

## 5 Techniken

Die hier aufgelisteten Techniken sind ein Ausschnitt aus der Vielfalt der viszeralen Behandlungsmöglichkeiten. Es ist jedoch keine willkürliche Auswahl; vielmehr stellen sie eine Sammlung von Techniken aus meiner täglichen Praxis dar. Es sind bewährte Techniken, von deren Effektivität ich mich oft überzeugen konnte.

### 5.1 Bauchfell (Peritoneum)

#### 5.1.1 Osteopathische Befunde

Bei der Palpation des Abdomens ist die gesamte Masse der inneren Organe als komplett oder abschnittsweise als ein Klumpen ertastbar. Dies weist auf Verwachsungen hin.

Es ist auch möglich, dass der gesamte Bauch als hyperästhetisch von den Patienten empfunden wird – sie möchten am liebsten nicht am Bauch angefasst werden. Auch das kann ein Hinweis auf abdominelle Verwachsungen sein.

Ein Zugtest an der kaudalen Peritoneumsgrenze (S.232) hat frühen Gezug.

Sichtbare Narbenzüge können sich bis tief ins Abdomen palpieren lassen.

## 5.1.2 Test und Behandlung der Mobilität



Abb. 5.1 Test und Behandlung der Mobilität.

### 5.1.2.1 Ausgangsstellung

- Patient in Rückenlage, Beine angewinkelt.
- Therapeut steht neben dem Patienten.

### 5.1.2.2 Vorgehen

- Der Therapeut legt beide Hände auf das Abdomen auf und drückt sie nach posterior, bis er in der richtigen Palpationsebene für das Peritoneum angekommen ist.

#### **PRAXISTIPP**

Fühlt man die Organe, ist man zu tief. Man geht wieder etwas mit der Palpation aus dem Bauch heraus, bis man z. B. die Darmschlingen gerade nicht mehr fühlt – das ist die richtige Ebene.

#### **Test**

- Eine Hand wird nun zum Punktum fixum, die andere ist Punktum mobile.
- Die mobile Hand dehnt das Peritoneum um die Fixhand herum.

- Beurteilt werden lokale Spannungsunterschiede und Schmerzsensationen auf Zug im Seitenvergleich. Man wandert in dieser Art über den gesamten Bauch und befundet das gesamte ventrale Peritoneum. Dabei kann die Fixhand auch wechseln.

### 5.1.2.3 Behandlung

- Die Orte erhöhter Spannung oder die schmerzhaften Bereiche werden direkt (mit Dehnung der Gewebe) oder indirekt (mit Annäherung der Gewebe) behandelt.
- Die Fixhand kann dabei wechseln, es können auch beide Hände zur mobilen Hand werden.

## 5.1.3 Mobilisation des kaudalen Peritoneums



Abb. 5.2 Mobilisation des kaudalen Peritoneums.

### 5.1.3.1 Ausgangsstellung

- Patient in Rückenlage, Beine angewinkelt.
- Therapeut steht neben dem Patienten.

### 5.1.3.2 Vorgehen

- Die kraniale Hand des Therapeuten liegt auf dem unteren Drittel des Sternums.
- Der Arm übt Druck nach kaudal-posterior aus.

- Die kaudale Hand wird suprapubisch aufgelegt und ein Druck in Richtung kranial-posterior aufgebaut.

### 5.1.3.3 Behandlung

- Die beschriebenen Handbewegungen werden mit der Atmung kombiniert:
  - In der Ausatmung wird der Druck verstärkt, in der Einatmung wird der erreichte Druck gehalten. Dies wiederholt man 3- bis 4-mal, bis man zu Beginn einer Einatmungsphase plötzlich den Druck löst.

### 5.1.3.4 Variante

- Die kaudale Hand kann auch an den Innenrand der Beckenschaufel angelegt werden.
- Der mobilisierende Schub geht dann nach kranial-medial.

## 5.1.4 Mobilisation an der kaudalen Peritoneumsgrenze



Abb. 5.3 Mobilisation an der kaudalen Peritoneumsgrenze.

### 5.1.4.1 Ausgangsstellung

- Patient in Rückenlage, Beine angewinkelt.
- Therapeut steht neben dem Patienten.

### 5.1.4.2 Vorgehen

#### Test

- Der Therapeut palpirt mit beiden Händen den Übergang vom Dünndarmpaket auf die Organe des kleinen Beckens. Die Hände sinken etwas in die Tiefe des Abdomens nach posterior.
- Beide Hände ziehen nach kranial, bis man einen Gegenzug der Gewebe von kaudal spürt. Tritt dies sehr früh ein, so ist dies ein Zeichen, dass Dünndarmschlingen, Peritoneum und Organe des kleinen Beckens miteinander verklebt sind.

### 5.1.4.3 Behandlung

- Der Patient soll die Beine nun nacheinander strecken.
- Der Therapeut hält mit Zug nach kranial dagegen.
- Die Behandlung ist beendet, wenn man einen geweblichen Release wahrgenommen hat. Danach sollte man noch einmal nachtesten und die Behandlung so lange wiederholen, bis der kaudale Gegenzug kaum noch zu fühlen ist.

