

Wirbelsäulentherapie nach Dorn

Inhaltsverzeichnis	Seite
Herkunft und Entstehung	1
- Dieter Dorn	1
Multidisziplinäres Bewusstsein	1
Wirkung, Arbeitsweise	2
Auswirkung von Fehlstellungen	2
- Das Hüftgelenk und weitere Gelenke	2
- Das Becken	2
- Die Wirbelsäule	2
- Bezug zwischen Spinalnerv und innerem Organ	3
Ziele und Möglichkeiten der Wirbelsäulentherapie nach Dorn (Indikationen)	4
Häufigkeit und Grenzen der Behandlungen	5
Kontraindikationen	5
Patient, Voraussetzungen	5
Dokumentation der Behandlung	5
Abrechnungsmodus	6
Ausbildung	6
Behandlungsschritte gemäss „Schulbuch“	6
Adressen	14
Homepage	14
Quellenverzeichnis	14

Herkunft

Bereits in der Antike wurden Behandlungen an der Wirbelsäule vorgenommen. Mit dem Untergang der antiken Kulturen verschwand die Rückgratbehandlung für lange Zeit aus der Heilkunde. Doch offensichtlich gab es immer wieder Menschen, die intuitiv Zugang zu Rückgratbehandlungen hatten;

Dieter Dorn hatte durch eigenes Leiden die Wirksamkeit dieser einfachen Methode erlebt. Dieter Dorn ist Besitzer eines Sägewerkes im Allgäu. Eines Tages bekam er einen Hexenschuss und konnte sich vor Schmerz kaum noch bewegen. Er suchte einen 79-jährigen Bauern auf, den er als beschwerdefreier Mensch jahrelang nicht ernst genommen hatte. Was dieser mit seinem Daumendruck an der Wirbelsäule vollzog und dabei erreichte, löste bei Dieter Dorn helle Begeisterung aus; denn er konnte sich wieder frei bewegen und die körperlich nicht gerade schonende Arbeit im Sägewerk sofort wieder aufnehmen. Als Dieter Dorn den Bauern fragte, ob man das lernen könne? Antwortete dieser: „Du brauchst es nicht zu lernen, du kannst es.“ Dieter Dorn hat sich gewundert, doch die Sache hat ihn gereizt.

Aus Neugierde und Mitgefühl hat er angefangen diese Methode in seiner Familie und Nachbarschaft auszuprobieren. Die Erfolge spornten ihn an, sein Wissen zu erweitern und seinem Wahrnehmungsvermögen, seiner Intuition zu vertrauen und sie zu stärken. Der Bauer, Josef Müller in Lautrach starb schon bald darauf, deshalb entwickelte Dieter Dorn die Methode völlig aus sich heraus. So wurde Dr. med. Hansen auf Dieter Dorn aufmerksam. Dr. Hansen war so begeistert von der Wirksamkeit dieser Methode, dass er für Dieter Dorn Seminare organisierte.

Multidisziplinäres Bewusstsein

In Zusammenarbeit mit Ärzten, Angehörigen anderer Heilberufe, der Pflege- und Erziehungsberufe, Krankenkassen, werden die Wirbelsäulentherapeuten nach Dorn aktiv.

Wirkung, Arbeitsweise

Mit der Dornmethode wird zunächst die Basis für eine gerade Wirbelsäule gelegt, indem die grossen Beingelenke getestet und gegebenenfalls korrigiert werden. Stimmt die Basis, werden das Becken und die einzelnen Wirbelkörper in ihre richtige Position gerückt. Während der Patient Beine oder Arme bewegt, drückt der Therapeut verschobene Wirbel in die korrekte Stellung zurück. D.h. Korrekturen erfolgen nur in der Dynamik und keinesfalls in der Statik. Dadurch kommt es bei der Dornmethode zu keiner Überdehnung von Sehnen und Bändern. Letztere werden durch **Selbsthilfeübungen** sogar gefestigt.

Auswirkungen von Fehlstellungen

Das Hüftgelenk

Langzeitschäden der Wirbelsäule entstehen durch eine chronische Beinverlängerung durch eine Hüftsubluxation. Dabei wird der Hüftgelenkskopf etwas aus dem Gelenk herausgezogen und verkantet danach mit dem Hüftgelenkskopf am Pfannendach. Das bedeutet praktisch, dass der knöcherne Pfannendacherker mit seiner doch recht scharfen Kante dauernd auf den Knorpel des Hüftgelenk Kopfes drückt.

Beim Stehen und Gehen entsteht durch das auf den Hüften lastende Körpergewicht ein sehr hoher Druck auf den Hüftgelenkskopf. Durch diesen Druck kommt es zu einer Entzündung, die natürlich im Laufe der Zeit zu einer Schädigung des Gelenkknorpels führt. Dieser Faktor ist sicherlich im Wesentlichen für eine Arthroseentstehung verantwortlich.

Bei einer rechtzeitigen Therapie von Hüft und Kreuzbeinsubluxationen mittels der Wirbelsäulenthherapie nach Dorn könnten Hüftoperationen grundsätzlich vermieden werden. Dies gilt auch für Kniegelenke und Wirbelsäulenoperationen.

Das Becken

Der Dorntherapeut konzentriert sich auf die Stellung der Darmbeine zum Kreuzbein. Die Darmbeine können beide nach vorne oder nach hinten kippen, was zu einem Hohlkreuz oder zu einer steilgestellten Lendenwirbelsäule führt. Dies wird z.B. durch den Zug des M. Iliopsoas hervorgerufen.

Die Wirbelsäule

Die Wirbelsäule besteht aus insgesamt 24 echten Wirbeln: 5 Lenden-, 12 Brust- und 7 Halswirbel. Der Aufbau ist notwendig, um einerseits eine stabile Basis für den Kopf und die oberen Körperpartien zu gewährleisten, andererseits aber auch um die Beweglichkeit zu ermöglichen. Neben der Beugung nach vorne (Anteflexion), der Streckung nach hinten (Dorsalflexion) und der Beugung zur Seite (Lateralflexion), besitzt die Wirbelsäule auch die Fähigkeit, sich um die eigene Achse zu drehen (Rotation). Die hohe Beweglichkeit wird durch die Gelenke der Wirbelkörper, die Bandscheiben und Bänder erreicht. Die Wirbelsäule ist kein gerader Stab, sondern ist zweimal S-förmig gebogen, um Stösse besser abfedern zu können. Sie teilt den Rumpf, von vorne oder hinten gesehen, in zwei symmetrische Hälften. Eine seitliche Verbiegung mehrerer Wirbel (Skoliose) ist immer ein krankhafter Prozess und bedarf der Behandlung. Aber auch bereits die Verschiebung eines einzelnen Wirbels kann zu Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen führen.

