

Tinnitus – eine osteopathische Betrachtung

Facharbeit zur Zertifizierung des Verbandes Freier Osteopathen e.V.(VfO)

Patricia Harsch

Inhalt

1. Grundlagen	2
1.1. Definition	2
1.2. Pathomechanismus/ Ätiologie	2
1.3. Symptome	3
1.4. Epidemiologie	3
2. Anatomische Strukturen	4
3. Diagnose	5
3.1. Stadieneinteilung nach Biesinger	5
3.2. Differentialdiagnose	5
3.3. Therapie.....	6
3.4. Schulmedizinische Therapie	6
3.5. Naturheilkundliche Therapie und Vorbeugung	6
4. Osteopathische Betrachtung und Analyse	7
4.1. Parietale Osteopathie.....	7
4.2. Viszerale Osteopathie.....	9
4.3. Kraniosakrale Osteopathie	9
5. Fallbeispiel.....	10
5.1. Allgemeiner Gesundheitszustand.....	10
5.2. Anamnese.....	10
5.3. Behandlung.....	11
6. Quellen	13
6.1. Literatur.....	13
6.2. Internet.....	13

1. Grundlagen

1.1. Definition

Tinnitus ist ein immer wiederkehrendes subjektiv empfundenes Ohrgeräusch, d. h. nur der Betroffene kann das Geräusch hören. Der Tinnitus taucht in Form eines Tones oder Geräusches auf. Er kann konstant, periodisch oder progredient auftreten.

1.2. Pathomechanismus/ Ätiologie

Die Ursachen eines Tinnitus sind sehr vielfältig. Es gibt verschiedene auslösende Faktoren. Die Auslöser für die Ton- oder Geräuschempfindung können im Ohr oder im Gehirn lokalisiert sein. Hierzu zählen:

Lärm oder Knalltrauma: Ein Lärm- oder Knalltrauma ist oft eine Ursache, dadurch werden feine Haarzellen im Ohr beschädigt, deren Aufgabe es normalerweise ist, über die Hörbahnen einen Stromimpuls zu der Hörrinde zu senden.

Schwerhörigkeit: Eine andere Ursache kann Schwerhörigkeit sein, wenn das Hörvermögen schwindet, versucht das Gehirn das zu kompensieren. Es kommt zu Phantomgeräuschen.

Hörsturz: Eine häufige Ursache ist ein Hörsturz, er tritt plötzlich auf und geht mit einer meist einseitigen Hörminderung und einem Tinnitus einher. Es wird vermutet, dass die Ursache Durchblutungsstörungen der kleinsten Gefäße im Innenohr sind.

Tumore: Oft sind es Ohrgeräusche die als Erstsymptom eines Tumors auftreten. Es handelt sich meist um eine Wucherung des Hör- oder Gleichgewichts nervs (Akustikusneurinom, Vestibularisschwannom).

Mittelohrentzündungen: Bei einer Mittelohrentzündung können die Gehörknöchelchen den Schall nicht mehr weiterleiten. Dadurch entsteht ein vorübergehender Tinnitus.

Gefäßerkrankung: Eine Arteriosklerose (Arterienverkalkung) kann einen Tinnitus begünstigen. Durch die Plaqueablagerungen in den Blutgefäßen kann es zu Durchblutungsstörungen im Innenohr kommen. Der Betroffene nimmt das Strömungsgeräusch wahr und es wird oft als pulssynchrones Geräusch beschrieben. Oft handelt es sich um Durchblutungsstörungen der A. vertebralis.

Muskuläre Dysfunktionen: Muskuläre Verspannungen können einen Tinnitus begünstigen. Diese werden in Kapitel 4.1 näher beleuchtet.

Craniomandibuläre Dysfunktionen: Schädelknochen, Kiefer- und/oder Zahnfehlstellungen können einen Tinnitus beeinflussen bzw. auslösen.

Medikamente: Auch Medikamente können einen Tinnitus hervorrufen. Dazu gehören unter anderem bestimmte Antibiotika, Antidepressiva und Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure (ASS).

Abschließend ist festzuhalten, dass ein Tinnitus häufiger durch ein emotionales Ereignis oder durch eine Stresssituation entsteht, als dass er eine körperliche Ursache hat.

