

10 Techniken in Bauchlage

10.1

Sakrum

10.1.1 Untersuchung

Der Patient befindet sich in Bauchlage mit dem Kopf in Mittelposition. Die Stirn liegt auf einem dünnen Polster, damit die Nase nicht gedrückt wird, oder man benützt eine Bank mit Nasenschlitz. Hierdurch entsteht keine ungewollte Wirbelsäulen- und Beckenrotation. Die Unterschenkel sind durch eine kleine Rolle unterstützt.

Der Therapeut legt seine kraniale Hand mit den Fingern nach kaudal zeigend auf das Sakrum. Die kaudale Hand liegt darauf (► Abb. 10.1).

Mit der kranialen Hand wird eine Zirkumduktion eingesetzt. Mittels Thenar wird der Druck auf die rechte Basis erhöht. Es wird geprüft, ob diese Basis sich anteriorisieren lässt.

Die Bewegung läuft weiter über den Apex auf der gleichen Seite. Hier wird getestet, ob der Apex sich anteriorisieren lässt.

So werden auch der andere Apex und die andere Basis getestet. Nach einigen Zirkumduktionen kann die Bewegungsrichtung umgedreht werden.

10.1.2 Behandlung

Mit der gleichen Zirkumduktion kann auch behandelt werden. Der Punkt, der sich im Test als festester zeigt, wird bei jeder Zirkumduktion extra betont. Ziel ist es, dass alle vier Ecken des Sakrums sich gleichermaßen leicht anteriorisieren lassen. Die Behandlung kann abhängig von der Intention der Kraft in allen Gewebeebenen durchgeführt werden.

10.2

Ilium

10.2.1 Ilium anteriorisieren

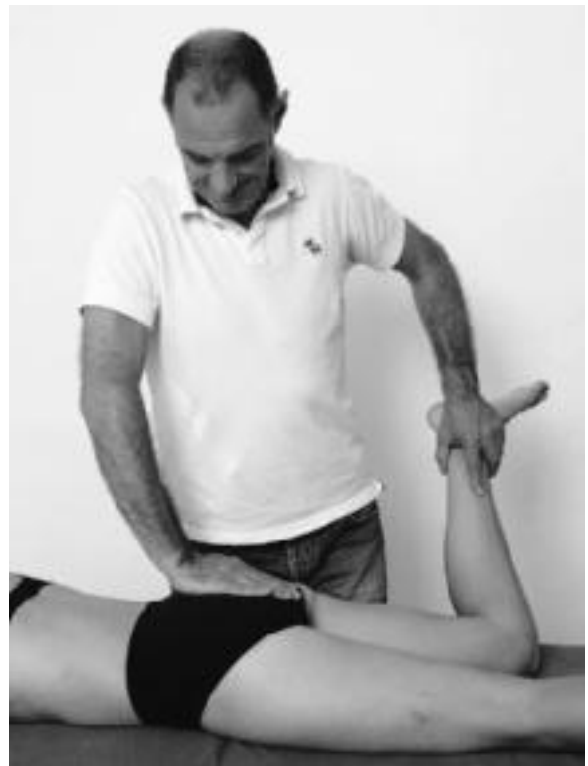
Untersuchung

Das rechte Knie des Patienten wird auf 90° gebeugt. Der Osteopath fasst locker den Knöchel des ihm zugewandten Beines und beschreibt eine Zirkumduktion mit Innenrotation der Hüfte (► Abb. 10.2). Der Druck wird so gewählt, dass die Hüfte keine Abduktion ausführt. Der Therapeut sucht eine Zone auf, in der eine minimale Beinbewegung über das Ilium eine maximale Bewegung im ISG verursacht. Das Ilium wird leicht anteriorisiert.

Das Sakrum wird nun mit der kranialen Hand sanft von oben palpiert. Dazu verlagert der Osteopath sein Gewicht. Sein Schwerkraftmittelpunkt befindet sich über dem Sakrum. Das Ilium wird während der Zirkumdukti-



► Abb. 10.1 Untersuchung und Behandlung der allgemeinen Sakrummobilität.