Durch eine ausgeprägte **Skoliose** verformen und verschieben sich die Rippen zum sog. Rippenbuckel. Dies kann Auswirkungen auf Lunge, Leber, Magen und in schweren Fällen auf das Herz haben. Mit einer konsequenten Behandlung und mit Selbsthilfeübungen über Jahre hinweg, lässt sich diese Deformierung deutlich reduzieren.

Die Ursache vieler organischer Störungen ist eine Spinalnervenstörung, deren Auslöser wiederum Gelenkschäden und Blockierungen oder Skoliosen der Wirbelsäule sind.

Bezug zwischen Spinalnerv und innerem Organ

Der bekannteste und Grösste Ast des Rückenmarks ist der Ramus ventralis, der in den Körper zieht und für die Bewegung und die Gefühlsempfindungen verantwortlich ist. Der Ramus dorsalis innerviert die Rückenmuskulatur. Ein weiterer Ast, der vom Hauptnerv abzweigt, ist der Ramus communicans, der nach seiner Verschaltung im segmental gegliederten Grenzstrangganglion als Nervus splanchnicus zu den inneren Organen zieht und diese innerviert.

Die Ramii ventralis und dorsalis machen sich durch körperliche Beschwerden wie z.B. Schmerzsyndrome bemerkbar, die man häufig leicht als wirbelsäulenabhängig zuordnen kann. Nicht so bei den Ramii communicans, deren Einklemmung bei Blockierungen und Skoliosen der Wirbelsäule keine akuten Schmerzen, sondern lediglich organische, anfänglich harmlose Funktionsstörungen macht, welche aber den Boden für das Auftreten späterer Erkrankungen bereitet. Die Blut und Organuntersuchungen bringen dabei, aus leicht ersichtlichen Gründen, keine Befunde.

Wenn man den Ramus communicans betrachtet, sieht man, dass er von seiner Abzweigung vom Hauptast des Spinalnervs zu einem Gebilde zieht, das man Grenzstrangganglion nennt. Diese Grenzstrangganglien sind ebenso wie das Rückenmark segmental gegliedert und von oben nach unten miteinander verbunden. Das Grenzstrangganglion ist eine Verschaltungsstelle zwischen Rückenmark und Spinalnerv mit dem unbewussten, nicht der willentlichen Kontrolle unterworfenen, autonomen Nervensystem, dem Sympatikus. Der Sympatikus, ebenso wie sein Gegenspieler, der Nervus vagus, der auch zum autonomen Nervensystem gehört, wird stark durch unseren seelischen Zustand gesteuert. Vereinfacht ausgedrückt laufen über den Grenzstrang positive und negative Impulse.

Wenn der Ramus communicans durch eine Blockierung gestört, zusätzlich durch eine negative Grenzstranginformation verstärkt wird und dann das Organ erreicht, so treten eben in diesem Organ Veränderungen im Sinne von Funktionsstörungen auf, die das Entstehen einer Krankheit ermöglichen. Solche Veränderungen sind vor allem Störungen der örtlichen Durchblutung und Immunlage. Diese Faktoren sind hauptsächlich dafür verantwortlich, dass sich Infektionen, durch Viren oder Bakterien hervorgerufen, in diesem betroffenen Organ festsetzen und zu einer Krankheit führen können.

Eine Veränderung der normalen Innervation hat neben der örtlichen Immunsituation gleichzeitig auch eine Änderung der Durchblutungsverhältnisse zur Folge. Durch die Störung der örtlichen Immunlage und die schlechte Sauerstoffversorgung des Organs können sich nicht nur virale oder bakterielle Infektionen festsetzen, sondern es können auch Prozesse eingeleitet werden, die sich wiederum im Immunsystem abspielen und die man Autoimmunerkrankungen nennt. D.h. der Körper kann körpereigenes Eiweiss, welches normalerweise vom Immunsystem toleriert wird, nicht mehr als eigen erkennen. Er bildet Abwehrstoffe, die wiederum einen Entzündungsprozess in Gang setzen, der letztlich auf das ganze menschliche Immunsystem übergreifen kann.

Das beste Beispiel dafür ist der Herpes zoster (Gürtelrose). Die Gürtelrose ist eine Virusinfektion, eine Zweitinfektion mit dem Windpockenerreger bei Teilimmunität. Sie ist durch zwei Krankheitserscheinungen im Wesentlichen charakterisiert. Die Gürtelrose breitet sich im Bereich eines oder mehrerer benachbarten Spinalnerven aus, in der Regel auf eine Körperhälfte beschränkt, die auch nach dem Abklingen der akuten Infektion noch lange bestehen bleiben können oder gar chronifizieren.

Die Ursache aber, warum der eine Patient den Zoster im Brustbereich und der andere ihn im Bereich des Unterkörpers bekommt, liegt in der Wirbelsäule begründet. Die Infektion setzt sich immer an einem Spinalnerv eines stark blockierten Wirbelkörpers fest. Hierin ist auch der Grund zu sehen, warum viele Patienten einen starken Nervenschmerz zurückbehalten, auch wenn die Infektion schon abgeklungen ist. Der Zosterschmerz ist immer, neben der akuten Entzündung, die nach einigen Tagen abheilt, ein durch Wirbelblockierung ausgelöster Spinalnervenschmerz. Chronische Zosterschmerzen sind ein sehr dankbares Gebiet der Wirbelsäulentherapie nach Dorn. Jeder Wirbel hat seine Bezugsorgane mit spezifischen Erkrankungen.

