

Gamal Raslan

Der sanfte Weg zur Mitte:

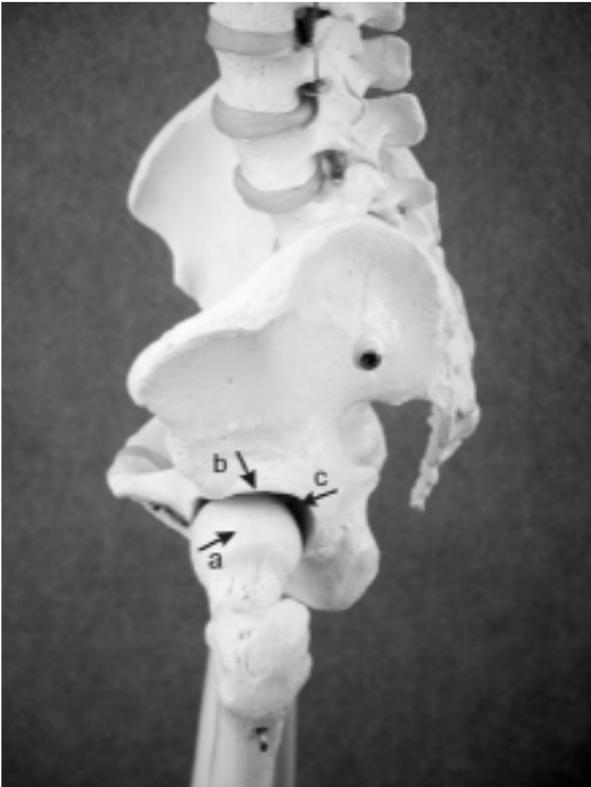
Die Dorn-Methode



2. Beckenschiefstand / Beinlängendifferenz

Anatomie

Das Becken hat als Basis der Wirbelsäule und als Verbindungsglied zwischen Rumpf und Beinen eine besondere Bedeutung. Die Beckenstellung beeinflusst wesentlich die Form der Wirbelsäule. Die richtige Balance sowohl des Beckens als auch die das Becken stabilisierende Muskulatur ist die Grundlage für die aufrechte Körperhaltung. Ist der Hüftgelenkspalt vergrößert, kommt es zu einer Beinlängendifferenz. Der Beckenring besteht aus mehreren Teilen, dem Hüftbein und dem Kreuzbein (Os sacrum). Das Hüftbein seinerseits wird durch das Darmbein (Os ilium), das Sitzbein (Os ischii) und das Schambein gebildet. Vorne wird der Beckenring durch die Schamfuge (Symphyse) geschlossen.



(Abb. 2)
a: Hüftkopf
b: Hüftpfanne
c: Gelenkspalt

Ursachen – Zusammenhänge

Geschichten aus dem Alltag:

Ein Patient bekommt die Diagnose „unterschiedliche Beinlänge“ gestellt und wird dann ins Orthopädiegeschäft geschickt, um sich dort Einlagen zu besorgen, um diese Differenz auszugleichen. Dies wird auch meist anstandslos getan, da man ja um eine weite Verbreitung dieses Leidens weiß und einem aus fachmännischen Kreisen bestätigt wurde, dass man in solchen Fällen nichts anderes machen könne.

Stimmt, Beinlängendifferenzen gibt es zuhauf.

Aber man kann etwas dagegen tun, denn 98 % der Beinlängendifferenzen sind funktionell. Ca. 90 % dieser Verschiebungen gehen vom Hüftgelenk aus, die restlichen 10 % entstehen durch Kreuzbein-, Kniegelenk- oder Sprunggelenksblockaden. Nur 2 % haben anatomische Ursachen wie Unfälle, Probleme vor der Geburt durch Infektionen (die jedoch äußerst selten auftreten), oder Knochen sind nach Traumen, wie z.B. Brüchen, falsch zusammengewachsen. Auch bei genagelten Brüchen oder nach Hüftoperationen ist eine Korrektur eines Beckenschiefstandes leider nicht mehr möglich. In solchen Fällen sind bei Beinlängendifferenzen ab 1 cm Schuherhöhungen sinnvoll. Es sollte jedoch nie die gesamte Differenz ausgeglichen werden, um dem Körper den Spielraum zu geben, einen Teil selbst auszugleichen.

