



InDiTh[®] Konzept

Integrative Diagnostik und Therapie nach Schönbeck

LESEPROBE



**Systematische Diagnostik und Therapie der
Halswirbelsäule und der OAA - Region
Das InDiTh[®] Konzept**

Jens Schönbeck

1.10. Bewegungsmöglichkeiten der Gelenke

1.10.1. Atlantooccipitalgelenk

Im oberen Kopfgelenk findet eine Bewegung im Sinne einer Flexion/Extension und einer Seitneigung statt. Die Rotation ist bedingt durch die passgenaue konvex-konkave Gelenkflächenanlage so gut wie nicht möglich.

1.10.2. Atlantoaxialgelenk

Im unteren Kopfgelenk findet eine Bewegung im Sinne einer Rotation und einer geringeren Flexion/Extensionsbewegung statt. Die Seitneigung ist bedingt durch die Gelenkflächenanlage so gut wie nicht möglich. Das obere und untere Kopfgelenk ergänzt sich in seinen Einzelbewegungen zur Dreidimensionalität.

1.10.3. Ab Segment C2/C3 caudalwärts

Ab Segment C2/3 caudalwärts ist eine dreidimensionale Bewegung auf jeder Ebene möglich:

- Flexion/Extension
- Rotation und Seitneigung

Die Rotation und Seitneigung findet immer gekoppelt statt. Durch die Summation der vielen kleinen Bewegungsausschläge in den einzelnen Segmenten kommt es schließlich zu einer großen Bewegung der HWS. Die Konsequenz für die Diagnostik allerdings ist, dass zur Testung des Gelenkspiels, des sogenannten Joint Plays nur geringe Bewegungsausschläge nötig sind.

Die Divergenz

Mit Divergenz ist das Auseinandergleiten der Zwischenwirbelgelenke im Sinne der Flexion gemeint, also ein maximales Öffnen der Gelenkfacetten.

Die Konvergenz

Mit Konvergenz ist das Ineinandergleiten der Zwischenwirbelgelenke im Sinne der Extension gemeint, also ein maximales Schließen der Gelenkfacetten.

Dreidimensionale Kombinationsbewegungen

Die Gelenkflächen der Halswirbelsäule lassen gewisse Kombinationen von Bewegungen besser zu. Diese führen dann zu einem maximalen Ausschöpfen der Bewegungsmöglichkeit:

- Maximale Divergenzbewegung der Facetten auf der bewegungsabgewandten Seite bei Flexion, Seitneigung und gleichsinniger Rotation
- Maximale Konvergenzbewegung der Facetten auf der bewegungsgleichen Seite bei Extension, Seitneigung und gleichsinniger Rotation

Hinweis

Mit dem folgenden Merksatz kann man sich die biomechanischen Abläufe gut merken: Bestehen unterschiedliche Meinungen und Differenzen (Divergenz), so muss eine Konferenz abgehalten werden, damit alle wieder zusammen kommen können (Konvergenz).

1.11. Die Muskulatur der HWS

Eine mögliche Einteilung des muskulären Apparats der HWS könnte sein:

- Oberflächliche Muskulatur
- Autochthone Muskulatur
- Praevertebrale Muskulatur

1.11.1. Das Platysma

Das Platysma ist ein oberflächlicher Hautmuskel, der eigentlich keine funktionelle Wirkung an der HWS hat, sondern für die Straffung der Haut oder für die entsprechende Faltung sorgt. Bei manchen Menschen ist es im Alter deutlich zu sehen.

1.11.2. Der M. sternocleidomastoideus

Der M. sternocleidomastoideus, vom Mastoid kommend und zum Sternum und der Clavicula ziehend, wirkt bei einseitiger Aktivität im Sinne einer Lateralflexion zur ipsilateralen und einer Rotation zur kontralateralen Seite hin. Er bewirkt bei beidseitiger Aktivität eine Dorsalextension des Kopfes und ein nach

vorneziehen der unteren HWS. Gleichzeitig kann er als Hilfsatemmuskel genutzt werden.