► Abb. 10.2 Untersuchung und Behandlung eines Ilium posterior mittels innerer Zirkumduktion (Bewegung des Iliums nach anterior).

on auf seine Beweglichkeit im Vergleich zum Sakrum untersucht. Der Osteopath wird seine Hand mehrmals etwas versetzen müssen, um die ganze Länge der ilio-sakralen Fuge zu untersuchen.

Behandlung

Die Behandlung erfolgt über die gleiche Zirkumduktion. Der Behandler kann so weit gehen, dass er das Gefühl hat, das Sakrum schwebt zwischen den Ossa ilia.

Durch eine Veränderung des Beinwinkels ist es möglich, eine günstigere Ausgangsposition zu finden. Hierzu wird in der Hüfte etwas mehr Adduktion oder mehr Innenrotation hervorgerufen.

Der Therapeut kann das Anteriorisieren des Iliums betonen, indem er mit seiner rechten Hand das Ilium über die SIPS nach kaudal rotiert.

10.2.2 Ilium nach anterior mobilisieren

Der Osteopath nimmt jetzt das gleiche, gebeugte Bein des Patienten beim Knie hoch und rotiert so das Ilium nach anterior. Er beschreibt mit dem angehobenen Bein eine Zirkumduktion auf sich zu. Der Osteopath soll mit dem ganzen Hebel in Kontakt sein. Die Beinbewegung wird an dieser Seite über die Hüftbänder und die iliofemorale Ligamente auf das Ilium übertragen.

Das Sakrum wird wie bei der vorigen Technik fixiert. Das mobilisierende Moment findet statt, wenn das Bein extendiert und abduziert wird. Auf dem Zurückweg wird noch mehr Druck auf den Sakrumapex gegeben, um das neu gewonnene Trajekt zu verstärken und zu fixieren. Die mobilisierende Bewegung führt der Therapeut mit dem ganzen Körper aus, nicht nur mit den Schultern!

Ilium nach anterior mobilisieren (strukturelle Technik)

Von dieser vorigen Technik ist eine strukturelle Technik abgeleitet. Dazu greift der Osteopath unter dem homolateralen Bein des Patienten hindurch und stützt seinen linken Unterarm auf den heterolateralen Oberschenkel. Sein kranialer Unterarm stützt sich auf dem Sakrum ab und fixiert dieses. Beide Hände greifen ineinander. Beide Arme formen eine Einheit (► Abb. 10.3).

Er zirkumduziert das abgehobene Bein mit beiden Armen und rotiert dadurch das Ilium nach anterior. Er sucht die motorische Barriere und vollzieht dann mit seinem fußwärts gerichteten Arm eine kurze Beschleunigung. Das Sakrum wird in diesem Moment vom Ellbogen fixiert.

10.2.3 Ilium posteriorisieren

Untersuchung

Das Knie des Patienten wird auf 90° gebeugt. Der Osteopath fasst locker den Knöchel des ihm zugewandten Beines und beschreibt eine Zirkumduktion mit Außenrotation in der Hüfte. Der Druck wird so gewählt, dass die Hüfte keine Abduktion ausführt. Der Therapeut sucht die Zone auf, in der eine minimale Beinbewegung über das



► Abb. 10.3 Mobilisation eines Ilium posterior (eingeschränkte Mobilität nach anterior).

Ilium eine maximale Bewegung im ISG verursacht. Das Ilium wird leicht posteriorisiert.

Das Sakrum wird nun mit der kranialen Hand sanft von oben palpirt. Dazu verlagert der Osteopath sein Gewicht. Sein Schwerpunktmittelpunkt befindet sich über dem Sakrum. Das Ilium wird nun während der Zirkumduktion auf seine Beweglichkeit im Vergleich zum Sakrum untersucht. Der Osteopath wird seine Hand mehrmals etwas versetzen müssen, um die ganze Länge der iliosakralen Fuge zu untersuchen.

Behandlung

Die Behandlung erfolgt über die gleiche Zirkumduktion. Der Behandler kann so weit gehen, dass er das Gefühl hat, das Sakrum schwebt zwischen den Ossa ilia.

Durch eine Veränderung des Beinwinkels ist es möglich, eine günstigere Ausgangsposition zu finden. Hierzu wird in der Hüfte etwas mehr Adduktion oder mehr Innenrotation ausgeführt.