## 5.1.5 Fasziales abdominelles Release

Das Behandlungsprinzip für diese Technik ist im Kapitel „Lunge“ (S.215) ausführlich beschrieben. Es lässt sich hervorragend auf das Abdomen übertragen. Besonders die Organe, die man durch eine Palpation direkt nur schwer erreichen kann, können mit einem faszialem Release gut behandelt werden.

## 5.2 Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

### 5.2.1 Osteopathische Befunde

Die Palpation entlang der Projektion der Bauchspeicheldrüse auf die ventrale Bauchwand und in der richtigen Tiefe, d. h. in der Ebene des Pankreas, ist durchgehend gleich unangenehm bzw. schmerzhaft.

Der Dichtetest oberhalb des Bauchnabels ist positiv mit hoher Dichte weit posterior beidseits der Medianlinie.

## 5.2.2 Fasziale Dehnung des Pankreas in Längsachse



Abb. 5.4 Fasziale Dehnung des Pankreas in Längsachse.

### 5.2.2.1 Ausgangsstellung

- Patient in Rückenlage, Beine angewinkelt.
- Therapeut steht auf der rechten Seite des Patienten auf Beckenhöhe.

### 5.2.2.2 Vorgehen

- Der Therapeut platziert die linke Hand mit den Fingern auf die Projektion des Caput pancreatis auf das Abdomen.
- Die rechte Hand legt er auf die Projektion der Cauda pancreatis auf das Abdomen.
- Mit beiden Händen wird sanft Druck nach posterior gegeben, die oberflächlichen Gewebe werden auf der Bauchspeicheldrüse komprimiert.
- Hat man die fasziale Ebene des Pankreas erreicht, dehnt man mit beiden Händen gleichzeitig entlang der Längsachse der Bauchspeicheldrüse und hält diesen Zug, bis man eine fasziale Entspannung wahrnimmt.

### 5.2.3 Behandlung der Viskoelastizität des Pankreas



Abb. 5.5 Behandlung der Viskoelastizität des Pankreas.

#### 5.2.3.1 Ausgangsstellung

- Patient in Rückenlage, Beine angewinkelt.
- Therapeut steht auf der rechten Seite des Patienten auf Beckenhöhe.

#### 5.2.3.2 Vorgehen

- Der Therapeut platziert die linke Hand mit Thenar und Hypothenar auf die Projektion des Caput pancreatis auf das Abdomen. Es wird so weit in das Abdomen nach posterior gedrückt, bis die Ebene des Pankreas erreicht ist.
- Die rechte Hand legt er auf die Projektion der Milz (Rippe 9–11 hinter der posterioren Axillarlinie) auf das Abdomen.
- Beide Hände üben aufeinander zu Druck aus. Es wird dabei beurteilt, wie leicht oder schwer sich das Gewebe zwischen den Händen komprimieren lässt. Die Achse, in der man den Druck aufbaut, verschiebt man in einem Winkel von 30–10 Grad zur Horizontalen, um verschiedene Anteile des Pankreas zu testen.
- Für die Behandlung der Viskoelastizität identifiziert man die Regionen im Organ, die sich zäh komprimieren lassen. Dort appliziert man nach faszialen Prinzipien nun die Behandlung, indem man diese Organanteile zusammenschiebt und plötzlich wieder loslässt (Rebounds). Es ist auch möglich, die Kompression zu halten, bis es zu einem Release (Gewebeentspannung) kommt. Die Behandlung ist beendet, wenn die eher faszial hypertonen Organbereiche weich zu komprimieren sind wie das übrige Organ.

## 5.3 Dickdarm (Kolon)

### 5.3.1 Osteopathische Befunde

Der Dichtetest unterhalb des Bauchnabels ist positiv. Die genauere Befundung ergibt je nach Lokalisation der Dysfunktion vermehrte Dichte im Bereich der rechten oder linken Fossa iliaca für die am häufigsten betroffenen Darmabschnitte Zäkum und Sigmoid.

### 5.3.2 Mobilisation des Zäkums/Sigmoids

#### 5.3.2.1 Ausgangsstellung

- Patient in Rückenlage, Beine angewinkelt.
- Therapeut steht rechts vom Patienten.

#### 5.3.2.2 Vorgehen: Verschieblichkeit nach medial



Abb. 5.6 Mobilisation des Zäkums/Sigmoids, Verschieblichkeit nach medial.



Abb. 5.7 Mobilisation des Zäkums/Sigmoids, Verschieblichkeit nach medial.

### Test

- Beide Hände des Therapeuten gleiten medial des rechten Ilium auf dem M. iliacus nach posterior.
- Das Zäkum wird nach medial und schräg zur linken Schulter hin verschoben, um die lateralen Befestigungen zu testen.
- Dabei achtet man auf Schmerzen und atypische Spannungen.

### Behandlung

- siehe unter „Test“
- Dabei können zur Verbesserung der Mobilität kontinuierlicher Zug, Vibrationen oder Rebounds eingesetzt werden.

### 5.3.2.3 Vorgehen: Verschieblichkeit nach lateral



Abb. 5.8 Mobilisation des Zäkums/Sigmoids, Verschieblichkeit nach lateral.



Abb. 5.9 Mobilisation des Zäkums/Sigmoids, Verschieblichkeit nach lateral.