

# Viszerale Osteopathie

Marc De Coster  
Annemie Pollaris

6., überarbeitete Auflage



Haug



**Marc De Coster**, geb. 1952. Manualtherapeut und Osteopath, niedergelassen als Physiotherapeut in Melle/Belgien seit 1976. Ausbildung in Manueller Therapie, u. a. bei Prof. Lewit, Trebon, Freddy Kaltenborn, Hamm, und Olaf Evjenth, Oslo. Seit 1978 in der Aus- und Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Therapie tätig, u. a. als Lehrer des Ausbildungsganges Viszerale Therapie. 1988 Ausbildung zum Osteopathen. Interessenschwerpunkte: Viszerale Therapie und ihre Beziehungen zur Wirbelsäule.

**Annemie Pollaris**, geb. 1965. Manualtherapeutin und Osteopathin. Seit 1987 als Physiotherapeutin in Gemeinschaftspraxis mit Marc De Coster in Melle/Belgien tätig. Ausbildung in Manueller Therapie und Osteopathie in Belgien sowie bei Prof. Lewit, Trebon. Seit 1992 als Ausbilderin in Viszeraler Therapie in Deutschland und Belgien tätig. 1996 Ausbildung in Pelvischer Reeducation bei Prof. Wyndaele, Universität Gent.

# Viszerale Osteopathie

Marc De Coster, Annemie Pollaris

6., überarbeitete Auflage

276 Abbildungen

Georg Thieme Verlag  
Stuttgart • New York

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

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter:  
[www.thieme.de/service/feedback.html](http://www.thieme.de/service/feedback.html)

#### **Autoren**

Marc De Coster  
Gontrode Heirweg 269  
N.V. Ostara  
9090 Melle  
Belgien

Annamie Pollaris  
Gontrode Heirweg 269  
N.V. Ostara  
9090 Melle  
Belgien

© 2016 Karl F. Haug Verlag  
in Georg Thieme Verlag KG & Co. KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
Deutschland  
[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Printed in Germany

Zeichnungen: Anatomische Aquarelle aus Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. Stuttgart. Thieme. Helmut Holtermann, Dannenberg; Christine Lackner, Ittlingen  
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe  
Umschlagfoto: Marc De Coster, Melle, Katrien De Waele  
Satz: Druckhaus Götz, Ludwigsburg  
Druck: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

ISBN 978-3-13-205441-7

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:  
eISBN (PDF) 978-3-13-205451-6  
eISBN (epub) 978-3-13-205461-5

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## Vorwort zur 4. Auflage

Ziel des Buches ist die Darstellung der verschiedenen osteopathischen Untersuchungs- und Behandlungstechniken der inneren Organe.

Die Organe werden systematisch und einzeln dargestellt. Für jedes Organ haben wir einen kurzen anatomischen Überblick aufgenommen, um dem Leser die Lage und topografische Beziehung zu den umgebenden Strukturen ins Gedächtnis zu rufen.

Die Funktion des betreffenden Organs haben wir jeweils in einem Schema dargestellt. Dies kann Ihnen zum Verständnis dafür dienen, welche Störungen oder Symptome zu einer Organdysfunktion führen können. Bei jedem Organ wird die Anamnese beschrieben, sowohl im Sinne der Organbeschwerden als auch der Beschwerden am Bewegungsapparat. Letztere entstehen durch die ligamentären Verbindungen der Organe mit dem Bewegungsapparat oder durch die Relation des sympathischen und parasympathischen Nervensystems an der Wirbelsäule.

Der Untersuchungsgang wird systematisiert und zeigt für jedes Organ den gleichen Ablauf. Am Anfang steht immer der Gürteltest im Stehen und in Rückenlage, gefolgt von der Topografie, der diagnostischen Palpation, dem Mobilitätstest und der Perkussion.

Neu ist auch eine Ergänzung des Untersuchungsgangs durch Überprüfung der Reflexzonen an Hand, Fuß, Schädel, Zahnschema und Ohr, die im Anhang des Buches nachzuschlagen ist. Diese Punkte können die vorherigen Untersuchungen unterstützen.

Die Head-Zone und die Jarricot-Punkte, die auf Fassbarkeit, Abhebbarkeit, Qualität und Schmerz getestet werden, sind typisch für jedes Organ und werden auch bei jedem Organ beschrieben.

Bei der Untersuchung führen wir auch Mobilitätstests des Bewegungsapparats durch, wie etwa den Schnelltest „Schlittenfahrt“ (= passive Extension, Seitneigung und gegensinnige Rotation in der oberen HWS) mit Beziehung zum N. vagus. Auch die Wirbelsäule muss etwa durch das Beckenrollen auf ihre segmentale Beweglichkeit getestet werden. Die Segmente C8 bis L2 sind die sym-

pathischen Versorgungsgebiete der verschiedenen Organe. Bei einem positiven Befund sollte man anschließend spezifischer untersuchen. Dafür stehen die manualtherapeutischen Untersuchungstechniken zur Verfügung.

Die Beschreibungen der Behandlungstechniken wurden komplett überarbeitet, um das Vorgehen bei den verschiedenen Techniken noch verständlicher und greifbarer zu machen. Alle Abbildungen wurden neu angefertigt.

Neue Behandlungstechniken, die sich während der Tätigkeit in unserer Praxis bewährt haben, sind nun auch in dieser Auflage berücksichtigt. Beispiele hierfür sind die angewandten Behandlungen beim Schleudertrauma, bei Pubalgie, bei der Adduktorentendopathie, nach Herz- und Lungenoperationen, bei Schwangerschaftsbeschwerden im Bereich des Beckens, bei Hypermobilität des Uterus, bei Sinusitis.

Zu Beginn jedes Organkapitels wird ein Schema vorgestellt, in dem das besprochene Organ im Mittelpunkt steht, ergänzt mit den Wechselwirkungen und möglichen Beeinflussungen anderer Organe oder Systeme.

In den Anhang ist ein exemplarischer Untersuchungs- und Behandlungsverlauf aufgenommen worden. Hiermit versuchen wir, dem Leser ein Instrument für eine schnelle Differenzialdiagnostik an die Hand zu geben, um durch Untersuchungssysteme verschiedene Strukturen in Dysfunktion zu erkennen und dann eine Beziehung zum weiteren viszerale Untersuchungs- und Behandlungsverlauf darzustellen.

Das neue Layout erleichtert dem Leser das Verständnis für die verschiedenen Organe. Wir haben uns bemüht, das Buch so zu strukturieren, dass es sowohl in der Ausbildung als auch in der täglichen Praxis der viszerale Osteopathie als Handbuch benutzt werden kann. Das Layout verdanken wir Frau Marina Horbatsch und Frau Gabriele Müller von den Medizinverlagen Stuttgart. Ich danke beiden für die verschiedenen Tipps, die ich erhalten habe, um diese Neuauflage zu einem guten Ende zu bringen. Mein Dank gilt auch der Fotografin

Katrien De Waele und meinem Mitarbeiter und Osteopathen Hans Fauville.

Zum Schluss möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Frau für ihre Geduld, Unterstützung und Hilfe beim Zustandekommen dieser Neuauflage bedanken. Bei meinen drei Kindern entschuldige

ich mich besonders für die viele Freizeit, die ich nicht mit ihnen verbracht habe, doch stehe ich ihnen nach dem Abschluss dieser Arbeit wieder ganz zur Verfügung.

