

Leseprobe aus:



ISBN: 978-3-499-00507-7

Mehr Informationen zum Buch finden Sie auf www.rowohlt.de.

Karsten Richter

Nataly Bleuel

Heilen mit den Händen

Wie Osteopathie Schmerzen
lindert, Blockaden löst und
Sie beweglicher werden lässt

Rowohlt Polaris

Originalausgabe

Veröffentlicht im Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, April 2021

Copyright © 2021 by Rowohlt Verlag GmbH, Hamburg

Covergestaltung HAUPTMANN & KOMPANIE Werbeagentur, Zürich

Coverabbildung Gene Glover

Typografie und Grafik Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Schrift Celeste

Druck und Bindung CPI books GmbH, Leck, Germany

ISBN 978-3-499-00507-7

Die Rowohlt Verlage haben sich zu einer nachhaltigen Buchproduktion verpflichtet. Gemeinsam mit unseren Partnern und Lieferanten setzen wir uns für eine klimaneutrale Buchproduktion ein, die den Erwerb von Klimazertifikaten zur Kompensation des CO₂-Ausstoßes einschließt. www.klimaneutralerverlag.de



Am Anfang

Als ich zum ersten Mal einem Osteopathen begegnete, es war vor dreißig Jahren während meiner Ausbildung zum Physiotherapeuten, dachte ich: Ist ja verrückt – was macht der Typ denn da? Der Mann, sportliche Figur und Dreitagebart, ohne weißen Kittel, hatte einen von uns Schülern vor sich auf der Liege und zeichnete ihm auf gleicher Höhe zwei Striche auf die Unterschenkel. Dann ließ er eines der Beine des Versuchspatienten länger werden und dann wieder kürzer. Man konnte es eindeutig sehen, dafür hätte man gar keine Striche gebraucht: Bein länger, Bein kürzer. Ich sah genau zu, der Osteopath benutzte nur seine Hände, keine Werkzeuge, und seine Bewegungen sahen relativ sanft aus. Ich war verblüfft: Wie funktionierte das? Konnte dieser Carsten etwa zaubern? Was sollte das sein, «Osteopathie»?

Der Mann hieß wirklich Carsten, so wie ich, nur mit C. Carsten Dittberner war eigentlich unser Orthopädielehrer und hatte die Osteopathie aus dem Westen über Belgien und Köln nach Berlin an unsere Schule gebracht. Er war ein beeindruckender Mensch, ebenso zu packend wie feinfühlig und ein bisschen anarchisch, und er schien tausend Geheimnisse zu bergen und tausendfaches Wissen. Oft schaute er uns mit einem mitleidigen Lächeln an, so als hätten wir alle von nichts eine Ahnung. Er sagte Sätze wie: Bei diesem Rückenschmerz hier im Lendenwirbelsäulenbereich müsst ihr die Blase mobilisieren. Wenn du den Rücken hier oben behandeln willst, musst du den Kopf anfassen. Und da müssen wir die Füße palpieren, wenn wir die Kopfschmerzen beseitigen wollen.

Mir erschien das zunächst völlig irre. In der Nacht, nachdem ich Carsten bei seiner Arbeit beobachtet hatte,

lag ich noch lange wach und blätterte in einem Ordner, den ich mir von einer älteren Mitschülerin geschnappt hatte, wie in einem Zauberbuch. Was über diese Osteopathie zu lesen war, ging weit über das hinaus, was wir bislang über Anatomie und Physiologie gelernt hatten. Hier wurden Probleme nicht allein aus orthopädischer Sicht der Knochen und Muskeln betrachtet, sondern es wurde auch das Organsystem miteinbezogen.

In den nächsten Wochen lernte ich die Methoden der Osteopathie immer besser kennen. Carsten schien mir viel genauer hinzuschauen, als ich es bei meinen Ausbildern bisher erlebt hatte. Er zeigte uns beispielsweise bei einer Untersuchung an einem Patienten, dass im Hüftbereich der Hüftkopf in einer Pfanne sitzt und dass diese von einer knorpeligen Lippe umgeben ist, die ihn noch fester umschließt. Er erklärte weiter, dass das Ganze in eine Gelenkkapsel eingepackt ist wie in einen Ballon und dass sich dort Bänder ausdifferenzieren, die Bewegungen freigeben oder einschränken können, und zwar anhand unterschiedlicher Bandverläufe, die dann auch neurologisch und arteriell versorgt werden. Er zeigte uns muskuläre Zusammenhänge zum Hüftbeuger und Hüftstrecker – und zur Niere. Die nämlich müsse auf diesem Hüftbeuger, dem Psoasmuskel, entlanggleiten bei der Atmung; das bedeutet, sie bewegt sich bei jedem Atemzug drei Zentimeter hoch und wieder runter. Wenn die Niere das in ihrem faszialen Strumpf, so nenne ich das jetzt mal, nicht kann, weil es in diesem Gebiet vielleicht mal kleine Reizungen gab und infolgedessen Verklebungen existieren zwischen dem Beuger und der Niere, dann gibt es – gleich sind wir bei der Ursache dieser Hüftschmerzen – eine Dauerspannung dieses Psoasmuskels. Und ebendiesen versucht ein Osteopath wie Carsten zu dekontrahieren. Also durch Dehnungsübungen zu entspannen.

Wir begannen also zu begreifen, dass alles irgendwie zusammenhängt. Und ich fand alles daran faszinierend, weil dieser Ansatz so sehr auf Details achtete. Weil Osteopathen so wahnsinnig genau untersuchten, nur mit Einsatz des Kopfes und der Hände, immer weiter, nach Ursachen für die SCHMERZEN forschend und tastend, geradezu detektivisch. Und dann aber auch sofort behandelten, auch wieder bloß mit ihren Händen, mit Wissen und Gefühl.

Zu jener Zeit befand ich mich selbst noch ziemlich auf der Suche. Anfang der Neunziger begann ich meine Ausbildung, die damals noch Krankengymnastik hieß, als würde man dabei in erster Linie in einer Turnhalle herumhüpfen. Nach der Schule und dem Zivildienst in einem Altenheim hatte ich in Bielefeld in einer Gerberei gearbeitet. Danach reiste ich nach Indien und dann für ein halbes Jahr nach China. Das war im Jahr 1989, und ich kam nach Peking, als die Menschen gerade auf dem Tiananmen-Platz demonstrierten. China hatte mich immer angezogen, da wollte ich hin, seit ich als kleiner Junge zum ersten Mal Kung Fu gesehen hatte. Natürlich fand ich die Kampfkunst toll, aber noch mehr begeisterten mich schon damals die Weisheiten des alten Meisters. Sätze wie: «Das beste Schwert ist eines, das in der Scheide bleibt.» Es bedeutet, dass der beste Krieger einer ist, der nicht kämpfen muss – sondern kraft seiner Haltung, Weisheit, Kommunikation und seines umsichtigen Handelns Gewalt vermeiden kann. Das gefiel mir, und durch diese amerikanische Serie, nach einem Drehbuch von Bruce Lee, wurde damals auch bei vielen anderen das Interesse des Westens an der Philosophie aus dem Fernen Osten geweckt.