Um das Posteriorisieren zu betonen, kann der Therapeut einen Druck auf die SIPS nach kranioventral ausüben.

10.2.4 Ilium nach posterior mobilisieren

Der Patient liegt nah am Tischrand. Wieder wird die Basis des Sakrums fixiert. Um das Ilium nach posterior zu mobilisieren, muss der Osteopath das Becken rückwärts rotieren, d. h., das Bein des Patienten muss neben den Tisch gebeugt nach vorne gebracht werden (► Abb. 10.4). Das Knie des Therapeuten übermittelt die Kraft auf die Fußsohle des Patienten.

Um zu verhindern, dass das Bein eine zu starke Zirkumduktion ausführen muss, sollte die Sakrumbasis kräftig mit der linken Hand fixiert werden. Der Druck darf nicht verloren gehen. Die rechte Hand steuert die Zirkumduktionsbewegung.



► **Abb. 10.4** Mobilisation eines Ilium anterior (eingeschränkte Mobilität nach posterior).

10.3

Os coccygis

10.3.1 Seitneigung des Os coccygis

Untersuchung

Der Osteopath bringt seinen rechten Daumen gegen die laterale Seite des Os coccygis (► **Abb. 10.5**). Die andere Hand verstärkt den Griff. Die kaudale Spitze des Steißbeins kann sehr empfindlich sein. Er prüft, ob das Os coccygis sich nach links drücken lässt. Hierbei werden das Gelenk zwischen Sakrum und Os coccygis, die rechten lateralen Ligamente und die Muskeln des rechts am Os coccygis ansetzenden Teils des Beckenbodens getestet.

Behandlung

Bei ungenügender Beweglichkeit wird der Druck nach links verstärkt, um das Gelenk zu mobilisieren bzw. die Bänder und Muskeln zu dehnen. Hier ist es sehr wichtig, den Rhythmus des Patienten zu respektieren, weil diese Region sehr schmerzhaft sein kann.



► **Abb. 10.5** Untersuchung und Behandlung der Seitneigung des Os coccygis am Skelettmodell.

10.3.2 Os coccygis und Hüftinnenzirkumduktion

Untersuchung

Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass der Osteopath den Fuß des Patienten nimmt und eine Zirkumduktion mit Innenrotation der Hüfte ausführt. Der Daumen der kranialen Hand bleibt dabei an der lateralen Seite des Os coccygis (► **Abb. 10.6**). Der Therapeut prüft, ob bei der Innenrotation des Beines das Os coccygis nach rechts kommt. Getestet werden wiederum das Gelenk, jetzt in einer Seitneigung nach rechts, und die Nachgiebigkeit der Bänder und Muskeln auf der linken Seite.

Behandlung

Der Therapeut steigert die Innenrotation des Beines und bremst die Rechtsseitneigung des Os coccygis aus.

10.3.3 Os coccygis und Hüftabduktion

Untersuchung

Die kaudale Hand nimmt das gebeugte oder gestreckte, homolaterale Knie. Die kraniale Hand kontaktiert das Os coccygis mit dem Daumen am seitlichen Rand (► **Abb. 10.7**). Vermeiden Sie einen punktförmigen Kontakt. Der Test findet statt, indem der Osteopath eine Zirkumduktion mit betonter Abduktion mit dem Bein macht. Die kraniale Hand hält das Os coccygis sanft zurück.

Behandlung

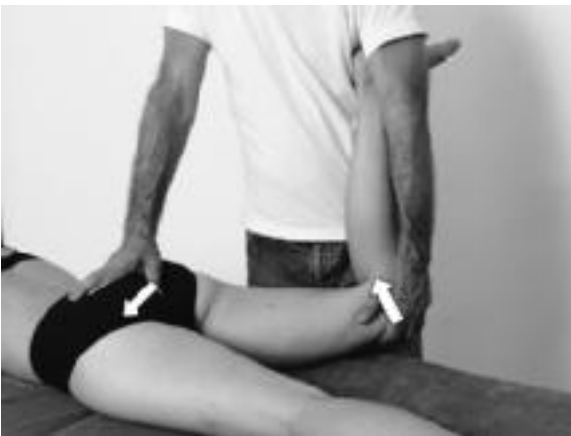
Der Therapeut steigert die Abduktion des Beines und bremst die Rechtsseitneigung des Os coccygis aus.