Hinweis

Der M. sternocleidomastoideus ist neben den Mm. scalenii der Muskel, der durch seine dauerhafte Aktivität die typische sogenannte cervikothorakale Belastungshaltung mit kyphosiertem CTÜ und maximal extendierter oberer HWS und Kopfgelenken muskulär manifestiert. Bei einem solchen Patienten ist es also nicht nur mit der Mobilisation der hypomobilen Segmente des CTÜ getan, sondern diese Patienten benötigen gleichzeitig eine gezielte Behandlung dieser beiden, die HWS fixierenden Muskelgruppen.

1.11.3. Der M. trapezius

Der M. trapezius wird in drei Bereiche unterteilt:

- Pars descendens
- Pars transversa
- Pars ascendens

Interessant für die HWS Betrachtung ist der M. trapezius p. descendens. Der M. trapezius p. descendens kommt vom Os occipitale und dem Lig. nuchae, im Bereich der Procc. spinosi ab C2, und setzt am Akromion und der Clavicula an. Er kann die Scapula schräg kranio-medial ziehen und sie nach außen rotieren. Bei fixiertem Schultergürtel neigt er den Kopf zur ipsilateralen Seite und dreht ihn kontralateral. Abhängig ist die Funktion des M. trapezius

immer davon, welcher Punkt das Punctum fixum beziehungsweise das Punctum mobile darstellt.

Hinweis

Aufgrund seiner fehlenden Insertion im Atlasbereich kann der M. trapezius nicht ursächlich für eine Atlasstörung verantwortlich sein. Dennoch ist er sehr häufig verantwortlich für Beschwerden des Schulter-Nacken Bereichs und Ausstrahlungen in Richtung des Kopfes. Zum Beispiel kann seitlicher Kopfschmerz durch vorhandene Triggerpunkte im vorderen, claviculären Bereich des Muskels verursacht werden.

1.11.4. Der M. levator scapulae

Der M. levator scapulae nimmt seinen Ursprung von den Querfortsätzen der ersten vier Halswirbel und setzt an dem oberen Scapulabogen an. Er neigt den Hals zur ipsilateralen Seite oder zieht das Schulterblatt nach cranial medial.

Hinweis

Dieser Muskel ist sehr häufig im Sehnenübergangsbereich zum oberen Schulterblattwinkel schmerzhaft. Gleichzeitig kann er bei Hypertonus für eine Translation des Atlas verantwortlich sein. Gleichzeitig kann er durch seine Ursprünge im Bereich der oberen HWS, v. a. des Atlas, für eine Atlasstörung verantwortlich sein.

1.11.5. Die Gruppe der infrahyalen Muskulatur

Als Gruppe der infrahyalen Muskulatur werden folgende Muskeln bezeichnet:

- M. sternohyoideus
- M. omohyoideus
- M. sternothyroideus
- M. thyrohyoideus

Alle diese Muskeln wirken auf das Zungenbein. Über diese Verbindung wirken sie ebenfalls auf den Unterkiefer und damit bewegen sie letztendlich auch die Halswirbelsäule. Bei geschlossenem Mund bewirken sie durch ihren Fixpunkt am Hyoid eine Flexion der HWS. Der M. omohyoideus bewirkt noch eine Seitneigung und Rotation der HWS, auch wenn diese Kraftkomponente sehr schwach ausgeprägt ist.

Hinweis

Aufgrund ihrer günstigen Lage zur Verhinderung einer übermäßigen Extension und ihrer allgemein stabilisierenden Aufgabe für die HWS kann diese Muskelgruppe auch als die „Bauchmuskulatur des Halses“ bezeichnet werden. Denn sie ist ähnlich wichtig für die Stabilisation der HWS wie es die Bauchmuskulaturgruppe für die Stabilisation der unteren LWS ist.

