

Die Zukunft der Osteopathie liegt in der Aktivität

Peter Levin

Zusammenfassung

Im osteopathischen Funktionsdenken gibt es zwei Zustände (Funktion/Dysfunktion), während die klinische Physiologie ein Kontinuum von Aktivitätszuständen beschreibt, in dem mindestens vier Aktivitätszustände klinisch unterschieden werden: normale Ruheaktivität und normale Hyperaktivität, nicht regulierbare Hyperaktivität und Hypoaktivität. Da der osteopathische Funktionsbegriff nicht die komplexe Realität der geweblichen Aktivität klinisch abbilden kann, ist er zu einem Entwicklungshindernis geworden. Der Gordische Knoten liegt im Problem der mangelnden Übersetzbarkeit der „osteopathischen Funktion“ in physiologische Aktivitätszustände. Dies wird am Beispiel der Entzündungsparameter verdeutlicht. Die Erneuerung und Entwicklung der Osteopathie ist durch ein biologisch und klinisch inspiriertes Verständnis der Aktivitätszustände möglich. Die Zukunft der Osteopathie gehört der Aktivität.

Schlüsselwörter

Zukunft der Osteopathie, Aktivitätszustände, Ruheaktivität, Hyperaktivität, Hypoaktivität, Gewebequalitäten, Entzündungsreaktion, physiologische Funktion

Abstract

The future of osteopathy belongs to activity. In osteopathic clinical reasoning there are only two distinct states (function/dysfunction), while clinical physiology describes a continuum of states of activity in which at least four states are clinically relevant: normal resting activity and normal hyperactivity, non-regulated hyper-activity and hypo-activity. Since the concept of osteopathic function does not match the complex reality of tissue activity, it has developed into an obstacle for development. Regarding organ activity, „osteopathic function“ does not translate into physiological function. This is illustrated by comparing tissue qualities and osteopathic function in inflammatory responses. The article argues that the current crisis in osteopathy can be overcome through a biologically and clinically inspired understanding of the states of tissue activity.

Keywords

future of osteopathy, states of activity, resting activity, hyper-activity, hypo-activity, tissue qualities, inflammation, physiological function

Einleitung

Der osteopathische Bezug auf Funktion hat sich nach anfänglicher Freude zu einem Entwicklungshindernis gemausert. War es anfangs hilfreich, von Funktion zu sprechen, ist inzwischen klar geworden, dass dieser Begriff in eine Sackgasse führt. Es hat sich gezeigt, dass Osteopathie der physiologischen Funktion gegenüber blind ist. Daher ersetzen wir von nun an das Wort „Funktion“ durch das Wort „Aktivität“ und überprüfen, ob die bisherigen Konzepte dann noch aufrecht zu erhalten sind.

Die Physiologie der Organe und Gewebe beschreibt ein Kontinuum von Aktivitätszuständen. In diesem Kontinuum können mindestens vier Aktivitätszustände klinisch unterschieden werden: Ruheaktivität und physiologische Hyperaktivität, nicht regulierbare Hyperaktivität und Hypoaktivität. Da der osteopathische Funktionsbegriff nur Funktion und Dysfunktion kennt, kann er die komplexe Realität der geweblichen Aktivität nicht fassen. In diesem Artikel plädiere ich daher für eine Erneuerung der Osteopathie, die den Funktionsbegriff zugunsten der geweblichen Aktivität ablöst und dabei den Kern des manuellen Handelns bewahrt.

Seit Beginn meiner Auseinandersetzung mit der Osteopathie hat mich die Frage beschäftigt:

Wie können die osteopathischen Konzepte von Funktion/Dysfunktion mit den Prinzipien der Physiologie und Regulationsmedizin verbunden werden?

Diese Verbindung schien mir unbedingt notwendig, da eine Erneuerung und Aktualisierung der Osteopathie nur gelingen kann, wenn diese in die kreativen Diskurse der Biologie und Medizin eingebettet ist. Ein erster Versuch (Helsmoortel et al. 2010) – am Beispiel der Stabilität und Bewegung der inneren Organe –, die osteopathische Idee der „Bewegung als Funktion“ in Begriffen der Aktivität zu deuten, hat das Problem nicht gelöst, sondern verdeutlicht. Die wichtigsten Erkenntnisse dieses Versuches waren:

- Bewegung ist teilweise als intrinsische oder als kompensatorische Aktivität zu verstehen. „Bewegung als Funktion“ ist aber nicht in ein System der Aktivitätszustände einzuordnen.
- Viel wichtiger als Bewegung ist die Qualität der Elastizität. Elastizität ist ein Ausdruck der intrinsischen Aktivität, sie führt zu Form- und Positionsstabilität der Organe und kann in ein System der Aktivitätszustände übertragen werden.