1.3. Symptome

Es kommt zu einem einseitigen oder beidseitigen Ohrgeräusch. Das Geräusch kann sich in Form von rauschen, klingeln, knacken, sausen, zischen oder pfeifen zeigen. Es kann konstant, periodisch oder progredient auftreten.

1.4. Epidemiologie

Circa 15% der Gesamtbevölkerung in Deutschland sind von einem Tinnitus betroffen. Das sind ungefähr 3 Millionen Deutsche und es kommen jährlich rund 300.000 neue Fälle hinzu. Tinnitus kann Menschen jeden Alters betreffen, wobei die Wahrscheinlichkeit einen Tinnitus zu erleiden mit steigendem Alter in Verbindung mit anderen Hörstörungen zunimmt. Etwa zwei Drittel der Menschen in Deutschland sind zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens von Schwerhörigkeit oder Tinnitus betroffen.

Den größten Anteil machen Lärmschwerhörigkeit und Schwerhörigkeit im Alter aus. Da Männer häufiger an lauten Arbeitsplätzen arbeiten, sind sie häufiger als Frauen von Schwerhörigkeit betroffen.

Zusätzlich unterscheidet man zwischen einem akuten und einem chronischen Tinnitus. Ein akuter Tinnitus besteht weniger als 3 Monate und bessert sich oft spontan. Von einem chronischen Tinnitus spricht man, wenn er länger als 3 Monate andauert. Die Heilungschancen sind im Vergleich zum akuten Tinnitus deutlich geringer.

2. Anatomische Strukturen

Das äußere Ohr besteht aus der Ohrmuschel, dem äußeren Gehörgang und dem Trommelfell. Danach folgt das Mittelohr. Der Hauptteil des Mittelohres ist die Paukenhöhle (Cavum tympani), davon bildet das Trommelfell die seitliche Wand. Nach vorne ausgehend zieht sich ein Gang zum Nasen- und Rachenraum, die sogenannte Eustachische Röhre (Tuba auditiva, Ohrtrumpete). Im Mittelohr befinden sich auch kleinste Gehörknöchelchen, Hammer, Amboss und Steigbügel. Sie sorgen dafür Schwingungen weiterzuleiten. Anschließend kommt das Innenohr. Das Innenohr liegt im Schläfenbein, einem Hohlraumsystem, das wegen seiner komplizierten Gestalt knöchernes Labyrinth genannt wird. Es besteht aus drei Abschnitten, dem Vorhof, Bogengängen und der Schnecke. Der Mittelteil des knöchernen Labyrinths ist der zentral gelegene Vorhof (Vestibulum). Von dort aus gehen nach hinten die Bogengänge ab. Dort befindet sich Peri- und Endolymphe, eine lymphartige Flüssigkeit. Im Vorhof befinden sich zwei Vorhofsäckchen, diese werden als Utriculus und Sacculus bezeichnet. Die Sinnesrezeptoren des Gleichgewichtsorgans befinden sich im Vorhof und in den Bogengängen. Nach vorne hin kommt die Schnecke. Die Schnecke ist ein spiralförmiger Knochenraum mit einer lymphartigen Flüssigkeit (Perilymphe). In der Mitte der Schnecke befinden sich das runde und das ovale Fenster. Sie enthält Sinnesrezeptoren für das Gehör. Um die knöcherne Schnecke befindet sich eine häutige Schnecke, diese ist ebenfalls mit Lymphe gefüllt (Endolymphe).

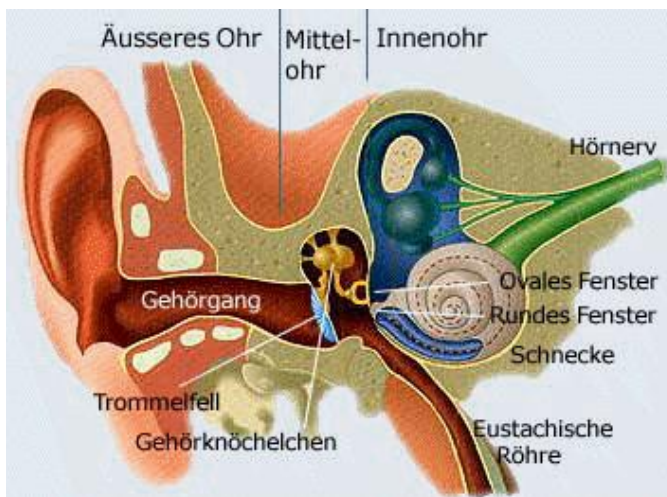


Abbildung 1: Übersicht über das äußere Ohr, Mittelohr und Innenohr
Quelle: Hörlabor der HTW Berlin

