



InDiTh® Konzept

Integrative Diagnostik und Therapie nach Schönbeck

LESEPROBE



**Systematische Diagnostik und Therapie der
Lendenwirbelsäule und des Beckens
Das InDiTh® Konzept**

Jens Schönbeck

1.6.5. Die Glutealmuskulatur

Der M. gluteus maximus

Von der SIPS, der Fascia thoracolumbalis, dem Os sacrum und Os coccygis, der Faszie des M. gluteus medius und den Ligg. sacrotuberale und sacrospinale kommend zieht er an den Tractus iliotibialis und die Tuberositas glutea. Er ist ein kräftiger Extensor und Aussenrotator des Hüftgelenks. Gleichzeitig kann er mit seinen verschiedenen Anteilen sowohl als Abduktor, als auch als Adduktor tätig sein.

Innerviert wird er vom N. gluteus inferior (L5-S2).

Der M. gluteus medius

Von der Facies glutea, dem Darmbeinkamm und der Aponeurosis glutea kommend setzt er am Trochanter major an. Der vordere Anteil bewirkt eine Innenrotation, Flexion und Abduktion der Hüfte, der hintere Anteil bewirkt eine Aussenrotation, Extension und Abduktion.

Innerviert wird er vom N. gluteus superior (L4-L5).

Der M. gluteus minimus

Von der Fascies glutea kommend setzt er am Trochanter major an. Seine Funktion entspricht der des M. gluteus medius, er ist allerdings deutlich schwächer.

Innerviert wird er vom N. gluteus superior (L4-S1).

Hinweis

Vor allem der M. gluteus medius kann durch seine hüftstabilisierende Funktion sehr schnell hyperten werden und Maximalpunkte oder Triggerpunkte entwickeln. Diese können teils gleiche Ausstrahlungen wie bei einer radikulären Problematik hervorrufen. Aus diesem Grunde sollte diese Muskelgruppe bei Ausstrahlungen in den Bereich des lateralen Oberschenkels, des ISG/Sakrum oder der Hüfte unbedingt in die Untersuchung mit einbezogen werden.

1.6.6. Der M. piriformis

Von der vorderen Fläche des Sakrums kommend zieht er an die Spitze des Trochanter major. Er stabilisiert das Hüftgelenk und sorgt für eine Aussenrotation, Abduktion und Extension der Hüfte.

Nerval wird er vom Plexus sacralis innerviert.

1.6.7. Die Mm. gemelli

Der obere Muskel kommt von der Spina ischiadicum, der untere Muskel von dem Tuber. Beide setzen in der Fossa trochanterica an. Sie bewirken eine Aussenrotation, Extension und eine Abduktion oder Adduktion der Hüfte. Nerval wird er vom Plexus sacralis innerviert.

Hinweis

Zwischen diesen beiden Muskelgruppen, dem M. piriformis und den Mm. gemelli zieht der N. ischiadicus hindurch. Sie nehmen bei entsprechender Tonisierung den Nerv in die Zange. Kommt es aus unterschiedlichen Gründen, zum Beispiel durch eine Hüftarthrose, eine Hüftdysplasie u. Ä. zu einer Hypertonie oder gar zu einer Hypertrophie, wie es meist bei Läufern geschieht, so kann es zu dem sogenannten Piriformissyndrom kommen.

1.6.8. Das Diaphragma thoracis

Das Diaphragma thoracis, auch als Zwerchfell bezeichnet, entspringt an den Innenflächen der 7.-12. Rippe, den Wirbelkörpern von L1-L3, am Sehnenbogen des M. quadratus und des M. psoas und der Hinterfläche des Sternums. Alle Muskelfasern laufen in eine große Sehnenplatte, das Centrum tendineum, aus. Die rechte Zwerchfellkuppel steht höher als die linke Zwerchfellkuppel. Das Diaphragma ist der wichtigste Inspirationsmuskel. Zusätzlich wirkt er bei der Bauchpresse mit. Innerviert wird er durch N. phrenicus (C3-C5).

