

Zum Schluss wird wieder untersucht, ob die Technik Erfolg hatte.

Sollte man über den beschriebenen Griff zu wenig Information bekommen, kann man etwas mehr Kompression vom Knie her in Richtung Azetabulum setzen. Der Femurkopf gleitet dadurch ein bisschen nach medial, wodurch die Bewegung sich mehr im ISG fokussiert.

### Alternative Griffe

Bei Patienten mit Knieproblemen kann der Therapeut den Unterschenkel des Patienten über seine Schulter legen (**Abb. 9.3**).

Bei Problemen im Hüftgelenk kann der Therapeut folgenden Handgriff alternativ anwenden (**Abb. 9.4**): Seine führende Hand bleibt wie beschrieben am ISG. Die rechte Hand umgreift von medial-ventral nach lateral-dorsal fassend das Ilium. Das Ilium wird zwischen beiden Händen und dem Becken sowie dem Bauch des Behandlers eingeklemmt. Die Zirkumduktion wird noch



**Abb. 9.3** Alternativer Griff für die Untersuchung auf ein Ilium anterior bei einer Patientin mit Knieproblemen.



**Abb. 9.4** Alternativer Griff für die Untersuchung auf ein Ilium anterior bei einer Patientin mit Hüftproblemen.

mehr als bei der vorher beschriebenen Technik aus dem Rumpf des Therapeuten ausgeführt.

## 9.2 Ilium posterior (Anterioreinschränkung des Iliums)

Im originalen GOT-Konzept wird das Ilium anterior aufgrund der Inspektionsparameter (SIPS kranialer, SIAS kaudaler als auf der anderen Seite) vermutet.

Dementsprechend wäre das Ilium posterior auf der anderen Seite. Weil diese Methode jedoch Unsicherheiten mit sich bringt, präferiere ich es, auf der gleichen Seite auch auf eine Anteriorisierungseinschränkung zu untersuchen.

### Untersuchung

Ausgehend von der Ilium-anterior-Technik führt der Therapeut eine Adduktion des Beines durch. Dadurch kann ein besserer Kontakt mit der Spina iliaca posterior superior (SIPS) am Sulcus gefunden werden. Er bringt im gleichen Moment sein rechtes Bein nach vorne und sein linkes Bein nach hinten. Beide Hände bilden über eine Kompression zueinander einen langen Hebel vom ISG bis zu den Knien des Patienten.

Die Zirkumduktion wird jetzt umgedreht und die linke Hand zieht den ganzen Hebel und damit das Ilium in einer Anteriorisierung (**Abb. 9.5**).

Die Anteriorisierungsbewegung wird in ihrer Qualität (Festigkeit, Endgefühl) und ihrer Quantität (Ausmaß) beurteilt. Werden diese als verändert oder ungenügend bewertet, erfolgt die Behandlung.



**Abb. 9.5** Untersuchung auf ein Ilium posterior.

### Behandlung

Der Untersuchungsgriff wird in Amplitude oder Rhythmus dahingehend verändert, dass eine Mobilisierung oder Faszilitierung stattfindet (s.S.65). Nachdem der Therapeut das Gefühl bekommt, dass die Qualität und die Quantität sich verbessert haben, wird wieder getestet und die Bewegung mit dem Ausgangszustand verglichen.

### Alternativer Griff

Für die Behandlung ist es möglich, die Hand, die beim normalen Griff am Bein liegt, nach unten zu nehmen. Sie legt sich auf das Handgelenk der anderen Hand und kann die Zugbewegung unterstützen (**Abb. 9.6**).



**Abb. 9.6** Alternativer Griff für die Behandlung eines Ilium posterior.

## 9.3 Rotation der Lendenwirbelsäule

### Untersuchung

Der Oberschenkel des Patienten ist wieder gebeugt. Der Therapeuten lehnt seine Brust gegen den Oberschenkel des Patienten und führt die Hüfte in eine Adduktion. Dadurch entsteht eine vom Therapeuten abgewandte Rumpfrotation und der Therapeut kann seine linke, kraniale Hand an die heterolaterale Seite der Dornfortsätze der unteren drei oder vier Lendenwirbel legen.

Dann bringt er das Bein zurück in Abduktion-Außenrotation und stellt so viel Flexion ein, dass er einen leichten Druck der Wirbelsäule auf seine Finger spürt (**Abb. 9.7**).



**Abb. 9.7** Untersuchung und Behandlung der Lendenwirbelsäule.

### Exkurs Ilium posterior und anterior

In der Osteopathie wird, anders als in einigen manualtherapeutischen Konzepten, eine Unterscheidung zwischen Iliumdysfunktionen und Sakrumdysfunktionen vorgenommen.

Die Iliumdysfunktion ist eine Bewegungseinschränkung des Os innominatus gegenüber dem fixierten Os sacrum. Meist ist es eine Bewegung der unteren Extremität, die diese Blockade verursacht.

Die Sakrumdysfunktion ist eine Bewegungseinschränkung des Sakrums gegenüber einem fixierten Ilium. Hier ist es meistens die Wirbelsäule, die diese Blockade verursacht. Die Iliumbewegungen beziehen außer dem ISG auch das Hüftgelenk mit ein.

Er beschreibt jetzt mit dem Bein eine äußere Zirkumduktion. Die Beckenbewegung (Rechtsrotation) wird auf die Wirbelsäule übertragen. Dadurch drehen die Processi spinosi nach links. Bei einer uneingeschränkten Rotationsmöglichkeit der Wirbelsäule fühlt der Therapeut ein harmonisches Drücken der Processi spinosi gegen seine Finger. Erst bewegt sich der unterste Lendenwirbel, dann der nächste usw. So kann die Wirbelsäule, abhängig von der Beweglichkeit bis hin zu Th 10 untersucht werden. Je höher der Therapeut untersucht, umso mehr muss er die Hüfte in Flexion einstellen, damit die Bewegung im gewünschten Gebiet ankommt.

Eine Bewegungseinschränkung zwischen zwei Wirbeln stellt der Therapeut fest, indem er fühlt, dass zwei Dorne gleichzeitig gegen seine Finger drücken. Es ist in diesem Fall (Therapeut sitzt rechts vom Patienten) eine Dysfunktion in der Rechtsrotation. Das heißt, der obere Wirbel kann nicht nach links drehen. Es kann sich