3. Diagnose

Zur Diagnosestellung eines Tinnitus sollte zunächst ein Befund mit einer ausführlichen Anamnese gemacht werden. Abgefragt werden die familiäre Häufung, übermäßiger Stress (psychisch und physisch), psychische Erkrankungen, Lärmexposition, Entzündungen in benachbarten Gebieten, Alkoholgenuss (Schwindel), Medikamente (ASS, Barbiturate), (zerebrales) Trauma und vorausgegangene Operationen. Wie stark die Ausprägung des Tinnitus auf den Betroffenen ist, kann man in einer Schweregradeinteilung feststellen. Im Folgenden soll die Einteilung nach Biesinger betrachtet werden.

3.1. Stadieneinteilung nach Biesinger

Vier Schweregrade:

- Grad 1: Der Tinnitus ist gut kompensiert und stört den Betroffenen nicht.
- Grad 2: Der Tinnitus ist weitgehend kompensiert, tritt aber bei Stille in Erscheinung und wirkt unter Stress und in anderen belastenden Situationen störend.
- Grad 3: Der Tinnitus ist eine erhebliche Belastung für Berufs- und Privatleben. Betroffene haben Störungen im kognitiven, emotionalen und körperlichen Bereich. Die Patienten leiden z.B. unter Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, sowie Gefühlen von Hilflosigkeit und Resignation.
- Grad 4: Die Belastung durch den Tinnitus ist sehr stark, so dass die Lebensqualität massiv eingeschränkt ist. Die Betroffenen können ihren Beruf nicht mehr ausüben, ziehen sich aus dem sozialen Leben zurück und leiden unter starken psychischen Störungen wie Ängsten und Depressionen.

3.2. Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch gilt zu unterscheiden:

- Verschluss des Gehörgangs, z.B. durch Fremdkörper
- Funktionsstörungen der Eustachischen Röhre
- Trommelfellperforationen
- Otosklerose
- Akutes Lärmtrauma
- Morbus Menière
- Hörsturz
- Hypertonie, Hypotonie
- Multiple Sklerose
- Hirnhautentzündung
- Schädel-Hirn-Trauma
- Akustikusneurinom
- Psychosomatische Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen

3.3. Therapie

3.4. Schulmedizinische Therapie

Behandlung eines akuten Tinnitus:

Die Behandlung sollte so schnell wie möglich erfolgen, ideal wäre es in den ersten 24 Stunden. Bei Verdacht auf eine entzündliche Ursache bekommen die Betroffenen meist eine Infusionstherapie mit durchblutungsfördernden Medikamenten, wie z.B. eine Kortison Infusion. Manchmal wird den Betroffenen auch eine hyperbare Sauerstofftherapie verordnet.

Behandlung eines chronischen Tinnitus:

Nach 3 Monaten spricht man von einem chronischen Tinnitus, hier ist es vor allem wichtig, dass der Betroffene lernt mit dem Ohrgeräusch umzugehen. Es kann ein Hörgerät eingesetzt werden, ein sogenannter „Tinnitusmasker“. Hier wird ein kontinuierliches Hintergrundrauschen erzeugt, so dass der Betroffene von dem eigentlichen Tinnitus abgelenkt wird. Der Tinnitus wird sozusagen maskiert. Das Gehirn lernt so, den Tinnitus mit der Zeit herauszufiltern und zu überhören. Es ist auch wichtig für den Betroffenen einen positiven Umgang mit Stress zu erlernen, d.h. sogenanntes Stressmanagement zu betreiben. Yoga, Autogenes Training oder andere Entspannungstechniken können dabei sehr hilfreich sein. Wenn der Betroffene durch die Ohrgeräusche stark verunsichert, ängstlich oder depressiv ist, kann auch eine kognitive Verhaltenstherapie helfen.