Melle, im Frühjahr 2007

**Marc De Coster**

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Vorwort zur 4. Auflage</b> . . . . .	5
<b>1 Einführung</b> . . . . .	13
1.1 <b>Untersuchungsschema</b> . . . . .	14
1.2 <b>Indikationen und Kontraindikationen</b> . . . . .	14
1.3 <b>Ziel der Viszeralen Therapie</b> . . . . .	14
1.4 <b>Aufbau und Frequenz der viszeralen Behandlungen</b> . . . . .	15
1.5 <b>Erklärung der Symbole und Ausdrücke</b> . . . . .	16
<b>2 Zervikales Diaphragma</b> . . . . .	17
2.1 <b>Anatomie</b> . . . . .	17
2.2 <b>Untersuchung</b> . . . . .	20
2.2.1 Anamnese . . . . .	20
2.2.2 Soto-Hall-Test oder Test der Art. radialis . . . . .	21
2.2.3 Diagnostische Palpation der Faszien . . . . .	22
2.2.4 Diagnostische Palpation der Faszien (Variante) . . . . .	23
2.2.5 Palpationskreis . . . . .	24
2.2.6 Weichteilpalpation . . . . .	25
2.2.7 Schädelreflexpunkte (YNSA; Ypsilon-Punkte) . . . . .	26
2.2.8 Palpation der prävertebralen Muskulatur (linke Seite) . . . . .	27
2.2.9 Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen . . . . .	28
2.3 <b>Behandlung</b> . . . . .	29
2.3.1 Halsfaszien . . . . .	29
2.3.2 Kehlkopfbehandlung . . . . .	30
2.3.3 Kehlkopfbehandlung (Variante 1) . . . . .	31
2.3.4 Kehlkopfbehandlung (Variante 2) . . . . .	32
2.3.5 Sinusbehandlung . . . . .	33
2.3.6 Behandlung der Suturae frontonasalis . . . . .	34
2.3.7 Ösophagusbehandlung . . . . .	35
2.3.8 Dehnung der prävertebralen Muskulatur . . . . .	36
2.3.9 Lymphpumpe . . . . .	37
2.3.10 Fascia cervicalis anterior (Fascia colli superficialis) . . . . .	38
2.3.11 Dehnung der Fascia colli superficialis . . . . .	39
2.4 <b>Überblick über die Wechselwirkungen</b> . . . . .	40
<b>3 Thorakales Diaphragma</b> . . . . .	41
3.1 <b>Anatomie</b> . . . . .	41
3.2 <b>Untersuchung</b> . . . . .	45
3.2.1 Anamnese . . . . .	45
3.2.2 Diagnostische Palpation des Zwerchfells im Sitzen . . . . .	46
3.2.3 Winkelbildung der Rippenbogen . . . . .	47
3.2.4 Bewegungstest des Thorax . . . . .	48
3.2.5 Zwerchfellpalpation im Liegen . . . . .	49
3.2.6 Zwerchfellpalpation im Liegen (Variante) . . . . .	50
3.2.7 Bauchorgane . . . . .	51



3.2.8	Perkussion von Brust- und Bauchhöhle (Zwerchfellstand) . . . . .	52
3.2.9	Bindegewebszonen des Zwerchfells . . . . .	53
3.2.10	Muskulatur . . . . .	53
3.2.11	Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen. . . . .	53
<b>3.3</b>	<b>Behandlung</b> . . . . .	<b>55</b>
3.3.1	Normalisierung des Thorax bei Bewegungseinschränkung in Expiration . . . . .	55
3.3.2	Normalisierung des Thorax bei Bewegungseinschränkung in Inspiration . . . . .	56
3.3.3	Zwerchfelldehnung im Liegen . . . . .	57
3.3.4	Zwerchfellhebung . . . . .	58
3.3.5	Zwerchfellhebung (Entspannung des Plexus solaris) . . . . .	59
3.3.6	Dehnung einer Zwerchfelloberfläche . . . . .	60
3.3.7	Zwerchfelldehnung im Sitzen . . . . .	61
3.3.8	Dehnung der Pleura parietalis . . . . .	62
3.3.9	Dehnung der Pleura parietalis (Variante). . . . .	63
3.3.10	Entspannung und Dehnung des rechten Arcus lumbocostalis lateralis (Haller-Bogen) . . . . .	64
3.3.11	Automobilisation . . . . .	65
<b>3.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b> . . . . .	<b>66</b>
<b>4</b>	<b>Diaphragma pelvis</b> . . . . .	<b>67</b>
<b>4.1</b>	<b>Anatomie</b> . . . . .	<b>67</b>
<b>4.2</b>	<b>Untersuchung</b> . . . . .	<b>70</b>
4.2.1	Anamnese . . . . .	70
4.2.2	Diagnostische Palpationstechnik am Beckenboden in Bauchlage . . . . .	71
4.2.3	Diagnostische Palpationstechnik am Beckenboden: Os coccygeus. . . . .	72
4.2.4	Diagnostische Palpationstechnik am Beckenboden in Seitenlage . . . . .	73
4.2.5	Diagnostische Palpationstechnik am Beckenboden: Foramen obturatum. . . . .	74
4.2.6	Diagnostische Palpationstechnik am Becken: gekreuzter symphysealer Schmerz. . . . .	75
4.2.7	Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen. . . . .	76
<b>4.3</b>	<b>Behandlung</b> . . . . .	<b>77</b>
4.3.1	Heben des Beckenbodens (Pelvis-Lift) . . . . .	77
4.3.2	Gekreuzter symphysealer Schmerz (z. B. Druckschmerz rechts oben und links unten) . . . . .	78
<b>4.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b> . . . . .	<b>79</b>
<b>5</b>	<b>Nieren und Harnblase</b> . . . . .	<b>80</b>
<b>5.1</b>	<b>Anatomie</b> . . . . .	<b>80</b>
<b>5.2</b>	<b>Untersuchung</b> . . . . .	<b>90</b>
5.2.1	Anamnese . . . . .	90
5.2.2	Gürteltest im Stehen . . . . .	91
5.2.3	Gürteltest im Liegen . . . . .	92
5.2.4	Diagnostische Palpation der Niere . . . . .	93
5.2.5	Diagnostische Palpation der Harnblase. . . . .	94
5.2.6	Mobilitätstest der Nieren. . . . .	95
5.2.7	Mobilitätstest der Harnblase . . . . .	96
5.2.8	Verdacht auf Blasensenkung. . . . .	97
5.2.9	Bindegewebszonen (ventral). . . . .	98
5.2.10	Muskulatur . . . . .	99
5.2.11	Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen. . . . .	99
5.2.12	C 0–1–2 Bewegungsuntersuchung . . . . .	101
5.2.13	Bindegewebszonen (dorsal) . . . . .	102