Ziele und Möglichkeiten der Wirbelsäulentherapie nach Dorn

Indikationen

- „Einschlafen“ von Fingern, Händen und Armen
- Allergien, Akne
- Arthritis, Arthrose
- Bandscheibenbeschwerden
- Beinlängendifferenzen
- Chronische Erkrankungen der Wirbelsäule **Spondylolisthesis** (Wirbelgleiten) Dabei handelt es sich um eine angeborene oder erworbene degenerative entzündliche Erkrankung der Wirbelbögen. Es kommt zu einem Verschleiss der kleinen Wirbelgelenke. Dadurch verlieren einzelne Wirbel ihren Halt und rutschen aus ihrer normalen Position nach ventral (bauchwärts). Meistens sind der 5. und 4. LW betroffen. In leichten Stadien ist eine Behandlung nach Dorn möglich. Die übliche Vorgehensweise sollte etwas verändert werden. Die verschobenen Wirbel selbst werden vorsichtig nur mit flächigem Arbeiten korrigiert. Das Becken und die darüber liegenden Wirbel werden wie üblich ausgerichtet. Der Behandlungszeitraum erstreckt sich meist über sechs Monate bis zu einem Jahr. **Morbus Bechterew** ist eine chronisch entzündliche, rheumatische Erkrankung des Achsenskelettes. Die Symptome beginnen mit einer morgendlichen Steifigkeit der Wirbelsäule, wobei davon auch Gelenke betroffen sein können. Im Endstadium kommt es zur völligen Versteifung der Wirbelsäule. Die manuelle Therapie nach Dorn bringt dem Patienten mehr Beweglichkeit und verschafft ihm spürbare Erleichterung.
- **Morbus Scheuermann** ist die häufigste Wirbelsäulenerkrankung im Jugendalter. Es kommt laut Scheuermann zur Kyphosestellung (Krümmung der BWS nach hinten – „Buckel“) durch Keilwirbel infolge aseptischer Knochennekrosen. Der Befund muss röntgenologisch erhoben werden.
- Fraktur; Nach einem Unfall sollte vor der Behandlung mit Dorn die vollständige unfallchirurgische Diagnostik durch den Arzt durchgeführt werden, um Wirbelfrakturen oder Rippenbrüche auszuschliessen. Nach der Ausheilung der Knochenbrüche kann ohne weiteres mit den gängigen Methoden behandelt werden.
- Hexenschuss, akut (Die Behandlung wird auf schmerzlindernde Weise angepasst.)
- HWS-Syndrom; Zum akuten Halswirbelsäulenschleudertrauma kommt es in erster Linie durch Auffahrunfälle. Dabei kommt es meist zu Beeinträchtigungen des 4., 5., und 6. Halswirbels. Nach röntgenologischer Abklärung ist eine Dornbehandlung nach zwei bis drei Tagen möglich. Wenn der Patient eine Unterstützung der Nackenmuskulatur benötigt, ist eine Krawatte angebracht. Länger als eine Woche sollte diese Unterstützung nicht andauern, da es sonst zu einer Schwächung der Halsmuskulatur und damit zu länger anhaltenden Beschwerden kommen kann.
- Kinder können ab dem Alter von zwei bis drei Jahren mit der Dornmethode am Rücken behandelt werden. Dazu schwingt ein Elternteil mit dem Kind die entsprechende Extremität. Das Einrichten der grossen Beingelenke ist auch vorher möglich.
- KISS-Syndrom (Kopfgelenks-Induzierte Symmetrie-Störung) Bei der Geburt wird häufig der erste Halswirbel des Neugeborenen verschoben. Dies führt zu den typischen Beschwerden. Die Kinder liegen S-förmig in ihrem Bettchen, schreien mehr und sind sehr unruhig. Im Spätstadium entwickeln sie häufig einen Schiefhals und leiden unter einer Gesichtsasymmetrie. Beginnen sie zu laufen, kann ein Beckenschiefstand mit seinen Folgen beobachtet werden. Die Kleinkinder laufen zudem oft auf den Zehenspitzen. Diese Kinder sollten so früh wie möglich behandelt werden. Vor allem sind die Stellung des Atlas und die Schädelknochen zu korrigieren. Kontrollen sind immer nach einem Wachstumsschub empfehlenswert.
- Kontusionen (Prellungen) Die Dorntherapie ist bei Brust- und Rippenprellungen erst nach Frakturausschluss und nach einer Wartezeit von drei bis sieben Tagen indiziert, führen dann aber zur schnellen Symptomverminderung. Das Steissbein kann nach Frakturausschluss unbedenklich über das Kreuzbein korrigiert werden.
- Kopfschmerzen
- längere Zahnbehandlungen

- Luxation (Verrenkung) Man unterscheidet die Subluxation (unvollständige Verrenkung, wobei die Gelenkflächen z. T. in Berührung bleiben) von der Luxation (Gelenkverletzung mit vollständiger Trennung der Gelenkflächen). Die Subluxation kann gut nach Dorn behandelt werden.
- Migräne
- Verstauchungen, Zerrungen
- U.v.m.

Häufigkeit und Grenzen der Behandlungen

Zur Vorsorge von Rückenschmerzen ist eine Behandlung ein bis zweimal pro Jahr sinnvoll. Im Akutstadium kann der Rücken öfter eingerichtet werden. Bis zu dreimal pro Woche, um die Wirbelmuskulatur an die richtige Position zu gewöhnen und die Schmerzen schneller zu beheben. Im chronischen Verlauf, insbesondere bei Skoliosen, sollten mindestens drei bis vier Wochen zwischen den Behandlungen liegen, damit der Körper Zeit hat, sich an die Umstellung zu gewöhnen.

Treten nach drei bis fünf Behandlungen keine wesentlichen Besserungen ein, schickt der Dorntherapeut den Patienten zu weiteren Abklärungen zum Arzt.

Kontraindikationen

Die Dornmethode ist eine schonende Therapie. Trotzdem sollte bei folgenden Erkrankungen eine Behandlung unterbleiben:

- nach Unfällen, bevor nicht zweifelsfrei feststeht, dass keine Frakturen bestehen.
- Bei akuten Entzündungsprozessen im Körper, da der Organismus auf die Behandlung zusätzlich mit einem erhöhten Stoffwechsel reagieren würde.
- Bei Tumorpatienten vor allem bei Knochenkrebs oder bei Knochenmetastasen.
- Bei allen psychischen Erkrankungen im akuten Schub.
- Bei schwerer Osteoporose

Patient, Voraussetzungen

Um eine dauerhaft erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen, muss der Patient mehrere Voraussetzungen erfüllen.

Er sollte

- aus eigenem Antrieb zur Therapie kommen
- bereit sein, Selbsthilfeübungen durchzuführen
- schädigende Arbeitshaltungen verändern
- bereit sein, ausgelöste Emotionen wahrzunehmen und zu bearbeiten
- nach der Behandlung genügend trinken und Ruhe einhalten.
- Ausreichend Schlafen und sich erholen
- Genügend Bewegung an frischer Luft
- vitalstoffreiche Vollwertkost in genügender Menge
- Psychohygiene
- Sich ein- bis zweimal jährlich nach Dorn vorsorglich behandeln lassen.

Die Dornmethode ist auf die aktive Mitarbeit der Patienten ausgerichtet; dauerhafte Erfolge sind davon abhängig.

Dokumentation der Behandlung

Professionelle Therapeuten dokumentieren nach dem klassischen Schema:

- Anamnese mit aktueller Symptomatik, Unfälle, chronische Erkrankungen
- Vorbehandelnde Ärzte, Heilpraktiker etc.
- Röntgen-CT-MRT-Aufnahmen
- Diagnosen und Befunderhebung
- Therapien (medikamentöse Verordnung z.B. Schüssler-Salze, Homöopathie etc. in Zusammenarbeit mit einem Heilpraktiker oder Arzt)
- Verlaufsbericht bei Folgebehandlungen

Abrechnungsmodus

Zurzeit meistens Barzahlung entsprechend dem Zeitaufwand. Dieser Beruf (diese Methode) ist in der Schweiz leider noch nicht reglementiert.

Die Ausbildung gliedert sich auf in den Grundkurs von 1-2 Tagen und die Weiterbildung von 1-2 Tagen.