Ansonsten gilt es, nach einem Beinlängenausgleich etwaige Schuherhöhungen wegzulassen. Mit den nachfolgend beschriebenen Übungen und etwas Selbstdisziplin kann man so dauerhaft der Ursache vieler Rücken- und Hüftprobleme ein Schnippchen schlagen.

Wie kommt es nun zu diesen 98 % erworbenen Beinlängendifferenzen? Da fordert nun einmal unsere zivilisierte Lebensweise ihren Tribut. Wir sitzen oft stundenlang in unseren Autos und schlagen unsere Beine übereinander, eine Angewohnheit, die beispielsweise den Naturvölkern vollkommen abgeht. Eigentlich können wir auch froh sein, dass unsere Kinder nach der Geburt so optimal versorgt werden, wenn da nicht dieser bestimmte Teil des Collis-Test wäre (nähere Erläuterungen siehe unten.) Die Folgen dieser drei genannten Vorgänge sieht man an unterschiedlichen Beinlängen, da in allen drei Fällen die Gelenkspalten durch herausgerutschte (subluxierte) Gelenke vergrößert werden, wenn auch nur minimal und röntgenologisch oft schwer nachweisbar. Ein paar Millimeter bei einem Kleinkind können bei einem Erwachsenen schon mehr als einen Zentimeter bedeuten.

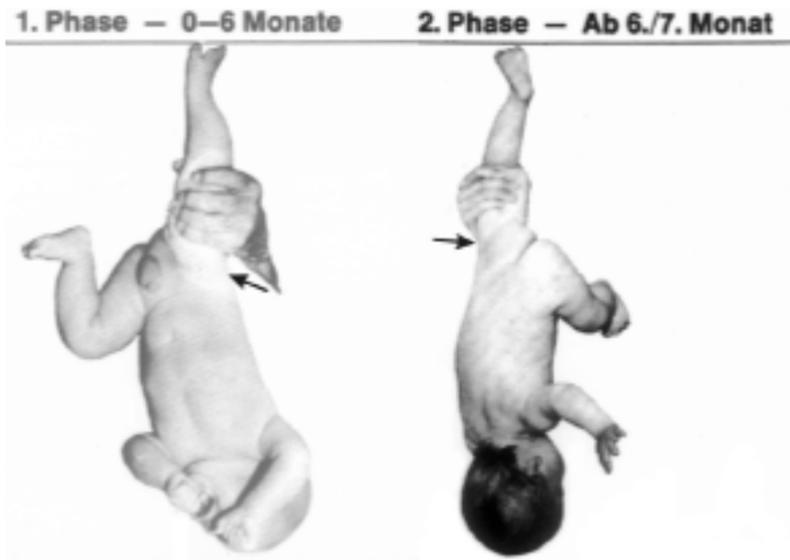
Verschiebungen bei einem Erwachsenen bis zu max. 3 cm im Hüftgelenk sind keine Seltenheit, damit verbundene, stark auftretende „Hüftschmerzen“ natürlich auch nicht. Beim Säugling und Kleinkind können Verschiebungen bis über 1 cm auftreten.

Der Collis-Test

Der Collis-Test (vertikale Hängereaktion) – ein Grund, warum viele Menschen die Beine übereinander schlagen:

In einer Welt, in der vieles komplizierter gemacht wird als es eigentlich ist, weist einiges darauf hin, dass viele Wirbelsäulen- und Gelenkprobleme durch den Collis-Test (Abb.3) verursacht werden.

Was ist der Collis-Test überhaupt? Es handelt sich dabei um einen neurologischen Test bei Neugeborenen bzw. zwischen dem 6. und 7. Lebensmonat, der von Neurologen durchgeführt wird. Solche neurologischen Tests haben sicher ihre Berechtigung und stehen außer Zweifel, doch nachzudenken gilt es bei Folgendem. Das Baby wird im Wechsel an einem (!) Bein hochgehalten, und so kann schon durch das Gewicht des Kindes auch hier das Gelenk aus seiner Pfanne rutschen.