5.2.14	Th 10–11–12 / L 1–2–3 Beckenrollen: Segmentale Untersuchung der Wirbelsäule . . . . .	103
<b>5.3</b>	<b>Behandlung.</b> . . . . .	104
5.3.1	Direkter Hebegriff . . . . .	104
5.3.2	Kombinierter Griff . . . . .	105
5.3.3	Dehnung der Fascia perirenalis . . . . .	106
5.3.4	Behandlung des Nierenhilus (Spatium pyelorenalis). . . . .	107
5.3.5	Kombinierter Hebegriff (an der rechten Niere). . . . .	108
5.3.6	Behandlung der Harnblase in Rückenlage. . . . .	109
5.3.7	Behandlung der Harnblase im Sitzen . . . . .	110
5.3.8	Automobilisation der Harnblase . . . . .	111
<b>5.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b> . . . . .	112
<b>6</b>	<b>Dickdarm</b> . . . . .	113
<b>6.1</b>	<b>Anatomie</b> . . . . .	113
6.1.1	Funktion . . . . .	119
<b>6.2</b>	<b>Untersuchung</b> . . . . .	119
6.2.1	Anamnese. . . . .	119
6.2.2	Diagnostische Palpation. . . . .	120
6.2.3	Mobilitätstest . . . . .	121
6.2.4	Perkussion der Bauchorgane . . . . .	122
6.2.5	Bindegewebszonen . . . . .	122
6.2.6	Muskulatur und Triggerpunkte . . . . .	124
6.2.7	Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen . . . . .	125
<b>6.3</b>	<b>Behandlung.</b> . . . . .	127
6.3.1	Vorbereitende Massage und Vibrationstechniken am Dickdarm. . . . .	127
6.3.2	Generelle abdominelle Behandlung . . . . .	129
6.3.3	Kaudale abdominelle Behandlung . . . . .	130
6.3.4	Mediokaudale abdominelle Behandlung . . . . .	131
6.3.5	Mediokraniale abdominelle Behandlung . . . . .	132
6.3.6	Kraniale abdominelle Behandlung . . . . .	133
6.3.7	Abschnittweise abdominelle Behandlung. . . . .	134
6.3.8	Behandlung des ileozäkalen Triggerpunktes . . . . .	135
6.3.9	Behandlung des ileozäkalen Übergangs. . . . .	136
6.3.10	Zäkumbeweglichkeit (Flexion) auf dem Kolon . . . . .	137
6.3.11	Behandlung des nach innen verdrehten Colon ascendens . . . . .	138
6.3.12	Behandlung des nach außen verdrehten Colon ascendens. . . . .	139
6.3.13	Ileozäkale Invagination . . . . .	140
6.3.14	Zäkokolische Invagination. . . . .	141
6.3.15	Behandlung des Colon ascendens . . . . .	142
6.3.16	Rechter Colon-transversum-Anteil. . . . .	143
6.3.17	Linker Colon-transversum-Anteil. . . . .	144
6.3.18	Kolosigmoidale Invagination . . . . .	145
6.3.19	Heben des Colon sigmoideum . . . . .	146
6.3.20	Heben des Rektums . . . . .	147
6.3.21	Heben der Flexura hepatica (Flexura coli dextra) . . . . .	148
6.3.22	Heben der Flexura splenica (Flexura coli sinistra) . . . . .	149
6.3.23	Rechter Colon-transversum-Anteil. . . . .	150
6.3.24	Linker Colon-transversum-Anteil. . . . .	151
6.3.25	Induktionstechnik . . . . .	152
<b>6.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b> . . . . .	153

<b>7</b>	<b>Zwölffingerdarm und Dünndarm</b>	154
<b>7.1</b>	<b>Anatomie</b>	158
7.1.1	Funktion	158
<b>7.2</b>	<b>Untersuchung</b>	158
7.2.1	Anamnese	158
7.2.2	Diagnostische Palpation des Dünndarms	159
7.2.3	Perkussion des Dünndarms	160
7.2.4	Bindegewebszonen	161
7.2.5	Muskulatur und Triggerpunkte	162
7.2.6	Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen	163
<b>7.3</b>	<b>Behandlung</b>	164
7.3.1	Lösen von Darmverklebungen	164
7.3.2	Dünndarm und Radix mesenterii	165
7.3.3	Dünndarm und Radix mesenterii (Variante)	166
7.3.4	Radix-Behandlung	167
7.3.5	Peritoneumhebung	168
7.3.6	Pylorus	170
7.3.7	Triggerpunkt des Sphincter Oddi	171
7.3.8	Duodenum: Drainage	172
7.3.9	Duodenum: Drainage (Variante)	173
7.3.10	Flexura duodenojejunalis	174
7.3.11	Duo 2	175
<b>7.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b>	176
<b>8</b>	<b>Gallenblase und Leber</b>	177
<b>8.1</b>	<b>Anatomie</b>	177
<b>8.2</b>	<b>Untersuchung</b>	182
8.2.1	Anamnese	182
8.2.2	Diagnostische Palpation der Leber	183
8.2.3	Mobilitätstest des Leberrandes	184
8.2.4	Perkussion der Leber	185
8.2.5	Bindegewebszonen	185
8.2.6	Muskulatur und Triggerpunkte	187
8.2.7	Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen	188
8.2.8	Bindegewebszonen	185
<b>8.3</b>	<b>Behandlung</b>	189
8.3.1	Gallenblase: Drainage	189
8.3.2	Gallenblase: Drainage (Variante)	190
8.3.3	Hebung der Leber in Rückenlage	191
8.3.4	Kompression der Leber in Rückenlage	192
8.3.5	Kompression der Leber in Rückenlage (Variante)	193
8.3.6	Stimulation der Leberaktivität	194
8.3.7	Hebung der Leber in Seitenlage	195
8.3.8	Kompression der Leber in Seitenlage	196
8.3.9	Hebung der Leber im Sitzen	197
8.3.10	Kompression der Leber im Sitzen	198
<b>8.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b>	199

<b>9</b>	<b>Magen</b> . . . . .	200
<b>9.1</b>	<b>Anatomie</b> . . . . .	200
9.1.1	Funktion . . . . .	203
<b>9.2</b>	<b>Untersuchung</b> . . . . .	203
9.2.1	Anamnese . . . . .	203
9.2.2	Diagnostische Palpation des Magens . . . . .	204
9.2.3	Mobilitätstest des Magens . . . . .	205
9.2.4	Perkussion des Magens . . . . .	206
9.2.5	Bindegewebszonen . . . . .	206
9.2.6	Muskulatur und Triggerpunkte . . . . .	207
9.2.7	Untersuchung auf Wechselwirkung mit anderen Funktionskreisen und Strukturen. . . . .	207
9.2.8	Bindegewebszonen . . . . .	206
<b>9.3</b>	<b>Behandlung</b> . . . . .	209
9.3.1	Entspannung der Magenregion . . . . .	209
9.3.2	Heben des Magens in Rückenlage . . . . .	210
9.3.3	Behandlung einer Hiatushernie . . . . .	211
9.3.4	Behandlung einer Hiatushernie (Variante) . . . . .	212
9.3.5	Entspannungstechnik für den Magen . . . . .	213
9.3.6	Entspannung im Innervationsgebiet des Plexus solaris . . . . .	214
9.3.7	Heben des Magens in Seitenlage. . . . .	215
9.3.8	Behandlung einer Hiatushernie in Seitenlage. . . . .	216
9.3.9	Heben des Magens im Sitzen . . . . .	218
9.3.10	Behandlung der Hiatushernie im Sitzen . . . . .	219
<b>9.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b> . . . . .	220
<b>10</b>	<b>Weibliche Geschlechtsorgane</b> . . . . .	221
<b>10.1</b>	<b>Anatomie</b> . . . . .	221
10.1.1	Funktion . . . . .	221
<b>10.2</b>	<b>Untersuchung</b> . . . . .	225
10.2.1	Anamnese . . . . .	225
10.2.2	Diagnostische Palpation . . . . .	226
10.2.3	Beweglichkeitstest an den Unterleibsorganen (Uterus, Adnexe und Harnblase). . . . .	227
10.2.4	Mobilitätstest . . . . .	228
10.2.5	Bindegewebszonen . . . . .	229
10.2.6	Muskulatur . . . . .	229
10.2.7	Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen . . . . .	229
<b>10.3</b>	<b>Behandlung</b> . . . . .	231
10.3.1	Mobilisation des Uterus in Rückenlage . . . . .	231
10.3.2	Allgemeine Entspannungstechnik . . . . .	232
10.3.3	Entspannung der Adnexe . . . . .	233
10.3.4	Mobilisation des Uterus in Seitenlage . . . . .	234
10.3.5	Mobilisation des Uterus in Seitenlage (Variante). . . . .	235
10.3.6	Heben des Uterus . . . . .	236
10.3.7	Mobilisation des Uterus bei Hypermobilität . . . . .	237
10.3.8	Automobilisation des Uterus bei Hypermobilität . . . . .	238
<b>10.4</b>	<b>Überblick über die Wechselwirkungen</b> . . . . .	239