Hinweis

Durch eine Irritation des Diaphragmas kann sich über den N. phrenicus verschaltet eine Störung der mittleren HWS ergeben.

Folgende Strukturen treten durch das Zwerchfell hindurch:

- Der Ösophagus im Hiatus ösophagus
- Die Aorta im Hiatus aorticus
- Die Vena cava durch das Foramen venae cavae
- Der M. psoas major durch die Psoasarkade
- Der M. quadratus lumborum durch die Quadratusarkade

Hinweis

Das Diaphragma ist ein Muskel mit enormem Störpotenzial. Es trennt den Bauchraum von der Thoraxhöhle. Organe wie der Magen, die Leber, das Herz und auch das Colon stehen in enger Beziehung zum Diaphragma und können daher durch eine Störung irritiert werden. Gleichzeitig kann ein Diaphragmaspasmus für Störungen der unteren Rippen und von L1-3 verantwortlich sein. Durch seine enge Verbindung mit dem M. quadratus lumborum und dem M. psoas major kann es durch eine Adhäsion zu einer reflektorischen Tonuserhöhung dieser Muskeln kommen.

Durchtrittsstellen Diaphragma

2.5. Skoliose

Bei Veränderungen in der Frontalebene handelt es sich meist um eine Skoliose. So bezeichnet man eine idiopathische, mit zunehmendem Alter fixierte Seitverschiebung der Wirbelsäule. Die meisten Skoliosen sind über einen langen Zeitraum komplett beschwerdelos, eventuell werden sie nie pathologisch. Zur Feststellung einer Skoliose kann der Patient sich nach vorne überbeugen. Hierbei entsteht der charakteristische Rippenbuckel auf der Seite der Konvexität. Die Ursache einer Skoliose liegt meist im Beckenbereich oder sogar im Bereich der Füße und/oder der Beinachsen. Allerdings kann auch ein isoliertes Wirbelgleiten eine Veränderung in der Frontalebene ergeben.

Hinweis

Skoliosen werden viel zu häufig für alle möglichen Störungen an der LWS verantwortlich gemacht. Therapeutisch sollten auf jeden Fall noch andere Störfaktoren, zum Beispiel isolierte segmentale Läsionen, muskuläre Hypertonien oder Triggerpunkte, viszerale Störungen und Ähnliches abgeklärt werden. Natürlich entwickeln Patienten mit Skoliose gewisse Beschwerden häufiger, aber auch Patienten ohne Skoliose haben mal Rückenschmerzen und nicht alle Skoliosepatienten haben permanent Rückenschmerzen. Bei einer knöchernen Fixation der Skoliose sollten keine Manipulationen oder Gelenk-mobilisationen durchgeführt werden.