Im Laufe der Beschäftigung mit diesen ersten Antworten wurde mir immer klarer, dass der Gordische Knoten im Problem der mangelnden Übersetzbarkeit der „osteopathischen Funktion“ in die klinisch bedeutsamen Aktivitätszustände liegt.

Bedeutsam und folgenreich für die Therapie ist es, zwischen Ruhe, Anstrengung und Erschöpfung unterscheiden zu können.

Eine klinische Physiologie würde Zustände regulierbarer Ruhe- und Hyperaktivität von der Regulationsstarre nicht mehr regulierbarer Hyper- oder Hypoaktivität unterscheiden.

Am Beispiel der Entzündungsparameter zeige ich, wie der Funktionsbegriff und geweblicher Aktivitätszustand in unauflösbaren Widerspruch geraten. Der Gordische Knoten hat sich zuerst in der Arbeit mit Organen gezeigt, seine Bedeutung geht aber weit darüber hinaus. Bisher war die Suche nach einem Korrelat von osteopathischer Funktion „Organbewegung“ und physiologischer Organaktivität ohne Erfolg. Ich habe keinen Hinweis gefunden, der nahe legt, dass die physiologische Aktivität eines Organs (z.B. der Niere) mit dessen Bewegung variiert. Nur bei den physiologischen Motilitätsbewegungen von Herz (Systole–Diastole) und Darm (Peristaltik) kommt es vor, dass die Frequenz der Bewegung auch Ausdruck des Aktivitätszustandes ist. Aber nicht jeden Ausdruck der Aktivität können wir auch klinisch deuten. Das ist der Kern des Problems, das wir lösen müssen.

Funktion ist nicht in Aktivität übersetzbar

Im osteopathischen Funktionsdenken gibt es zwei Zustände: Funktion und Dysfunktion. Diese werden meist an den spürbaren Qualitäten der Bewegung und Spannung erkennbar und deutbar. Die klinische Physiologie kennt mindestens vier Aktivitätszustände, in denen sich Gesundheit und Krankheit ausdrücken:

- normale Ruheaktivität,
- normale Hyperaktivität bei Beanspruchung,
- nicht regulierbare Hyperaktivität und
- nicht regulierbare Hypoaktivität.

Nach vielen Versuchen, die „osteopathische Funktion“ mit den Aktivitätsbeschreibungen der Physiologie in Einklang zu bringen, kam ich zu dem Schluss, dass diese beiden Welten meist nicht ineinander übersetzbar sind. Insofern schlage ich vor, die osteopathischen Funktionsbegriffe durch ein biologisch und klinisch inspiriertes Verständnis der Aktivitätszustände zu ersetzen.

Das Ziel einer physiologisch basierten Osteopathie ist es, den Ausdruck der geweblichen Aktivität innerhalb dieser vier Zustände klinisch zu deuten.

Daher der Slogan: Die Zukunft der Osteopathie gehört der Aktivität.

Entzündungsreaktion: Mehr Aktivität, weniger Funktion?

Ist die Bewegung eines Kniegelenks mit seiner Funktion gleichzusetzen? Keineswegs. Ein Knie muss sich bewegen können, es muss aber auch stabil sein und es muss schwellen können, wenn es entzündet ist. Die Entzündungsreaktion ist ein anschauliches Lehrstück wie der osteopathische Funktionsbegriff in Widerspruch zur geweblichen Aktivität und damit ins Schleudern gerät.

Die vier klassischen Zeichen der Entzündungsreaktion (Calor, Tumor, Rubor, Dolor) sind gewebliche Parameter. Sie beschreiben den Selbstheilungsmechanismus als eine Zunahme an biologischer Aktivität des Gewebes:

- Zunahme der Durchblutung (Rubor, Calor),
- Zunahme der vegetativen Innervation (Dolor),
- Schwellung und Aktivierung der Zellbildung (Tumor).