Ein wenig später begann ich mit Yoga. Das kommt zwar aus Indien, berührte mich aber ebenso stark wie Kung Fu. Ich war darauf gekommen, als ich ein Buch

aus dem Regal eines älteren Freundes zog. Es hieß *Yoga für den Menschen von heute* und war von 1968, mittlerweile ist es ein Klassiker. Darin fand ich ein Kapitel über den Atem, in dem zu lesen war, dass der Atem uns Kraft und Richtung geben kann. Diese Atemübungen kamen zwar praktisch rüber, schienen aber mehr Tiefe zu haben als unsere klassischen Sportübungen. Es klingt verrückt, aber mir wurde beim Lesen dieses Atem-Kapitels als Jugendlicher mit einem Schlag klar, dass ich durch solche Techniken mein Leben viel mehr selbst in die Hand nehmen konnte, dass ich nicht Opfer meiner nicht ganz einfachen Lebensumstände sein musste.

Und so landete ich schließlich in der Volkshochschule Wilhelmshaven, das war im Jahr 1986. Ein Kinderarzt hatte dort am Schwarzen Brett Kurse in «Zen-Meditation» angeboten. Von so etwas hatte ich bereits in einem Buch gelesen, das auf mich in einigen Passagen ziemlich durchgeknallt gewirkt hatte. Es hieß *Der Meister, die Mönche und ich* und handelte von einer Deutschen und ihrem Weg zum Buddhismus und zur Meditation. Interessant fand ich das Thema allerdings schon, und deshalb spazierte ich in Wilhelmshaven, wohin ich nach dem Zivildienst gezogen war, zu diesem Volkshochschulkurs, ging bei der ersten Sitzung direkt auf den Meister zu und fragte ihn: Wie lang dauert's denn, bis ich erleuchtet bin? Ich meinte das ernst, ich war 18. Er brach in lautes Lachen aus. Das war natürlich nicht schön. Aber ich ließ mich nicht abhalten und praktiziere seither ZEN, eine sehr körperliche Form der Meditation.

Ein weiteres Buch, das mich in jener Zeit tief beeindruckte, waren die Fall-Geschichten des Neurologen Oliver Sacks. In *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte*, erzählt Sacks so mitfühlend und zugleich unterhaltsam von seinen vielen Patienten und Fällen,

dass ich sein komplexes Fach auch als Laie zu verstehen beginnen konnte.

In gewisser Weise habe ich mich also schon zu Jugendzeiten für Medizin interessiert, für den Menschen und seine Gesundheit. Wie funktioniert unser Körper? Wie geht es dem Geist darin? Was bedeutet Bewegung? Was macht uns krank, was hält uns gesund? Ich sog alles auf, was mir begegnete: Kung Fu, Yoga, Aikido, Qi Gong, chinesische Medizin, unsere klassischen, westlichen Heilmethoden und ihre entsprechenden Philosophien – und schließlich die Osteopathie.

Viele Leute hierzulande glauben, die Osteopathie käme aus Asien. Dabei ist sie sozusagen aus den USA nach Europa eingewandert, aber dazu später mehr. Ich selbst kam jedoch tatsächlich über China zunächst zur Physiotherapie, auch weil ich auf meinen Reisen dort so viele nette Physiotherapeuten kennengelernt hatte. Aus Wissensdurst und vielleicht auch aus einem Gefühl von Ohnmacht heraus war ich fest entschlossen, dieses Handwerk ebenfalls zu erlernen. Denn ich kann mich noch gut an die Angst erinnern, die ich als kleiner Junge empfand, als ich einige Male im Krankenhaus liegen musste, einmal drei Wochen lang mit einem fixierten, gebrochenen Arm. Dieses Gefühl der Ahnungslosigkeit. Von Kontrollverlust. Von der Verunsicherung durch eine undurchsichtige Medizin-Maschinerie, in die man hineingezogen wird und in der man nicht alles sofort versteht: Was machen die hier mit mir? Warum erklären sie mir denn nichts? Wie komme ich hier schnell wieder raus?

Als Patient fühlt man sich oft mit seinen Fragen allein gelassen. Mir ist das Gespräch auf Augenhöhe wichtig, als Patient und als Osteopath. Ich will etwas über das Leben erfahren, ganz besonders von meinen Patientinnen und Patienten. Und ich möchte ihnen Wissen über ihren Körper vermitteln und ein Gefühl dafür. Denn Wis-

sen ist Selbstermächtigung, und ein mündiger Patient kann auch zu seiner Gesundheit beitragen.

Entgegen meinen ersten Gedanken, als ich Carsten bei seiner Arbeit zusah, ist Osteopathie keineswegs Zauberei, und es liegt ihr auch kein fremdes Glaubenssystem zugrunde, sondern ein humanistisches Körper- und Menschenbild. Trotzdem hört man immer wieder von Menschen, die zwar Hilfe bei der Osteopathie suchen, aber eigentlich gar nicht wissen, was da gemacht wird. Kürzlich erzählte mein Nachbar von seiner Stammtischrunde, in der es oft um die Zipperlein geht, die man so hat. Rücken, Schulter, Knie. Einer der Anwesenden sagte, seine Frau habe ihn zum Osteopathen geschickt, und der habe dann hier und da ein bisschen herumgedrückt, und plötzlich sei der Rückenschmerz weg gewesen. Aber wieso? Keine Ahnung.

Offenbar geht es vielen Menschen mit der Osteopathie so wie mir vor dreißig Jahren mit Carsten und dem Downing-Test. So nennt man das, was er mit den Beinen des jungen Mannes machte. Er mobilisierte das Kreuzbein-Darmbein-Gelenk, im Fachjargon Iliosacralgelenk genannt. Wir Osteopathen bezeichnen es auch etwas despektierlich als «Mülleimer des Körpers», weil da ziemlich zentral ziemlich viel Mist reinkommt. Dieses Gelenk muss viel austarieren, und durch VERSPANNUNGEN und Verschiebungen können sich die Beine von außen betrachtet dann scheinbar verkürzen. Aber die Osteopathie ist keine Zauberei, sondern ein Wissen, das man lernen und verstehen kann.

Die Menschen stellen mir in meiner Praxis die unterschiedlichsten Fragen: Ich hab Iliosacral, können Sie das wegmachen? Ich habe einen eingeklemmten Ischias, können Sie den wieder lösen? Könnten Sie vielleicht auch etwas gegen den Bandscheibenvorfall tun? Brauche ich ein neues Hüftgelenk? Muss ich den Menis-

kus operieren lassen? Kriegen Sie auch meinen Tinnitus weg, das Asthma und das Rheuma? Den Burnout? Das Schnarchen meines Mannes, die Bauchschmerzen meines Babys, meine Schlafstörungen? Stimmt es, dass Osteopathen Multiple Sklerose, hormonelle Beschwerden und Herzschmerzen behandeln? Was machen Sie da eigentlich mit Ihren Händen? Bringt das überhaupt was? Finden Sie Medikamente und Operationen überflüssig? Wollen Sie behaupten, der Körper könne sich selbst heilen? Kann da was kaputtgehen? Zahlt das eigentlich die Kasse? Und ist das alles überhaupt wissenschaftlich bewiesen?

In diesem Buch wollen wir all diese Fragen und einige mehr beantworten, und zwar möglichst einfühlsam, seriös, unterhaltsam und so, dass man Anatomie und Physiologie auch ohne ein Studium versteht. Denn das ist Osteopathie auf eine Formel gebracht: Anatomie und Physiologie plus Berührung.

Als Osteopath behandle ich auf der Basis von wissenschaftlicher Forschung ebenso wie auf praktischer Erfahrung, die ich persönlich anhand der gut zweieinhalbtausend Menschen gesammelt habe, die bislang den Weg in unsere Gemeinschaftspraxis in Berlin gefunden haben. Das ist mir wichtig zu betonen: Was ich zur Osteopathie zu sagen habe, ist objektivierbar – aber eben auch subjektiv. Es kommt aus meiner Erfahrung. Nicht alle Osteopathen haben die gleichen Ansichten, so wie man sich auch von Ärzten zweite und dritte Meinungen einholen kann.

