstredend stellt eine osteopathische Behandlung durch die Intensität der Anamnese, der Würdi-

gung der Patientenpersönlichkeit mit der in der osteopathischen Philosophie steigenden Empathie eine Form einer psychodynamischen Einflussnahme dar, die neben der Beseitigung von Dysfunktionen somatischer Strukturen zum Tragen kommt und den ganzheitlichen Ansatz unterstreicht.

➤ Neue Erkenntnisse der Grundlagenforschung zu Schmerzgenerierung, Lokalisation und Verarbeitung afferenter Reize lassen osteopathische Konzepte zumindest plausibel erscheinen.

Ein Nachweis der tatsächlichen Wirksamkeit ist damit noch nicht erbracht. Manuelle Therapien sind schwierig in evidenzbasierten Studien abzubilden [6].

Die Einschätzung von Geweberestriktionen ist hochgradig subjektiv und schwierig objektivierbar. Eine Bewertung von Wirbelkörpersegmentbeweglichkeiten ergibt eine schlechte Interraterreliabilität [1], die schwierige Reproduzierbarkeit von Geweberestriktionsuntersuchungen lässt sich damit erahnen. Lewit [6] weist zu Recht daraufhin, dass die Palpationsfähigkeit einer hohen Suggestibilität und palpatorischen Illusion unterliegt. Aus diesem Grund sind ärztlich nicht überwachte oder ausgeführte osteopathische Diagnostiken und Therapien vorsichtig zu bewerten, die Forderungen nach einem eigenen Berufsbild gerade aus ganzheitlicher Sicht für Patienten eher kontraproduktiv. Osteopathische Medizin mit ihrem speziellen diagnostischen und therapeutischen Zugang, der sich auch, trotz vieler Gemeinsamkeiten, deutlich von den Inhalten der Manualmedizin unterscheidet, verlangt einen schulmedizinisch umfassend ausgebildeten Facharzt.

Fasziale Konzepte

Techniken zur Lösung faszialer und myofaszialer Gleiteinschränkungen haben in der Osteopathie immer einen speziellen Fokus genossen. Von Still ist folgende bemerkenswerte Aussage überliefert: „Wenn man mit den Faszien arbeitet, behandelt man die Zweigstellen des Gehirns. Warum sollte man also die Faszien nicht mit dem gleichen Maß an Respekt behandeln

wie das Gehirn selbst?“ Still konnte kein tieferes neurophysiologisches Verständnis entwickeln, seine Aussagen belegen, jenseits der damaligen wissenschaftlichen Erkenntnis, eine intuitive Erfassung möglicher Zusammenhänge bestimmter Gewebe zur körperlichen Gesamtfunktion, basierend auf Wirksamkeitsbeobachtungen seiner Techniken. Betrug die Anzahl der weltweiten Publikationen mit Bezug zum Faszienystem im Jahre 1997 noch unter 100, konnte man im Jahre 2007 bereits über 8000 Veröffentlichungen zählen. An der Harvard Medical School in Boston, USA, fand 2007 der weltweit erste Kongress zu Faszien statt. Die Kenntnisse beispielsweise über die neuroreflektorischen Eigenschaften der Fascia thoracolumbalis haben sich deutlich erweitert [14, 17]. Mit Myofibroblasten fanden sich kontraktile Zellen, die eine gewisse autonome Verformbarkeit der Faszie bedingen [15, 16]. Eine hohe Zahl sensorisch afferenter Fasern vornehmlich in den äußeren Faszien-schichten konnte nachgewiesen werden. Somit zeigt sich Faszien-gewebe tatsächlich als möglicher Nozigen-erator und als therapeutisch beeinflussbare Struktur. Wir befinden uns erst am Anfang, die Rolle faszialer Strukturen im Körper als Organ der Körperprotektion mit propriozeptiven und neuroreflektori-schen Anteilen zu verstehen. Osteopathi-sche Vorstellungen gehören zu den Weg-bereitern dieser Entwicklung.

Osteopathische Techniken

Die Anzahl der gelehrtten osteopathischen Techniken ist ausufernd und kaum systematisch erfasst. In den letzten Jahren wurde eine große Menge osteopathischer Li-teratur publiziert. Therapien werden in unterschiedlichen Varianten und Nuan-cierungen gelehrt. Genannt sei eine Aus-wahl an parietalen Techniken:

- „myofaszial release“;
- „facilitated positional release“;
- „balanced ligamentous tension“;
- „torque unwinding“;
- „ligamentous articular strain“;
- „strain-counterstrain“;
- Still-Techniken,
- Blaggrave-Techniken,
- Specific-adjustment-Techniken,
- Sutherland-Techniken,

- Muscle-energy-Techniken etc.