3.5. Naturheilkundliche Therapie und Vorbeugung

In Bezug auf körperliche Ursachen kann für die Durchblutungsverbesserung Ginkgo oder Circulo-Injeel verabreicht werden. Zudem kann auch eine Infusionstherapie mit Vertigoheel gegen Schwindel erfolgen. Eine weitere Behandlungsmöglichkeit die in der naturheilkundlichen Therapie oft zum Einsatz kommt ist die Akupunktur, um die Meridiane (Körper Leitungsbahnen) zu aktivieren und wieder in Einklang zu bringen.

Bezüglich psychischer Ursachen scheinen viele Tinnitus Patienten einige Gemeinsamkeiten zu haben. Sie leiden häufig an innerer Unruhe, Hektik und Zeitdruck oder stehen unter Stress. In diesem Zusammenhang wäre es deshalb wichtig, etwas mehr Ruhe, Gelassenheit und ausreichend Erholungsphasen in den Alltag zu bringen.

4. Osteopathische Betrachtung und Analyse

4.1. Parietale Osteopathie

Aus parietaler Sicht betrachtet wird in der Kraniosakralen Checkliste von Torsten Liem/Tobias K. Dobler beschrieben, dass muskuläre Dysfunktionen einen Tinnitus herbeiführen bzw. beeinflussen können. Hierzu zählen:

- M. sternocleidomastoideus (Pars clavicularis), Klinik: einseitige Hörminderung, Schmerzen am Ohr, evtl. Schwindel im Auto oder auf See
- M. masseter (pars profunda), Klinik: Schmerzen am Ohr, einseitiger Tinnitus
- M. pterygoideus medialis, Klinik: Schmerzen am Ohr oder Dysfunktion der Tuba auditiva
- M. pterygoideus lateralis, Klinik: Schmerzen anterior am Ohr
- M. occipitofrontalis (venter occipitalis)
- M. tensor tympani: Trommelfellspanner
- M. stapedius, Klinik: Lähmung des M. stapedius bei einer N. facialis Problematik führt zu einer überlauten Geräuschempfindung.

Blockierungen vom Becken oder sogar von den Füßen oder der Knie ausgehend können fortlaufend über die Wirbelsäule bis hin zur Halswirbelsäule weitere Dysfunktionen und myofasziale Folgeketten hervorrufen, die auch zu einem Tinnitus führen können. Fasziale Verbindungen bestehen von der Plantaraponeurose des Fußes über die Mm. gastrocnemii weiterlaufend über die ischiocrurale Muskulatur bis hin zum Lig. sacrotuberale des Beckens. Die myofaszialen Strukturen laufen dann weiter über den M. iliocostalis bis hin zu den Mm. semispinalis capitis und cervicis und enden abschließend an der epikranialen Faszie des Schädels.

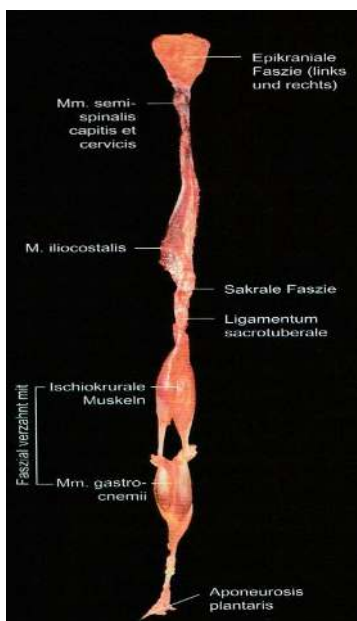


Abbildung 2: Eine oberflächliche Rückenlinie

Quelle: Anatomy Trains, Thomas W. Myers

Es besteht außerdem über fasziale Verbindungen ein Zusammenhang zwischen der Halswirbelsäule und dem Organsystem. Die Leber ist über das Lig. coronarium und das Herz über die Ligg. phrenico pericardica (auf der rechten Seite des Herzens) mit dem Zwerchfell verwachsen. Weitere Verbindungen vom Zwerchfell zur Halswirbelsäule bestehen über fasziale Verbindungen der Pleura und über die Fascia endothoracica zur Schulter, HWS und der Schädelbasis.