Die Osteopathie kann dem Menschen helfen zu heilen. Das attestieren medizinische Gutachten ebenso wie jeder Sechste, die oder der in Deutschland zum Osteopathen geht. Dies ist ein Aufklärungsbuch für Erwachsene – und eines, das die Menschen berühren will. Denn

die Osteopathie ist im wahrsten Sinne des Wortes eine Medizin, die den ganzen Menschen berührt.

Deshalb führt das Buch die Leserinnen und Leser auf eine Weise durch den Körper, wie die Osteopathie ihn kennt. Es behandelt ihre häufigsten Beschwerden, indem es sie abholt an den Körperregionen, die sie plagen oder schmerzen: am Rücken, am Knie, am Kopf, am Fuß, im Bauch, am Herzen. Es erzählt dann auch immer Geschichten von Menschen: von der Frau, die glaubte, wegen ihrer Meniskusprobleme nicht mehr mit ihrem Hund Gassi gehen zu können, von dem Mann mit dem steifen Rücken, der eins auf die Nase bekommen hatte, von der Sängerin, deren Tinnitus wir zum Verstummen bringen konnten, von dem jungen Mann, dessen Schulter wie eingefroren schien, von dem Kriminalkommissar, den sein Meineid mehr plagte als sein Rücken.

Und wir erklären Schlüsselbegriffe der Osteopathie. Das können Begriffe sein, die fast jeder im Zusammenhang mit der Osteopathie schon mal gehört hat, weil sie grundlegend sind: Verspannung, Blockade, Verklebung, Drainage, Faszien. Nicht immer können diese Begriffe in der nötigen Ausführlichkeit erklärt werden, das würde manchmal zu weit wegführen vom akuten Fall. Daher kann, wer mag, auch schon mal vorblättern und lesen, um dann etwas schlauer zurückzukehren.

Es wird im Laufe des Buches auch um Schlüsselbegriffe gehen, die mir in meiner jahrzehntelangen Arbeit und Erfahrung besonders wichtig geworden sind. Es sind die Schlüssel zu meinem Bild von Körpern und Menschen: Fühlen, Embodiment, Salutogenese. Mein Körper- und Menschenbild ist ein humanistisches, und es verbindet die klassische Medizin des Westens mit dem Heilsystem des Fernen Ostens. Diese Schlüsselbegriffe, die das Beste aus zwei Welten vereinen, nehmen für mich mittlerweile so viel Raum ein, dass ich ihnen

auch im Verlauf dieses Buches immer mehr Raum geben möchte. Ich freue mich, wenn Sie mich begleiten auf dieser Reise durch den Körper, von seinen kleinen Details zum großen Ganzen, in dem wir uns möglichst frei und gut bewegen wollen.

Vorab noch ein paar kritische Worte zu Fußnoten und heilenden Händen. Meine Hände an sich heilen nicht, sondern sie können Ihrem Körper dazu verhelfen, sich selbst zu heilen. Das ist kein Wunder, sondern hat wissenschaftlichen Anspruch. Und deswegen gibt es in diesem Buch Fußnoten, die auf Studien verweisen. Denn mir ist es wichtig, dass Sie nachvollziehen können, wie viel Gewicht meine Aussagen haben. Ich beschreibe die Fälle meiner Patientinnen und Patienten aus einem subjektiven Blickwinkel, sie könnten auch anders gesehen werden. Ich arbeite eben in einer Praxis und nicht in einem klinischen Forschungslabor. Aber wo mein Blick klinisch belegt werden kann, führe ich Studien an. Und da ich auch leidenschaftlich gern wissenschaftliche Methodologie unterrichte, möchte ich noch eine ganz kurze Anleitung zum Lesen von Studien voranstellen.

Es gibt den Einzelfall, Pilotstudien, Kontrollgruppenstudien, randomisierte, doppelt verblindete klinische Studien und Metaanalysen. Die Erfahrung ist die erste Stufe wissenschaftlicher Evidenz, sie beginnt mit dem Einzelfall. Seine Problematik, seine Behandlung und die Ergebnisse beschreibe ich als Osteopath systematisch. Es ist klar, dass sich von einem einmal erfolgreich behandelten Patienten nicht schlussfolgern lässt, dass diese Behandlung auch bei anderen funktioniert. Dafür gibt es Pilotstudien, die mehrere ähnlich gelagerte Einzelfälle zusammenfassen und untersuchen, wie Übereinstimmungen in der Gruppe aussehen und was man tun müsste, um eine allgemeine Wirksamkeit nachzuweisen.

So nähert man sich der Königsdisziplin wissenschaftlicher Formate, den randomisierten, doppelt verblindeten klinischen Studien (RCT, von *randomized controlled trial*). Da werden durch zufällige Auswahl zwei Gruppen gebildet, von denen eine die Behandlung bekommt und die andere ein Placebo. Die Behandlung kann ein Medikament sein oder eine körperlich angewandte Technik. Um die Erwartungshaltung der Behandelten auszutricksen, werden sie verblindet, was so viel heißt wie: Sie wissen nicht, ob sie das Placebo bekommen oder das Heilmittel. Ausgetrickst werden aber auch die Behandler und Behandlerinnen. Denn man hat verrückterweise festgestellt – und wir werden auch von diesem Effekt erzählen –, dass die Absichten und Erwartungen der Studienleiter die Ergebnisse genauso verzerren können. Das Ganze findet in einer möglichst neutralen Umgebung statt, das ist das Klinische an dem Studien-Setting oder Studien-Design.

Doch selbst die Königsdisziplin der Wissenschaft kann relativ, subjektiv und fehlbar sein. Und hinzu kommt eine Schwierigkeit: Ein Design, das ursprünglich für pharmakologische Studien entwickelt wurde, lässt sich nicht einfach auf die Untersuchung manueller Verfahren übertragen. Auch dazu später mehr.

Der Kaiser in der Hierarchie der Evidenzbasierung ist die Metaanalyse, auch Review genannt. Dabei werden alle Studien zu einem bestimmten Gebiet systematisch ausgewertet, unter besonderer Berücksichtigung der RCTs. So hat beispielsweise der Osteopath Helge Franke in einer Metaanalyse zu Halswirbelsäulen-Nackenschmerzen 299 Studien ausgehoben, 18 genauer betrachtet und letztendlich nur drei bewertet.¹

Da die Studien überwiegend einen positiven Einfluss auf die Problematik beschrieben, stieg die Wahrscheinlichkeit, dass die Osteopathie bei Nackenschmer-

zen hilft. Das klingt in manchen Ohren vermutlich ganz schön vage. Und das ist es auch. In den Naturwissenschaften und vor allem der Medizin spricht man aber nicht von Beweisen – sondern von größtmöglichen Wahrscheinlichkeiten. So lange, bis sie widerlegt werden. Denn es könnte auch ganz anders sein.

Also lassen Sie sich bitte nicht von jeder meiner angeführten Studien dazu verleiten zu glauben, ich gäbe ausschließlich unumstößliche Gesetzmäßigkeiten von mir. Auch wenn der Großteil der Studien aus der PubMed stammt, der größten weltweiten Datenbank für medizinische Artikel. Was hier Eingang findet, kann schon ernster genommen werden. Lassen Sie uns trotzdem wach und beweglich bleiben, auch im methodischen Zweifel!