Beispielgebend seien 2 parietale Techni-ken beschrieben [10].

„Myofaszial release“

Diese Technik führt einen Lösevorgang des Gewebes („release“) herbei, der als Entspannung und Gewebelockerung ge-fühlt wird. Ausgeführt im Bereich von Muskeln und Faszien wird eine Mobili-tätsrestriktion palpirt und das Gewebe unter sehr feiner Druckausübung unter ständiger Feedbackkontrolle entgegen (direkte Technik) oder mit (indirekte Technik) der eingeschränkten Gewebe-mobilität in den Releasevorgang geführt.

„Strain-counterstrain“

Das Charakteristikum dieser Therapie sind aufzuspürende Tenderpunkte, die als kleine druckdolente, nicht schmerz-ausstrahlende Gewebeverhärtungen im-ponieren und Zeichen einer Muskel- oder Gelenkdysfunktion sind. Je nach dysfunk-tioneller Struktur gibt es eine Landkarte möglicher Tenderpunkte. Nach Aufsu-chen des Tenderpunkts wird unter stän-diger manueller Punkt palpation (z. B. Tenderpunkt einer Dysfunktion des Seg-ments L4 posterior) das auf die Dys-funktion einwirkende Umgebungsgewe-be (hier rein passive Extension des Beins) derart für ca. 90 s positioniert, dass die Schmerzhaftigkeit des Punkts verschwin-det. Die Dysfunktion wird über die spe-zielle Positionierung vollständig beseitigt.

Die Ausübung osteopathischer Techni-ken verlangt geschulte und trainierte Hän-de, um die beschriebenen Gewebephäno-mene zu spüren.

Kraniosakrale Osteopathie

Die vielfach zitierte Kraniosakralthera-pie soll zumindest kurz erwähnt wer-den. Korrekter müsste es eigentlich Os-teopathie im kraniosakralen Bereich hei-ßen, denn der Begriff Kraniosakralthera-pie (CST), gleichwohl aus der Osteopa-thie stammend, steht oft für eine eigene, von der Osteopathie losgelöste und viel-fach von Laien ausgeführte Therapieform.

Das kraniosakrale Gebiet umfasst den Schädel, das Kreuzbein und das Nervensystem mit seinen Umhüllungen und dem zugehörigem Gefäßsystem. Behandelt werden entsprechend den Indikationen in den anderen osteopathischen Systemen Restriktionen im Bewegungsverhalten dieser Strukturen. Die kraniosakrale Osteopathie, wie im Übrigen auch die viszerale Therapie, benutzt spezielle Bewegungstests und greift auf körpereigene Schwingungssysteme zurück bzw. bewertet über subtile manuelle Stimulationen das Resonanzverhalten der Gewebe. Der so genannte kraniosakrale Rhythmus (das vermutete inhärente Pulsieren der zerebrospinalen Flüssigkeit) ist in seiner Existenz höchst umstritten und sollte eher als Modell verstanden werden.

➤ **Unstrittig ist die Existenz unterschiedlicher Rhythmen und Schwingungen im menschlichen Körper, die von der Osteopathie als Diagnose- und Therapiezugang verwendet werden.**

In Bereichen der kraniosakralen Osteopathie existiert eine wissenschaftliche Unschärfe, die, eingebettet in das Gesamtkonzept osteopathische Medizin, aus der klinischen Erfahrung heraus ihre Daseinsberechtigung erfährt. Davon abzugrenzen sind Anwendungen, die Teilbereiche wie die CST aus der osteopathischen Gesamtbetrachtung isolieren und den Boden wissenschaftlich plausibler Therapieanwendungen verlassen.

Indikationen und Kontraindikationen

Das Indikationsspektrum ist groß und umfasst akute und chronisch Schmerzbilder und Funktionsstörungen des gesamten Bewegungssystems, worunter nach osteopathischer Definition nicht nur das muskuloskeletale System, sondern Bewegungsstörungen beispielsweise auch internistischer Organe fallen, die wiederum Rückwirkungen auf parietale Strukturen ausüben können. Für den Orthopäden ergibt sich ein großes Spektrum möglicher osteopathischer Anwendungen, die besonders dann augenfällig werden, wenn klinische Symptomatik und zu diagnostizierende Strukturpathologie nicht im Ein-

klang stehen. Unter Umständen können auch operative Indikationen einem konservativen Therapieversuch unter funktionspathologischen Gesichtspunkten zugeführt werden, da die Nozizeption polysensorisch generiert und moduliert werden kann.