(Abb.3) Der Collis-Test

Der Grund: Die muskuläre Reizantwort auf den Reflex erfolgt erst nach kurzer Zeit, die Muskulatur des Babys ist jedoch viel zu schwach, um das Hüftgelenk schon optimal stabilisieren können. Das kann zu Verschiebungen bis zu 1 cm führen, was bei einem Baby viel ist und im Laufe des Wachstumsprozesses zu Problemen führen kann. Zwar wird der Test normalerweise beidseitig durchgeführt, doch wie gesagt ist die Muskulatur des Babys noch recht instabil und es ist sicher nichts dabei gewonnen, wenn beide Gelenke aus der Pfanne gerutscht sind. Bei herausgerutschten Hüftgelenken (Hüftluxation) wird bei Kleinkindern oft eine Spreizhose verschrieben. Wie viele dieser Spreizhosen könnte man Kleinkindern ersparen, wenn auf Alternativen zum Collis-Test zurückgegriffen würde? Nun stellt sich natürlich die Frage, wie es dazu kommt, dass eine Beinlängendifferenz zu erkennen ist, wenn doch beide Beine sozusagen verlängert wurden. Zum einen ist ja nicht gesagt, dass ein gleich großer Gelenkspalt auf beiden Seiten entsteht, und zum anderen haben wir bei einer Umfrage in meiner Praxis Folgendes herausbekommen. Es wurden von uns über 100 Mütter befragt, auf welcher Hüftseite sie ihr Baby getragen haben (eine wohl intuitive Angewohnheit), und beim Nachmessen hat sich ergeben, dass zu 90 % jene Seite die instabilere bzw. längere Beinseite war, auf der das Baby nicht so oft getragen wurde. Der Grund hierfür ist, dass durch das einseitige Tragen des Babys die eine Seite wieder ins Gelenk zurückgeschoben worden ist.

Untersuchungen in Kindergärten haben gezeigt, dass schon viele Kindergartenkinder mit unerkannten Beinlängendifferenzen durchs Leben gehen bzw. in diesem Alter eher hüpfen und springen. Man kann sich sehr gut vorstellen, dass eine unbehandelte Beinlängendifferenz dem normalen Wachstum der Kinder weniger förderlich ist. Doch man hört immer wieder die Aussagen, unterschiedlich lange Beine seien normal, und wir wüchsen eben unterschiedlich. Würde hier das Hochhalten der Babys an einem Bein unterbleiben, dann wäre schon eine mögliche Ursache späterer Beschwerden beseitigt. Auch hier gibt es eine Wechselwirkung. Wir schlagen unbewusst die Beine übereinander, da wir unterschiedliche Beinlängen haben, und entlasten dadurch die Hüftgelenke. Dies erscheint uns im ersten Moment als bequem. Jedoch werden dabei die Beinlängendifferenzen verstärkt in ihrer überlasteten Position gehalten, ohne dass sie sich wieder von alleine in ihre anatomisch korrekte Stellung zurückversetzen. Die Übung zur Beinlängenenkorrektur sorgt in den allermeisten Fällen für Abhilfe (siehe Abb. 7a – b).

Ein Beispiel aus der Praxis:

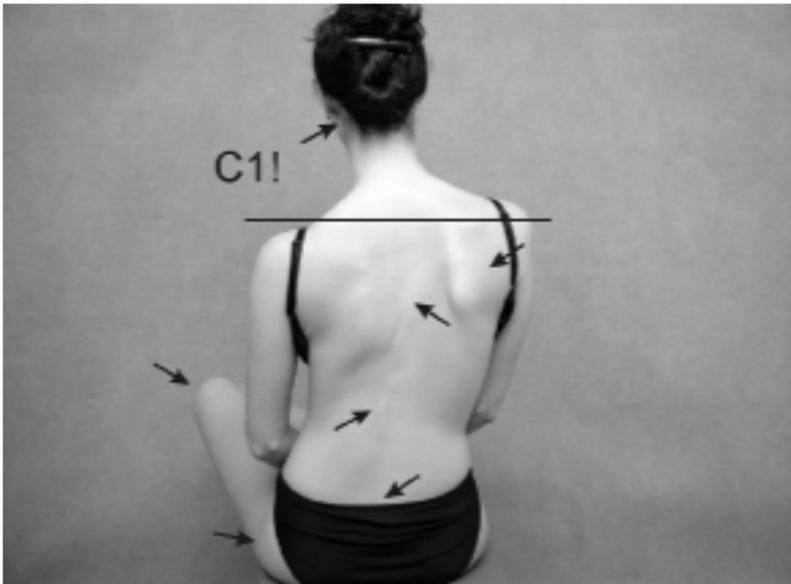
Eine Mutter kam mit ihrem fünfjährigen Sohn zu mir in die Praxis. Der Junge klagte seit über einem Jahr über ständig stärker werdende Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Zunächst konnte ich eine Beinlängendifferenz von 1,5 cm feststellen. Die Befragung der Mutter ergab, dass das Kind weder einen Unfall noch einen Sturz hinter sich hatte. Auf die Frage, ob der Collis-Test durchgeführt worden war, konnte sich die Mutter daran erinnern, dass der Test an nur einem Bein durchgeführt wurde, und das Kind ca. 10 Sekunden kopfüber nach unten hing. Die Dauer ergab sich durch eine Verzögerung des Reflexes. Nachdem der Junge zwei Wochen lang die Übung zur Beinlängendifferenz durchgeführt hatte, waren die Schmerzen verschwunden. Es ist keine Beinlängendifferenz mehr festzustellen, und eine beginnende Wirbelsäulenverkrümmung durch die Fehlstatik konnte zudem gleich behoben werden.

Was passiert, wenn wir die Beine übereinander schlagen?

Der Oberschenkelknochen rutscht durch die Hebelwirkung und kleine Vibrationen aufgrund des freihängenden Beins weiter aus dem Gelenk heraus. Beim Aufstehen verhindert das Anspannen der Muskulatur das Zurückgleiten des Knochens in das Gelenk und somit in den normalen Zustand. Das Bein bleibt sozusagen „länger“ – die Beine erscheinen ungleich lang. Das wiederum führt dazu, dass wir die Beine übereinander schlagen, weil dadurch die Hüfte entlastet wird und wir so bequemer sitzen. Wodurch wiederum der Knochen aus der Gelenkpfanne rutscht – ein Teufelskreis.

Als Folge gibt der Oberschenkelknochen beim Laufen durch den vergrößerten Gelenkspalt Mikroschläge an das Hüftgelenk ab. Hierdurch können Entzündungen und daraus eine unbewusste Schonhaltung entstehen. Außerdem wird die Venenpumpe durch das Übereinanderschlagen der Beine behindert und so die Krampfaderbildung gefördert. Was heute schick aussieht, kann ein paar Jahre später zu krankhaften Veränderungen führen. Diese Krampfadern sehen dann aber weniger schick aus. Zudem werden wichtige Akupunkturmeridiane gequetscht, was zu einem verminderten oder ungleichmäßigen Energiedurchfluss führt. Das kann Konzentrationsschwäche oder Unaufmerksamkeit zur Folge haben. Wie in Abb. 4 zu sehen ist, muss der gesamte Wirbelsäulenapparat enorme Ausgleichsarbeit leisten, damit der Mensch bei übereinandergeschlagenen Beinen einigermaßen gerade dasitzt.

Deshalb sollten die Patienten dafür sensibilisiert werden, in Zukunft das Übereinanderschlagen der Beine zu unterlassen und die Beine mög-



(Abb.4) Hauptbelastungspunkte bei übereinander geschlagenen Beinen.

lichst immer parallel zueinander auf den Boden zu stellen. Eine Umfrage bei 100 Personen, die die Beine übereinander schlagen, hat ergeben, dass neun von zehn ständig mäßige bis starke Rückenprobleme haben.