Diese vier Entzündungszeichen wurden von Paracelsus vor über 2000 Jahren beschrieben. Erst im 19. Jahrhundert kam ein fünfter Parameter hinzu. Wir wissen noch nicht mal sicher, welcher

kluge Mediziner dafür verantwortlich war. Möglicherweise war es das medizinische Genie Rudolf Virchow, der den Verlust der Funktion als fünften Parameter hinzugefügt hat. Jedenfalls kam zu den vier Elementen der vermehrten Aktivität ein Element mit Verlust an Aktivität hinzu. Seither leben wir mit diesem Widerspruch in der Beschreibung der Entzündung: Sie ist gleichzeitig zu viel Aktivität und zu wenig Funktion. Der Hyperaktivität der vier geweblichen Reaktionen (Calor, Tumor, Rubor, Dolor) steht die Hypoaktivität des Funktionsverlustes (functio laesae) gegenüber.

Interesse an Funktion

Interessant ist es, den Kontext zu bedenken, in dem der fünfte Parameter des Funktionsverlustes ins Spiel kam. Bis Mitte des 19. Jahrhunderts waren vergleichende Anatomie, Embryologie und Morphologie die bestimmenden Disziplinen der Medizin. Erst dann wurde das Interesse an der Erforschung der physiologischen Regulation einer Funktion immer deutlicher. So wurde ab der Mitte des 19. Jahrhunderts auch experimentell die Funktion der Organe erforscht. Die Zeit war reif für eine Erweiterung der Beschreibung der Entzündungsreaktion im Sinne der Funktionslehre (Canguilhem 1979).

Der Funktions- und Regulationsbegriff richtete sich gegen die Substanzbegriffe der antiken und mittelalterlichen Medizin, die ihren Niederschlag in der Humoralpathologie (Säftelehre) fanden. Der französische Physiologe Claude Bernard, der erstmals die Funktion des Pankreas im Experiment erforschte, steht exemplarisch für diese neue Generation. Noch die frühe Osteopathie steht im Zeichen dieser Veränderungen. A.T. Still schwankte noch zwischen den alten Form- und Substanzbegriffen (Levin/Wühl 2007) und dem neuen Funktionsdenken hin und her. Dagegen hat sich die erste Generation der Schüler Stills mehr und mehr für die Regulation der Funktionen interessiert.

Widerspruch von Funktion und Aktivität

Auch wenn wir die Entstehung des fünften Parameters historisch rekonstruieren und verstehen können, bleibt die grundlegende Unklarheit des osteopathischen Funktionsbegriffs bestehen. Die Osteopathie hat eine spürbare Qualität (z.B. Bewegung, Spannung) zur Funktion erhoben. Das widerspricht der Physiologie der Aktivitätszustände und führt zu klinisch fragwürdigen Konzepten. Was ist nun der Bezugspunkt des osteopathischen Handelns: die erhöhte Aktivität des Gewebes oder die verminderte Funktion? Aus geweblicher Sicht müssen wir die Entzündungsaktivität gewähren lassen oder so unterstützen, dass sie zu einem guten Ende kommen kann. Wie sollen wir aber auf die Funktion reagieren? Die Bewegungsfunktion ist vermindert, die Stabilitätsfunktion und die Schwellungsfunktion erhöht.

Der Widerspruch von Funktion und Aktivität ist nur zu überwinden, wenn wir die Unzulänglichkeit der Funktionsbeschreibung anerkennen. In der Physiologie gilt eine andere Ordnung als in der osteopathischen Begriffswelt: Es gibt Aktivitätszustände, die sich in verschiedenen spürbaren Qualitäten (wie Elastizität, Volumen, Bewegung, Spannung, Form) ausdrücken. Wir können diese Qualitäten nicht als Funktionen bezeichnen, denn sie sind lediglich Zustände der Organaktivität.

Kategorialer Sprung

Der Widerspruch von Funktion und Aktivität stellt einen kategorialen Sprung dar. Die osteopathische Tradition hat sich früh auf die Seite der Funktion geschlagen. Die Gewebeaktivität geriet dabei ebenso in den Hintergrund wie das Bewusstsein des Widerspruchs. Die mangelnde Sensibilität für den kategorialen Sprung hat zur Identifikation von Bewegungsverlust und Funktionsverlust ($B_{\text{vermindert}} = F_{\text{vermindert}}$) geführt. Vorschnell wurde dann diese Identifikation verallgemeinert und Be-

wegung als Ausdruck der Funktion ($B=F$) definiert. Diese Identifikation und Verallgemeinerung hat sich in den parietalen und kraniosakralen Konzepten festgesetzt. Erst die Organe haben sich vehement dagegen „gewehrt“ und sich „Gehör verschafft“.