# Anhang

<b>11</b>	<b>Exemplarischer Untersuchungs- und Behandlungsablauf</b>	242
11.1	Anamnese	242
11.2	Orientierende Tests	242
11.2.1	Radikuläre Provokation	242
11.2.2	Diskusprovokation	242
11.2.3	Ligamentäre Provokation (Hypermobilität)	242
11.2.4	Artikuläre Provokation und Test (Hypomobilität)	243
11.2.5	Muskeluntersuchung	243
11.2.6	Gefäßstörung und lymphatische Störung	243
11.2.7	Fasziuntersuchung	243
11.2.8	Viszerale Provokation	243
11.3	Beobachtung auf Wechselwirkung mit anderen Funktionskreisen und Strukturen	244
11.3.1	Rückenlage	244
11.3.2	Bauchlage	244
11.4	Vorläufige Diagnose und Behandlungsablauf	244
<b>12</b>	<b>Komplementäre Diagnoseverfahren</b>	246
12.1	Handreflexpunkte	246
12.2	Organuhr	246
12.3	Zahnreflexpunkte	247
12.4	Schädelreflexpunkte	248
12.5	Ohrreflexpunkte	248
12.6	Fußreflexpunkte	249
12.7	Zungendiagnostik	254
12.8	Reflexzonen des Gesichts	256
<b>13</b>	<b>Literatur</b>	257
<b>14</b>	<b>Bildnachweis</b>	258
	Sachverzeichnis	259

# 1 Einführung

Der osteopathischen Behandlung liegt folgende Idee zugrunde: Jede Beweglichkeitsänderung im Bewegungsapparat im Sinne einer Hypo- oder Hypermobilität führt zu einer Funktionsstörung, die wiederum ein Krankheitsbild auslösen kann.

Durch den Bewegungsverlust wird die Durchblutung der betroffenen Gewebe vermindert. Diese Hypämie kann sich bis zur Ischämie steigern. So können Irritationen, Entzündungen und Infektionen aufgrund einer Minderdurchblutung entstehen.

Für eine optimale Funktion des menschlichen Körpers ist es notwendig, dass sich die vier Hauptsysteme des Körpers im Gleichklang befinden.

Zu diesen Systemen gehören:

- **Parietales System:** Strukturelle Osteopathie, Funktionsstörungen des Bewegungsapparats
- **Viszerales System:** Mobilität und Funktion der inneren Organe
- **Kraniosakrales System:** Bewegungsverbund der Schädelsturen und der Iliosakralgelenke
- **Psyche**

Diese Systeme stehen untereinander in einem funktionellen Gleichgewicht.

Die Faszien sichern einen funktionellen Zusammenhang zwischen dem Bewegungsapparat, dem viszeralen System und den verschiedenen Systemen im Körper. Ist ein System gestört, tritt sofort ein Ungleichgewicht ein, wodurch die anderen Systeme beeinflusst werden.

Beispiele:

- Darmspasmen können infolge psychischer Störungen entstehen. „Der Darm ist das Spiegelbild des Inneren.“
- Leberfunktionsstörungen oder Lebererkrankungen können Einfluss auf das rechte Schultergelenk nehmen. Im Gelenk können Schmerzen und Funktionsstörungen auftreten, die sich bis zum Krankheitsbild der „frozen shoulder“ steigern können.
- Interskapuläre Schmerzen mit Ausstrahlungen in den linken Arm können in Verbindung mit Durchblutungsstörungen im Herzen auftreten.

- Schluckbeschwerden („Kloß im Hals“) können durch Blockierungen im Bereich der Halswirbelsäule verursacht werden.
- Blockierungen in Höhe von Th10–L2 können für Nierenfunktionsstörungen verantwortlich sein.

Die gegenseitige Einflussnahme und Abhängigkeit verschiedener Funktionskreise voneinander ist seit langem bekannt. Sie wird diagnostisch und auch therapeutisch genutzt.

So sind Haut, Muskulatur, Gelenke und innere Organe durch den Einstrom ihrer jeweiligen Afferenzen in das Hinterhorn des Rückenmarks miteinander verknüpft. Die Manifestation einer nozizeptiv gemeldeten Primärstörung aus einem inneren Organ in Form von Head-Zonen der Haut oder Mackenzie-Zonen in der Muskulatur ermöglichen ebenso wie eine aus gleicher Ursache durch den segmentalen Verbund entstandenen Wirbelblockierung eine Präzisierung des Primärherdes.

Auf der reziproken Einwirkungsmöglichkeit von den peripheren Auswirkungen auf die Primärstörung im inneren Organ beruhen ja eine Reihe therapeutischer Verfahren. Die lokale Behandlung soll dabei nicht nur die oft nach längerem Bestehen verselbstständigte Sekundärstörung behandeln, sie zielt auch auf die Besserung oder Beseitigung der Primärstörung ab.

Die osteopathische Behandlung viszeraler Störungen, die auf einem gleichartigen Verbund der oben genannten vier Hauptsysteme (parietales, viszerales, kraniosakrales System und Psyche) beruht, bedient sich zur diagnostischen Präzisierung des betroffenen inneren Organs daher auch der Aussagen des geschilderten segmentalen Verbundes.

Darauf beruht das klinische Untersuchungsschema, das den einzelnen Behandlungsabschnitten jeweils vorangestellt ist.

## 1.1

## Untersuchungsschema

Das Untersuchungsschema setzt sich aus folgenden Faktoren zusammen: Anamnese, Palpation, Untersuchung auf Wechselwirkungen, Röntgen- und Laboruntersuchungen.

### Anamnese

- Organbeschwerden oder Organerkrankungen (auch früher durchgemachte)
- Beschwerden oder Erkrankungen am Bewegungsapparat

### Palpation

- Palpationsbefunde an den inneren Organen
- Ergänzende Perkussionsuntersuchung der Hohlorgane (Magen und Darm)
- Ergänzende Untersuchung der (zugehörigen) Bindegewebszonen
- Ergänzende Untersuchung der Muskulatur auf Verspannungen

### Untersuchung auf Wechselwirkungen mit anderen Funktionskreisen und Strukturen

- Bewegungsapparat (zugehörige Segmente und/oder periphere Gelenke)
- Nervensystem (Beteiligung von Sympathikus, Parasympathikus und Segmenten)
- Topografische Beziehungen zur Umgebung
- Komplementäre Diagnoseverfahren (s. Anhang, Kap. 12)

### Röntgen- und Laboruntersuchungen

Diese erfolgt als ergänzende Diagnostik, vor allem zum Ausschluss von Kontraindikationen.

## 1.2

## Indikationen und Kontraindikationen

### Indikationen für die viszerale Therapie

- **Verklebungen viszeraler Gewebe** als Folge von Infektionen oder operativen Eingriffen
- **Ptosen** als Folge von Bänderstörungen im Sinne der Hypermobilität
- **Viszerale Spasmen** als Folge nervöser Irritationen verschiedenster Herkunft

Jedes der drei Elemente kann zu einer viszeralen Fixation führen. Dadurch kann eine Veränderung der Beweglichkeit eines Organes entstehen und sekundär eine Funktionsstörung des Organes.