Ein kleiner Trick für all diejenigen, die aus psychischen Gründen die Beine übereinander schlagen, um so einen Schutzwall zur Außenwelt aufzubauen: Sich hinsetzen und eine Energie- bzw. Lichtkugel vor dem Bauchbereich in Höhe des Nabels visualisieren, und schon fühlt man sich sicherer. Die Erfahrung zeigt, dass Menschen, die einen Schutzwall durch Über-einanderschlagen der Beine schaffen, oft das Problem haben, dass sie nur ihre eigene Meinung gelten lassen und anderes schlecht annehmen können. Die Kugel ist insofern effektiver - höflicher sowieso - da sie nur das durchlässt, was beiden Parteien dienlich ist. Auch hat sich bewährt, die Beine nur an den Fersen übereinander zu legen, mit den Daumen und Zeigefingern ein Dreieck zu bilden und die Unterarme auf den Oberschenkeln abzuliegen. Auch hier kann man bei genauerem „Hinfühlen“ eine angenehme Veränderung der Energien im Kopf- und Bauchbereich spüren.

Warum sind gleich lange Beine so wichtig?

– Einige Beobachtungen aus der täglichen Praxis:

„Ungleich“ lange Beine können zu einer Instabilität im unteren Sprunggelenk führen. Man neigt häufig am „kürzeren“ Bein durch die Fehlbelas-

tung beim Laufen zu so genannten Inversionstraumen, dem Einknicken des Fußes mit oft schmerzhaften Bandverletzungen. Dem „kürzeren“ Bein fehlt die Stabilität von der Basis her und somit der Bodenkontakt. Doch es kommt noch schlimmer! Über das obere Sprunggelenk kann man nicht mehr richtig abrollen. Während man mit der „langen“ Seite „aufstampft“, belastet man mit der „kurzen“ Seite die Ferse zu stark. Die Folge ist häufig ein Fersensporn durch Überbelastung. Das Beheben der Beinlängendifferenz oder auch eine Laserakupunktur zusammen mit der Dorn-Methode können die klassische Behandlung mit Spritzen unterstützen. Ohne eine Behebung der Beinlängendifferenz bleibt der Erfolg auf Dauer oft aus.

Zudem gibt es noch so genannte propriozeptive Nervenverbindungsbahnen, die vom Fuß ausgehen. Diese sind für die Wahrnehmung der Gelenkstellung im Raum zuständig. Bei einer Fehlbelastung der Füße werden verfälschte Impulse ans Gehirn gesendet, was sich in einer gewissen Gangunsicherheit bemerkbar macht. Nach dem Beinlängenausgleich ist eine Stabilisierung beim Abrollen zu erkennen. Eine anderes Problem entsteht aus dem ungleichmäßigen Gang, die Venenpumpe wird unterversorgt. Als Folge hiervon können Krampfadern entstehen, die oftmals auf der „längeren“ Seite ausgeprägter sind. Bei vorhandenen Ödemen ergibt sich hieraus oft auch eine unterschiedliche Schwellung der Beine.

Ein weiterer wichtiger Faktor speziell für den Dorn-Therapeuten ist die Tatsache, dass oft Stunden oder gar sofort nach dem Einrichten der Wirbel diese wieder in die vorherige Fehlstellung zurückgehen würden, wenn eine Beinlängendifferenz unbehandelt bleibt.

Deshalb immer erst die Beinlängen als Basis für die Behandlung der Wirbelsäule ausgleichen! Dadurch kann man sicherstellen, dass der Patient „mit beiden Beinen im Leben steht.“

Aber auch Kiefergelenksprobleme können von einer durch unterschiedliche Beinlängen ausgelösten Fehlstatik ausgehen. Das ist den Kieferchirurgen zwar bekannt, ihnen fehlt jedoch häufig das Wissen, wie man hier einfach Abhilfe schaffen kann. Es gibt inzwischen einige Kieferspezialisten, die Patienten vor einer notwendig gewordenen Operation, wie etwa bei irreparablen Abnutzungserscheinungen, zum Richten der Beinlängendifferenz in eine Praxis, wo die Dorn-Methode angewendet wird, überweisen!