2.12. Bandscheibenproblematiken

Bandscheibenprobleme treten an der HWS vor allem im Übergangsbereich der unteren HWS zur BWS auf, in dem sogenannten cervikothorakalen Übergang. Die mechanische Erklärung hierfür ist verhältnismäßig einfach, denn in diesem Bereich geht ein Wirbelsäulenbereich mit einer guten Beweglichkeit relativ abrupt in einen Bereich mit einer geringeren Beweglichkeit über. Die BWS ist letztlich auch durch die Verbindung mit den Rippen deutlich hypomobiler als die HWS. Beim Bandscheibenvorfall selbst tritt die galertartige Masse des Kerns durch den meist vorgeschädigten Faserring hindurch. Durch diesen Verdrängungsprozess kann es zu Irritationen an den umliegenden Strukturen, also dem Rückenmark oder den abgehenden Nervenwurzeln kommen. Eine Vorstufe zum Prolaps, dem eigentlichen Vorfall stellt die Protrusion dar, eine Vorwölbung der Bandscheibe, bei der der Gallertkern umgebende Faserring meist noch intakt ist. Das Problem dieser Bandscheibenvorwölbungen oder -vorfälle ist letztlich, dass man keine Aussage über die Schmerzhaftigkeit oder die Beschwerden treffen kann, da diese je nach Lokalisation sehr unterschiedlich sein können. Generell lässt sich aber sagen, dass nicht jeder BS-Vorfall zwingend Probleme bereiten muss und daher nach Diagnosestellung leider viele andere mögliche Problemfaktoren, die ein ähnliches beziehungsweise schlichtweg ein gleiches Krankheitsbild hervorrufen können, vernachlässigt werden. Eine Indikation zu operativem Vorgehen bei Prolaps ist sehr

eng zu setzen, da zwar durch die operative Therapie der Schmerz, die Schwäche und die Gefühlsstörungen zervikaler Radikulopathien schneller gebessert werden können als durch konservative Therapie, sich die Ergebnisse der konservativen Therapie aber sehr schnell denen der operativen Therapie angleichen.



Abb. 7 Bandscheibenproblematik C5-6



Abb. 8 MRT- Bild mit dezenter Einengung des Spinalkanals

Eine typische Progredienz sieht meist folgendermaßen aus: Beginnend mit einer Rißbildung im Anulus fibrosus, kommt es in der Folge zu einer Protrusion und letztlich zu

einem Prolaps. Durch den Massenverlust des Bandscheibenmaterials wird das Segment höhengemindert. Dies führt zu Kontakt im Bereich der Unkovertebralgelenke und zunehmender Degeneration. Durch die Höhenminderung kommt es bei mangelhafter muskulärer Stabilisation zu einer Instabilität der Segmente und einer Unkovertebralarthrose. Diese versucht der Körper durch Osteophytenbildung aufzufangen. Kommt es zu Kontakt der Osteophyten stabilisieren die übergebauten verknöcherten Segmentfächer die HWS, allerdings auf Kosten eines zunehmenden Mobilitätsverlusts.

2.13. Das radikuläre und pseudoradikuläre Wirbelsäulensyndrom

Beim radikulären Wirbelsäulensyndrom kommt es meist durch einen Bandscheibenvorfall, eine Foramenstenose oder osteophytäre Anbauten zu einer Irritation der austretenden Nervenwurzel. Typisch ist ein Beginn mit sensiblen Ausfällen oder Irritationen bis hin zu plötzlich auftretendem, scharf begrenztem Schmerz mit Ausstrahlung in ein bestimmtes, der Nervenwurzel zugeordnetes Dermatom. Je nach Grad des Drucks auf die Nervenwurzel können neurologische Ausfälle nachweisbar sein. Beim pseudoradikulären Wirbelsäulensyndrom hingegen treten lokal betonte Schmerzen direkt an der Wirbelsäule und diffuse Ausstrahlungen (z. B. Parästhesien) auf, die allerdings keinem Dermatom zuzuordnen sind.