Ein Tipp: Besuchen Sie die Patienten-Seite der Cochrane Foundation im Netz, um sich anhand von Metaanalysen über Heilverfahren zu informieren. Das ist quasi des Kaisers Palast mit den Kronjuwelen der evidenzbasierten Medizin. Und dabei vergessen wir nie: Sie alle bestehen aus Einzelfällen, also aus einzigartigen Menschen und ihren Geschichten, Beschwerden – und Berührungen von heilenden Händen.

Rücken, Beine, Po

Schlüsselbegriffe: SCHMERZ, SPANNUNG

Der Rücken ist in unserer Wahrnehmung oft nur: das da hinten am Körper zwischen Nacken und Po. Also haben wir es hier mit der Wirbelsäule zu tun, dem Steißbein, dem Kreuz, den Bandscheiben und da mit oft anhaltenden und wiederkehrenden Schmerzen. Für uns Osteopathen ist der Rücken aber viel mehr. Er erstreckt sich über die ganze Rückseite des Körpers, geht also unterm Po noch weiter in die Beine, ins Knie und bis hinunter zu den Füßen. Und auch da hört der Rücken eigentlich noch längst nicht auf, denn an der Wirbelsäule sind beispielsweise die Organe aufgehängt. Aber fangen wir mal vorne an, oder besser gesagt: hinten.

Was haben Sie denn da gemacht? Diese Frage stellte mir die Frau mit dem Meniskus-Problem nach ihrer ersten Behandlung mit großer Verwunderung. Sie kam in meine Praxis, weil ihre Orthopädin sie zum Osteopathen geschickt hatte. Seit drei Jahren litt sie, sie war etwa Mitte fünfzig, unter Schmerzen im rechten Knie. Und zwar so sehr, dass ihr das Laufen immer schwerer fiel, so schwer, dass sie mit ihrem Hund kaum noch Gassi gehen konnte. An der Ecke des Blocks, weit vor dem Park, in dem sie sonst mit ihm spazieren war, tat es ihr innen im Knie so weh, dass sie heimkehren musste.

Die Orthopädin hatte nach Beschreibung und Begutachtung auf den Meniskus getippt. Die anschließende Aufnahme im MRT ergab allerdings: nichts. Das heißt, man konnte keine Veränderungen am Knochen erkennen, keinen Tumor und keine Folgen einer Operation. Nach meiner Erst-Anamnese, in der ich ausführlich die Krankengeschichte neuer Patienten abfrage, begann

ich, die Frau zu untersuchen. Das will ich nun detailliert beschreiben, so wie ich es damals auch meiner Patientin erklärt habe, damit man versteht, was ihr im Knie solche Schmerzen bereitet hat, wie ich die Ursache dieser Schmerzen behandelt habe – und was das Knie hier im Kapitel über den Rücken zu suchen hat.

Es geht also um den Meniskus. Die meisten haben schon einmal davon gehört, denn so wie die Bandscheiben, der Ischias und vielleicht das Iliosacralgelenk gehört auch der Meniskus zu den üblichen Verdächtigen. Wo genau befindet sich der Meniskus? Direkt im Kniegelenk liegen die sogenannten Menisken, zwei Scheiben, die verhindern sollen, dass der Oberschenkelknochen und der Unterschenkelknochen im Gelenk aneinander vorbeigleiten und aus ihrem Gelenk herausspringen. Die Menisken bestehen aus Faserknorpel, sind von Nerven durchzogen und bewegen sich auf eine besondere Weise zwischen den Knochen.

Als Erstes führte ich ein paar Tests durch. Ich ließ die Dame ihr Bein beugen, und bei dieser Bewegung tat es ihr, je mehr sie es beugte, «innen und hinten» weh. Den Schmerz lokalisierte sie im Knie selbst und nicht in der Kniekehle. Für mich war das ein Hinweis darauf, dass sich bei einer Beugung des Knies der Meniskus innen komprimiert, also zusammenzieht, oder auch staucht. Mein Verdacht fiel also auch auf den Meniskus. Das verriet ich der Frau während der ersten Untersuchung aber nicht, sondern tastete mich erst mal am ganzen Körper voran. Das nennt man auch Palpieren, von *palpare*: streicheln. Bei meiner Arbeit untersuche ich alles, von Kopf bis Fuß oder, wie ich gern sage: «von Hacke bis Nacke», indem ich mich an den Gelenken, Knochen, Muskeln, Organen und Bändern entlangarbeite. Als Osteopath suche ich nach Blockaden, also Spannungen. Die kann man mit

den Fingern erspüren, denn das Gewebe fühlt sich an diesen Stellen verhärtet und undynamisch an.

Ich betastete also im nächsten Schritt den inneren Meniskus der Frau. Von der Seite des Knies kommt man an die Ansätze des Meniskus gut heran, und ich spürte dort ganz klar eine Spannung. Dass ich fündig geworden war, erkannte ich auch daran, dass die Frau sofort auf die Berührung reagierte. Ich taste zwar immer sehr vorsichtig und behutsam, aber jeder Mensch reagiert anders auf schmerzende Stellen. Ich untersuchte auch beide Knie, um zu überprüfen, ob die Patientin hier vielleicht generell empfindlich ist. Aber sie hatte eindeutig einen Schmerz in ihrem rechten inneren Meniskus, im sogenannten Meniskus-Hinterhorn. Und Verhärtung und Schmerz sind wichtige Zeichen.

Ich tastete weiter und bemerkte, dass die gesamte hintere Muskelkette des Oberschenkels eine erhöhte Spannung aufwies. Ein Muskel kommt jedoch selten allein, er besteht zumeist aus mehreren Muskeln in einem Kettenverlauf, und ich betrachte die Muskeln nicht einzeln, sondern schaue, wie sie in sogenannten faszialen Strecken zusammenarbeiten. Faszien umgeben die Muskeln wie Taschen und hängen zusammen, ein bisschen wie Würste in der Metzgerei. Diese Faszienhüllen laufen dann in Bändern aus, wir nennen das myofasziale Ketten. Diese Kette hatte bei der Dame mit dem Knieproblem einen erhöhten Tonus, das heißt, sie war ebenfalls auf Spannung.

Nun musste ich herausfinden, ob vielleicht die andere Muskelkette, auf der Vorderseite des Oberschenkels, hypoton war, also kraftlos. Und ob die hypertone Muskelkette, also diejenige mit einer erhöhten Spannung, diese Schwäche kompensierte. Hypoton und hypertone, das klingt sehr ähnlich, bedeutet aber genau das Gegenteil: kaum Spannung einerseits und viel Tonus anderer-

seits. Auch das überprüfte ich anhand von Schmerzreaktionen, indem ich an sogenannten Triggerpunkten des Muskels durch Druck eine Reaktion provozierte. Denn jeder Muskel hat diese empfindlichen Stellen.

Die Patientin zuckte wieder ein wenig zusammen, was bedeutete, dass der Muskel am rechten Bein eine Störung aufweisen musste, denn was gestört ist, reagiert in der Regel sensibel. Osteopathen wissen, dass der innere Meniskus ein paar Faserverbindungen zu der Muskelkette am hinteren Oberschenkel besitzt. Man nennt sie auch Ham Strings, und der innere Meniskus kann den hinteren Oberschenkelmuskel nach unten ziehen, wenn er sich dauerhaft anspannt. Dadurch kann der Meniskus dann nicht mehr sauber im Knie laufen und ist chronisch gereizt. Und das erhöht die Gefahr, dass er derart aus seiner eigentlichen Position verschoben wird, dass er operiert werden muss.