Doch der wohl wichtigste Faktor ist die ungleichmäßige Durchblutung und Versorgung der beiden Gehirnhälften durch die Beinlängendifferenz. Zum einen enthält das Gehirn durch die Fehlbelastung bzw. unterschiedliche Belastung der Füße und die sich daraus entwickelnden Verschiebungen der Wirbelsäule Fehlinformationen über die Verbindungsbahnen, die vom

Rückenmark ausgehen. Zum anderen erfolgt eine Fehlversorgung der beiden Gehirnhälften über die Zwischenwirbellocharterie des 1. Halswirbels (Arteria vertebralis), was bei Kindern bei einer rechtsseitigen Beeinträchtigung eine eventuelle Hyperaktivität noch verschlimmern und bei linksseitigen Beeinträchtigungen zu Konzentrationsschwächen führen kann. Auch hier wird häufig beobachtet, dass das Richten der Beinlängen und des 1. Halswirbels diese Symptome zum Abklingen bringt. Vielleicht führt diese Begleittherapie in dem ein oder anderen Fall zur Reduktion von Ritalin bei ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) – dies aber nur nach entsprechenden Untersuchungen und in Absprache mit dem behandelnden Arzt, da noch verschiedene andere Faktoren eine wichtige Rolle spielen.

Bei Erwachsenen besteht die Möglichkeit, dass bei einer Unterversorgung des Gehirns Schwindel und Kopfschmerzen auftreten. Da die rechte Gehirnhälfte sowohl für die linke Körperseite als auch für den emotionalen Teil – also der Gefühlsebene und der Intuition – zuständig ist, hingegen die linke Gehirnhälfte sowohl für die rechte Körperseite als auch für den rationalen Teil verantwortlich zeichnet, liegt es auf der Hand, welche Folgeerscheinungen bei ständiger Fehlinformation auftreten. Eine Seite ist ständig überbelastet, die andere ständig unterversorgt. Bei einer Unterversorgung der linken Gehirnhälfte kann es zu Konzentrations- und Merkschwierigkeiten kommen. Bei einer Unterversorgung der rechten Gehirnhälfte kann es hingegen u.a. zu einem emotionalen Ungleichgewicht kommen, was sich z.B. in schwankenden Gemütszuständen äußert. Die Palette reicht von gesteigerter Aggressivität bis hin zu Depressionen.

Als emotionale Ursachen bei Problemen im Becken-/Hüftbereich kann man von einer Entscheidungsangst für zukünftige größere Unternehmungen ausgehen. Der Patient zögert, etwas für seine Zukunft zu tun, weil er sich davor fürchtet, dass das Unternehmen scheitert. Oder es herrscht das Vorurteil, es könne sowieso nicht funktionieren.

Und zu guter Letzt kann man eine knöcherne Verschiebung im Hinterhauptbereich (Occipitalbereich) nach erfolgter Dorn-Behandlung noch leichter osteopatisch richten lassen. Bei akutem Krankheitsverlauf ist es sogar möglich, dass ein Ausgleich der Beinlängen und das Beheben der Fehlstatik allein ausreichen, die Schädelknochen wieder in die richtige Position zu bringen.

Die Dorn-Methode ist auch eine ideale Ergänzung zur Akupunktur oder Craniosacral-Therapie. Die Craniosacral-Therapie verspricht noch größere Erfolge, wenn zu Beginn die Beinlängendifferenz ausgeglichen wird. Dies gilt natürlich auch für Kombinationen mit allen anderen Therapien, bei denen ein energetischer Ausgleich unumgänglich ist.

Warum erfolgt bei Dorn die Behandlung von der Mitte her?

Grundsätzlich sollte jeder in seiner Mitte ruhen. Wenn dies nicht der Fall und das Becken verschoben ist, müssen die Wirbelsäule und die Gelenke unterhalb der Hüfte die dadurch entstandene Beinlängendifferenz ausgleichen. Dadurch können sich einzelne Wirbel verschieben, die dann wiederum auf Nerven drücken oder Schmerzen z. B. in den Kniegelenken verursachen. Die Wirbelsäule umhüllt den Rückenmarkskanal, der die Versorgung des Gehirns sicherstellt. Nervenwurzeln zwischen den Wirbeln sind gleichsam als Schaltstellen für die nervöse Versorgung der Organe zuständig. Wirbelfehlstellungen führen zur Fehlinformation der Organe, das Zellgedächtnis des Zellgewebes verändert sich. Außerdem behindern Blockaden den Energiefluss. Die Auswirkungen gehen von den Zehengelenken bis hoch zum Kiefer- und Schädelknochenbereich, denn wie oben, so unten.