► **Abb. 10.6** Untersuchung und Behandlung des Os coccygis mittels langen Hebels der Hüftinnenzirkumduktion.



► **Abb. 10.8** Untersuchung und Behandlung der Seitneigung.



► **Abb. 10.7** Untersuchung und Behandlung des Os coccygis mittels langen Hebels der Hüftabduktion.

10.4

Lendenwirbelsäule

10.4.1 Lendenwirbelsäule-Rotation- Seitneigung

Untersuchung

Mittels flachem Daumen der kranialen Hand nimmt der Therapeut seitlich der Dornfortsätze der Lendenwirbelsäule Kontakt auf. Der Daumen hat Kontakt mit zwei Dornfortsätzen gleichzeitig. Der kaudale Arm liegt über dem Gesäß des Patienten und macht eine rhythmische Schiebewegung von sich weg, die eine Seitneigung der Lendenwirbelsäule zur Folge hat (► **Abb. 10.8**). Der linke Daumen folgt der Bewegung.

Beurteilt wird die zurückkommende Bewegung der Lendenwirbelsäule. Bei normaler Mobilität wird der Behandler feststellen, dass die Dornfortsätze sich harmonisch auf den Daumen zu bewegen. Der kaudale Wirbel bewegt sich zuerst. Der Therapeut spürt einen kleinen Zeitabstand zwischen den Dornfortsätzen. Bei einer Rotations- oder Seitneigeeinschränkung werden zwei Dorne gleichzeitig auf den Daumen des Therapeuten treffen.

Behandlung

Bei einer Einschränkung wird der obere Wirbel in die Lateralflexion mitgenommen, aber bei der Retourbewegung zurückgehalten und verlangsamt.

Natürlich ist es auch möglich, mittels dieser Technik eine Weichteilmobilisation durchzuführen.

Beim Nachtesten wird die vermehrte Bewegung festgestellt. Wenn sich die Bewegung nicht verbessert hat, kann der Osteopath beim späteren Arbeiten an der anderen Seite feststellen, ob es sich um eine osteopathische Dysfunktion oder um eine orthopädische Läsion handelt.

John Wernham arbeitete nicht mit dem Unterarm, sondern direkt mit dem rechten Handballen auf den SIPS.

i Exkurs

Os coccygis

Die Beweglichkeit des Os coccygis hängt entscheidend von zwei Faktoren ab:

- **sakrokokzygeale Verbindung:** In der Literatur werden vier mögliche Verbindungsstrukturen beschrieben [46]
 - eine Bandscheibe mit synovialen Elementen, wie auch in der restliche Wirbelsäule vorhanden
 - ein echtes Synovialgelenk (Articulatio sacrococcygea)
 - eine knorpelige Verbindung (Synchondrosis)
 - eine Verknöcherung (Ossifikation)
- **Bandverbindungen:** Hier sind die vorderen, die hinteren und die lateralen sakrokokzygealen Bänder, die mit sakrotuberalen und sakrospinalen Bändern in Verbindung stehen, von Bedeutung. Dazu kommt noch das anokokzygeale Band mit einer longitudinalen Richtung.

Die Beweglichkeit in der sagittalen Ebene beträgt 20–30°. Nach lateral beträgt die Beweglichkeit etwa 5–10°. Die Beweglichkeitseinschränkungen des Steißbeins haben einen Einfluss auf die Beweglichkeit des Kreuzbeins und die harte Rückenmarkshaut (Dura mater). Letztere ist mit dem Sakrum (S2), dem zweiten Halswirbel und dem Schädel verbunden. Die kraniosakrale Beweglichkeit kann sowohl durch Sakrum als auch durch Blockaden des Os coccygis beeinträchtigt werden. Auch der kraniosakrale Rhythmus (CRI im PRM) kann durch diese Blockaden beeinflusst werden. Symptome in entfernten Regionen (Kopfschmerz, Benommenheit, depressive Zustände, emotionale Veränderungen) können entstehen.