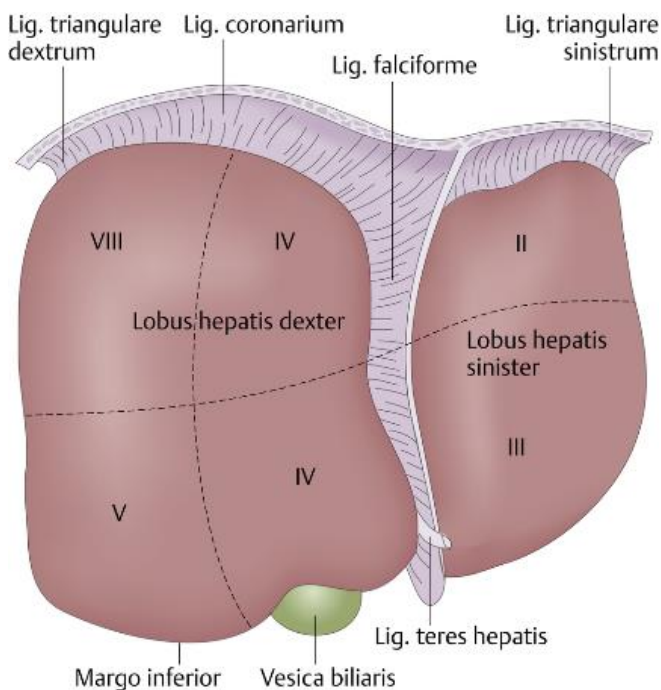


Abbildung 3: Leber, Facies diaphragmatica

Quelle: Anatomie Thieme 2011

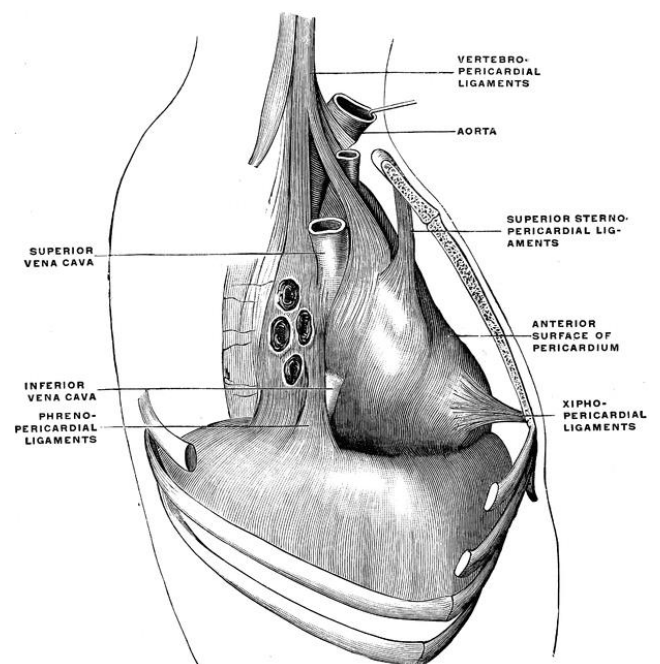


Abbildung 4: Herz, Ligg. phrenico pericardica

Quelle: Clip Art ETC

Auch ist der Triggerpunkt am M. levator scapulae der rechten Schulter ein Kennmuskel für die Leber. Wenn dieser aktiv ist bzw. sich durch einen muskulären hypertonus bemerkbar macht, ist auch an die Leber zu denken.

4.2. Viszerale Osteopathie

Den viszeralen Zusammenhang zwischen Tinnitus und den Organen beschreibt Eric Hebgen in der Checkliste Viszerale Osteopathie. Dabei geht es um das Duodenum (Zwölffingerdarm), die Leber und die Niere. Da der N. phrenicus seinen Verlauf von C3-C5 hat und zusätzlich sensibel die Magen- und Leberkapsel versorgt, können muskuläre Spannungen und oder HWS Blockierungen sich auch im Magen oder der Leber bemerkbar machen oder Beschwerden von dem Magen oder der Leber sich auf die Halswirbelsäule auswirken.

Die sympathische Versorgung der Leber erfolgt von Th6-9. Durch eine Dysregulation der Leber kann es auch zu einem muskulären hypertonus der Rücken-, Bauch-, sowie der Interkostal Muskulatur kommen.

Zudem kann eine hypertone Halswirbelsäulenmuskulatur bzw. eine Dysfunktion im OA-Gelenk auch auf den N. vagus wirken, den 10. Hirnnerv. Dadurch wird die eigentliche Aufgabe des Nervs, die Versorgung und Regulation der Bauchorgane irritiert. Es kann z.B. zu einem auftreten von Übelkeit kommen.