Was passiert nun bei der Übung zum Ausgleich der Beinlängen funktionell?

Die Muskulatur wird durch das Anspannen der Streckermuskulatur und das Entspannen der Beinbeugemuskulatur und der daraus resultierenden Entlastung sozusagen überlistet. Beim Ausatmen wird das Hüftgelenk durch unseren Zug am Oberschenkel über die lockere Muskulatur zusammengeschoben und die Gelenkkapsel in die richtige Position gebracht.

Gerade die Übung zum Beckenschiefstand sollte man öfter wiederholen, damit die Anpassung der Muskel- und Bandstrukturen aktiviert wird. Es findet so eine schnellere „Umprogrammierung“ des Zellgedächtnisses statt. Häufiges Wiederholen ist deshalb möglich, da das Gelenk durch diese Übung nicht ausleiern kann. Im Gegenteil, die Kapsel wird so, wie oben erwähnt, in die richtige Position gebracht, und es findet ein Ausgleich der Muskelzüge statt.

Bei Beinlängendifferenzen von mehr als 1 cm fühlt man sich nach dem Richten der Beinlänge oft so, als fehle an der vorher längeren Seite beim Stehen ein Stück. Daran kann man erkennen, wie schnell der Mensch sich an bestimmte Zustände gewöhnt. Mit dem Ausführen der Übung stellt sich auch das Bewusstsein für eine ausgeglichene Körperhaltung wieder ein.

Untersuchung

Hier gibt es gleich mehrere Möglichkeiten, eine Beinlängendifferenz zu bestimmen. Man misst sie am besten, wenn der Patient barfuß ist, da so eventuelle Fußdeformitäten besser erkannt werden. Damit der

Patient selbst die Differenz deutlicher erkennt, können die Schuhe, sofern sie keine Erhöhung haben, zu Demonstrationszwecken erst einmal ange-lassen werden.

Der Patient legt sich auf der Behandlungsliege auf den Rücken.

VARIANTE 1 – KLASSISCH DORN: Der Therapeut stellt sich ans Fußende der Behandlungsliege und umfasst mit den Mittel- und Ringfingern die Knöchel. Die Daumen liegen in der Fußwölbung am Fersenballen-anfang. Die Daumen drücken nun zum Patienten (proximal) hin, und unter diesem Druck werden die beiden Beine im leichten Halbkreis über außen nach oben gebracht. Dabei atmen Patient und Therapeut aus. Die Beine kommen nebeneinander fast senkrecht (70-80°) zum Stehen. Die Differenz ist nun an den Daumen und an den Knöcheln bzw. den unterschiedlichen Fußsohlenhöhen zu erkennen. Wenn der Therapeut zwischen den Beinen das Gesicht des Patienten sehen kann, so muss die Nase auf der Mittellinie liegen – Kimme und Korn-Prinzip.

Eine etwas nach vorne gekippte Fußsohle, die nicht parallel zur ande-ren steht, weist auf Probleme im Iliosakralgelenk hin.

Um Überspannungsreaktionen auf den unteren Lendenwirbelsäulen-bereich zu vermeiden, sollten die Beine nacheinander wieder abgelassen werden.



(Abb. 5a)



(Abb. 5b)



(Abb. 5c)

Abb. 5a bis 5c zeigen die klassische Variante. Abb. 5c zeigt deutlich die Beinlängendifferenz an der Ferse.



(Abb. 6) Alternative

VARIANTE 2: Der Therapeut stellt sich ans Fußende, legt die rechte Hand von außen unter die linke Achillessehne und die linke Hand entsprechend um die rechte. Dann werden die Beine locker ausgeschüttelt, Patient und Therapeut atmen ein, und beim Ausatmen werden die Beine wie oben beschrieben nach oben gebracht. Dabei greift der Therapeut um. Weiter wie oben.

EINE ALTERNATIVE bzw. Ergänzung zu den oben beschriebenen Techniken, die vor allem bei Bandscheibenproblemen angebracht ist: Beine des liegenden Patienten nebeneinander aufstellen, eine mögliche Differenz ist an der Kniehöhe erkennbar. Diese Methode ist jedoch etwas ungenauer, wenn z.B. das ISG (Iliosakralgelenk) zusätzlich verschoben ist. Für eine genauere Messung sollte es vorher gerichtet werden.