### Kontraindikationen

- Entzündungen, fieberhafte Erkrankungen
- Akute Infektionskrankheiten
- Akute entzündliche Organerkrankungen, z.B. Gastritis, Hepatitis
- Tumoren
- Thrombosen
- Spontane Hämatombildungen
- Nieren- und Gallensteine
- Implantierte Fremdkörper (z.B. Spirale, Herzschrittmacher)
- Tuberkulose

### Relative Kontraindikationen

- Kardiovaskuläre Störungen, z.B. Tachykardie, Hypertonie
- Asthenie
- Obstruktionen
- Menstruation
- Hernien

## 1.3

## Ziel der Viszeralen Therapie

Die Viszerale Therapie gibt die Möglichkeit, die Bewegungsstörungen am erkrankten Organ wieder zu normalisieren. Dies versucht man durch Lösen der Verklebungen, Wiederherstellung der fascialen Elastizität und Entspannung der viszeralen Spasmen zu erreichen.

### Therapeutische Wirkungen

- Wiederherstellung der Mobilität durch Beseitigung von Fixationen und Verklebungen
- Verbesserung der Durchblutung (arteriell und venös)
- Förderung der Lymphzirkulation
- Verbesserte Funktion im Nervensystem
- Normalisierung des Stoffwechsels
- Beseitigung von Stenosen und Muskelspasmen
- Verbesserung des Hormonhaushaltes
- Verhinderung von rezidivierenden Wirbelblockierungen
- Positiver Einfluss auf die Psyche

Alle diese Faktoren dienen der Verbesserung der Organfunktion.

**Merke**

**Es ist nicht das Ziel der Viszeralen Therapie, Organpositionen zu verändern! Die Organfunktion und das Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Systemen werden durch die Anwendung der osteopathischen Techniken wieder hergestellt.**

#### 1.4

### Aufbau und Frequenz der viszeralen Behandlungen

- In der ersten Sitzung wird die beschriebene Untersuchung durchgeführt. Danach wird der Behandlungsplan aufgestellt.
- In den ersten zwei Wochen werden die Patienten zweimal pro Woche behandelt.
- In den nächsten drei Wochen bekommt der Patient eine Behandlung pro Woche.
- Die Gesamtbehandlung besteht aus 6 bis 7 Sitzungen.
- In einer Behandlungssitzung wird jede Behandlungstechnik 4- bis 6-mal wiederholt.
- Bei einer deutlichen Verbesserung durch die ersten Anwendungen wird weiterbehandelt, und zwar in Intervallen von zwei Wochen bis zu einem Monat. Tritt keine Verbesserung ein, wird die Behandlung abgebrochen, und man sucht nach einer anderen Therapie.



## 1.5

## Erklärung der Symbole und Ausdrücke

**Negative Schräglage** Die Behandlungsliege wird so eingestellt, dass der Patient mit dem Schultergürtel tiefer liegt als mit dem Beckengürtel.

Mobilität bezeichnet die Gleitfähigkeit der Organe gegenüber ihrer unmittelbaren Umgebung.

**Normalisieren** Dies bedeutet die Behandlung einer Körperstruktur, bis der physiologische Zustand und/oder die physiologische Funktion erreicht sind.

↗ Pfeile geben die Palpations- oder Behandlungsrichtung an

- Fixation

**Piktogramme** (▶ Abb. 1.1, ▶ Abb. 1.2, ▶ Abb. 1.3, ▶ Abb. 1.4, ▶ Abb. 1.5, ▶ Abb. 1.6)



▶ **Abb. 1.1** Patient in Rückenlage.



▶ **Abb. 1.2** Patient in Seitenlage.



▶ **Abb. 1.3** Patient in Bauchlage.



▶ **Abb. 1.4** Patient im Sitzen.



▶ **Abb. 1.5** Patient im Stehen.



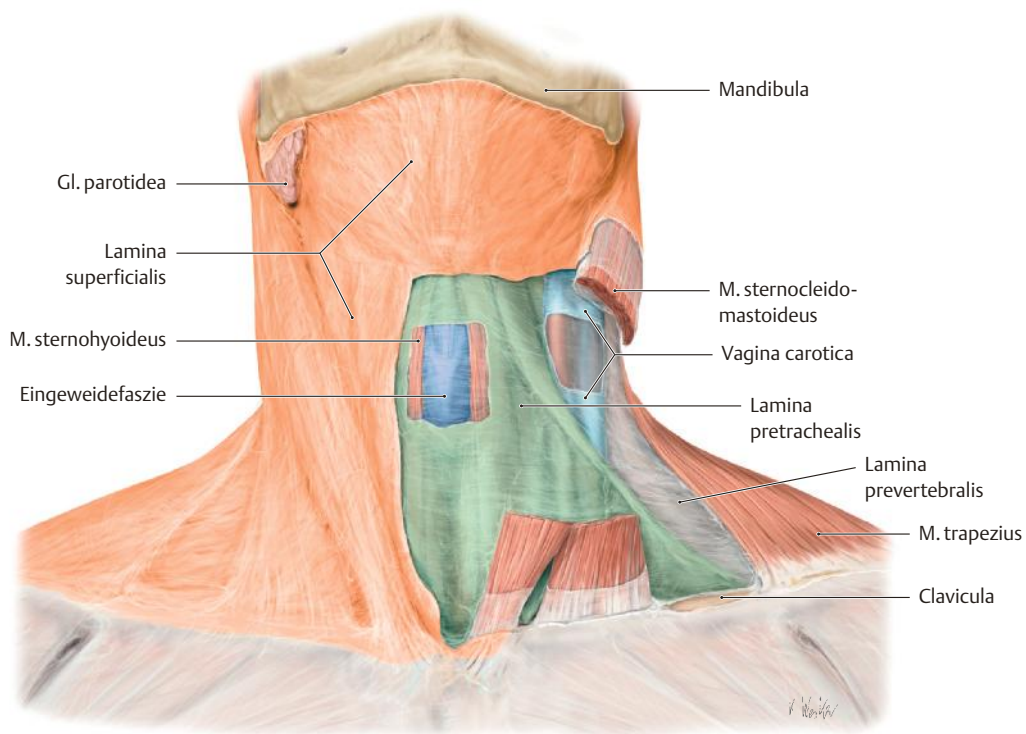
▶ **Abb. 1.6** Patient im Vierfüßlerstand.

## 2 Zervikales Diaphragma

### 2.1

### Anatomie

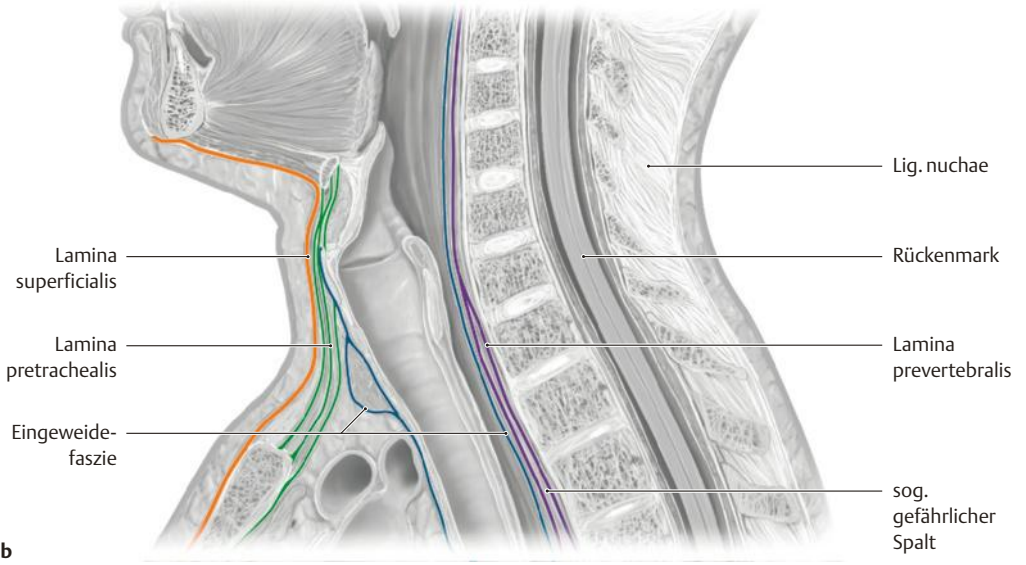
Zum zervikalen Diaphragma zählen die zervikalen Faszien, Hals- und Nackenmuskeln, die ligamentären Fixationen der Lunge und des Herzens, Halsgefäße und -organe. (► Abb. 2.1, ► Abb. 2.2, ► Abb. 2.3, ► Abb. 2.4)