Als Osteopath frage ich an dieser Stelle weiter: Warum ist die Muskelkette auf Spannung? Ist der Meniskus im Knie vielleicht eingeklemmt? Oder gibt es andere Verursacher, die ihn in seine missliche Lage bringen? In diesem Fall war der Grund für die Schmerzen, dass das Becken der Frau nach vorne gedreht war. Aber warum war das geschehen?

Ich sah mir als Nächstes also das Kreuzbein-Darmbein-Gelenk an. Dabei handelt es sich um das berühmte Iliosacralgelenk, von dem wir schon beim Downing-Test gehört haben. Es liegt wie ein Stein unten in der Wirbelsäule und somit genau in der Mitte zwischen Ober- und Unterkörper. Hier muss es alle dysfunktionalen Informationen austarieren, die aus den Beinen herauf- oder von der Wirbelsäule hinuntersteigen. Deswegen bezeichnen wir es, wie bereits erwähnt, auch als den «Mülleimer des Körpers». Dieses zentrale Gelenk sollte in alle Richtungen beweglich sein. Doch als ich das Ilio-

sacralgelenk meiner Patientin untersuchte, war ihr Becken auf der rechten Seite nach vorn gedreht, wodurch die Ansatzpunkte der Hinterschinkenmuskeln, also die Verbindungen zwischen Muskelfaszie und knöchernem Sitzbeinhöcker, nach oben verlagert wurden – und somit eine chronisch erhöhte Spannung im Rücken erzeugten. Ich fragte mich: Warum kann sich denn das Becken plötzlich nicht mehr frei bewegen? Das war ja bei der Patientin sehr auffällig.

Anhand meines Tastbefunds konnte ich nun erkennen, dass sich der Ansatz ihres Dickdarms nicht gut von der Beckenschaufel lösen wollte. Der Dickdarm ruht normalerweise in der Beckenschaufel, doch bei meiner Patientin war der Darm an dieser Stelle offensichtlich verklebt. Außerdem hatte sie dort eine Narbe von einer Blinddarmoperation, die ins Körperinnere gezogen war.

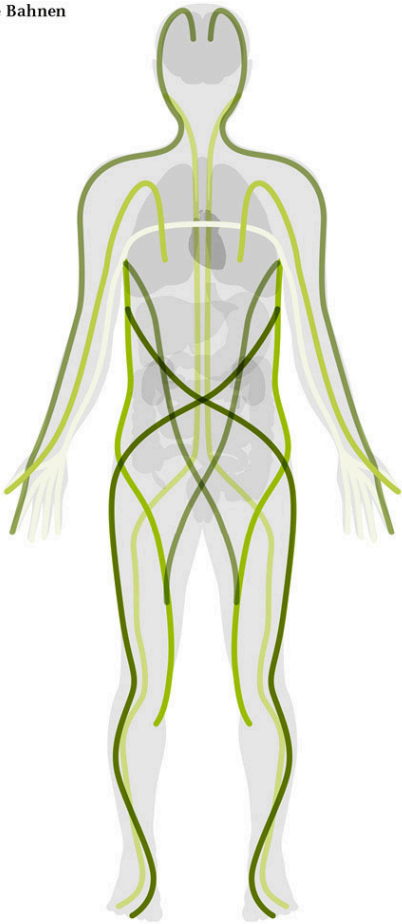
Ich kam also zu folgendem Befund: Die Blinddarmnarbe fixierte durch interne Verwachsungen den Dickdarm an den Beckenmuskel, der auch *Musculus iliacus* genannt wird. Da dieser nun auf Spannung kommt, dreht er das Becken nach vorne, sodass es infolgedessen an der Hinterschinkenmuskulatur zieht, die wiederum an den Fasern des hinteren, inneren Meniskus zieht. Und genau diese Kettenreaktion erzeugt ein Problem – in Form von Spannungen und Schmerz. Die Meniskus-Beschwerden meiner Patientin wurden also von einer Blinddarmnarbe verursacht, die über den Rücken bis nach unten in ihr Knie hinein wirkte.

Ich wäre aber kein Osteopath, wenn ich durch eine Untersuchung nur auf einen Befund käme – ich behandle meine Patienten ja auch umgehend, gleich in der ersten Sitzung. Ich begann also, mich der Blinddarmnarbe und dem Gebiet um den Dickdarm herum mit Mobilisationstechniken und Dehnbewegungen zu widmen (auf die vielen verschiedenen TECHNIKEN gehen wir später noch

gesondert ein). Es kann ein wenig schmerzen, aber man kann es auch sehr sanft gestalten. Kraft und Sensibilität sind in der Osteopathie gleichermaßen wichtig. Und es gibt ja auch eine Art Wohlfühlschmerz. Das sagen viele Patienten. Wir kennen ihn beispielsweise aus dem Yoga oder anderen Sportarten: Nach Dehnungsübungen, die zunächst ein wenig weh tun, fühlt man sich kurz darauf oft wohler, weil etwas im Körper wieder in Bewegung gekommen ist.

Nach der Untersuchung und der ersten Behandlung ließ ich die Frau nun wieder ihr Bein beugen. Sie verzog ihr Gesicht schon etwas weniger, und gehen konnte sie auch schon viel besser. Und dann fing sie plötzlich an zu weinen. Aber nicht, weil sich die Beschwerden sofort in Luft aufgelöst hätten (so schnell geht es dann doch nicht), sondern weil sie so erleichtert war. Sie erzählte mir, ich sei der Erste gewesen, der sie nicht direkt auf ihr Gewicht angesprochen hätte. Sie war übergewichtig, und natürlich kann Übergewicht die Beweglichkeit und die allgemeine Gesundheit einschränken. Aber das wollte ich bewusst nicht thematisieren, es ging hier ja erst mal um ihre Schmerzen. Die Frau kam anschließend noch zu ein, zwei Nachbehandlungen und erzählte voller Freude, dass sie wieder die alte Gassi-Strecke mit ihrem Hund gehen konnte. Ihre anderen Themen sprach sie in den folgenden Sitzungen ganz von selbst an, das Übergewicht, ihr Alleinsein, ihren Kummer.

Fasziale Bahnen



So entwickelt sich das Verhältnis zwischen Osteopath und Patient oft zu einem Vertrauensverhältnis: in mehreren Behandlungen geht man gemeinsam in die Tiefe, physisch, psychisch, ganzheitlich.

Die meisten Menschen, die zum Osteopathen kommen, glauben, ihren Körper so gut zu kennen, dass sie eindeutige Problemzonen wahrnehmen können. Und sie hoffen, dass es dafür *die eine* passende Lösung gibt. Sie sagen: Ich hab Ischias, da ist ein Nerv eingeklemmt, mein Gleitwirbel rutscht raus, oder: Das muss ein Bandscheibenvorfall sein!

Das sind jedenfalls die Mythen, die man sich oft selbst zusammendiagnostiziert oder durch Google bestätigt sieht. Doch die meisten dieser Befunde sind tatsächlich relativ selten. Meistens ist es ein Zusammenspiel vieler Faktoren. Die Wirbel in der Wirbelsäule werden zum Beispiel in zwei sogenannten Facettegelenken geführt. Ein Wirbel kann da höchstens blockieren, aber nicht herausrutschen. Die Bandscheiben in der Wirbelsäule haben sowohl einen Kontakt untereinander als auch nach hinten hin zu den Facettegelenken. Die greifen wie Dachziegel ineinander und führen den Wirbel in seinen Beugungen und Streckungen, Drehungen und Neigungen. Und wenn es in den Facettegelenken zu Blockaden kommt, so vermuten wir, kann das zum allbekannten Hexenschuss führen.