Der Besuch von ERFA-Gruppen wird Therapeuten empfohlen und soll für Kassenanerkannte Therapeuten Vorschrift werden.

Der Anwender braucht Talent um diese Methode erfolgreich anwenden zu können. Dieses Talent bezieht sich insbesondere auf die Wahrnehmung der Statik und das Fingerspitzengefühl.

Die einzelnen Interventionen werden im Folgenden erklärt und erläutert:

Der Ablauf der Behandlung (Behandlungsschritte gemäss „Schulbuch“)

Die Kontrolle der Beinlängen

Ausgangsstellung:

Der Patient liegt auf dem Rücken, seine Beine sind gestreckt. Der Therapeut steht an den Füßen des Patienten und umfasst beide Aussenknöchel.

Das Anheben der Beine:

Die Beine werden während des Anhebens zunächst gespreizt (abduziert) bis die Beine zu etwa 35 Grad in der Hüfte gebeugt sind. Im Weiteren Verlauf werden sie wieder zusammengeführt (adduziert) bis die Beugung in der Hüfte etwa 70 bis 90 Grad beträgt. Dies erfolgt in einer fließenden, harmonischen Bewegung und ist nach kinästhetischen Gesichtspunkten für den Patienten angenehmer und für den Therapeuten leichter durchzuführen.

Hinweis: Bei Patienten mit Bandscheibenbeschwerden können die Beine oft nur bis auf 30 Grad angehoben werden.

Der Druck auf die Mitte der Fersen

Mit den Fingern drückt der Therapeut fest auf die Mitte der Fersen. Dadurch werden die Gelenke „verriegelt“ und stehen stabil in ihrer Grundposition. Ohne den Druck auf die Fersen zu reduzieren, können die Beinlängen jetzt genau verglichen werden. Der Therapeut achtet darauf, dass der Winkel des Fusses zum Unterschenkel etwa 70 bis 80 Grad beträgt und dass die Füße an Zehen und Ferse im gleichen Abstand zueinander stehen. (Wird auch mit Schuhen an den Füßen durchgeführt.)

Diagnostik und Korrektur der Beinlängendifferenz

Eine Beinlängendifferenz erkennt der Therapeut durch den Vergleich beider Beine. Er konzentriert sich nur auf den Fersenbereich. Zur besseren Beurteilung, aber auch damit der Patient selbst die Beinlängendifferenz besser erkennen kann, können die ausgestreckten Beine in eine Aussenrotation gebracht werden. Am häufigsten diagnostiziert man Abweichungen von 1 ½ bis zwei Zentimetern. Eine Differenz von vier Zentimetern und mehr ist durchaus möglich. Ist ein Bein länger als das andere, liegt dies meist an einer „Subluxation“ (unvollständige Verrenkung) in einem der grossen Beingelenke. Um die Ursache herauszufinden, behandelt der Therapeut zunächst alle grossen Beingelenke des längeren Beines. Die unten aufgeführte Reihenfolge Sprung-, Knie-, Hüftgelenk ist nicht bindend. Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben zugleich diagnostische und therapeutische Massnahmen. Ergibt die Untersuchung, dass der Patient subluxierte Gelenke hat, ist es wichtig, ihm die entsprechenden Selbsthilfeübungen zur dauerhaften Stabilisierung der Gelenke zu zeigen.

Sprunggelenk

Der Therapeut steht an den Füßen des Patienten und hebt ein Bein leicht an. Er bringt den Fuss in eine Aussenrotation und beugt ihn in Richtung Fussrücken (Dorsalflexion). Anschliessend übt er Druck auf die Mitte der Ferse aus. Dabei streckt er den Fuss so, dass die Zehen nach unten zeigen (Plantarflexion). Anschliessend bewegt er den Fuss in eine Innenrotation und bringt ihn wiederum in eine Dorsalflexion. Er drückt auf die Mitte der Ferse, bis sich der Fuss in einer Plantarflexion befindet.

Kontrolle der Beinlänge, Beurteilung:

Die Beinlängen sind ausgeglichen: Es handelt sich um eine Fehlstellung im behandelten Sprunggelenk. Dennoch sind immer Knie und Hüfte des gleichen Beines zu kontrollieren.

Das Bein ist immer noch länger: Die Ursache befindet sich im Bereich des Knie- oder Hüftgelenks.

Das Bein ist kürzer: Neben der Fehlstellung im behandelten Sprunggelenk ist mit einem subluxierten Gelenk am anderen Bein zu rechnen.

Kniegelenk

Der Therapeut steht neben dem liegenden Patienten auf der zu behandelnden Seite. Er beugt das Bein im Hüft- und Kniegelenk. Idealerweise jeweils bis 90 Grad. Er fasst den Unterschenkel am oberen (proximalen) Teil der Wade und übt Druck nach unten (distal) aus. (Alexander Holleis empfiehlt dabei gleichzeitig das Wadenbein zu fixieren.)

Kontrolle der Beinlänge, Beurteilung:

Die Beinlängen sind ausgeglichen: Es handelt sich um eine Fehlstellung im behandelten Kniegelenk. Dennoch die Hüfte des gleichen Beines überprüfen!

Das Bein ist länger: Die Ursache liegt im Bereich des Hüftgelenks.

Das Bein ist kürzer: Neben der Fehlstellung im behandelten Kniegelenk ist mit einem subluxierten Gelenk am anderen Bein zu rechnen.

Hüftgelenk

Der Therapeut beugt das Bein in der Hüfte und im Knie, soweit dies möglich ist, bis auf 90 Grad. Er fasst das Bein unterhalb des Knies und am Sprunggelenk. Der Patient fasst mit einer Hand den Oberschenkel etwa eine Handbreit unterhalb des Sitzbeinhöckers. Er übt einen festen Zug in Richtung Körper aus und hält diesen solange bis der Therapeut das gestreckte Bein auf der Unterlage abgelegt hat.

Kontrolle der Beinlänge, Beurteilung

Die Beinlängen sind ausgeglichen: Es handelt sich um eine Fehlstellung des behandelten Hüftgelenks.

Das Bein ist kürzer: Neben der Fehlstellung im behandelten Hüftgelenk ist mit einem subluxierten Gelenk am anderen Bein zu rechnen.

Die Beinlänge ist unverändert: Aller Voraussicht nach konnte die Hüfte mit dieser Massnahme nicht korrigiert werden.

Diese Ausführungen zeigen die Grundschrirte der Untersuchung und der Behandlung auf. Natürlich gibt es ergänzende Griffe und unzählige Variationen.

Das Becken

Das Becken wird aus ringförmig angeordneten Knochen gebildet. Es besteht aus jeweils zwei Hüftbeinen (Ossa coxae) sowie dem Kreuzbein (Os sacrum). Ein Hüftbein besteht aus drei Teilen: Dem Schambein (Os pubis), dem Darmbein (Os ilium) und dem Sitzbein (Os ischii). Die Hüft- und Kreuzbeine sind durch das sogenannte Ileosacralgelenk verbunden, das durch eine straffe Gelenkkapsel und Bänder nur wenig Bewegungsfreiheit zulässt. Minimale Verschiebungen sind auch im Bereich der Schambeinfuge (Symphyse) möglich.