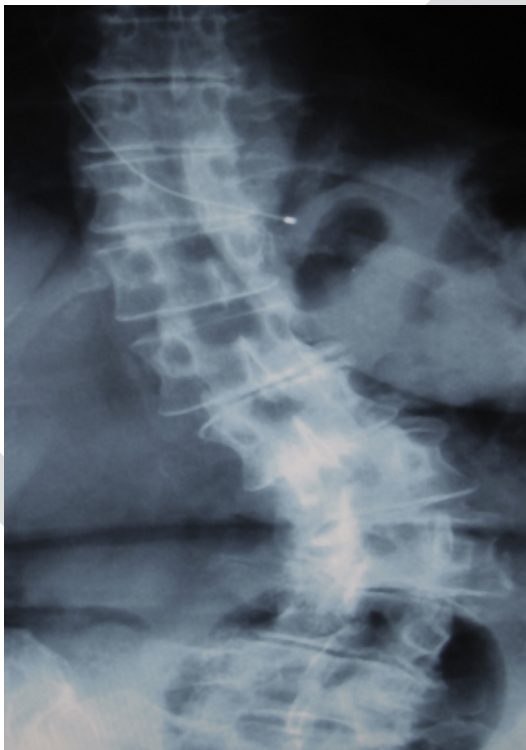


Abb.3 Skoliose mit knöcherner Fixation

2.6. Osteophytenbildung

Osteophytäre Anbauten können als Reaktion auf den vermehrten Druck an knöchernen Strukturen entstehen. Der Körper versucht mit diesem Knochenanbau die druckaufnehmende Fläche zu vergrößern. Typische Lokalisationen an der Wirbelsäule für diese Knochenanbauten sind der Wirbelkörper selbst und die Facettengelenke. Sie haben hohen Pathologiefaktor, da durch sie je nach Lage eine Einengung von Nerven und/oder Arterien sowie eine Irritation der umgebenen Muskulatur möglich sind.

Ein weiteres Problem besteht in der langfristig entstehenden Einschränkung der Mobilität der Wirbel untereinander, denn Osteophyten können das Bandscheibenfach überbauen und somit zu einer Verknöcherung der Segmente führen.



Abb. 4 Überbauung von Bandscheibenfächer durch Osteophyten

Hinweis

Verständlicherweise sollten bei knöchernem Überbau keine therapeutischen Mobilisationen, vor allem nicht mit Rotationsimpuls, erfolgen.

2.7. Blockwirbel

Eine Folge von osteophytärem Überbau kann zum Beispiel im Bereich des Bandscheibenfachs die sogenannte Blockwirbelbildung sein: Bei der Blockwirbelbildung kommt es zur teilweisen oder sogar zur kompletten Verschmelzung mehrerer Wirbel. Sie kann aber auch angeboren oder erworben sein. Ursachen

können vor allem Entzündungen, Traumata oder ausgeprägte Degenerationen sein.

2.8. Spondylarthrose/Facetten-gelenksarthrose

Die Spondylarthrose bzw. die Facetten-gelenksarthrose bezeichnet degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, im zweiten Fall die Veränderung an den Facettengelenken selbst. Der Körper reagiert auf die geschädigten Knorpelflächen mit Verbreiterungen der knöchernen Anteile. Der unter dem Knorpel gelegene Knochen wird verdichtet, er sklerosiert. Durch diesen Prozess schwillt regelmäßig die Gelenkkapsel der Facettengelenke an, es kommt zur Ergussbildung. Da die aus dem Spinalkanal entspringende Nervenwurzel jedoch in unmittelbarer Nähe des Wirbelbogengelenks verläuft, kann der degenerativ verursachte Reizzustand des Gelenks zu einer Quetschung oder einer Irritation der Nervenwurzel führen. Dies wirkt sich letztendlich als nervale Ausstrahlung aus.

2.9. ISG-Arthrose

Die ISG-Arthrose ähnelt dem arthrotischem Prozess an der LWS. Nur kommt es bei der ISG-Arthrose mit zunehmender Dauer zur Aufhebung des Gelenkspalts zwischen dem Ilium und dem Sakrum. Bedingt durch die rezidivierenden Reizzustände und Störungen auf der Gelenkebene ist dieses Krankheitsbild von teilweise großen Schmerzen begleitet. Mit zunehmender Dauer kommt es zur Aufhebung

2.29. Erfolgsverhinderer

Leider gibt es unterschiedliche Gründe, warum manche hervorragend geplante und durchgeführte Therapie nicht suffizient ist. Auch immer wiederkehrende Rezidive können einen Therapeuten zum Verzweifeln bringen. Sollten Störungen sich immer wieder im selben Bereich manifestieren, so sollte zum Beispiel an das System der Kompensationswirbel, viszerale Komponenten, eine mögliche Coxarthrose oder andere Störfaktoren gedacht werden.

2.29.1. Kompensationswirbel

Störungen in einem anderen Abschnitt der Wirbelsäule können auf reflektorischem Wege zu symptomatischen Beschwerden in den zugeordneten Wirbeln führen. Diese Beschwerden werden bis zur Aufhebung der ursprünglichen Problematik immer wiederkehren. Typischerweise verlaufen diese Zuordnungen diagonal. Das obere Kopfgelenk links hat seine Entsprechung im ISG rechts, das untere Kopfgelenk links im Facettengelenk L5/S1 rechts und so weiter.