Wie eine Blockade genau zustande kommt, ist leider noch nicht gut erforscht.² Es ist aber vielleicht ein wenig so wie der Effekt, der entsteht, wenn man einen Finger in einen Flaschenhals steckt und dadurch einen Unterdruck erzeugt, der eine weitere Bewegung verhindert. Die umgebende Muskulatur beginnt sich zuzuziehen, es schmerzt: Blockade, Hexenschuss. Mit sogenannten Hochgeschwindigkeitstechniken können wir diese Blockaden lösen. Man hört dann manchmal ein

Knacken. Daher nennen es manche meiner Patienten auch «Knacktechniken». Sie wurden von Osteopathen entwickelt, aber auch Chiropraktiker, deren Techniken im Grunde aus der Osteopathie hervorgegangen sind, bedienen sich ihrer vorwiegend.³

Fast jeder dritte Erwachsene in Deutschland hat oft oder ständig Rückenschmerzen. Ein Hauptgrund dafür ist fehlende Bewegung, das wissen eigentlich auch die meisten. Für Schmerzen im Bereich des Rückens gibt es aber sehr viel mehr Ursachen. Die größte Angst haben Menschen mit häufigen Rückenschmerzen vermutlich vor dem bereits erwähnten gefürchteten «Bandscheibenvorfall». Dabei ist die Bandscheibe, wenn man genau hinschaut, eher selten die Ursache von Beschwerden. Am häufigsten rühren die Probleme von Schmerzen im Kreuz und im Kreuz selbst wiederum von der Take-lage her. So könnte man die Aufhängung des Bandapparates im Rücken nennen, denn zwischen Darmbein, Kreuzbein und Lendenwirbelsäule ist alles vertaut wie der Mast auf einem Segelschiff. Wenn der Mast die Wirbelsäule ist, dann sind die Wanden, die an der Seite hinuntergehen, die Bänder. Und die sitzen fest am Darmbein. Das sind Strukturen, die am häufigsten Schmerz verursachen, sodass die Menschen zu mir kommen. Der Begriff «Struktur» stammt aus der Anatomie und meint einen ganz spezifischen Teil des Körpers, der aus einem Knochen, Muskeln, Fasern, Nerven, Arterien oder Drüsen bestehen kann. Eine Struktur ist also ein Einzelteil des Körpers.

Wenn nun jemand mit Schmerzen im Kreuz zu mir kommt, weiß ich, dass ich den Schmerz eindeutig auslösen kann, und in gewisser Weise freut das die meisten Patienten. Denn wenn ich sehr gezielt auf die schmerzende Stelle drücke, fühlen sich viele Patienten sofort irgendwie erkannt und verstanden. Das ist aber nur der

Anfang. Was da weht tut, ist eben nicht die Bandscheibe. Das kann ich den Patienten in der Regel auch gleich sagen, und es beruhigt sie. Der Schmerz liegt oft weit außerhalb der Bandscheibe, nämlich am Bewegungsapparat der Muskeln und Bänder. Das ist eine viel weniger bedrohliche Diagnose als die, die man sich aufgrund seiner Schmerzen, der Ängste und oft eher rudimentären Kenntnissen des eigenen Körpers zusammengeschustert hat. Eine gerissene Bandscheibe, so denken viele, sei gleichbedeutend mit einem Bandscheibenvorfall, einer darauf folgenden Operation und einem gefährlichen Eingriff an Wirbelsäule, Rückenmark oder Nerven, der im schlimmsten Fall zu Gehbehinderungen oder Rollstuhl führen kann.

Genau das war auch die Angst von einem meiner Patienten, ein junger Mann um die dreißig. Er hatte Sozialwissenschaften studiert, betrieb eine Schule für Kampfkunst und hatte seit drei Monaten ausstrahlende Schmerzen vom Rücken hinunter ins Bein. Es fiel ihm schon schwer, sich auf die Zehenspitzen zu stellen. Er litt also unter leichten motorischen Ausfällen, und laut bildgebendem Verfahren hatte er es mit einem Bandscheibenvorfall zu tun. Er fürchtete nun eine Operation, denn wenn diese motorischen Ausfälle stärker werden und Lähmungen verursachen, sodass man beispielsweise den Fuß nicht mehr heben kann oder eine Blasen Schwäche entsteht, muss manchmal operiert werden. Also kam er zu mir, um zu sehen, ob dieses Szenario irgendwie vermeidbar wäre.

Schauen wir uns die Bandscheibe kurz etwas genauer an: Sie ist ein faserknorpeliges Gewebe zwischen den Wirbelkörpern der Wirbelsäule. Es gibt in der Wirbelsäule 23 Bandscheiben, die etwa fünf Millimeter dick sind und durch hohe Belastung und Alterung abflachen kön-

nen. Wenn das geschieht, fehlen zwischen den Wirbeln gewissermaßen irgendwann die Stoßdämpfer.

Wenn man operiert, besteht natürlich immer die Gefahr, Nerven zu verletzen. Allerdings habe ich in meiner Praxis noch niemanden im Rollstuhl gesehen, der oder die infolge einer verpatzten Bandscheiben-Operation darin saß. Eine negative Folge von Operationen ist eher das Narbenwachstum, das auf die Nervenregionen drücken kann. Früher musste man mit einer hohen Rückfallrate von teilweise 50 Prozent nach Operationen rechnen. Durch das postoperative Narbengewebe kam es dann wieder zu Schmerzen. Noch bis in die 2000er Jahre hinein wurde offener an der Wirbelsäule operiert. Heute können die Ärzte minimalinvasiv arbeiten, also mit feinsten Instrumenten, winzigen Kameras und ohne große Schnitte.⁴ Dadurch ist die Rezidiv-, also Rückfallrate, auf höchstens 18 Prozent gesunken.

Früher wurden teilweise ganze Regionen in der Wirbelsäule stillgelegt, indem die kaputte knorpelige Bandscheibe zwischen den Wirbeln entfernt und diese dann miteinander fusioniert wurden. Dafür verwendete man Knochenmaterial, das beispielsweise dem Becken entnommen und in die Wirbelsäule eingefügt wurde, damit sie an dieser Stelle verknöcherte. Das Ganze wurde dann vorübergehend auch mit Gestängen stabilisiert. Daraus resultierte jedoch irgendwann ein Problem, nämlich dass die Energie, die durch die Bewegung der Wirbelsäule entsteht – es sind circa zwei Grad Rotation pro Wirbel –, dann von einem anderen Wirbel übernommen werden musste. Dann hat es ein Wirbel auf einmal mit zwei anstatt vier Grad Rotation zu tun und ist überfordert. So kann es zu einer Art Kettenreaktion kommen, und schon entsteht die nächste übermäßige Beanspruchung der Bandscheibe.