Der Beckenschiefstand

Der Dorntherapeut konzentriert sich auf die Stellung der Darmbeine zum Kreuzbein. Die Darmbeine können beide nach vorne oder nach hinten kippen, was zu einem Hohlkreuz oder zu einer steilgestellten Lendenwirbelsäule führt. Dies wird z.B. durch den Zug des M. Iliopsoas hervorgerufen.

Diagnostik des Beckenschiefstandes mittels Daumentest

Der Beckenschiefstand kann ertastet werden. Dazu steht der Therapeut hinter dem Patienten und drückt mit beiden Daumen neben die Ileosacralgelenke auf beide Darmbeinschaukeln in Höhe des oberen Kreuzbeinbereiches. Die Daumen müssen in der gleichen horizontalen Ebene liegen. Liegt der rechte Daumen weiter vorne (ventral) als der linke, handelt es sich um einen Beckenschiefstand rechts, d.h. die Darmbeinschaukel ist nach rechts vorne verschoben. Bei der Diagnostik per Sichtbefund steht der Therapeut hinter dem Patienten. Er legt beide Daumen, wie oben beschrieben, auf die beiden Darmbeinschaukeln und vergleicht deren Position. Dabei ist es wichtig, dass er von oben auf die Daumen blickt. Beim Hauttest berühren die Daumen die Haut nur ganz leicht. Der Therapeut achtet darauf, dass die Positionen der Daumen seitengleich sind. Wenn der Patient sich nun langsam nach vorne neigt, werden die Daumen von der Haut mitgezogen. Rückt ein Daumen weiter nach oben (cranial), liegt auf dieser Seite immer eine Verschiebung des Ileosakralgelenks nach vorne (ventral) vor.

Korrektur des Beckenschiefstandes (am Beispiel Beckenschiefstand rechts):

Der Klient steht auf dem linken Bein. Die rechte Hand des Therapeuten liegt auf dem rechten vorderen oberen Darmbeinstachel. Die linke Hand auf dem linken hinteren oberen Darmbeinstachel. Der Klient schwingt mit dem rechten Bein. In dem Moment, in dem das Bein nach hinten schwingt, zieht der Therapeut seine rechte Hand nach hinten (dorsal) in Richtung Kreuzbein. Die linke Hand bildet einen Gegendruck, indem sie gleichzeitig nach vorne (ventral) schiebt. Die Behandlung wird solange durchgeführt bis sich das Gewebe weich und elastisch anfühlt. Kontrolle des Behandlungserfolges mittels Daumentest.

Auch hier entstanden durch die Erfahrungen in der Praxis verschiedene Griffe, um Therapeut und Klient zu schonen.

Das Ausrichten der Ilio-Sacral-Gelenke

Der Therapeut beugt sich hinter den Klienten und umfasst mit der rechten Hand dessen rechten Sitzbeinhöcker. Die linke Hand stabilisiert den linken vorderen Darmbeinstachel. Während der Patient mit dem linken Fuss nach hinten schwingt, hebt der Therapeut den Sitzbeinhöcker des Patienten in Richtung des vorderen oberen Beckenkamms. Diese Korrektur wird etwa fünf bis sechs Mal wiederholt. Das Ausrichten erfolgt nun auf der anderen Seite.

Das Kreuzbein

Das Kreuzbein besteht aus fünf zusammengewachsenen Wirbelknochen. In der Dorntherapie teilen wir das Kreuzbein in drei Abschnitte mit den Bezeichnungen S1, S2 und S3 ein. Es besitzt acht Achsen. Für den Dorntherapeuten sind lediglich drei Achsen von Bedeutung: Die Senkrechte, die Waagrechte und die Diagonale. Verschiebungen und Blockierungen sind in alle Richtungen möglich. Das Steissbein ist die Verlängerung des Kreuzbeines und wird bei Bedarf über das Kreuzbein behandelt.

Diagnostik der Kreuzbeinachsen

Es gibt zwei Möglichkeiten, die Verschiebungen zu erkennen. Entweder mit dem Knochentest (Original nach Dorn) oder mit dem Hauttest (aus der Osteopathie). Die Kontrollpunkte liegen bei beiden Methoden genau an derselben Stelle. Beim Knochentest drückt der Therapeut direkt auf das Kreuzbein und vergleicht die Position seiner Daumen. Liegt ein Daumen weiter ventral als der andere, handelt es sich um eine Verschiebung. Beim Hauttest berühren die Daumen die Haut nur ganz leicht. Der Therapeut achtet darauf, dass die Positionen der Daumen seitengleich sind. Der Patient neigt sich nun langsam nach vorne, die Daumen werden von der Haut mitgezogen. Liegt ein Daumen weiter oben (cranial) als der andere, handelt es sich um eine Verschiebung.

Lokalisation der richtigen Messposition

Der Therapeut beurteilt zunächst den oberen Anteil des Kreuzbeines. Um die korrekten Messpunkte zu finden, schiebt der Therapeut entweder seine Finger vom hinteren oberen Darmbeinstachel etwa drei Finger breit nach innen (medial), oder er orientiert sich an der Mittellinie des Kreuzbeines und wandert mit beiden Daumen über die Sehnen der Rückenstrecker etwa je drei Finger breit nach aussen versetzt (lateral) und zwar knapp über der Analfalte.

Kontrolle der senkrechten und diagonalen Achsen:

Befindet sich das Kreuzbein in der richtigen Position, können weder mit dem Haut- noch mit dem Knochentest Abweichungen festgestellt werden.

Verschiebung der senkrechten Achse:

Knochentest: Der linke Daumen fühlt einen harten Widerstand, der rechte einen weichen Widerstand, sowohl im oberen als auch im unteren Anteil.

Hauttest: Der rechte Daumen liegt im Vergleich zum linken sowohl im oberen als auch im unteren Anteil höher.

Beurteilung:

Verschiebung der senkrechten Achse nach rechts vorne. Etwa 95% aller Fälle haben eine Blockade in diese Richtung.

Korrektur der senkrechten Achse

Der Patient auf dem linken Bein. Die rechte Hand des Therapeuten liegt auf dem rechten vorderen oberen Darmbeinstachel. Die linke Hand auf dem linken oberen Kreuzbeinanteil. Der Patient schwingt mit dem rechten Bein. Im dem Moment, in dem das Bein nach hinten schwingt, zieht der Therapeut den vorderen oberen Darmbeinstachel nach hinten. Die linke Hand drückt den oberen Anteil des Kreuzbeines nach vorne, während der rechte Fuss des Patienten nach hinten schwingt. Anschliessend wandert die linke Hand des Therapeuten in Richtung Steissbein und wieder zurück, um die gesamte Kreuzbeinregion zu behandeln. Die Behandlung so lange wiederholen, bis sich das Gewebe weich und elastisch anfühlt. Abschleissen erfolgt die Kontrolle des Behandlungserfolges mittels Daumen- oder Hauttest.