2.29.2. Aufsteigende Störungskette caudal liegender Gelenke

Störungen an Gelenken, die caudal des Beckengürtels liegen können durchaus für rezidivierende Störungen verantwortlich sein. So können Knie- und vor allem Sprunggelenksprobleme immer wieder zu kompensatorischen Hypomobilitäten führen. Sehr häufig stecken alte Verletzungen im Bereich des Kapsel-Bandapparats dahinter. Bei Verdacht auf eine aufsteigende Kette sollte eine genaue Untersuchung der Region erfolgen. Unter

Umständen brauchen diese Patienten nur ein gezieltes Propriozeptionstraining für das instabile Gelenk durchzuführen, um weitere Rezidive zu verhindern.

2.29.3. Viszerale Komponenten

Störungen von Organen oder caudal liegenden Strukturen (Faszien) können sich über nervale und fasziale Verbindungen oder Projektionsflächen im Bereich der LWS darstellen. Typische Irritationsschienen sind über den sympathischen N. splanchnicus lumbalis mit einer Manifestation im Bereich von L1-L2 oder den Plexus sacralis verschaltet, der viele Organsysteme parasymphatisch versorgt und deren Irritationen in den Bereich des Sakrums weiterleiten kann.

3.8.5. Bewegungsprüfung der Wirbel/ Lokalisation einer Primärläsion (Das Wirbelsäulen Balancing)

Ausgangsstellung: Der Patient sitzt entspannt vor dem Therapeuten, die Arme liegen locker auf den Beinen. Der Therapeut steht hinter dem Patienten.

Hände des Therapeuten: Der Untersuchungsfinger des Therapeuten ruht auf dem Dornfortsatz.

Durchführung: Der Therapeut gibt einen sanften Schub über den Dornfortsatz nach ventral. Es werden Hypomobilitäten bzw. Minusqualitäten in der Bewegung palpirt. Sinnvoll erscheint eine Markierung der Höhe mit einem Stift.

Deutung: Zur Unterscheidung und Klassifikation der Hypomobilitäten als Primär-, Sekundär- oder Tertiärläsionen werden zwei markierte Stellen mit jeweils einer Hand mittels Inhibition behandelt. Welche Stelle schneller Spannung verliert oder vom Spannungsgefühl her weich wird, ist sekundär. So werden alle Hypomobilitäten gegeneinander ausgetestet, bis die Primärläsion definiert ist.



Abb. 23 Das Wirbelsäulen Balancing

Hinweis

Mit dieser Technik lassen sich sehr schnell und einfach das System beherrschende Läsionen herausfinden. Auch Massenläsionen, die immer ein Hinweis auf eine Organstörung sind, lassen sich so schnell diagnostizieren. Diese Technik lässt sich von C2 bis L5 durchführen.

3.8.6. Testung und Höhenfeststellung einer ERS-Störung (Divergenzstörung)

Ausgangsstellung: Der Patient sitzt entspannt vor dem Therapeuten.

Hände des Therapeuten: Die Daumen des Therapeuten liegen paraspinal auf Höhe der Querfortsätze auf.

Durchführung: Der Patient führt eine Flexion durch. Hierbei bewegen sich die Wirbel in Flexion. Es wird schrittweise paraspinal in Höhe der Querfortsätze palpiert.

Deutung: Kommt ein Querfortsatz bei Flexion nach dorsal heraus, so handelt es sich um eine segmentale Störung auf dieser Höhe. Das Segment kann sich nicht in beiden Facetten gleichmäßig öffnen. Dies wird als ERS-Störung (Divergenzstörung) bezeichnet. Die Störung wird als ERS li- bzw. re bezeichnet, je nach der Seite, auf der der Querfortsatz nach dorsal schiebt. Als Beispiel: ERS re L3: Der Wirbel L3 befindet sich in Extension, Rotation und Seitneigung rechts. Er ist eingeschränkt für die Bewegung in Flexion, Rotation und Seitneigung links. Die rechte Facette ist folglich im Sinne der Divergenz auf Höhe L3 gestört. Der Querfortsatz bleibt auf der rechten Seite dorsal stehen. Diese Höhe wird später behandelt.