Organaktivität

Hinsichtlich der inneren Organe war der Widerspruch von osteopathischer Funktionsbestimmung und physiologischer Gewebeaktivität eklatant. Daher wurde schon früh die Begrenztheit der osteopathischen Identifizierung der Funktion mit dem Bewegungsverhalten erkannt. Die viszerale Osteopathie hat begonnen, sich nicht an Funktionen zu orientieren. Sie hatte erkannt, dass sie nur klinisch relevant sein kann, wenn sie sich am palpablen Ausdruck der Gewebeaktivität ausrichtet.

Eine Leber oder eine Niere haben viele physiologische Funktionen; diese sind aber nicht mit ihrer osteopathischen Bewegungsfunktion korreliert. Weder Frequenz noch Amplitude sind Parameter für die Bestimmung der physiologischen oder geweblichen Organaktivität. Die Ruhfrequenzen der großen rhythmischen Systeme (Herzphasen, Atemrhythmus, gastrointestinale Motilität) ändern sich über den Lebenszyklus und je nach Trainingszustand; eine rein auf Frequenz bezogene Diagnostik ist nicht ausreichend. Der Fehler der Identifikation von Bewegungsfrequenz mit der Funktion wurde in der kranialen Osteopathie vielfach gemacht und muss nicht wiederholt werden. Organbewegung ist – in Frequenz und Amplitude – nicht als direkter Ausdruck der physiologischen Ruhe und Hyperaktivität zu deuten.

So zwingen uns die inneren Organe zu „geweblichem Denken“ und „geweblichem Handeln“, dazu, klar zu unterscheiden zwischen Aktivität und osteopathischer Funktion der inneren Organe. Das osteopathische Wahrnehmen und Handeln im Bereich der Organe musste sich um die Palpation und Behandlung der Aktivitätszustände



Osteopathie-Institut
Frankfurt



NEU: 3 Kursreihen

Kinderosteopathie- Ausbildung 2018/2019

Ausbildungsbeginn:
23.-25.11.2018, 29.-31.03.2019 und
24.-26.05.2019

**Diagnostikkurs Kinder
(mit Handling nach Bobath)**
01.-03.02.2019 und 20.-22.09.2019

Resonanz und Dialog:
Neuroregulation bei
Stress und Trauma

Erwachsene Teil 1: 22.-24.02.2019

Erwachsene Teil 2: 17.-19.05.2019

Kinder Teil 1: 10.-12.05.2019

Kinder Teil 2: 27.-29.09.2019

Leitung:
Dorothea Metcalfe-Wiegand
D.O.® M.R.O.® und Team

Ausbildungsort:
Oberursel (bei Frankfurt/M.)

Information:
Osteopathie-Institut Frankfurt
Niederuau 36
60325 Frankfurt am Main
Telefon: +49 (0) 69 770 765 39
office@osteopathie-institut-frankfurt.de
www.osteopathie-institut-frankfurt.de

kümmern. Die Anbindung an Aktivitätszustände hält uns nahe an der Physiologie und schlägt eine Brücke zur situationsgebundenen Palpation in der Therapie. Hier kommen wissenschaftliche Beschreibung und klinische Wahrnehmung zumindest teilweise zusammen. Dann wird das osteopathische Handlungskonzept anschlussfähig für die Konzepte der Physiologie und öffnet die Tür zu einer biomechanischen – also auf biodynamische und biostatische Qualitäten bezogene – Krankheitslehre.

Ruhe- und Belastungsaktivität

Um im großen Strom des wissenschaftlichen Diskurses mitzuschwimmen, sprechen wir von den Aktivitätszuständen der inneren Organe. Dabei folgen wir der grundlegenden Einteilung dieser Zustände in der Physiologie. Diese beschreibt jedes Organsystem in seinem Wechsel von Ruhe- und Belastungsaktivität. Jedes gesunde Organ – ob Herz, Lunge, Gehirn oder Darm – zeigt seine Kraft in Ruhe und bei Belastung. Belastungen sind normal, sie führen zu einer Hyperaktivität des Organs. Deswegen ist eine auf die Belastung angepasste Hyperaktivität ein Zeichen eines gesunden Gewebes und nicht behandlungsbedürftig.