Verschiebung der diagonalen Achse

Knochentest: Im oberen Bereich fühlt man rechts weniger Widerstand als links. Im unteren Bereich fühlt man links weniger Widerstand als rechts.

Hauttest: Der rechte Daumen liegt am oberen Messpunkt höher als der linke. Der linke Daumen liegt am unteren Messpunkt höher als der rechte.

Beurteilung: Verschiebung der diagonalen Achse im oberen Kreuzbeinanteil nach rechts vorne (anterior, superior) und im unteren Anteil nach links vorne (anterior, inferior).

Korrektur der schrägen Achse

Der Patient steht auf dem linken Bein. Die rechte Hand des Therapeuten liegt auf dem rechten vorderen oberen Darmbeinstachel. Die linke Hand liegt auf dem linken oberen Kreuzbeinanteil. Der Patient schwingt mit dem rechten Bein. In dem Moment, in dem das Bein nach hinten schwingt, zieht der Therapeut mit seiner rechten Hand nach hinten. Die linke Hand drückt den oberen Anteil des Kreuzbeines nach vorne, während der rechte Fuss des Patienten nach hinten schwingt. Die oberen zwei Drittel der Kreuzbeinregion werden so korrigiert. Zur Korrektur des unteren Drittels muss der Klient auf dem rechten Bein stehen und mit dem linken Bein schwingen. Der Therapeut drückt mit dem Handballen auf den rechten unteren Kreuzbeinanteil und zieht mit der linken Hand am vorderen linken oberen Darmbeinstachel nach hinten. Solange wiederholen bis sich das Gewebe weich und elastisch anfühlt. Kontrolle des Behandlungserfolges mittels Daumen- oder Hauttest.

Kontrolle der waagrechten Achse

Die Diagnose einer Verschiebung in der waagrechten Achse kann nur mit dem Knochentest gestellt werden. Beide Daumen drücken knapp über den Grübchen, genau in der Hälfte des Kreuzbeines, jeweils ca. drei Finger breit von der Mittellinie entfernt, auf die Messpunkte. Ist auf beiden Messpunkten ein harter Widerstand zu spüren, handelt es sich um eine Blockierung der waagrechten Achse.

Korrektur der waagrechten Achse

Der Klient steht auf dem linken Bein. Die rechte Hand des Therapeuten liegt auf dem rechten vorderen oberen Darmbeinstachel. Die linke Hand liegt auf dem mittleren Kreuzbeinanteil. Der Klient schwingt mit dem rechten Bein. In dem Moment, in dem das Bein nach hinten schwingt, zieht der Therapeut mit seiner rechten Hand nach hinten. Die linke Hand drückt den mittleren Anteil des Kreuzbeines nach vorne, während der rechte Fuss des Klienten nach hinten schwingt. Zum Abschluss der Korrektur wird die gesamte untere Hälfte nach vorne unten gedrückt. Der Patient schwingt zuerst mit dem rechten und anschließend mit dem linken Fuss. Solange wiederholen bis sich das Gewebe weich und elastisch anfühlt. Kontrolle des Behandlungserfolges mittels Daumentest.

Die Lenden- und Brustwirbelsäule

Die Wirbelsäule besteht aus insgesamt 24 echten Wirbels: 5 Lenden-, 12 Brust- und 7 Halswirbeln. Der Aufbau ist notwendig, um einerseits eine stabile Basis für den Kopf und die oberen Körperpartien zu gewährleisten, andererseits aber auch um die Beweglichkeit zu ermöglichen. Neben der Beugung nach vorne (Anteflexion), der Streckung nach hinten (Dorsalflexion) und der Beugung zur Seite (Lateralflexion), besitzt die Wirbelsäule auch die Fähigkeit, sich um die eigene Achse zu drehen (Rotation). Die hohe Beweglichkeit wird durch die Gelenke der Wirbelkörper, die Bandscheiben und Bänder erreicht. Die Wirbelsäule ist kein gerader Stab, sondern ist zweimal S-förmig gebogen um Stöße besser abfedern zu können. Sie teilt den Rumpf, von vorne oder hinten gesehen, in zwei symmetrische Hälften. Eine seitliche Verbiegung mehrerer Wirbel (Skoliose) ist immer ein krankhafter Prozess und bedarf der Behandlung. Aber auch bereits die Verschiebung eines einzelnen Wirbels kann zu Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen führen.

Diagnostik von Wirbelfehlstellungen

Durch die Berührung von Quer- und Dornfortsätzen kann die Fehlstellung eines Wirbels lokalisiert werden. Ein Wirbel kann nach rechts oder links gedreht sein. Es kommt auch vor, dass der gesamte Wirbelkörper seitlich verlagert liegt (Skoliose). In seltenen Fällen kann es sein, dass der gesamte Wirbel nach vorne oder nach hinten verschoben ist – dies findet man jedoch meist nur im Bereich der oberen Brustwirbel- und der unteren Halswirbelsäule (BW 10 – HW 3).

Der Therapeut steht hinter dem Patienten. Mit wenig Öl reibt er den zu behandelnden Bereich ein. Er beginnt mit der Untersuchung am Übergang vom Kreuzbein zum 5. LW. Dabei ertastet er mit beiden Daumen rechts und links, knapp neben den Dornfortsätzen, die Position der einzelnen Wirbel. Dies erfolgt in einer gleitenden Bewegung von unten nach oben bis etwa zum 7. BW.

Korrektur von Fehlstellungen

Die Behandlung kann mit den Daumen, den Fingerknöcheln oder mit den Handballen durchgeführt werden. Grundsätzlich wird der Wirbel nur in der Dynamik einer Bewegung eingerichtet. Von der Lendenwirbelsäule bis zum BW 8/9 schwingt der Patient während der Behandlung mit dem Bein. Ab BW 7/8 bewegt der sitzende Patient während der Korrektur einen bzw. beide Arme.

Korrektur bei seitlichen Verdrehungen (Torsion) bis zum 8. BW

Beispiel: Ein Querfortsatz steht links zu weit nach hinten: Torsion nach rechts

Der Therapeut steht links neben dem Patienten und umfasst mit seiner linken Hand die rechte Beckenschaukel des Patienten um ihn zu stabilisieren. Der Klient belastet das linke Bein und schwingt aus der Hüfte mit seinem rechten. Der Therapeut drückt den Wirbel am linken Querfortsatz geradeaus nach vorne und zwar immer nur dann, wenn das rechte Bein nach hinten schwingt. Günstiger ist es, nicht nur einen Wirbelkörper, sondern mit einem gleitenden Druck die gesamte Lendenwirbelsäule von unten nach oben zu behandeln.