Abb. 24 Ausgangsstellung



Abb. 25 Testung einer ERS Störung

Hinweis

Diese Technik ist besonders günstig zur Auffindung von Störungen bei Patienten, die keine Seitneigung/Rotation in Kombination mit einer Flexion durchführen können.

3.9.4. Provokationstest zur Feststellung einer Torsion

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Bauchlage. Gegebenenfalls kann die LWS bei zu starker Lordose unterlagert werden. Der Therapeut steht seitlich auf Höhe des Beckens des Patienten.

Hände des Therapeuten: Der Therapeuten-daumen der einen Hand liegt auf einem der oberen Sakrumpole. Die Finger der anderen Therapeutenhand liegen auf dem gegenüberliegenden unteren Sakrumwinkel.

Durchführung: Druck auf den oberen Sakrumpol zur Verstärkung der Torsionsstellung.

Deutung: Dieser Druck führt bei bereits gespannten Bänderstrukturen und/oder fixierter Torsionsstellung des Sakrums zu einer Schmerzauslösung.



Abb. 33 Provokationstest zur
Feststellung einer Torsion

Hinweis

Durch Druck auf den gegenüberliegenden unteren Sakrumwinkel nach ventral kommt es zur Linderung der Beschwerden, da die bereits gespannten Bänderstrukturen entlastet werden.

3.9.5. Iliumhebetest

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Bauchlage. Gegebenenfalls kann die LWS bei zu starker Lordose unterlagert werden. Der Therapeut steht seitlich auf Höhe des Beckens des Patienten.

Hände des Therapeuten: Eine Hand umfasst das Ilium am vorderen Darmbeinstachel. Die Palpationsfinger der anderen Hand liegen im gleichseitigen Sulcus zwischen Ilium und Sakrum. Alternativ kann ein Finger auf der SIPS, ein anderer Finger auf dem Sakrum liegen.

Durchführung: Das Ilium wird durch eine schnelle und intermittierende Hebebewegung der Langfinger, einer Schüttelbewegung gleich, nach dorsal gehoben.

Deutung: Bei einer Blockierung überträgt sich die Bewegung des Iliums sofort auf das Sakrum. Eine fehlende oder schmerzhaft eingeschränkte Bewegung bei gleichzeitig tieferem Sulcus weist auf eine Iliumfehlstellung im Sinne eines Ilium posterior hin.



Abb. 34 Iliumhebetest

Hinweis

Dieser Test prüft vor allem den oberen Gelenkpol.

3.11.5. Beeinflussung der Iliumstellung durch eine Organstörung (z. B. durch eine sigmoidale Störung oder eine Störung der Ileocaecalklappe)

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage. Der Therapeut steht seitlich des Patienten.

Durchführung: Zunächst hebt der Therapeut im Wechsel die Beine an, um die Seite der hypertonen Ischiocruralmuskulatur zu testen. Im Anschluss inhibiert er durch sanften Druck den Organbereich, von dem er vermutet, dass die Störung ausgeht.

Deutung: Erfolgt nun eine deutliche Verbesserung der Flexionsfähigkeit der Hüfte, so ist dies ein eindeutiger Hinweis auf eine Organkomponente.



Abb. 50 Testung der Hüftflexion



Abb. 51 Erneute Testung der Hüftflexion mit Organinhibition

Hinweis

Manchmal reicht schon eine leichte Inhibition des irritierten Gebietes durch sanften Druck in die Tiefe um eine Bewegungsverbesserung zu erreichen.

4.2.3. Behandlung eines Ilium posterior mittels Muskeltechnik

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage am Rand der Behandlungsliege, das zu behandelnde Bein sollte ab dem Knie frei hängen können. Die andere Seite kann aufgestellt oder zur besseren Fixation des Rumpfs vom Patienten gehalten werden. Der Therapeut steht seitlich des zu prüfenden Beins.