Ein Bandscheibenvorfall ist für uns Osteopathen wie in der klassischen Medizin zunächst nur ein Befund: Ja, hier ist der Faserring einer Bandscheibe ausgedünnt und in seinem äußeren Bereich eingerissen, und nun drückt der gallertartige, also gelförmige Kern durch die Risslücke hindurch auf die Nervenwurzel des Wirbels oder, fachlicher formuliert, des Wirbelsäulensegments. Das verursacht Schmerzen, Taubheit und eventuell motorische Ausfälle, es reagiert also ein Muskel schwächer. In der Nervenwurzel befinden sich äußerst sensible und motorische Fasern, also Nerven für Schmerzempfindung und Bewegung. Es sind aber so gut wie nie die Knochen, die auf die Nerven reiben, so wie man sich das vielleicht vorstellt. Schmerz kann auch schon dann entstehen, wenn der Muskel um die Wirbelgelenke versucht, die nachlassende Kraft der Bandscheibe zu kompensieren. Er zieht sich zusammen, er wird hart, es entstehen Spannungen und dadurch möglicherweise Auswirkungen auf weitere und sogar scheinbar weit entfernte Gewebe.⁵

Der junge Mann in meiner Praxis hatte, wie gesagt, Ausstrahlungen des Schmerzes ins rechte Bein. Was die Osteopathie ausmacht, ist die nun folgende Recherche: Was bringt ein bestimmtes Segment der Wirbelsäule in eine Position, infolge derer eine Bandscheibe überlastet wird? Anders gefragt: Gibt es Prädispositionen im Körper, die dazu führen, dass eine Bandscheibe unter besonderen Stress gerät?

Ich untersuchte den Mann wie jeden Patienten einmal von oben bis unten. Dafür tastete ich ungefähr 400 Strukturen ab und testete sie auf ihre Beweglichkeit. Früher brauchte ich dafür 40 Minuten, heute nur noch zwischen 15 bis 20. Während ich taste, registriere ich Spannungen und merke sie mir, oft ist es mehr als eine. Ich beginne bei der Wirbelsäule im Sitzen und arbeite

mich dann vom Nacken abgehend die ganze Wirbelsäule hinunter in den Bereich der Beckenkreuzbeingelenke. Wie steht das Becken in den drei Ebenen des Raums?

Ich fand eine leichte Spannung, die vermuten ließ, dass die nach hinten gekippte Stellung des Kreuzbeins mit einer Fixierung der Rückenmarkshäute zusammenhängen könnte. Aber ich untersuchte erst mal weiter im Liegen die Beine des Mannes, seine Füße, Knie, Hüften, weil auch Einflüsse vom Bein nach oben steigen können und im Becken «verrechnet», also austariert werden. Das ganze Becken ist im Grunde eine Verrechnungsstelle zwischen den Einflüssen der unteren Extremitäten und dem, was von oben herunterkommt. Daher die Rede vom Iliosacralgelenk als Mülleimer, denn es muss viel schlucken. Und deswegen haben wir auch so oft Rückenprobleme. Eine Blockade im Sprunggelenk, also ganz unten im Fuß, kann eine Spannung ergeben, die oben im Iliosacralgelenk austariert werden muss. Und wenn es mechanisch ungünstig ausgeht, erzeugt das Schmerzen.⁶

In einem zweiten Durchgang untersuche ich standardmäßig immer die Organe. Das heißt, ich taste mit der Hand an den Regionen der Organe im Bauchraum entlang. Die Organe selbst – Niere, Leber, Herz, Lunge – spüre ich dabei nicht, sondern vielmehr die Spannungen des Gewebes im Bereich dieser Organe. Diese kann man fühlen, dazu braucht man keine übersinnlichen Fähigkeiten, sondern nur Übung und Erfahrung. Unsere Organe sind über Bänder zum Teil mit der Wirbelsäule verbunden, dem Zwerchfell oder auch untereinander. Wenn also eine VERKLEBUNG der Bänder oder der Muskulatur vorliegt, kann sie Spannungen um die Wirbelsäule auslösen, und so verhielt es sich auch bei diesem Patienten. Verklebungen, auch Additionen genannt, können

entstehen, wenn die Fasern verschiedener Gewebe nach Verletzungen oder Entzündungen zusammenwachsen.

Im Bereich seiner Niere stieß ich auf eine Verklebung mit dem Psoasmuskel. Dieser Muskel entspringt im Bauchraum auf der Vorderseite der Wirbelsäule, genauer: im Bereich der Leiste, und verläuft an der Innenseite der Beine. Als Hüftbeuger kann er das Bein anziehen, er steuert aber auch den für die Stabilität wichtigen S-förmigen Schwung der Wirbelsäule, die Lordose. Bei meinem Patienten hatte der Psoasmuskel auf einer Seite eine erhöhte Spannung, weil eine Faszie der Niere mit einer Faszie des Psoas verklebt war. Dadurch zog er an der linken Seite der Wirbelsäule, sodass auf den Kern der Bandscheibe eine hohe Belastung drückte. Dieser Druck wiederum führte auf Dauer zu einer Ermüdung und einem Riss des Kerns der Bandscheibe.

Diesen Verdacht hatte ich schon zu Beginn der Untersuchung, denn der Befund ist recht häufig: Beschwerden im unteren Rücken rühren oft von Organen im kleinen, unteren Beckenbereich her, also von den harnableitenden Funktionen der Niere, der Blase, des Rektums oder der Sexualorgane. Interessanterweise wird dieser Zusammenhang in der chinesischen Medizin auch gesehen. Für Beschwerden im unteren Rücken macht die chinesische Medizin häufig das Energie- beziehungsweise Meridiansystem von Niere und Blase verantwortlich. Darauf gehe ich später noch genauer ein.

Allerdings muss man bei der Suche nach Zusammenhängen und Ursachen als guter Osteopath immer skeptisch und offen zugleich bleiben. Denn Beschwerden im unteren Rücken können natürlich auch andere Ursachen haben. Ausstrahlungsschmerzen entstehen auch dadurch, dass nicht der Bandscheibenkern auf die Nervenwurzel drückt, sondern die Nervenwurzel durch ihr venöses Geflecht eingezwängt wird. Eine Nervenwurzel

wird ja immer von frischem, also arteriellem Blut versorgt – und entsorgt wird es durch die abgehenden Blutbahnen, also die Venen. In diesen Venengeflechten kann es zu Stauungen kommen, sodass Druck auf die Nervenwurzel entsteht und Schmerzen ausgelöst werden. Das kann sich ähnlich wie ein Bandscheibenvorfall anfühlen oder wie eine Pseudoischialgie, also kein wirklicher «Ischias».⁷

Mit ausstrahlenden Rückenschmerzen im unteren Wirbelsäulenbereich kam auch eine Patientin, bei der ich spontan auf eine Stauung des venösen Blutgeflechts um ein Wirbelsäulensegment tippte. Der kleine Exkurs auf ihre Beschwerden ist hier wichtig, weil er zeigt, welche unterschiedlichen Ursachen ein und dieselben Beschwerden haben können – in ihrem Fall waren es die Venen und nicht die Muskeln oder Bänder. Als ich sie untersuchte, fand ich die eigentliche Spannung im rechten Brustkorb unter dem Zwerchfell, also im Bereich der Leber. Die Leber ist dafür zuständig, die Organe des kleinen Beckens, also auch das Darmsystem, über Venen zu entstauen. Diesen Prozess nennen wir DRAINAGE, was hier bedeutete, dass venöses Blut aus dem Bauchraum abgeleitet wird. Denn die Leber muss die Nährstoffe aus dem Darmsystem aufnehmen, die Giftstoffe herausfiltern und alles verstoffwechseln, also in Energie umwandeln. Die Leber ist die große Chemiefabrik unseres Körpers. Wenn sie träge wird, kann sich im Körper allherhand zurückstauen, zum Beispiel auch venöses Blut rund um die Wirbelsäule.