Aufgrund der faszialen Verbindungen zur Beckenbodenmuskulatur kann bei Steißbeinblockierungen eine Insuffizienz (Hypo- oder Hypertonie) des Beckenbodens entstehen. Inkontinenz, Beschwerden beim Sexualverkehr oder bei der Defäkation können die Folge sein. Verspannungen in den myofaszialen Verbindungen zur Hüftmuskulatur können Hüftbeschwerden verursachen.



► **Abb. 10.9** Untersuchung und Behandlung der thorakolumbalen Region.

10.4.2 Lendenwirbelsäule und Beinhebel

Eine andere Möglichkeit, um die Seitneigung einzuleiten, ist mittels Beinhebel und Abduktion, wie wir es schon bei der Dehnung der Ligamente des Os coccygis (S. 101) gesehen haben.

10.4.3 Lumbale Dehnung

Die Technik beinhaltet eine Gewebeentspannung mit Einfluss auf die Atmung, die Zirkulation und das Gleichgewicht im Beckenbereich, auf Faszien sowie auf den viszeralen Bereich. Viele Organe haben einen direkten oder indirekten Ansatz an der Wirbelsäule.

Untersuchung

Eine Hand wird mit den Fingerspitzen nach kaudal an der Basis des Sakrums aufgesetzt. Nicht an der Haut ziehen, also etwas Hautkredit geben. Die andere Hand wird unterhalb eines Dornfortsatzes platziert, z.B. auf Th 12. Auch hier soll wieder Hautkredit gegeben werden. Die Fingerspitzen zeigen nach kranial. Die Arme des Therapeuten sind dabei gekreuzt (► **Abb. 10.9**). Der Therapeut bringt das Körpergewicht oberhalb der Wirbelsäule. Die Ellbogen gehen auseinander, wodurch die Kraft sich über die Ellbogen nach kranial und kaudal verteilt. Dadurch findet eine Dekoaptation, also eine Distraction, der lumbalen Wirbel statt. Die lumbalen Faszien kommen auf Spannung.

Nach einer kurzen Dehnung entspannt der Therapeut, holt sich kranial einen Kontakt mit dem Wirbel darunter (Th11) und wiederholt die Bewegung. Die Atmung des Patienten bestimmt den Rhythmus. Getestet wird die Nachgiebigkeit des Gewebes in den verschiedenen Schichten.



► **Abb. 10.10** Am Ende der lumbalen Dehnung kann der Patient in Sphinxhaltung kommen, ein Recoil kann gesetzt werden.

Es wird auch die Spannung zwischen zwölfter Rippe und Crista iliaca getestet. Danach zwischen der linken Rippe und rechten Crista und umgekehrt.

Behandlung

Bei eingeschränkter Gewebemobilität wird mittels des gleichen Griffs das Gewebe direkt gedehnt. Hierzu zieht der Therapeut die betroffene Gewebeschicht langsam auseinander. Die Nachgiebigkeit des Gewebes wird respektiert. Der Therapeut zieht nicht fester, als das Gewebe nachgibt.

Es ist möglich, am Schluss der Spannung einen Recoil zu setzen. Hierzu wird der Patient aufgefordert, sich auf seine Ellbogen aufzustützen (► **Abb. 10.10**). Der Therapeut bittet den Patienten, tief in sein Brustbein einzuatmen. Hierdurch kommt es zu einer Extension des thorakolumbalen Übergangs. Die Crura des Diaphragmas müssen hierbei exzentrisch nachgeben. Der Therapeut setzt dieser Ausdehnung einen Widerstand entgegen. Wenn die Kraft des Patienten ihr Maximum erreicht hat, lässt der Therapeut den Druck beider Hände plötzlich los. Es kommt zu einem Release des Zwerchfells. Der Sog hat einen starken Einfluss auf die viszerale Durchblutung, auf die Verteilung der Flüssigkeiten zwischen Thorax und Abdomen und auf die Atmung.

An dieser Stelle muss ich jedoch erwähnen, dass im Originalkonzept des *Body Adjustment* kein Recoil oder Thrust gesetzt wird. Eine derartige plötzliche Bewegung würde den Behandlungsrhythmus stören. Eine Möglichkeit – um einen Recoil oder Thrust am Ende einer durchgezogenen Routine zu setzen – wäre z. B. der Zeitpunkt, bevor der Patient in die Seitenlage wechselt oder am Ende der kompletten Routine.