Je nach Organsystem wird dieser physiologische Wechsel von Ruhe- und Belastungsaktivität unterschiedlich bezeichnet. Bei der Herz- und Lungenaktivität sprechen wir von Ruhe- und Belastungsrhythmen. Das Gehirn weist unterschiedliche elektrische Rhythmen in Ruheaktivität und in Hyperaktivität auf. Der Darm wird immer in den wissenschaftlichen Untersuchungen und in der Diagnostik in zwei Situationen beurteilt: im leeren Zustand mit Ruheaktivität („house keeping“) und in der physiologischen Hyperaktivität durch den stimulierenden Reiz des Essens.

Das osteopathische Verständnis des Krankheitsverlaufs kommt einen großen Schritt voran, wenn es den biologischen Ausdruck von Organ- und

Gewebeaktivität in den Fokus nimmt. In der klinischen Ausdifferenzierung von Aktivitätszuständen zeigt sich eine für die Krankheitsentwicklung grundlegende Chronologie:

- der gesunde Wechsel von physiologischer Ruhe- und Belastungshyperaktivität,
- die Chronologie von nicht regulierbarer Hyper- und Hypoaktivität,
- die Chronologie von nicht regulierbarer Aktivität und Pathophysiologie.

Von der Hyperaktivität zur Erschöpfung und Hypoaktivität

Der Wechsel von Ruheaktivität und physiologischer Hyperaktivität (Belastung) ist normal und gesund. Unphysiologische Aktivität liegt dann vor, wenn sich Hyperaktivität fixiert, also ihren Rhythmus verloren hat. Die anhaltende Anstrengung ermüdet und erschöpft den Organismus. Unter gewissen Umständen bleibt Hyperaktivität bestehen, obschon die Belastung aufgehört hat: eine persistierende Hyperaktivität, die vom Anlass unabhängig und nicht mehr regulierbar geworden ist.

Hält die Belastung über lange Zeit an, kann eine persistierende Hyperaktivität in Hypoaktivität (Erschöpfung) umschlagen, ein Prozess, den die Stressphysiologie vielfach beschrieben hat. Viele Krankheitszeichen und Symptome entstehen im Zustand der Erschöpfung. Auch ist die Hypoaktivität ein erster Schritt auf dem Weg zur Pathologie.

Sonderstellung der Elastizität

Die manuelle Medizin bezieht sich auf den spürbaren, mechanischen Ausdruck der geweblichen Aktivität. Sie unterscheidet zwischen biodynamischer und biostatischer Aktivität; also Aktivitäten, die Form und Position

Vier Grundgesetze biologischer Aktivität

1. Normale Physiologie ist der rhythmische Wechsel zwischen Ruheaktivität und angepasster Hyperaktivität bei Belastung.
2. Gewebe tendiert zu einem energiearmen Ruheaktivitätszustand; sie reagieren auf Herausforderungen mit vermehrter Aktivität, die bei nachlassender Belastung wieder zurück findet in die Ruheaktivität.
3. Anhaltende Anstrengung ermüdet und erschöpft den Organismus. Sowohl der Verlust der Fähigkeit, aus erhöhter Aktivität in den Ruhezustand zurückzukommen (automatisierte Hyperaktivität) als auch Erschöpfung (Hypoaktivität) ist eine Behandlungsindikation.
4. Ein spontaner Verlust der Ruheaktivität (spontane Hypoaktivität) ist nur im Trauma möglich.

stabilisieren oder dynamisieren. Folgende Qualitäten sind als spürbarer Ausdruck der geweblichen Aktivität einfach wahrzunehmen:

- Elastizität und Volumen,
- intrinsische und räumliche Bewegung,
- Spannung und Anspannung,
- Form und Position.

Innerhalb der spürbaren Qualitäten nimmt die Elastizität eine Sonderstellung ein, da nur sie die Übersetzung in ein physiologisches Konzept zulässt. Elastizität ist jene spürbare Qualität, in der sich Aktivitätszustände palpatorisch nachvollziehen lassen:

- Ruheaktivität als normale Elastizität (Verformbarkeit mit Rückstellkraft),
- Hyperaktivität als Zunahme der Rigidität,
- Hypoaktivität als Verlust der Formstabilität.

Volumendynamik und Bewegungsverhalten lassen sich nicht immer einem Aktivitätszustand zuordnen. Das gilt auch für die Veränderungen von Form und Position. Vermehrte Bewegung kann Ausdruck einer Hyperaktivität oder einer Instabilität (Hypoaktivität)

sein; Formveränderungen sind in der Hyper- oder Hypoaktivität möglich. Das ist je nach Organ und Situation gesondert zu erarbeiten.

Das ist die Aufgabe einer biomechanischen Gesundheits- und Krankheitslehre: spürbare, gewebliche Qualitäten als Ausdruck von Aktivitätszuständen zu deuten.