Hände des Therapeuten: Eine Hand liegt unter dem Oberschenkel des Patienten, die andere Hand liegt auf dem Knie. Das Bein des Therapeuten steht als Widerhalt vor dem Unterschenkel.

Durchführung: Der Patient soll nun den M. rectus femoris anspannen.

Therapie: Durch die Vertauschung von Punctum fixum und Punctum mobile entfaltet der M. rectus femoris seine Kraft nun an seiner Ansatzstelle, der SIAS, und zieht als Ilium nach anterior. Dies wird mehrmals wiederholt.



Abb. 3 Behandlung eines Ilium posterior mittels Muskeltechnik

Hinweis

Diese Mobilisationstechnik kann auch in Bauchlage durchgeführt werden. Aufgrund der besseren visuellen Kommunikation mit dem Patienten ist aber die Rückenlage vorzuziehen.

4.2.4. Behandlung eines Ilium anterior mittels manueller Mobilisation

Ausgangsstellung: Der Patient liegt Rückenlage, der Therapeut steht auf der kontralateralen Seite.

Hände des Therapeuten: Mit der einen Hand wird unter das Becken gegriffen, die Finger müssen flektiert sein, damit das Ilium frei beweglich ist. Die Fingerkuppen sollten Kontakt mit dem Sakrum haben. Die andere Hand liegt auf dem Knie.

Durchführung: Das Bein der betroffenen Seite wird bei Kniebeugung in eine Flexion/Adduktion der Hüfte geführt. Es wird so eingestellt, dass ein Impuls über die Femurachse direkt am Ilium ankommt.

Therapie: Der Therapeut kann intermittierende Impulse über das Femur nach dorsal geben. Alternativ kann auch mit einem einmaligen sanften, aber schnellen Impuls nach dorsal oder mit einer Releasetechnik gearbeitet werden. Bei einer Releasetechnik wird das Gewebe bis an seine Bewegungsgrenze geführt und dort gehalten, bis es zu einer Entspannung der gestressten Strukturen kommt.



Abb. 4 Manuelle Mobilisation Ilium nach posterior

Hinweis

Bei dieser Technik ist die Einstellung des Beins von großer Bedeutung. Geht zu viel Impuls im Hüftbereich verloren, so kann der mobilisierende Impuls am ISG nicht in ausreichender Stärke ankommen. Hier gilt es die individuelle Position eines jeden Patienten zu finden.

4.2.5. Behandlung eines Ilium anterior mittels Muskeltechnik

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage am Rand der Behandlungsliege, das zu behandelnde Bein sollte ab dem Knie frei hängen können. Die andere Seite kann aufgestellt oder zur besseren Fixation des Rumpfs vom Patienten gehalten werden. Der Therapeut steht seitlich des zu prüfenden Beins.

Hände des Therapeuten: Eine Hand liegt unter dem Oberschenkel des Patienten, die andere Hand liegt auf dem Knie. Das Bein des Therapeuten steht hinter dem Unterschenkel.

Durchführung: Der Patient soll nun die Mm. ischiocrurales anspannen.

Therapie: Durch die Vertauschung von Punctum fixum und Punctum mobile entfaltet die ischiocrurale Muskelgruppe ihre Kraft nun an der Ansatzstelle, dem Tuber, und zieht das Ilium nach posterior. Dies wird mehrmals wiederholt.



Abb. 5 Behandlung eines Ilium anterior mittels Muskeltechnik

Hinweis

Bei dieser Behandlungstechnik kann es leicht zu muskulären Krämpfen kommen. Zur Vermeidung sollte das Knie nicht ganz in 90° Flexion eingestellt werden. Eine Einstellung bei 75° oder 80° Knieflexion ist ausreichend.

4.2.6. Behandlung eines Ilium posterior mittels manueller Mobilisation

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Bauchlage, der Therapeut steht gegenüber der zu behandelnden Seite auf Höhe des Beckens.