Exkurs

Crus und Diaphragma

Das Zwerchfell (Diaphragma thoracale) besteht aus einem muskulären (Pars costalis, Pars sternalis und Pars lumbalis) und einem sehnigen Anteil (Centrum tendineum).

Die Pars lumbalis bildet die Säule oder das Crus des Zwerchfells.

Mit ihr haftet die Zwerchfellkuppel an der Wirbelsäule von Th 12–L 3. Rechts reicht das Crus dexter sogar bis zum vierten Lendenwirbel. Zusammen mit dem *M. psoas major* geben die Crura eine Stabilität an die Wirbelsäule während einer Einatmung. In Lordose werden die Crura gedehnt.

10.5

Schultergürtel

10.5.1 Untersuchung

Der Patient liegt mit dem Kopf zum Behandler hin gedreht seitlich am Rand der Bank, sodass die Schulter und der Arm frei über die Liege hängen. Den linken Arm legt der Patient neben seinem Körper ab. Der Behandler nimmt den Arm unter den Oberarm. Dazu greift er mit seinem Unterarm unter dem Oberarm des Patienten hindurch. Die Finger kommen an die ventrale Seite der Schulter (► **Abb. 10.11**). Der Arm wird zirkumduziert in einem Rückwärtskraul. Das ist eine äußere Zirkumduktion. Getestet wird, ob die Bewegung im Glenohumeralgelenk harmonisch weiterläuft und ob die Skapula eine gleichmäßige Bewegung mitmacht.

10.5.2 Behandlung

In der gleichen Ausgangshaltung kann das Glenohumeralgelenk behandelt werden. Hierzu wird die Bewegung am Akromion ausgebremst. Siehe hierzu auch die Technik des Glenohumeralgelenks in Rücken- und Seitenlage in Kap. 9.6.4 (S. 89) und Kap. 11.5.2 (S. 114).

Wenn die Skapulabewegung behandelt werden sollte, können beide Hände dorsal auf die Skapula gelegt und die Zirkumduktion der Skapula kann über den Thorax betont werden (genau wie bei der Skapulamobilisation in Seitenlage).



► **Abb. 10.11** Allgemeine Untersuchung und Behandlung des Schultergürtels.



► **Abb. 10.12** Untersuchung und Behandlung der Rotationsmöglichkeit der Brustwirbelsäule nach rechts. Wenn die Bewegung eingeschränkt ist, entspricht das einer Rechtseinschränkung oder Linksdysfunktion.

10.6

Brustwirbelsäule

10.6.1 Untersuchung

Der Patient liegt mit dem Kopf zum Behandler hin gedreht seitlich am Bankrand, sodass die Schulter und der Arm frei über die Liege hängen. Den linken Arm legt der Patient neben seinem Körper ab. Der Behandler nimmt den Arm unter den Oberarm. Dazu greift er mit seinem Unterarm unter dem Oberarm des Patienten hindurch. Die Finger kommen an die ventrale Seite der Schulter (► **Abb. 10.12**). Der Arm wird in einem Rückwärtskraul zirkumduziert. Das ist eine äußere Zirkumduktion. Die Rotation setzt sich über die Rippen in eine Brustwirbelsäulenrotation fort. Je kaudaler das zu untersuchende Niveau, umso mehr wird der Arm in Abduktion-Extension gebracht. Deswegen darf bei den ersten thorakalen Wirbeln nicht zu weit in Extension begonnen werden. Die Hand am Rücken hat einen flächigen, sanften Kontakt mit dem Patienten. Zwei Finger palpieren die Processus spinosi der Brustwirbelsäule von der gegenüberliegenden Seite. Die Diagnostik besteht darin, herauszufinden, wie die Processus bei der Rotation der Wirbelsäule weg-drehen. Der Therapeut spürt eine harmonische Bewegung, bei der von oben nach unten die Wirbel mit einem kleinen Zeitunterschied rotieren. Bei einer Blockierung eines Wirbels spürt man eine synchrone Bewegung mit dem darunterliegenden Wirbel.