Ich begann also, mit Mobilisationstechniken die Leber zu drainieren. Wir Osteopathen versuchen permanent, die Drainage zu verbessern, indem wir mit speziellen Techniken an der Leber arbeiten. Das sieht für Patienten vielleicht aus, als würden wir den Brustkorb massieren oder halten. Damit bewegen oder dynamisieren

wir die Leber und verbessern die Arbeit des Zwerchfells, sodass die Atmung wieder alles belebt – und schlussendlich die Schmerzen im unteren Bereich der Wirbelsäule verschwinden.

Aber wodurch wird eine Leber überhaupt träge? Häufig durch eine hohe kalorische Ernährung. Daher frage ich meine Patienten in der Regel, wie es so mit dem Süßigkeitenkonsum oder zuckerhaltigen Getränken aussieht. Die meisten Leute sagen von sich, dass sie nicht viel Süßes essen – aber dafür Cola, Fanta oder gesüßte Limonaden trinken. So war es auch bei dieser Patientin. Die Leber muss diese hochdosierte Energie dann umwandeln, obwohl der Körper sie eigentlich nicht braucht, weil er schon ausreichend Fett- beziehungsweise Energiereserven hat. So kann sich eine Fettleber entwickeln, das heißt, die Leber sammelt in sich Fett an, weil es im Körper davon genug gibt und sich alles staut. Alkohol kann bei einer Fettleber auch eine Rolle spielen, vor allem wegen der Kalorien. Eine Leber ist seltener vergiftet als vielmehr überfordert mit dem Stoffwechsel.

Mein Patient mit dem Bandscheibenvorfall musste jedenfalls nicht operiert werden. Klassischerweise hätte man ihm den angerissenen Gallertkern aus der Bandscheibe entfernt, um den Nerv zu entlasten. Ich jedoch habe die Bandscheibe entlastet, indem ich die Spannung auf dem Psoasmuskel verringerte, der an der Niere festklebte. Ich bearbeitete sie so lange, bis sie wieder beweglicher wurde. Das geschieht durch eine Technik, bei der ich mit den Händen von außen relativ tief im Bauch mobilisiere.

Gleich nach meiner Behandlung spürte mein Patient eine Verbesserung. Das passiert recht häufig: Der pathologische Druck, also der Schmerz, verändert sich sofort. Das erscheint den Patienten dann wie ein Wunder oder wie Zauberei, lässt sich aber in dem Fall einfach damit

erklären, dass der Druck erst einmal abgeleitet war. Die Bandscheibe hatte von nun an Ruhe, um sich etwas zu regenerieren. Sie wird sich zwar nicht mehr gänzlich aufbauen, denn sie kann sich nicht selbst reparieren, und sie wird auch immer etwas dünner sein als vor dem Beginn der Dauerbelastung und dem Riss, durch den der Gallertkern auf den Nerv drückte.

Der Körper wird in Zukunft versuchen, das durch die Verletzung entstandene Material abzubauen. Dafür hat er eine Art Müllabfuhr, die Fresszellen aus dem Immunsystem, die Makrophagen, die die nicht verwertbaren Überreste wegnabbern. Irgendwann vernarbt dann die Bandscheibe und hat nicht mehr ihre ursprüngliche Flexibilität. Aber eben auch nicht mehr den permanenten Druck. Und Muskeln und Bänder kann man durch Sport stabilisieren, um die Schwäche zu kompensieren. So ist das in den meisten Fällen.

Meinen Patienten habe ich anschließend noch drei-, viermal nachbehandelt. Jedes Mal ging es dabei darum, den Psoasmuskel zu mobilisieren und die gestauten oder verspannten Stellen zu drainieren, zu dehnen und zu entspannen. Die NERVEN in der Region der Lendenwirbelsäule wurden dadurch motorisch und sensorisch gut versorgt, sodass alles insgesamt wieder beweglicher wurde. Mit seinem Bandscheibenvorfall kam mein Patient also nicht unters Messer und bald auch schon nicht mehr zu mir. Aber er kam anschließend wegen anderer Dinge wieder, und ich freute mich zu hören, dass er wieder seine Kampfkunst praktizierte, an seiner Masterarbeit arbeitete und seit neuestem in einer Punkband Schlagzeug spielte. Alles Tätigkeiten, die mit schmerzhaftem Bandscheibenvorfall kaum zu bewerkstelligen wären.

[...]

Endnoten

- 1 Franke, H., Franke, J.-D., Fryer, G. *Osteopathic manipulative treatment for chronic nonspecific neck pain: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Osteopathic Medicine. Dez. 2015; 18(4): 255-267. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1746068915000498>
- 2 Fryer, G. *Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum*. International Journal of Osteopathic Medicine. März 2016; Vol. 22: 52-63. [https://www.journalofosteopathicmedicine.com/article/S1746-0689\(16\)30002-5/fulltext](https://www.journalofosteopathicmedicine.com/article/S1746-0689(16)30002-5/fulltext)
- 3 Ernst E. *Chiropractic: a critical evaluation*. J Pain Symptom Manage. Mai 2008; 35(5): 544-62. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00783-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00783-X/fulltext)
- 4 Klammer, P. *Patient Bandscheibe*. In: FOCUS-Online (2018), Nr. 24. Abgerufen am 07. 12. 2020, von https://www.focus.de/gesundheitsratgeber/ruecken/bandscheiben-ops-bei-9-von-10-patienten-ist-eingriff-vermeidbar_id_9060889.html
- 5 Glocker, F. (u. a.) *Lumbale Radikulopathie, S2k-Leitlinie*, 2018. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online unter: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 25. 11. 2020)
- 6 Moon, S., Boo, J., Park, S. *Effects of ankle plantar flexors stretching with closed kinetic chain on pelvic movements and gait speed in hemiplegia patients: A case study*. Journal of Physical Therapy Science. Jan. 2016; 28(1): 309-313. https://www.researchgate.net/publication/292343462_Effects_of_ankle_plantar_flexors_stretching_with_closed_kinetic_chain

on_pelvic_movements_and_gait_speed_in_hemiplegic
a_patients_A_case_study

de Castro Cruz, A., Teixeira Fonseca, S., Araújo, V. L. (u. a.) *Pelvic Drop Changes due to Proximal Muscle Strengthening Depend on Foot-Ankle Varus Alignment*. Applied Bionics and Biomechanics. Mai 2019; vol. 2019: 1-12. <https://www.hindawi.com/journals/abb/2019/2018059/>

Svoboda, Z., Janura, M., Kutilek, P. (u. a.) *Relationships between movements of the lower limb joints and the pelvis in open and closed kinematic chains during a gait cycle*. Journal of human kinetics. Juli 2016; 51: 37-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5260548/>

Basnett, C. R., Hanish, M. J., Wheeler, T. J. (u. a.) *Ankle dorsiflexion range of motion influences dynamic balance in individuals with chronic ankle instability*. International journal of sports physical therapy. April 2013; 8(2): 121-128. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625791/>

Macrum, E., Bell, D., Boling, M. (u. a.) *Effect of Limiting Ankle-Dorsiflexion Range of Motion on Lower Extremity Kinematics and Muscle-Activation Patterns During a Squat*. Journal of sport rehabilitation. Mai 2020; 21(2): 144-150. https://www.researchgate.net/publication/225058421_Effect_of_Limiting_Ankle-Dorsiflexion_Range_of_Motion_on_Lower_Extremity_Kinematics_and_Muscle-Activation_Patterns_During_a_Squat

7 Hirabayashi Y., Shimizu R., Fukuda H. (u. a.) *Soft tissue anatomy within the vertebral canal in pregnant women*. Br J Anaesth. Aug. 1996; 77(2): 153-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8881616/>