2.14. Spinalkanalstenose

Beider Spinalkanalstenose handelt es sich um eine Einengung des Rückenmarkkanals. Meist sind degenerative Prozesse hierfür verantwortlich, aber auch Vernarbungen, Instabilitäten infolge von Bandscheibenoperationen, ein akuter Bandscheibenvorfall oder Entzündungen können auslösend sein. Wird das Rückenmark bedrängt, so kommt es zu Irritationen der Nervenwurzeln mit typischerweise beidseitig peripherem Schmerz. Die Spinalkanalstenose tritt in der Regel in höherem Alter auf. Sie ist meist im Bereich der Lendenwirbelsäule lokalisiert.

3.6.4. Orientierende Testung der unteren HWS

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt oder steht am Kopfende.

Hände des Therapeuten: Die Hände des Therapeuten halten den Kopf des Patienten.

Durchführung: Der Kopf wird bei abgeklapptem Kopfteil in eine Hyperextension geführt. Im Anschluss wird eine reine Rotation der HWS durchgeführt. Gegebenenfalls kann ein Rotationsminus festgestellt werden.

Deutung: Störung in den unteren HWS-Segmenten, häufig Störung der ersten Rippe.



Abb.5 Orientierende Testung der unteren HWS

Hinweis

Idealerweise liegen die Unterarme im rechten Winkel zur HWS. Dann kann der Kopf bei der Rotation auf den Unterarm zu liegen kommen. Dies gibt dem Patienten ein großes Sicherheitsgefühl. Diese Testung sollte niemals mit einer Seitneigungskomponente durchgeführt werden. Sollte einem Patienten bei der Testung schwindelig werden, so ist der Test selbstverständlich abzubrechen.

3.6.5. Orientierende Testung der mittleren HWS

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt oder steht am Kopfende.

Hände des Therapeuten: Die Hände des Therapeuten halten den Kopf des Patienten.

Durchführung: Der Kopf wird in eine Rotation links/rechts geführt. Gegebenenfalls kann ein Rotationsminus festgestellt werden.

Deutung: Störung in der mittleren HWS, häufig Störung der Segmente C2/C3 und C3/C4.



Abb.6 Orientierende Testung der mittleren HWS

Hinweis

Idealerweise liegen die Unterarme im rechten Winkel zur HWS. Dann kann der Kopf bei der Rotation auf den Unterarm zu liegen kommen. Dies gibt dem Patienten ein großes Sicherheitsgefühl. Diese Testung sollte niemals mit einer Seitneigungskomponente durchgeführt werden. Sollte einem Patienten bei der Testung schwindelig werden, so ist der Test selbstverständlich abubrechen.

3.6.6. Orientierende Testung der oberen HWS

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt oder steht am Kopfende.

Hände des Therapeuten: Die Hände des Therapeuten halten den Kopf des Patienten.

Durchführung: Der Therapeut hebt den Kopf in eine maximale Flexion und testet dann die

Rotation rechts/links. Gegebenenfalls kann ein Rotationsminus festgestellt werden.

Deutung: Störung in der oberen HWS; häufig Störung des Atlas.



Abb.7 Orientierende Testung der oberen HWS

Hinweis

Idealerweise liegen die Unterarme im rechten Winkel zur HWS. Dann kann der Kopf bei der Rotation auf den Unterarm zu liegen kommen. Dies gibt dem Patienten ein großes Sicherheitsgefühl. Diese Testung sollte niemals mit einer Seitneigungskomponente durchgeführt werden. Sollte einem Patienten bei der Testung schwindelig werden, so ist der Test selbstverständlich abubrechen.

3.7. Gelenkspieltestung (Joint Play) der Facettengelenke

3.7.1 Testung der linken Facettenreihe im Sinne einer Divergenz

Ausgangsstellung: Der Patient sitzt vor dem Therapeuten auf einem Hocker, der Therapeut steht auf der rechten Seite des Patienten. Das linke Bein des Therapeuten steht vor, das rechte Bein ist nach hinten gestellt. Das Becken ist zum Patienten gedreht.