Hinweis: Bei Osteoporose, bei Klienten mit Blutgerinnungshemmenden Medikamenten und bei Kindern empfiehlt (Doris Böhm, Schwabach) die Behandlung mit dem Handballen durchzuführen. Korrektur bei seitlichen Verbiegungen (Skoliose)

In seltenen Fällen können nur einzelne Wirbel seitlich verschoben sein, obwohl man unter einer klassischen Skoliose immer die seitliche Verschiebung mehrerer Wirbel versteht. Im Bereich der Lendenwirbelsäule findet sich meistens eine Verschiebung nach links, im Bereich der Brustwirbelsäule meist nach rechts. In schweren Fällen kommt es neben der Verschiebung zusätzlich zu einer Verdrehung.

Beispiel: Skoliose LW nach links

Der Therapeut steht links neben dem Patienten und umfasst mit seiner linken Hand die rechte Beckenschaufel des Patienten, um ihn zu stabilisieren. Der Therapeut drückt die einzelnen Wirbel am linken Rand der Dornfortsätze im 45 Grad Winkel nach rechts vorne. Die Korrektur erfolgt immer nur dann, wenn das rechte Bein nach hinten schwingt. Für diese Behandlung werden Daumen oder Massagepilz verwendet.

Nach abgeschlossener Behandlung im LW-Bereich erfolgt eine Behandlung auf der rechten Seite im BW-Bereich. Der Patient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht rechts neben dem Patienten und umfasst mit seiner rechten Hand von vorne die rechte Schulter des Patienten um ihn zu stabilisieren. Der Patient schwingt mit dem linken, ausgestreckten Arm oder er kreist ihn. Der Therapeut drückt die einzelnen Wirbel am rechten Rand der Dornfortsätze im 45 Grad Winkel nach links vorne. Die Korrektur erfolgt immer nur dann, wenn der Patient den linken Arm nach hinten schwingt. Auch für diesen Bereich werden entweder die Daumen oder der Massagepilz verwendet.

Behandlung der Brustkorbdeformierung

Durch eine ausgeprägte Skoliose verformen und verschieben sich die Rippen zum sog. Rippenbuckel. Dies kann Auswirkungen auf Lunge, Leber, Magen und in schweren Fällen auf das Herz haben. Mit einer konsequenten Behandlung und mit Selbsthilfeübungen über Jahre hinweg, lässt sich diese Deformierung deutlich reduzieren.

Beispiel: Deformierung nach rechts

Der Patient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht rechts neben dem Patienten und stabilisiert mit seiner rechten Hand den Brustkorb des Patienten von vorne. Mit der linken Hand streicht er mit Druck über die Rippen im Rückenbereich und zwar von oben nach unten. Der Patient schwingt mit beiden ausgestreckten Armen gegengleich. Die Korrektur erfolgt immer nur dann, wenn der linke Arm nach hinten schwingt. Diese Behandlung wird solange durchgeführt, bis der Therapeut das Gefühl hat, dass im Moment keine Besserung mehr möglich ist oder bis der Patient die Behandlung als unangenehm empfindet. Der Patient erhält eine Anleitung für die tägliche Übung am Türrahmen.

Hinweis: Bei einer erworbenen Skoliose gibt es gute Aussichten für eine vollständige Korrektur. Die erfolgreiche Korrektur einer angeborenen Skoliose ist vom Lebensalter, vom Grad der Brustkorbdeformierung und von der Beschaffenheit der Rumpfmuskulatur abhängig. Dabei kann es helfen, zuerst den Schultergürtel zu korrigieren.

Korrektur bei seitlichen Verdrehungen (Torsion) des 9. BW - 1. BW

Beispiel: Ein Querfortsatz steht rechts zu weit nach hinten: Torsion nach links

Der Klient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht rechts neben dem Klienten und umfasst mit seiner rechten Hand von vorne die rechte Schulter des Klienten um ihn zu stabilisieren. Der Klient schwingt mit dem linken, ausgestreckten Arm. Der Therapeut drückt die einzelnen Wirbel am rechten Rand der Dornfortsätze gerade nach vorne. Die Korrektur erfolgt immer nur dann, wenn der Arm nach hinten schwingt.

Dazu gibt es verschiedene Varianten der physiologischen Bewegung welche die Repositionierung unterstützen.

Korrektur bei Verschiebungen von Brustwirbelkörpern nach hinten (dorsal)

Der Klient sitzt auf einem Hocker und schwingt mit beiden Armen gegengleich. Der Therapeut steht seitlich neben dem Patienten und stabilisiert mit einer Hand die Schulter. Er drückt mit dem Handballen in einer gleitenden Bewegung von oben nach unten (proximal nach distal) die Dornfortsätze nach vorne unten (ventral).

Korrektur bei Verschiebungen von Brustwirbelkörpern nach vorne (ventral)

Der Patient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht hinter dem Patienten und lokalisiert den betroffenen Wirbel. Er sucht die Querfortsätze des darüber- und des darunterliegenden Wirbels. Der Therapeut versucht die Wirbel auseinander zu ziehen (den oberen Wirbel nach proximal, den Unteren nach distal), um Platz für den betroffenen Wirbel zu schaffen. Der Patient schwingt dabei mit beiden Armen gegengleich. Er wird aufgefordert, mehrmals einen Katzenbuckel zu machen.

Die Halswirbelsäule

Diagnose

Zur Untersuchung der Halswirbelsäule neigt der Klient seinen Kopf leicht nach vorne. Auf diese Weise kann der Therapeut die Dornfortsätze ertasten. Nun bewegt der die Daumen etwa drei Finger breit nach aussen (lateral), über den M. trapezius, um auf die Querfortsätze der Halswirbel zu kommen. Man beginnt immer mit dem 7. Halswirbel und gleitet die Querfortsätze entlang bis zum Atlas nach oben. Dabei folgen die Daumen dem Rand des M. trapezius. Am Ende liegen die Daumen auf den Querfortsätzen des 1. Halswirbels, direkt hinter den Ohrmuscheln.

Korrektur bei Torsionen

Beispiel: Der Querfortsatz eines Halswirbels zeigt nach links hinten: Torsion rechts

Der Therapeut steht links neben dem Patienten. Der Patient neigt seinen Kopf nach links und nach hinten soweit es ihm möglich ist. Der Therapeut legt beide Daumen übereinander und gleitet an den linken Querfortsätzen hoch. Er beginnt beim 7. und endet am 1. HW. Der Patient bewegt dabei den Kopf minimal nach rechts und links (Kopf schütteln). Die Behandlung wird solange durchgeführt, bis sich das Gewebe elastisch anfühlt. Oft verspürt der Patient unmittelbar nach der erfolgreichen Therapie eine Schmerzerleichterung. Um die Muskulatur der Gegenseite ebenfalls zu lockern, wird diese auch behandelt. Dazu neigt der Patient den Kopf auf die rechte Seite. Auch dazu haben innovative Therapeuten verschiedene Griffe entwickelt und weitere Möglichkeiten, wie die Muskulatur durch physiologische Bewegungsabläufe die Reposition ermöglicht.