Kontraindikationen ergeben sich aus der Art des therapeutischen Zugangs:

- anderweitig zu versorgende Traumata,
- akute Infektionen,
- Tumoren,
- neurologische Krankheitsbilder.

Fazit für die Praxis

- **Osteopathie ist eine manuelle Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die kleinste Bewegungseinschränkungen unterschiedlichster Gewebe analysiert und therapiert. Für die Orthopädie ergibt sich ein großes Indikationsspektrum von Schmerzbildern des Halte- und Bewegungsapparats, der mit Abstand die häufigste Lokalisation akuter und chronischer Schmerzbilder darstellt.**
- **Die konservativ-manuelle Behandlungsmethodik stellt ureigene ärztliche Kunst dar, mit der vor dem Hintergrund neuer Schmerzmodelle wissenschaftlich plausibel und empirisch effizient therapiert werden kann.**
- **Schulmedizinische Therapiekonzepte sollten empirisch gut eingeführte und akademisierte Behandlungsmethoden integrieren, um vielschichtig auslösbare Schmerzbilder ganzheitlich im Sinne des biopsychosozialen Modells angehen zu können.**

Korrespondenzadresse

Dr. S. Tempelhof

Centrum für Komplementärmedizin München
Lortzingstr. 26, 81241 München
dr.tempelhof@cfk-muenchen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Anhang

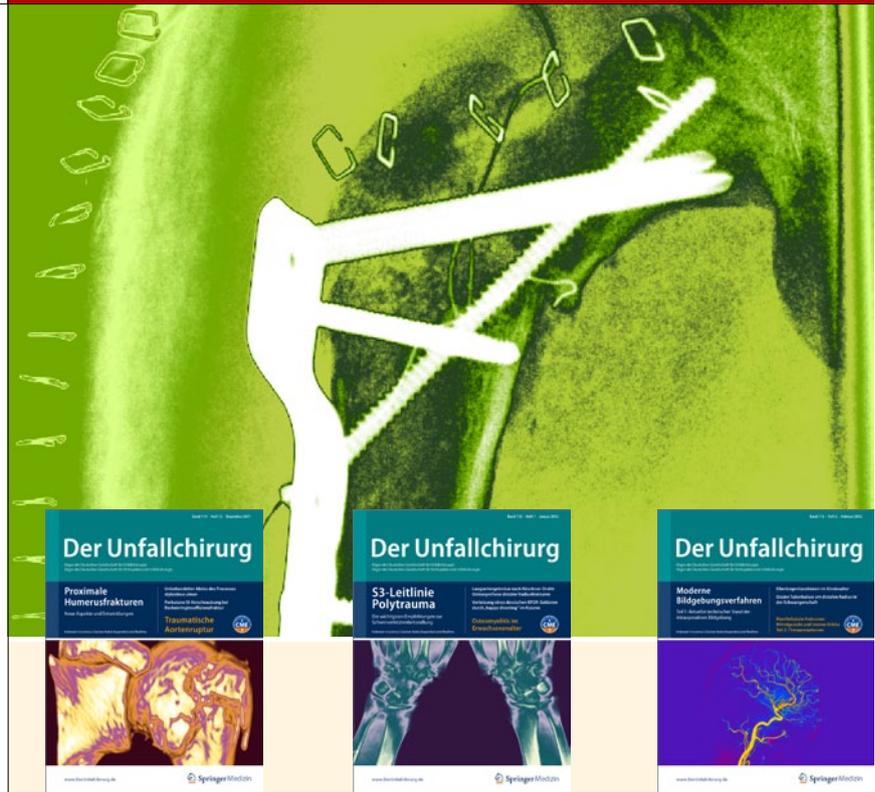
Internetlinks und Kontaktadressen

- Deutsch-Amerikanische Akademie für Osteopathie (DAAO), in der MWE/DGMM, Riedstr. 5, 88316 Isny-Neutrauchburg, <http://www.daaoinfo>
- Deutsche Gesellschaft für osteopathische Medizin (DGOM), Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard/Rhein, <http://www.dgom.info>
- Berliner Akademie für Osteopathie, in der ÄMM/DGMM, Frankfurter Allee 263, 10317 Berlin, <http://www.dgmm-aemm.de>
- ÖAMM-Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Manuelle Medizin, Wagner-Jauregg-Platz 1, A-8053 Graz, <http://www.oamm-graz.at>
- Österreichische Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin (ÖÄMM), Speisingerstr. 109, A-1134 Wien
- Schweizerische Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin (SAMM), Röschstr. 18, CH-9006 St. Gallen, <http://www.samm.ch>