Hände des Therapeuten: Mit der linken Hand (Fixationshand) umfasst der Therapeut den caudalen Wirbel des zu testenden Segments und fixiert diesen. Der Kleinfinger der rechten Hand (Führhand) wird auf den Wirbelbogen und den Querfortsatz des cranialen Wirbels angelegt. Die Fingerspitze sollte etwa auf Höhe des Dornfortsatzes abschließen. Die anderen Langfinger werden cranial angelegt. Nun führt der Therapeut seinen Oberkörper an den Kopf des Patienten, ohne diesen wegzuschieben. Dies vermittelt dem Patienten ein gutes Sicherheitsgefühl.



Abb.8 Griffhaltung zur Divergenz-Konvergenztestung

Durchführung: Der Therapeut prüft die Gelenkbeweglichkeit der Facette links durch ein Mitnehmen des cranialen Wirbels in die Flexion/Rotation rechts. Ist die Gelenkbeweglichkeit ausgeschöpft, so wandert die Fixationshand auf den nächsten caudal liegenden Wirbel und die Führhand folgt mit derselben Handanlage. So können Schritt für Schritt alle Facettengelenke links im Sinne der Divergenz getestet werden. Es wird generell nicht mehr in die Nullstellung zurückgegangen, sondern aus der Position des geprüften Gelenkes nach caudal weitergetestet.

Deutung: Kommt es zu einer verzögerten weiterlaufenden Bewegung des caudalen Wirbels, so ist eine Gelenkbeweglichkeit möglich. Läuft der caudale Wirbel sofort bei der Bewegung mit, so ist diese Beweglichkeit aufgehoben. Man spricht von einer Gelenkläsion oder Gelenkblockierung.



Abb. 9a Ausgangsstellung
Divergenzmobilisation



Abb.9b Testung Divergenz linke Seite

Anmerkung

Die Bewegungsauslässe sind geringer als man denkt. Eine Testung von C6/C7 bei der der Kopf zum Abschluss der Prüfung fast mit dem Kinn an der Schulter anschlägt, ist bereits zu weit geführt. Hier wäre die Bewegung schon im mittleren Bereich der BWS, wenn nicht schon tiefer.

Hinweis

Eine Mitnahme des Wirbels in die Flexion/Rotation reicht in der Regel aus, da die Seitneigungskomponente an die Rotation gekoppelt und zwangsläufig ist. Es erscheint sinnvoll, nicht zu steif neben dem Patienten zu stehen, da man über die Bewegung des eigenen Brustkorbes beide Bewegungen (Konvergenz und Divergenz) sehr gut bahnen kann. Gerade zu Beginn einer Arbeit mit diesen Techniken ist es sinnvoll, seine Aufmerksamkeit zunächst auf die Fixationshand zu fokussieren, da hier die Mitbewegung des caudalen Wirbels nach ausgeschöpftem Gelenkspiel sehr gut zu spüren ist.

4.5.2. Korrektur einer Rotationsfehlstellung des Atlas

(im Beispiel Linksrotation des Atlas)

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt oder steht hinter dem Kopf des Patienten.

Hände des Therapeuten: Die eine Hand liegt am Dornfortsatz von C2 und fixiert diesen mit Daumen-Zeigefinger, die andere Hand liegt mit den Langfingern am Occiput und mit dem Daumen an der rechten Schläfe.

Durchführung: Die HWS wird vom Therapeuten zur Annäherung von Ursprung und Ansatz der langen Nackenstrecker in Extension geführt. Der Patient soll eine gezielte muskuläre Aktivierung der kurzen Nackenstrecker mit statischem Widerstand für eine Rechtsrotation an der rechten Schläfe durchführen.

Therapie: Durch die vom Patienten geforderte statische Kraftentwicklung (muskulärer Korrekturzug) und die Vertauschung von Punctum fixum und mobile wird der Atlas in die Rechtsrotation korrigiert.



Abb. 7 Korrektur einer Atlasrotationsstellung

Hinweis

Diese Therapiemaßnahme kann auch nur mittels Blickwendetechnik durchgeführt werden.

4.5.6. Gezielte Stabilisation nach Facettenstörung

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt oder steht hinter dem Kopf des Patienten.