a

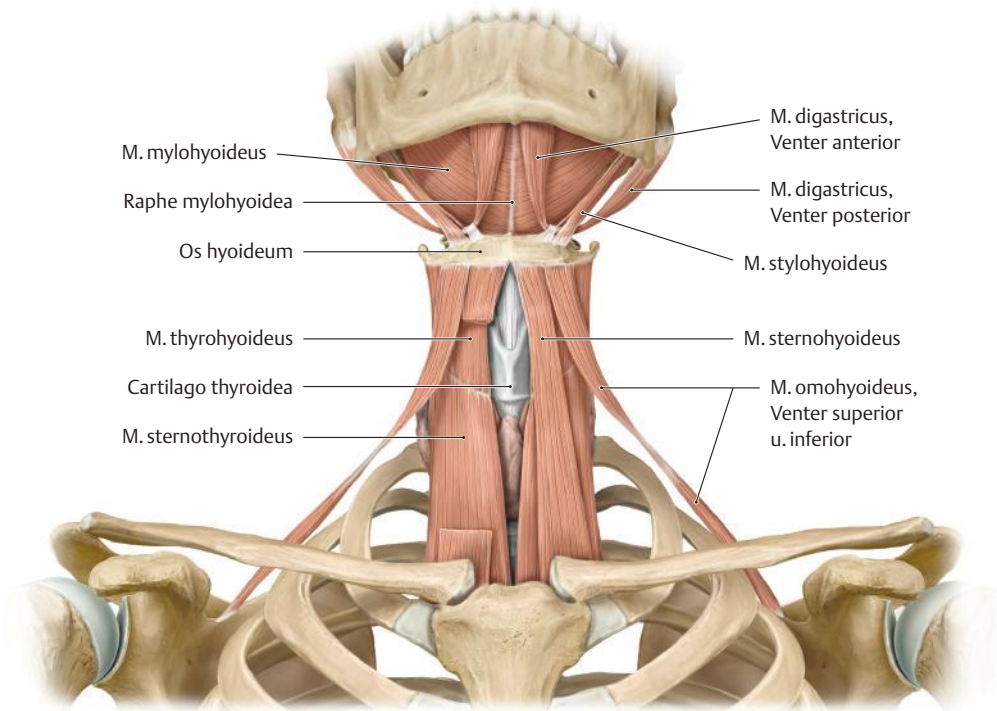
#### ► Abb. 2.1

a Faszienvverhältnisse am Hals. Ansicht von ventral. (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus LernAtlas der Anatomie. Kopf, Hals und Neuroanatomie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012: 5)

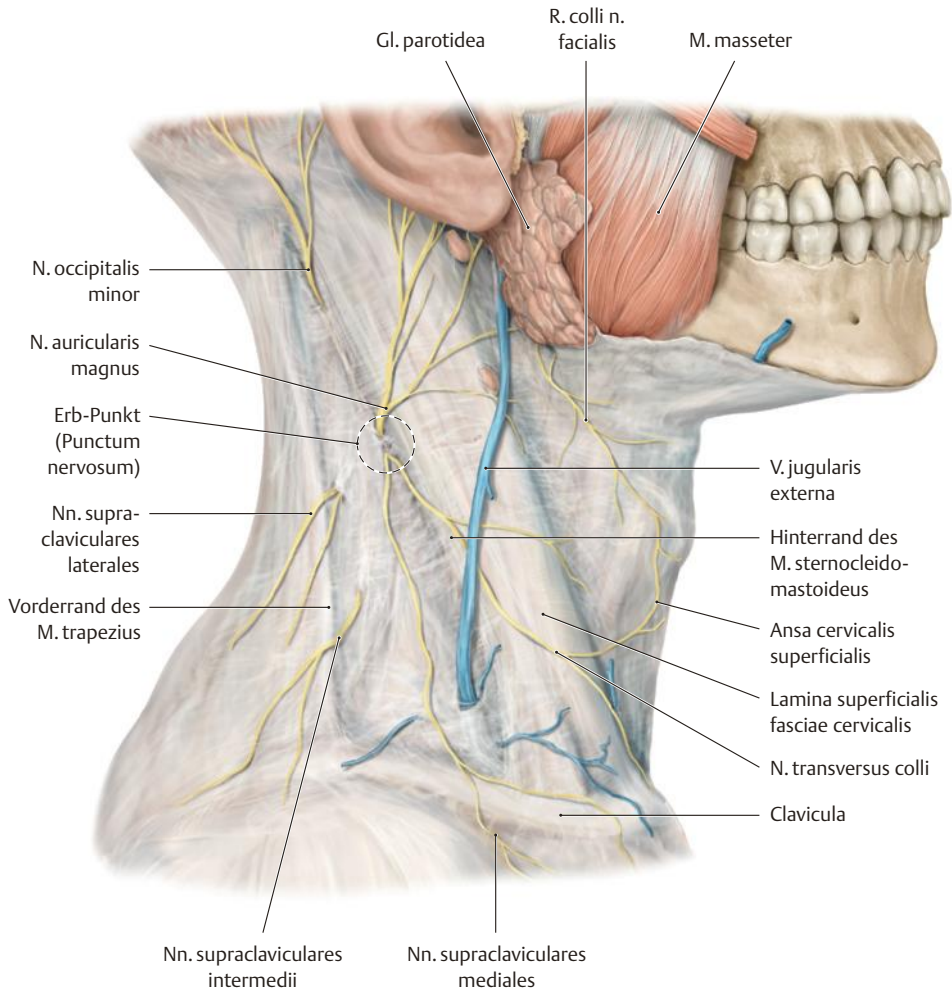


► **Abb. 2.1**

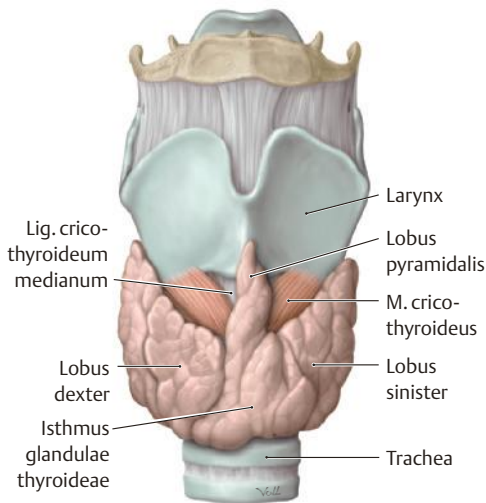
b Ansicht von lateral. (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus LernAtlas der Anatomie. Kopf, Hals und Neuroanatomie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012: 5)