Hände des Therapeuten: Die eine Hand liegt mit den Fingern caudalwärts zeigend auf dem kontralateralen Sakrumwinkel. Die andere Hand liegt mittels Kreuzgriff auf der SIPS der zu behandelnden Seite.

Durchführung: Fixation des gegenüberliegenden, unteren Sakrumwinkels bei gleichzeitigem Mobilisationsschub des Ilium nach ventral auf der zu behandelnden Seite.

Therapie: Der Therapeut kann intermittierende Impulse über das Ilium nach ventral geben. Alternativ kann auch mit einem einmaligen sanften, aber schnellen Impuls nach ventral oder mit einer Releasetechnik gearbeitet werden. Bei einer Releasetechnik wird das Gewebe bis an seine Bewegungsgrenze geführt und dort gehalten, bis es zu einer Entspannung der gestressten Strukturen kommt.

Hinweis

Bei dieser Technik kann sehr gut auch mit einer Vertauschung des Punctum fixum und Punctum mobile gearbeitet werden. In diesem Falle wird das Ilium fixiert und der Schub über den kontralateralen Sakrumwinkel gegeben. Dies entspricht der Behandlungstechnik einer Sakrumtorsion.



Abb. 6 Mobilisation des Ilium nach anterior

Beispiel 4

Ein Mann mittleren Alters leidet unter zunehmenden Schmerzen, die zunächst nur lokal an der Wirbelsäule aufgetreten sind, sich inzwischen aber deutlich über das rückwärtige rechte Bein ausgebreitet haben. Er ist im Außendienst einer großen Firma tätig und deshalb viel unterwegs. Vor allem nach längeren Fahrten störe es ihn „wie ein alter Mann aus dem Auto“ rauszukommen. Gleichzeitig könne er sich jetzt keine Krankheitstage erlauben. Der Schmerz mache ihn aber langsam fertig. Vornüber gebeugtes Sitzen mache es noch schlimmer, am wohlsten fühle er sich im Stand und beim Laufen.

Therapeutischer Befund: Der Patient gibt beim Bandscheibentest im Stand keine größeren Schmerzen an, allerdings bei der Testung im Sitz zeigt er deutliche Schmerzen auf der rechten Seite. Auch Lasègue und Bragardtest zeigen einen positiven Befund. Der neuronale Mobilisationstest ist über das gesamte dorsale Bein rechts schmerzhaft, auf der linken Seite liegt lediglich eine muskuläre Einschränkung vor. Auf die aktive/passive Bewegungsprüfung wird aufgrund der aktuellen Schmerzen und der Eindeutigkeit der bisherigen Befunde verzichtet. Beim Springingtest reagiert der Patient im Bereich von L4/L5 sehr sensibel. Der Nutationstest des Sakrums hingegen bringt deutliche Erleichterung. Die restlichen Befunde der Beckenüberprüfung sind negativ. Beim Muskeltest zeigt sich eine deutliche Hypertonie der beiden Mm. iliopsoas und des rechten M. piriformis.

Therapeutischer Verdacht: Bei diesem

Patienten scheint es sich ziemlich sicher um eine Bandscheibenproblematik zu handeln. Anscheinend hat der Prozess zentral mit diffusen Rückenschmerzen begonnen und durch die längere Nichtberücksichtigung der Beschwerden ist es inzwischen zu einer Neuritis des N. ischiadicus gekommen, die durch eine Hypertonie des M. piriformis weiter unterhalten wird. Ob die Hypertonie eher als ein Symptom der Nervenproblematik zu sehen ist, ist für die Therapie unerheblich.

Therapiemaßnahmen: Nach einer sanften Detonisierung des M. iliopsoas beidseits wird der Schwerpunkt der Behandlung auf Traktionen im Bereich L4 bis S1 liegen. Diese können in Bauchlage, aber auch in Seitenlage durchgeführt werden. Eventuell sollte auch eine vorsichtige Nervenmobilisation in Rückenlage in die Behandlung mit einbezogen werden, um spätere sekundäre Irritationen zu vermeiden. Zur Schmerzdämpfung kann abschließend mit Elektrophysiotherapie gearbeitet werden. Dem Patienten ist neben ausreichender Bewegung insbesondere zu vermehrten Pausen bei längeren Fahrten zu raten.