Hände des Therapeuten: Eine Hand liegt zur Fixation am unteren Wirbel. Der Patient nimmt das Kinn ran. Die andere Hand wechselt je nach notwendiger Widerstandsgabe zwischen Kinn und zum Beispiel Stirn oder seitlichem Kopf.

Durchführung: Über die Hand am Kopf wird ein sanfter Führungswiderstand gegeben. Die Stabilisation sollte dreidimensional erfolgen. Die Einleitung der Muskelaktivität kann über die Blickrichtung erfolgen:

- nach links unten bei Divergenzstörung rechts
- nach rechts unten bei Divergenzstörung links
- nach rechts oben bei Konvergenzstörung rechts
- nach links oben bei Konvergenzstörung links

Hinweis

Es empfiehlt sich häufig die beiden gegenüberliegenden Richtungen durch-zuführen.

4.6. Mobilisation der thorakalen und cervikalen Faszien

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt oder steht hinter dem Kopf des Patienten.

Hände des Therapeuten: Mit einer Hand wird das Hyoid fixiert, die andere Hand liegt der zu behandelnden Seite des Thorax auf.

Durchführung: Der Therapeut gibt sanften Druck in die Tiefe des Thorax, im Anschluss erfolgt in der Expirationsphase ein Schub nach dorsalcaudal. Diese Position wird über mindestens einen Atemzug gehalten.

Therapie: Es kann mit Releasetechnik oder einer Manipulationstechnik gearbeitet werden. Entweder wird auf das Lösen/Entspannen der Strukturen (Release) gewartet oder in der beginnenden Inspiration wird der Griff auf dem Thorax schnell gelöst.

Hinweis

Bei der Manipulationstechnik kann es durch die plötzliche Druckregulation regelrecht zum Verschlucken des Patienten kommen.



Abb. 11 Fasziemobilisation auf der rechten Seite

4.7. Lösung der praevertebralen Faszien und anderer Strukturen

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage. Der Therapeut sitzt oder steht hinter dem Kopf des Patienten.

Hände des Therapeuten: Eine Hand liegt im OAA-Bereich, die andere Hand liegt mit dem Mittelfinger auf der Sutura sagittalis.

Durchführung: Der Therapeut prüft sanft die Bewegungen der HWS im Sinne der Rotation links/rechts, Seitneigung links/rechts und abschließend die Flexion/Extension. Bei dieser Prüfung definiert er für jede Ebene die freiere Richtung. Im Anschluss stellt er diese nacheinander ein, sodass der Patient in der dreidimensionalen, freien Gelenkposition eingestellt ist. Sie entspricht der Position mit dem geringsten Widerstand des Gewebes.

Therapie: In dieser Position wird ein sanfter axialer Schub nach caudal durchgeführt. Dieser wird etwa 30-60 Sekunden gehalten, anschließend erfolgt ein

Retest der eingeschränkten Bewegungsrichtungen.



Abb. 12 Kompression zur Lösung der praevertebralen Faszien

Hinweis

Solange mit der Easy way Technik eine Bewegungserweiterung erfolgt, kann diese weiter angewandt werden. Sollte sich allerdings keine Veränderung der eingeschränkten Richtung ergeben, so sollte in die Gegenrichtung eingestellt werden.

4.9.1. Kräftigung der praevertebralen Muskeln

Ausgangsstellung: Der Patient liegt in Rückenlage, der Therapeut sitzt oder steht hinter dem Kopf des Patienten. Der Patient soll zur Einstellung der Flexion in den Kopf Gelenken ein leichtes Doppelkinn machen.

Hände des Therapeuten: Zur besseren Bahnung gibt der Therapeut dem Patienten mit seinen Händen bei der Einstellung entsprechend Hilfestellung.

Durchführung: Der Kopf soll etwa 1 cm von der Unterlage abgehoben werden. Gleichzeitig soll der Patient das Hinterhaupt entlang der Wirbelsäule lang herausschieben.