► **Abb. 2.2** Supra- und infrahyoidale Muskulatur in der Ansicht von ventral. (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus LernAtlas der Anatomie. Kopf, Hals und Neuroanatomie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012: 85)



► **Abb. 2.3** Der Hals von rechts, epifasziale Schicht mit Punctum nervosum und Plexus cervicalis superficialis (= sensible Innervation von Hals und Schultern [C2–4]). (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus LernAtlas der Anatomie. Kopf, Hals und Neuroanatomie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012: 230)



► **Abb. 2.4** Zungenbein, Kehlkopf und Ansatz der Trachea mit der Schilddrüse in der Ansicht von ventral. (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus LernAtlas der Anatomie. Kopf, Hals und Neuroanatomie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012: 212)

## 2.2

### Untersuchung

#### 2.2.1 Anamnese

##### Organbeschwerden

- Vagotone Störungen: Kopfschmerzen, Schluckstörungen, viszerale Beschwerden
- Sympathikotone Störungen: kardiale Störungen, z. B. Tachykardie, Durchblutungsstörungen, Atemstörungen, Sehstörungen (Miosis)
- Vaskuläre Beschwerden: in den oberen Extremitäten und im Schädel
- Störungen der lymphatischen Zirkulation: z. B. Schwellungen in den unteren Extremitäten und im Abdomen
- Pulmonale Beschwerden: durch bronchopleuropulmonale Erkrankungen, z. B. chronische Bronchitis, Verklebungen nach Pleuritis, Pneumothorax
- Nach einer Radiotherapie oder bei Verbrennungen im Hals- und Thoraxbereich
- Vertebrobasiläre Störungen: Vertigo, Nausea, Kopfschmerzen, Verlust des Sehvermögens (Centrum ciliospinale Budge C8–Th2)

##### Beschwerden am Bewegungsapparat

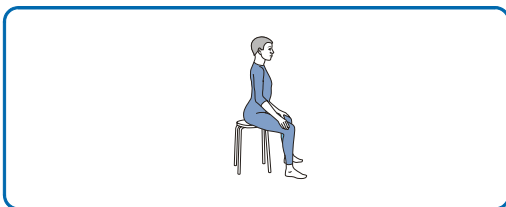
- Schmerzen im zervikothorakalen Übergang
- Verspannung im Halsbereich
- Zervikobrachialgie mit ausstrahlenden Schmerzen in Schulter und Arm
- Thoracic-outlet-Syndrom
- Rippenblockierung (Tietze-Syndrom)
- Fasziale Verspannungen (Fascia colli superficialis, media, profunda)

### 2.2.2 Soto-Hall-Test oder Test der Art. radialis



► Abb. 2.5

**Ausgangsstellung Patient** Der Patient sitzt auf der Behandlungsfläche.



► Abb. 2.6

**Ausgangsstellung Therapeut** Der Therapeut steht hinter dem Patienten. Die rechte Hand ergreift von ulnar den distalen Unterarm des Patienten. Die Finger liegen an der A. radialis. – Beurteilung der Qualität des Pulses. (► Abb. 2.5a)



**Ausführung** Der Arm des Patienten wird in entspannter Haltung abduziert. Der Ellenbogen ist 90° gebeugt. (► Abb. 2.5b)

#### Aussage

- Die Qualität ist gleich: normaler Befund.
- Die Qualität nimmt ab oder der Puls ist nicht spürbar: fasziale Spannung **unterhalb** der Schulter, eventuell parietale oder viszerale Störungen.
- Die Qualität nimmt zu oder der Puls ist besser spürbar: fasziale Spannung **oberhalb** der Schulter, eventuell parietale oder viszerale Störungen.



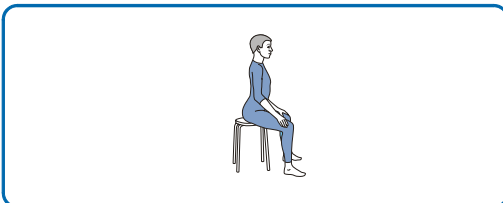
### 2.2.3 Diagnostische Palpation der Faszien



► Abb. 2.7

#### Ausgangsstellung Patient

- Der Patient sitzt an den Therapeuten angelehnt oder befindet sich in Rückenlage.
- Der rechte Arm ist in ca. 30°-Abduktion.
- Der Kopf wird in maximal möglicher Gewebespannung gehalten.



► Abb. 2.8

#### Ausgangsstellung Therapeut

- Der Therapeut steht hinter dem Patienten.
- Das Knie unter der rechten Achsel stützt den Patienten ab und verhindert Ausweichbewegungen.
- Die rechte Hand liegt auf dem rechten M. pectoralis. Die linke Hand liegt auf dem Os temporale der gleichen Seite. Der Unterarm liegt vor der Stirn des Patienten.

**Ausführung** Die rechte Hand behält den Hautkontakt und bewegt sich nach kaudal, kaudolateral oder kaudomedial bis zur Barriere (=Ende der Elastizität des Gewebe). (► Abb. 2.7)

#### Aussage

- Information über Elastizität der zervikalen Faszien.
- Normalbefund: seitengleiche Spannung und Dehnfähigkeit der Faszien.

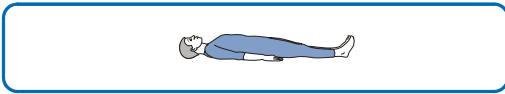
### 2.2.4 Diagnostische Palpation der Faszien (Variante)



► Abb. 2.9

#### Ausgangsstellung Patient

- Der Patient nimmt eine entspannte Rückenlage ein.
- Die Arme ruhen neben dem Körper.
- Die Beine sind leicht gebeugt.



► Abb. 2.10

#### Ausgangsstellung Therapeut

- Der Therapeut sitzt am Kopfende des Patienten.
- Der Therapeut bringt den Kopf des Patienten in Rechtsrotation von der zu untersuchenden Seite weg.
- Der linke Daumen liegt unter der linken Klavikula auf dem M. pectoralis.
- Die rechte Hand ist Fixierungspunkt und liegt auf dem Os temporale der gleichen Seite. Die Finger sind gespreizt.

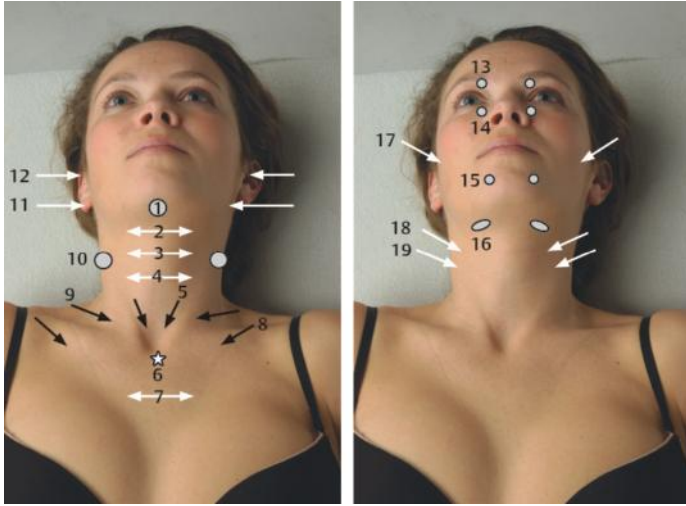
**Ausführung** Die linke Hand behält den Hautkontakt und bewegt sich nach kaudal, kaudolateral oder kaudomedial bis ans Ende der Gewebeelastizität. (► Abb. 2.9)

#### Aussage

- Informationen über die Elastizität der zervikalen Faszien.
- Normalbefund: seitengleiche Spannung und Dehnfähigkeit der Faszien.