Hinweis

Bei auftretenden Lähmungen oder auffälligen, muskulären Atrophien sollte der Patient sich bei einem Arzt vorstellen. Ansonsten ist von weitergehender Bildgebung zunächst abzuraten, da dies in den meisten Fällen zu einer Verfestigung des Krankheitsgeschehens führt.

Systematische Diagnostik und Therapie der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Das InDiTh® Konzept

Jens Schönbeck

Das InDiTh® Konzept wurde entwickelt um eine strukturierte und schnelle Diagnosestellung mit sich daraus ergebendem Therapieansatz zu ermöglichen. Es bezieht sich vor allem auf Störungen und die möglichen Wechselwirkungen zwischen dem viszeralen und dem parietalen System. Aufgrund dieser Grundkonzeption sieht sich das Konzept als Bindeglied zwischen der Osteopathie, der Manuellen Therapie, der Medizinischen Trainingstherapie und der neuronalen Mobilisationstechniken. Das Konzept richtet sich an praktisch arbeitende und interessierte Therapeuten aus dem Bereich der Physiotherapie, der Ärzteschaft, der Ergotherapie und der Heilpraktiker.

Im vorliegenden Buch geht es vor allem um eine schnelle und praktikable, aber auch gründliche und umfassende Diagnostik bei Patienten mit Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Beckenbereiches. Wesentliche Inhalte des Buches sind unter anderem:

- Einführung in die anatomischen Begebenheiten der Region mit dem Herausstellen der für Therapeuten wichtigen funktionellen Zusammenhänge
- Abhandlung der vorkommenden Pathologien
- Strukturierte Diagnostik mit einer Vielzahl effizienter Techniken zur schnellen und sicheren Austestung von Störungen im LWS-Bereich, z. B. Facettengelenkläsionen, radikulären Ausstrahlungen, Bandscheibenirritationen, Irritationen und Läsionen des ISG und der Symphyse, Einflüsse von Organen auf LWS- und Beckenstörungen und vom Fuß oder Knie aufsteigende Läsionsketten u.v.m. sowie die notwendigen Grundlagen zum besseren Verständnis der Tests
- Erheben eines Muskelstatus im Bereich der LWS-Beckenregion
- Grundlagen der therapeutischen Strategie bei Störungen im Bereich der LWS-Beckenregion mit detaillierter Beschreibung der auf die Pathologie abgestimmten, notwendigen Behandlungstechniken, zum Beispiel verschiedene Mobilisationstechniken für die Facettengelenke, spezifische Muskeltechniken, Traktionstechniken für die LWS, sanfte Korrekturmaßnahmen bei Rotationsfehlstellungen von Wirbeln und bei Fehlstellungen des Beckens, Behandlung von Sakrumtorsionen und Nutationsfehlstellungen, neuronale Mobilisationstechniken und spezifische Mobilisation der verschiedenen Abschnitte des N. ischiadicus u.v.m.
- Vorstellung möglicher Stabilisationsübungen für den Patienten
- Praxisnahe Fallbeispiele mit Anamnese, Befund und möglichem Therapieaufbau

Die reiche Bebilderung v.a. im Bereich der Diagnostik und Therapie lässt die Erklärungen anschaulicher und somit nachvollziehbar werden. Gleichzeitig wird das Buch durch die Vielzahl von Hinweisen und persönlichen Anmerkungen des Autors zu einem sehr praxisorientierten Nachschlagewerk, das auch ohne den Besuch eines entsprechenden Kurses, dem interessierten Leser Informationen und praktische Tipps in der täglichen Arbeit mit Patienten vermitteln kann.

Kurstermine und -orte sowie weitere Informationen zur InDiTh® Konzeptreihe können auf der Internetseite www.fortbildung-schoenbeck.de eingesehen werden.