Literatur

1. COST B13 (2006) European guidelines for the management of low back pain. Eur Spine J 15(Suppl 2):192–300
2. (o A) (2002) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 9: Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin
3. Haas NP, Hoppe JD, Scriba PC (2009) Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. Bekanntgabe der Herausgeber. Dtsch Arztebl 106(46):A2325–A2334
4. Heymann W, Böhni U, Locher H (2005) Grundlagenforschung trifft Manualmedizin. Ergebnisse der Bodenseekonferenz deutschsprachiger Mediziner. Man Med 43:385–394
5. Hoepke H (1963) Das Muskelspiel des Menschen. Gustav Fischer, Stuttgart
6. Lewit K (2007) Manuelle Medizin. Elsevier, Urban & Fischer, München
7. Locher H (2010) Wie funktioniert Manuelle Therapie. Orthop Prax 46(12):576–583
8. Locher H, Casser HR, Strohmaier M, Grifka J (2011) Spezielle Schmerztherapie der Halte- und Bewegungsorgane. Thieme, Stuttgart
9. Meert G (2003) Das Becken aus osteopathischer Sicht. Elsevier, Urban & Fischer, München
10. Nicholas AS, Nicholas EA (2009) Atlas osteopathischer Techniken. Elsevier, Urban & Fischer, München
11. Still AT (o J) Philosophy of Osteopathy. Reprint von 1899. American Academy of Osteopathy, Indianapolis

12. Still AT (o J) Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy. Reprint von 1902. American Academy of Osteopathy, Indianapolis
13. Süddeutsche Zeitung, 1./2./3. Oktober 2011, Nr. 227, Seite V2/10
14. Tesarz J (2010) Die Fascia thoracolumbalis als potenzielle Ursache für Rückenschmerzen: anatomische Grundlagen und klinische Aspekte. Osteopath Med 11/1:28–34
15. Schleip R, Klingler W, Lehmann-Horn F (2005) Active fascial contractility: fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. Med Hypotheses 65/2:273–277
16. Schleip R et al (2006) Passive muscle stiffness may be influenced by active contractility of intramuscular connective tissue. Med Hypotheses 66/1:66–71
17. Findley T, Schleip R (Hrsg) (2007) Fascia research – Basic science and implications for conventional and complementary health care. Elsevier, Munich
18. Ward R (Hrsg) (2003) Foundations for osteopathic medicine. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia



Der Unfallchirurg bietet Ihnen jeden Monat umfassende und aktuelle Beiträge zu interessanten Themen aus allen Bereichen der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie.

Möchten Sie ein bereits erschienenes Heft nachbestellen? Einzelne Ausgaben können Sie direkt bei unserem Kundenservice zum Preis von je EUR 35,- zzgl. Versandkosten beziehen:

Heft 1/2012

- Präklinische Polytraumaversorgung: S3-Leitlinie
- S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung. Schockraumversorgung
- S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung. Erste Operationsphase: Bedeutung – Möglichkeiten – Schwierigkeiten?
- Versorgungsrealität auf der Basis der Daten des TraumaRegister DGU®
- Chirurgische Kompetenz bei der Versorgung von Höhlenverletzungen
- **CME: Osteomyelitis im Erwachsenenalter**

Heft 2/2012

- Entwicklung der intraoperativen C-Bogenanwendung in der Unfallchirurgie
- Der Hybridoperationssaal
- Intraoperative Magnetresonanztomographie
- **CME: Maxillofaziale Frakturen: Mittelgesicht und interne Orbita, Teil 2: Therapieoptionen**

So erreichen Sie unseren Kundenservice:

Springer Customer Service Center GmbH
 Kundenservice Zeitschriften
 Haberstr. 7
 69126 Heidelberg
 Tel.: +49 6221 345-4303
 Fax: +49 6221 345-4229
 E-Mail: leserservice@springer.com

www.DerUnfallchirurg.de