Therapie: Die Position sollte der Patient etwa 5-10 Sekunden halten. Diese Übung sollte mehrmals adäquat zur Fähigkeit des Patienten durchgeführt werden.



Abb. 21 Kräftigung der praevertebralen Muskulatur

Beispiel 4

Der Patient gibt Irritationen in Klein- und Ringfinger der rechten Hand an. Es zeigt sich im Seitenvergleich eine dezente Muskelatrophie des Kleinfingers rechts. Seine Beschwerden seien permanent vorhanden, teils sogar schmerzhaft. Angefangen hätte es mit Sensibilitätsstörungen. Spritzen des Arztes hätten bislang keine Linderung gebracht. Im MRT sei ein Bandscheibenvorfall auf Höhe C7/Th1 nachgewiesen. Ein Therapieversuch mit Massagen hätte es nur schlimmer gemacht. Dort hat der Patient die Behandlung abgebrochen. Entsprechend ängstlich ist er bei der Befundaufnahme. Kopfschmerzen hat er keine. Nackenschmerzen nur zeitweise.

Therapeutischer Befund: Bei der Testung der Bandscheiben zeigt sich ein deutlich positiver Befund. Auch die Nervenwurzelkompressionstestung rechts bedarf keiner Impulsgabe, die Einstellung reicht bereits aus, um die Beschwerden zu reproduzieren. Aus diesem Grund wird auf die Testung der Rotationen verzichtet. Zur Sicherung des Befunds werden noch die Mm. scalenii ausgetestet. Es kommt zu einer minimalen Irritation. Die Stellung der ersten Rippen ist beidseits regelrecht. Die Nervenstestung des N. ulnaris ist rechts deutlich positiv.

Therapeutischer Verdacht: Es handelt sich um ein bereits länger bestehendes radikuläres Syndrom der Nervenwurzel C8 bedingt durch einen Bandscheibenvorfall.

Therapeutische Maßnahmen: Als vorbereitende Maßnahme könnte eine Heiße Rolle eingesetzt werden. Vorsichtige, sanfte Detonisierung der Schulter-Nacken Muskulatur, allerdings nur um eine Tonusregulation zu erreichen. Eine notwendige Schutzspannung wird dem Patienten belassen. Der Großteil der Behandlung besteht aus intermittierenden Traktionen, bei der immer wieder auf die richtige Einstellung und Traktionskraft geachtet wird. Rotationstechniken oder gar Manipulationen sollten vermieden werden. Abschließend sollte eine Nervenmobilisation zur Verbesserung der Gleitfähigkeit des N. ulnaris durchgeführt werden. Nach einer erfolgten Schmerzlinderung sollte eine gezielte aktive Stabilisation der Region und eine entlastende Körperhaltung, zum Beispiel beim Sitzen, erarbeitet werden.

Systematische Diagnostik und Therapie der Halswirbelsäule und des OAA - Bereiches

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 viszeralem 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 Halswirbelsäule und des Occiput-Atlas-Axis Bereiches. 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 HWS-Bereich, z. B. Facettengelenkläsionen, Schwindel, Kopfschmerz, radikulären Ausstrahlungen, Bandscheibenirritationen, Atlasfehlstellungen, cranialen Abflussstörungen, Schleudertraumen, Faszienstörungen, Einflüsse von distaler gelegenen Organen auf die HWS u.v.m. sowie die notwendigen Grundlagen zum besseren Verständnis der Tests
- Erheben eines Muskelstatus im Bereich der HWS
- Grundlagen der therapeutischen Strategie bei Störungen an der Halswirbelsäule mit detaillierter Beschreibung der auf die Pathologie abgestimmten, notwendigen Behandlungstechniken, zum Beispiel verschiedene Mobilisationstechniken für die Facettengelenke, spezifische Muskeltechniken, Traktionstechniken für die HWS, sanfte Korrekturmaßnahmen bei Rotationsfehlstellungen von Wirbeln und des Atlas, Atlas-therapie und neuronale Mobilisationstechniken, Faszienmobilisation 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.