Korrektur der Gelenke der oberen Extremitäten

Das Schultergelenk

Diagnostik und Therapie

Der Patient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht seitlich hinter dem Klienten. Er umfasst mit einer Hand das Schultergelenk, die freie Hand hält das Handgelenk. Der Patient hebt den Arm bis er sich in einer 90 Grad Stellung zum Rumpf befindet. Während der Patient den Arm senkt, drückt der Therapeut das Schultergelenk in Richtung Rumpf. Diese Massnahme zwei- bis dreimal wiederholen.

Beurteilung: Falls bei dieser Bewegung ein leichtes „Knacken“ zu hören war, kann man davon ausgehen, dass die Schulter subluxiert war. In diesem Fall muss der Patient eine längere Zeit die entsprechende Selbsthilfeübung durchführen.

Das Ellenbogengelenk

Diagnostik und Therapie

Der Patient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht neben dem Patienten. Er umfasst mit einer Hand von hinten den Ellenbogen, die freie Hand hält das Handgelenk. Der Patient hebt den Unterarm, bis dieser sich in einer 90 Grad Stellung zum Oberarm befindet. Während der Patient den Arm streckt, drückt der Therapeut auf das Ellenbogengelenk. Diese Massnahme zwei- bis dreimal wiederholen.

Beurteilung: Falls bei dieser Bewegung ein leichtes „Knacken“ zu hören war, kann man davon ausgehen, dass das Ellbogengelenk subluxiert war. In diesem Fall muss der Patient eine längere Zeit die entsprechende Selbsthilfeübung durchführen.

Das Handgelenk

Diagnostik und Therapie

Der Patient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht neben dem Patienten. Er umfasst mit einer Hand den Unterarm, die freie Hand fixiert die Mittelhandknochen. Der Therapeut beugt das Handgelenk in Richtung der Handfläche (Supination) bis es sich fast in einer 90 Grad Stellung zum Unterarm befindet. Während der Therapeut das Handgelenk in die physiologische Mittelstellung (Null-Stellung) bringt und den Arm streckt, übt er einen leichten Druck in Richtung des Handgelenkes aus. Diese Massnahme zwei- bis dreimal wiederholen.

Beurteilung: Falls bei dieser Bewegung ein leichtes „Knacken“ zu hören war, kann man davon ausgehen, dass das Handgelenk subluxiert war. In diesem Fall muss der Patient eine längere Zeit die entsprechende Selbsthilfeübung durchführen.

Die Fingergelenke

Diagnostik und Therapie

Zunächst werden die Längen der Finger mit einem Kugelschreiber am Nebenfinger markiert. Der Therapeut fasst mit Daumen und Zeigefinger die Fingergrundphalanx. Die freie Hand fixiert die Mittelhand. Der Therapeut beugt den Finger in Richtung der Handfläche, bis er sich in einer 90 Grad Stellung zur Mittelhand befindet. Während der Therapeut den Finger in die physiologische Mittelstellung (Null-Stellung) bringt, übt er einen leichten Druck in Richtung der Mittelhand aus. Beurteilung: Das Fingergrundgelenk ist subluxiert, wenn eine Differenz zur vorherigen Markierung besteht. Selbsthilfeübung entsprechend empfehlen. Auf diese Weise können alle Fingergelenke überprüft und korrigiert werden. Dabei ist zu beachten, dass jeweils die benachbarten Knochen des zu behandelnden Gelenkes fixiert werden.

Die **Zehen** können genauso behandelt werden.

Besonderheiten zum Daumengrundgelenk

Im Gegensatz zu den Scharniergelenken der Finger und Zehen, ist das Daumengrundgelenk ein Sattelgelenk.

Diagnostik und Therapie

Zunächst wird die Länge des Daumens mit einem Kugelschreiber am Zeigefinger markiert. Dabei wird die Hand und der Daumen gestreckt. Der Daumen wird an den Zeigefinger geführt. Der Therapeut fasst mit Daumen und Zeigefinger die Daumengrundphalanx knapp unterhalb des Sattelgelenks. Die freie Hand fixiert die Mittelhand. Der Therapeut beugt den Daumen in Richtung der Handfläche, bis er sich über der physiologischen „Greifstellung“ befindet. Während der Therapeut den Daumen in die physiologische Mittelstellung (Null-Stellung) bringt, übt er einen leichten Druck in Richtung der Mittelhand aus.

Beurteilung: Das Daumengrundgelenk ist subluxiert, wenn eine Differenz zur vorherigen Markierung besteht. Die Scharniergelenke des Daumens werden wie die Fingergelenke behandelt.

Das Kiefergelenk

Diagnostik

Der Klient sitzt auf einem Hocker. Der Therapeut steht hinter dem Klienten. Er tastet auf beiden Seiten die Kiefergelenke ab und überprüft deren Stellung bei geschlossenem und anschliessend bei geöffnetem Mund. Anschliessend wird der Klient aufgefordert, den Mund wiederholt zu öffnen und zu schliessen.

Beurteilung: Gut funktionierende Kiefergelenke lassen sich wie folgt beschreiben: Die Kiefergelenke befinden sich auf derselben Höhe. Beim Öffnen und Schliessen sind keine Geräusche zu vernehmen. Die Bewegung ist beidseits harmonisch, ohne Verzögerung und Verschiebungen. Die Bewegungen sind schmerzfrei.

Therapie: Der Therapeut steht hinter dem Patienten. Er fasst mit beiden Händen an den Unterkiefer. Der Patient öffnet den Mund. Beim Schliessen des Mundes schiebt der Therapeut mit beiden Handballen die Unterkiefer in Richtung der Kiefergelenke. Der ausgeübte Druck ist dabei sehr sanft. Diese Massnahme zwei- bis dreimal wiederholen.

Hinweis: Der Patient soll die Selbsthilfeübung für subluzierte Kiefergelenke immer nach dem Essen durchführen.

Diese Übung ist für alle Menschen nach längerer Zahnbehandlung ratsam.

Adressen

- ERFA-Gruppe Utzistorf, Marlise Brunner, Kieswerkstr. 58, 3427 Utzensdorf
- ERFA-Gruppe St. Gallen, Luzia Osterwalder, Tambourenstrasse 5, 9000 St. Gallen

Homepage www.dorn-schweiz.ch

Quellenverzeichnis

- Wunder dauern etwas länger, Dr. med. Michael Graulich
- Dorn und Dorsana, Doris Böhm, Schwabach