Außerdem können auch durch fasziale Verbindungen, pathologische Spannungen von der Leber, dem Zwerchfell oder der Pleura auf den Plexus cervicalis und den Plexus brachialis übertragen werden.

4.3. Kraniosakrale Osteopathie

Den Tinnitus aus kranialer Sicht betrachtet, beschreibt Torsten Liem/ Tobias K. Dobler in der Checkliste Kraniosakrale Therapie. Durch eine Dysfunktion des Os temporale in Innenrotation und dadurch auf ein enger werden, des knorpeligen Anteils der Tuba auditiva, entsteht ein hoher Ton.

Eine Dysfunktion des Os temporale in Außenrotation lässt die Tuba Auditiva offen und erzeugt dadurch einen tiefen Ton im Ohr. Der Ton wird wahrscheinlich durch den Blutfluss in der A. carotis interna an ihrer Umknickung der Pars petrosa des Schläfenbeins erzeugt. Da sie nur durch eine dünne Knochenplatte vom Innenohr getrennt ist. Eine andere kraniale Ursache könnte sein, dass der vestibuläre Nerv (Gleichgewichtsnerv), der sogenannte N. vestibulocochlearis durch Spannungen der Dura im Meatus acusticus internus (innerer Gehörgang) des Schläfenbeins beeinträchtigt wird, mit der Folge von Hörstörungen.

Durch diese osteopathischen Wissensstände gilt es ein Gleichgewicht der parietalen, viszeralen und kraniosakralen Strukturen zu schaffen. Durch verschiedene osteopathische Tests versucht man herauszufinden, welche Strukturen bzw. welche Ursachen hinter dem Tinnitus stecken.

5. Fallbeispiel

5.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Patient, männlich, 69 Jahre alt, Lehrer im Ruhestand, guter Allgemeinzustand

Hobbies: Tennis, Gymnastik

Schilddrüsenunterfunktion, medikamentös eingestellt mit L- Thyroxin 75, habituelle vordere Schulterluxation links, 2005 Operation: Refixation von Kapsel und Limbus, Raffung der vorderen Gelenkkapsel.

Pollenallergie in den Monaten Mai, Juni, Juli und hin und wieder Magenbeschwerden in Stresssituationen.

5.2. Anamnese

Der Patient hatte im Frühjahr 1998 einen Hörsturz und hat seitdem auf dem rechten Ohr ein hohes Pfeifen. Im Frühjahr 2013 bekam er erneut einen Hörsturz, dieses Mal machte er sich auf dem linken Ohr bemerkbar. Es trat wieder ein hoher Pfeifton auf. Der Hörsturz ereignete sich in der Nacht und der Patient ging direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Dort bekam er eine Kortison Spritze. In den nächsten Wochen bzw. Monaten erfolgten fünf weitere Intensivbehandlungen mit Kortison. Am Ende der Therapie trat kaum eine Verbesserung auf, der hohe Pfeifton war immer noch vorhanden. Im Herbst 2017 bekam der Patient starke Schwindelanfälle. Daraufhin ging er zum Allgemein Arzt. Dieser leitete ihn weiter zu einem HNO Arzt. Der HNO Arzt diagnostizierte paroxysmalen Lagerungsschwindel. Als Heimübungsprogramm wurde ihm das Partikel Repositionsmanöver (Epley Manöver) gezeigt. Durch die Lagerungspositionen verschwand der Schwindel innerhalb weniger Wochen wieder und tauchte nicht mehr auf.

Der Patient stellte sich im Januar 2018 bei mir in der Praxis vor. Er gab Verspannungen im Schulter-Nackengebiet mit Druckgefühl im Kopf an und einen beidseitigen Tinnitus mit einem hohen Pfeifton. Außerdem konnte er nicht lange stehen oder sitzen, ohne ständigen Stellungswechsel, da er sonst Schmerzen im unteren Rücken bekommen würde.