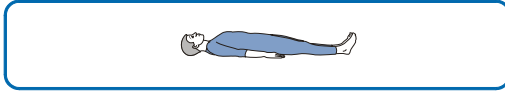
## 2.2.5 Palpationskreis



► **Abb. 2.11** 1. Mundboden, 2. Os hyoideum, 3. Cartilago thyroidea, 4. Cartilago cricoidea, 5. Glandula thyroidea, 6. Incisura jugularis, 7. Crista sterni (2. Rippe), 8. M. subclavius, 9. M. sternocleidomastoideus, 10. Punctum nervosum, 11. Proc. transversus C1, 12. Articulatio temporo-mandibularis, 13. Foramen supraorbitalis, 14. Foramen infraorbitalis, 15. Foramen mentalis, 16. Glandula submandibularis, 17. Glandulae parotis und M. masseter, 18. A. carotis, 19. V. jugularis.

**Ausgangsstellung Patient**

- Der Patient liegt auf dem Rücken.
- Die Beine sind aufgestellt.
- Der Kopf liegt auf einem flachen Kissen.



► **Abb. 2.12**

**Ausgangsstellung Therapeut**

- Der Therapeut sitzt am Kopfende.
- Die Fingerspitzen beider Hände liegen auf den Halsweichteilen.

**Ausführung** Die Finger palpieren im Seitenvergleich den Zustand der Weichteile von medial nach lateral. (► **Abb. 2.11**)

**Aussage** Der Tonus der verschiedenen Halsmuskeln und -strukturen beider Seiten wird verglichen, und pathologische Strukturveränderungen werden registriert.

**Ergänzende Palpation**

- Symphysis mentalis
- Mundbodenmuskulatur (M. geniohyoideus, M. mylohyoideus)
- Os hyoideus

- Cartilago thyroidea
- Cartilago cricoidea
- Infrahyoidale Muskulatur
- Schilddrüse
- Incisura jugularis
- Angulus sterni
- 2. Rippe
- M. subclavius
- Sternoklavikulargelenk
- M. sternocleidomastoideus
- Punctum nervosum
- Proc. mastoideus
- Proc. transversus C1
- Kiefergelenk
- M. temporalis
- M. frontalis
- Foramen supraorbitalis
- Augen
- Foramen infraorbitalis
- Foramen mentalis
- M. digastricus
- Glandula submandibularis
- M. pterygoideus medialis
- M. masseter
- Glandula parotis
- A. carotis
- V. jugularis
- Prävertebrale Muskulatur

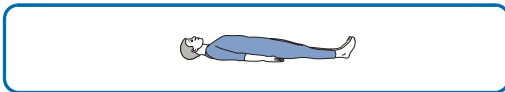
## 2.2.6 Weichteilpalpation



► Abb. 2.13

### Ausgangsstellung Patient

- Der Patient liegt auf dem Rücken.
- Die Beine sind aufgestellt.
- Der Kopf liegt auf einem flachen Kissen.



► Abb. 2.14

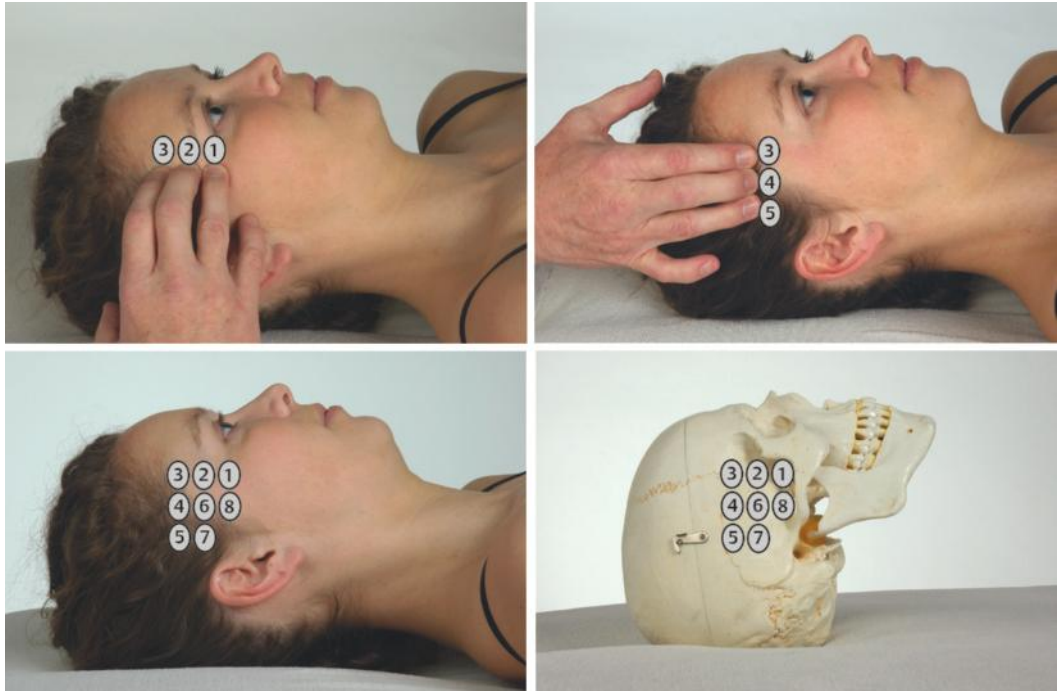
### Ausgangsstellung Therapeut

- Der Therapeut sitzt am Kopfende.
- Die Fingerspitzen der Zeigefinger nehmen Kontakt mit dem Meatus acusticus externus auf.

**Ausführung** Die Fingerspitzen bewegen die Faszien des Gehörgangs in verschiedene Richtungen. (► Abb. 2.13)

**Aussage** Information über die Elastizität der Faszien.

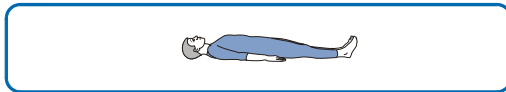
### 2.2.7 Schädelreflexpunkte (YNSA; Ypsilon-Punkte)



► **Abb. 2.15** 1. Dickdarm, 2. San Jiao, 3. Dünndarm, 4. Magen, 5. Leber, 6. Milz, 7. Galle, 8. Niere/Blase.

#### Ausgangsstellung Patient

- Der Patient liegt in entspannter Rückenlage.
- Die Beine sind aufgestellt.
- Der Kopf liegt auf einem flachen Kissen.



► **Abb. 2.16**

#### Ausgangsstellung Therapeut

- Der Therapeut sitzt am Kopfende.
- Die Fingerspitze des Ringfingers nimmt Kontakt zu dem von Os und Arcus zygomaticus aufgespannten Winkel auf. Schmerzpunkt ist der Dickdarm (siehe Punkt 1 in ► **Abb. 2.15**)

#### Ausführung

- In dieser Ausgangsstellung werden Zeige- und Mittelfinger auf eine horizontale Linie gelegt.
- Man benutzt den Zeigefinger als Drehpunkt und legt die drei Fingerspitzen senkrecht an die Längsachse des Patienten. So bekommt man Punkt 3, 4 und 5.
- Jeder Finger wandert eine Fingerbreite nach kaudal, wodurch man Punkt 2 bis 6 und 7 erreicht.
- Zeigefinger und Mittelfinger gehen noch eine Fingerbreite nach kaudal, um Punkt 1 und 8 zu erreichen. (► **Abb. 2.15**)

**Aussage** Lokaler Schmerz lässt sich in Beziehung zu einer Dysfunktion des entsprechenden Organs setzen.