Nacheinander werden im Rhythmus des Patienten die Wirbel zügig, aber sanft untersucht.

10.6.2 Behandlung

Zur Mobilisation wird der Processus spinosus unterhalb des blockierten Wirbels in seiner Bewegung ausgebremst. Über die Zirkumduktion des Armes wird der blockierte Wirbel in seiner Rotationsfähigkeit gesteigert.

10.7

Rippen

10.7.1 Untersuchung

Ausgangsposition und Griffhaltung sind gleich wie bei der vorigen Technik. Die schwierigste Region befindet sich dort, wo das Schulterblatt die Rippen bedeckt. Hier bleibt zwischen dem medialen Rand des Schulterblattes und den Dornfortsätzen nur noch wenig Platz. Deswegen wird mit dem Arm so tief wie möglich angefangen. Die Fingerspitzen werden im Interkostalraum zwischen zwei Rippen gelegt und palpieren, ob während der Zirkumduktion die obere der beiden Rippen früher nach dorsal kommt als die untere. Bei den Niveaus kaudal des Schulterblattes kann man mit der ganzen Handkante und dem Daumen palpieren (► **Abb. 10.13**).

10.7.2 Behandlung

Wenn eine Rippe gut mit nach dorsal kommt, aber schlecht zurückgeht (Einatmungsdysfunktion), wird die Retourbewegung mit der Handkante auf der betroffenen Rippe nach ventrokranial betont. Der Rhythmus des Patienten wird von der Atmung vorgegeben. Bei der Einatmung kommt die Rippe hoch (dorsokaudal), der Arm rotiert weiter. Bei der Ausatmung geht die Rippe runter (ventrokranial) und wird mobilisiert.

Wenn eine Rippe nicht mit nach dorsokaudal kommt, sondern kranial bleibt (Ausatmungsdysfunktion), wird die darunter liegende Rippe bei der Einatmung ausgebremst und die obere über die Armrotation mit hochgezogen.

Während eines Atemzyklus kann der Arm mehrere Zirkumduktionen ausführen.



► **Abb. 10.13** Untersuchung und Behandlung der Rippen.
 a Obere Rippen (Pumpenschwengelbewegung).
 b Untere Rippen (Eimerhenkelbewegung).



► **Abb. 10.14** Untersuchung der Rotations- und Seitneigungsmöglichkeit der Halswirbel.
 a Obere Halswirbel (C2–C6).
 b Untere Halswirbel und zervikothorakaler Übergang (C7–Th2).

10.8

Halswirbelsäule

10.8.1 Untersuchung

Der Osteopath sitzt am Kopfende des Patienten. Dieser liegt in Bauchlage mit den Handrücken oder Handflächen unter der Stirn. Der Kopf funktioniert als Hebel. Der Osteopath legt seine linke Hand flach auf das Okziput. Mit dem Daumen der kaudalen Hand nimmt er einen flachen Kontakt mit den oberen zwei Dornfortsätzen der Halswirbelsäule auf. Die Handfläche liegt lateral des Halses (► **Abb. 10.14**). Im Rhythmus des Patienten wird der Kopf mit der kranialen Hand leicht nach rechts rotiert. Der Daumen spürt, ob die zwei Wirbel zeitversetzt rotieren.

Danach wird das nächst tiefere Niveau getestet.

Bei den tieferen Niveaus (C7–Th2) wird der Kopf etwas mehr extendiert. Der Patient stellt sein Kinn auf die Bank

auf und die Finger der kaudalen Hand zeigen nach kaudal. Auch die kraniale Hand findet einen Kontakt, der etwas kaudaler am Okziput liegt. Die Technik reicht bis Th2. Um zu verhindern, dass die Halswirbelsäule eine zu große Rotation durchmachen muss, gibt der Daumen eine Vorspannung an die Processus spinosi.

10.8.2 Behandlung

Bei einer Blockade wird der untere Wirbel mit dem Daumen ausgebremst. Der Kopf wird bis an die motorische Barriere vorrotiert. Hier wird der Rhythmus wieder aufgenommen und der obere Wirbel wird rhythmisch mobilisiert.

Danach können die Hände gewechselt und kann die entgegengesetzte Rotation getestet werden.