In der Behandlung erfolgte zunächst einmal eine ausführliche Anamnese. Danach ein Sichtbefund, bei dem ein Beckenschiefstand auffiel. Daraufhin folgte der Listening Test oder auch Ecoute-Test im Stand nach Barral genannt, um zunächst einmal herauszufinden wo sich dominante Dysfunktionen befinden. Der Patient hatte einen starken Zug nach posterior, mit einer Schwankung zur linken Seite hin. Dies deutet auf eine parietale Dysfunktion hin. Auch bei dem Listening Test im Sitzen zog es den Patienten wieder durch fasziale Spannungen nach hinten links. Bei der Beckenuntersuchung durch den Spine-Test zeigte sich eine Dysfunktion Ilium anterior links.

Die Symphysis pubica zeigte zusätzlich eine Dysfunktion auf. Auf der anderen Beckenseite befand sich ein Ilium posterior rechts. Um die Wirbelsäulenbeweglichkeit zu testen wurde der Fingerspitzen Boden Abstand durchgeführt, in dem sich der Patient im Stand nach vorne beugt. Es fehlten dem Patient ca. 20cm um mit seinen Fingerspitzen den Boden zu berühren.

Er gab einen Zug im Rücken an, der die Bewegung stoppt. Die Bewegung verlief nicht in einem harmonischen Bogen.

Die Lendenwirbelsäule hingegen zeigte jedoch durch den Spinning-Test eine Instabilität auf. Der Körper versuchte dies dann durch eine muskuläre Folgekette nach oben hin über den M. erector spinae und nach unten über die Glutealmuskulatur mit einem hypertonus zu kompensieren. Auch die Schulter- Nackenmuskulatur hatte eine gewisse myofasziale Spannung, vor allem paravertebral der Halswirbelsäule. Die Halswirbelsäule war in alle Bewegungsrichtungen etwas eingeschränkt (flex, ext., lat.flex, rot.). Die kurze Nackenmuskulatur zeigte Spannungen an, was auch Ursache seiner Kopfschmerzen war.

Die Schultergelenke waren in allen Bewegungsrichtungen frei, außer das linke Schultergelenk, da gab der Patient bei der endgradigen Abduktion im M. pectoralis Spannung an.

Um Organe auf fasziale Spannungen zu beurteilen wird der fasziale Bein- und Armzug durchgeführt. Bei dem Faszialen Beinzug, sowie bei dem Armzug war die linke Seite auffällig. Bei der genaueren Untersuchung des Bauch Bereiches zeigte sich ein hypertonus der präaortalen Plexen. Besonders auffällig war das Ganglion coeliacum, das für die Oberbauchorgane zuständig ist. Da der Patient in der Anamnese Magenbeschwerden in Stresssituationen angegeben hat, passte das recht gut zusammen. Der Pylorus (Magenpförtner) zeigte sich auch behandlungsbedürftig. Auf der linken Seite hatte das Zwerchfell einen Tiefstand.

Bei der kraniosakralen Befundung zeigte sich das Os temporale in Innenrotation auf der linken Seite, was auch seinen hohen Pfeifton erklärt. Zusätzlich hatte der Patient eine CMD. Der M. masseter hatte myofasziale Spannungen. Die Sutura occipitomastoidea und der M. sternocleidomastoideus waren ebenfalls auffällig

5.3. Behandlung

Zuerst wurde das Becken korrigiert. Das Ilium anterior auf der linken Seite durch die Jackson Technik und das Ilium posterior der rechten Seite durch eine Impulstechnik in Bauchlage. Daraufhin wurde die Symphysen Dysfunktion durch eine Dekoaptation gelöst. Um dem Patient die Behandlung angenehmer zu gestalten löste ich zunächst durch die FDM Ausstreichtechnik die hypertone Halsmuskulatur, so dass der Patient weniger Druck im Schulter- Nackenbereich verspürte. Weiter ging es mit den präaortalen Plexen, dem Pylorus (Magenpförtner) und einer Magenmobilisation in Seitenlage (in Frontalebene) nach Barral.

Daraufhin erfolgte eine Mobilisation des Zwerchfells in Form der liegenden Acht und eine Technik für den Zwerchfelltiefstand der linken Seite über einen Zug der Rippenbögen nach Kranial.

In Bauchlage behandelte ich mit Triggerpunkten die Außenrotatoren beider Hüften, die Muskelansatzpunkte am Trochanter major und den M. gluteus maximus am Sacrum Rand.