Beispiele einer biomechanischen Semiologie

Die biomechanische Krankheitslehre ist ein offenes und gerade beginnendes Projekt. Wir können hier einige Vorgehensweisen und Eckpunkte angeben, aber wir müssen auch zugeben, dass viele Aspekte dieser Krankheitslehre noch formuliert werden müssen. Im Folgenden soll an ausgewählten Beispielen ein erster Eindruck erweckt werden, wie diese biomechanische Krankheitslehre entwickelt werden kann.

Um den Weg von der klinischen Beschreibung der Krankheitsbilder zur Palpation der Biomechanik deutlich zu machen, greifen wir uns ein Symptom und ein Krankheitsbild heraus, die beide schon in ihrer Definition mechanische Aspekte betonen. So wird Diarrhö als Hyperaktivität der Muskulatur (Hypermotilität) und Hyperaktivität der Schleimhaut (Hypersekretion) definiert. Schon in dieser Bestimmung sind zwei der Eckpunkte einer mechanischen Krankheitslehre erkennbar: Eine Aussage über den Aktivitätszustand, eine Aussage über die beteiligten Gewebe.

Diarrhö ist definiert als erhöhte Stuhlfrequenz und veränderte Konsistenz des Stuhls. Diese Definition können wir nun mechanisch ausformulieren und deutlich machen, dass es sich einerseits um eine Veränderung der rhythmischen Aktivität der Muskulatur (Motilität), andererseits um eine Veränderung der Schleimhautaktivität handelt.

Ein weiterer entscheidender Punkt für den manuellen Zugang besteht in der klaren Aussage: Diarrhö ist Hyperaktivität! Für die osteopathische Klinik stellt sich nun die Frage, ob wir sowohl den Aktivitätszustand als auch den mechanischen Ausdruck der beiden hyperaktiven Gewebe nachvollziehen können. Die manuelle Behandlung müsste dann Wege finden, die Hyperaktivität der Gewebe zu beruhigen, und sie hätte zudem die Aufgabe herauszufinden, ob diese Hyperaktivität eine Reaktion auf ein anderes Organ oder Gewebe ist.

Ähnlich könnten wir hinsichtlich des Asthma bronchiale vorgehen. Im Asthmaanfall kommt es zu einem Spasmus der Muskulatur und einer Schwellung und Hypersekretion der Schleimhaut. Wiederum imponiert die Klarheit der klinischen Beschreibung, die sowohl die beteiligten Gewebe als auch deren Aktivitätszustand benennt. Ein Bronchialmuskel im Spasmus ist hyperaktiv. Er kann sich dadurch den rhythmischen Änderungen während der Atmung nicht mehr so gut anpassen. Zudem verengt er gemeinsam mit der geschwollenen Schleimhaut das Lumen der Luftwege. Schleimhautschwellung und Hypersekretion sind ebenso Zeichen einer Hyperaktivität. Eine biome-

chanisch inspirierte Behandlung bei Asthma müsste sich mit diesen beiden Geweben und deren Aktivitätszustand auseinandersetzen und eine entsprechende Lösung finden.

Hoffnungsvoller Ausblick

Es ist deutlich geworden, dass eine Osteopathie der Aktivitätszustände möglich ist. Diese kann im Einklang mit der Physiologie entwickelt werden und sich durch die Erkenntnisse der Biologie der Gewebe inspirieren lassen. Dann gehört der Osteopathie die Zukunft, und der Zukunft der Osteopathie obliegt die Ausarbeitung der Aktivitätszustände in einem klinisch handhabbaren Konzept. Osteopathie kann dann zugleich im Strom der medizinischen Wissenschaften schwimmen als auch Strom zu diesem beitragen.

Korrespondenzadresse:

Peter Levin
Praxis für Osteopathie
Zentrum für Interdisziplinäre Therapie (Zenith)
Mittelweg 161
20148 Hamburg
peter.levin@levin-hamburg.de

Literatur

- [1] Canguilhem G. Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie. Suhrkamp: Frankfurt/M; 1979
- [2] Helmsmoortel J, Hirth T, Levin (Wührl) P. Visceral osteopathy: the peritoneal organs. Seattle, Eastland Press; 2010.
- [3] Levin (Wührl) P. Zum Verständnis grundlegender Konzepte bei A.T. Still: form, function, generation, degeneration. DO Dtsch Z Osteopath 2007; 4: 30–32