Daraufhin folgten die Ursprungspunkte des Rückenstreckers am Becken, der M. quadratus lumborum und faszial der gesamte Rückenstrecker. Zu allerletzt setzte ich Druckpunkte an den kurzen Nackenmuskeln.

Als Heimübungsprogramm zeigte ich ihm eine Stabilisationsübung für den unteren Rücken, die sogenannte Schulterbrücke und zusätzlich Dehnungen für den Rücken und den Schulter-Nackebereich.



Abbildung 5: Jackson Technik

Ilium anterior

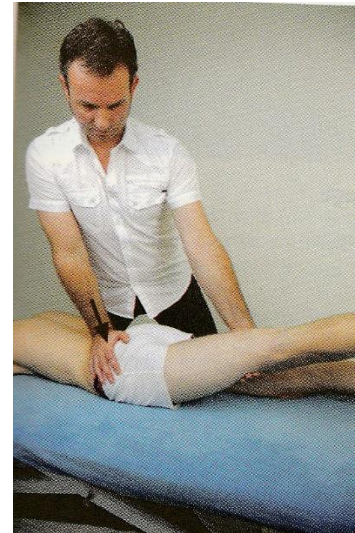


Abbildung 6: Impulstechnik

Ilium posterior

Quelle: Checkliste parietale Osteopathie, Andreas Maassen

Nach einer Woche erschien der Patient zu einem Folgetermin und gab eine Verbesserung seiner Symptomatik an. Er fühle sich insgesamt sehr wohl und der Druck im Kopf hätte sich sehr gebessert. In dieser und der nächsten Behandlung konzentrierte ich mich hauptsächlich darauf das Zwerchfell in seiner Struktur beweglich zu halten, die Folgekette von der Becken- bis hin zur Halswirbelsäulenmuskulatur zu lösen. Zusätzlich korrigierte ich die Dysfunktion des Os temporale und die muskulären Spannungen des M. masseter.

Nach drei Behandlungen ging es dem Patienten deutlich besser und er gab eine Geräuschkinderung des Tinnitus an, was es für ihn nun viel erträglicher macht. Sein Rücken fühlt sich sehr gut an und der Druck im Kopf ist weg.

Ich legte ihm nahe, dass es wichtig sei, weiterhin das Heimübungsprogramm zur Stabilisation der Lendenwirbelsäule und die Dehnung der Rückenmuskulatur, sowie der Halswirbelsäulenmuskulatur zu machen.

Abschließend zum Thema Tinnitus ist zu sagen, dass verschiedene Faktoren sich auf das Krankheitsbild auswirken. Seien es Dysfunktionen des Beckens bis hin zu äußeren Lebensumständen. Mit der Osteopathie hat man gute Behandlungserfolge durch den ganzheitlichen Ansatz den Körper als Einheit zu betrachten.

6. Quellen

6.1. Literatur

Elvira Bierbach (2011): Naturheilpraxis Heute, 2. Auflage

Eric Hebgen (2009): Checkliste Viszerale Osteopathie, 2. Auflage

Torsten Liem/ Tobias K. Dobler (2010): Kraniosakrale Osteopathie, 6. Auflage

Magga Corts (2017): Diagnoseleitfaden Osteopathie, 2. Auflage

Erwin-Josef Speckmann/ Werner Wittkowski (2012): Handbuch Anatomie, 19. Auflage

Renate Huch/ Klaus D. Jürgens (2007): Mensch Körper Krankheit, 5. Auflage

Ricki Nusser-Müller-Busch (2015): Die Therapie des Facio Oralen Trakts, 4 Auflage

Thomas W. Myers (2014): Anatomy Trains, 3. Auflage

Duden (2007): Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe, 8. Auflage

6.2. Internet

www.Basenio.de: Fakten und Statistik zu Patienten in Deutschland

www.netdoctor.de: Stichwort Tinnitus

<https://hoerlabor.wordpress.com/2013/06/06/der-hoerprozess/>: Hörlabor der HTW

www.viamedici.thieme.de: Stichwort Lig. Coronarium

<https://www.thieme.de/viamedici/anatomie>: Stichwort Ligg. phrenico pericardiaca

Ich habe diese Prüfungsarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe und nur unter Hinzuziehen der folgenden angegebenen Quellen angefertigt.

Patricia Harsch

Backnang, 18. März 2018

Patricia Harsch
Kelterweg 50
71522 Backnang