Eine weitere Messmethode, nämlich die in Bauchlage mit angewinkelten Knien, erweist sich dann als ungenau, wenn zudem noch Kniegelenke oder Sprunggelenke verschoben sind.

Eine bisher übliche Methode, eine Beinlängendifferenz herauszufinden, ist die, den auf dem Rücken liegenden Patienten an den Sprunggelenken festzuhalten und dann aufsitzen zu lassen. Das Bein, das sich beim Aufrichten nach vorne schiebt, ist das vermeintlich längere. Diese Methode zeigt jedoch lediglich eine Blockierung im Iliosakralgelenk, aber keine

wirkliche Beinlängendifferenz, die vom Hüftgelenk herrührt. Außerdem ist sie für Bandscheibenpatienten zu wirbelsäulenbelastend.

Wichtig: Auch nach dem Richten der Knie-, Sprung und Iliosakralgelenke immer wieder die Beinlängendifferenz überprüfen. Das ist insbesondere bei den ersten Behandlungen wichtig, um leichter die Schwachstellen, also die verschobenen Gelenke herauszufinden.

Behandlung/Eigenübung

In diesem Fall eignet sich die Eigenbehandlung am besten.

Die Behandlung erfolgt nach der REGEL:

„Aus der Abwinklung, tief Ausatmen, Druck auf das Gelenk, zurück in die Normalposition!“

Die Gelenke vorher jedoch immer ausrichten bzw. zueinander begradien. Diese REGEL beschreibt bestens, welchem Prinzip das Einrichten der Gelenke folgt.

Da man nach der Dorn-Behandlung manches aus anderer Perspektive betrachtet, sei an dieser Stelle folgender Hinweis gestattet:

Im klassischen Sinne wird immer das kürzere Bein als das „kranke“ Bein bezeichnet, da man davon ausgeht, dass es nicht so schnell mitgewachsen ist. Oder dass eine Kreuzbeinblockade vorliegt, ohne dabei eine Hüftgelenkverschiebung in Betracht zu ziehen. Der Dorn-Therapeut sieht das „längere“ Bein als das Bein an, auf das sein Augenmerk gerichtet werden muss. Das Bein erscheint nur deshalb länger, weil es etwas vom Gelenkspalt und der Gelenkstellung her verschoben ist. Sind beide Beine gleich lang, kann es auch sein, dass beide Oberschenkelknochen aus den Hüftgelenken verrutscht sind, oder dass noch Knie- und Sprunggelenke betroffen sind. Deshalb hier eine einfache Vorgehensweise:

Hüftkorrektur auf einer Seite durchführen, dann Beinlängenkontrolle. Sollten die Beine gleich lang bleiben, sind noch Knie- und Sprunggelenk auf der selben Seite zu überprüfen, mit jeweils anschließender Beinlängenkontrolle. Sind danach die Beine immer noch gleich lang, kann die Untersuchung des anderen Beins entfallen. Sollten nach dem Richten der einen Seite die Beinlängen ungleich sein, werden auf der anderen Seite alle Gelenke ebenso gerichtet.

Zu Berücksichtigen ist, dass durch das mehrmalige Richten und Wiederholen der „längeren Seite“ eine schnellere Umprogrammierung im Zellgedächtnis stattfindet. Muskeln, Sehnen und Bänder können sich so der veränderten Körperhaltung schneller anpassen.

Gegebenenfalls oben genannte Übung wiederholen und in ganz hartnäckigen Fällen während des Ablegens eine kleine Kreisbewegung nach außen (Außenrotation) im Hüftgelenk ausführen lassen. Wenn das alles nichts hilft, jeweils nochmals nach dem Richten der Knie, der Sprunggelenke und zuletzt nach Einrichten des Iliosakralgelenks die Beinlängen prüfen. Denn auch hier können sich vergrößerte Gelenkspalte befinden. Falls auch dies nicht zu dem gewünschten Erfolg führt, bitte an die 2% anatomische Beinlängendifferenzen denken und evtl. die Knochenlänge nachmessen.

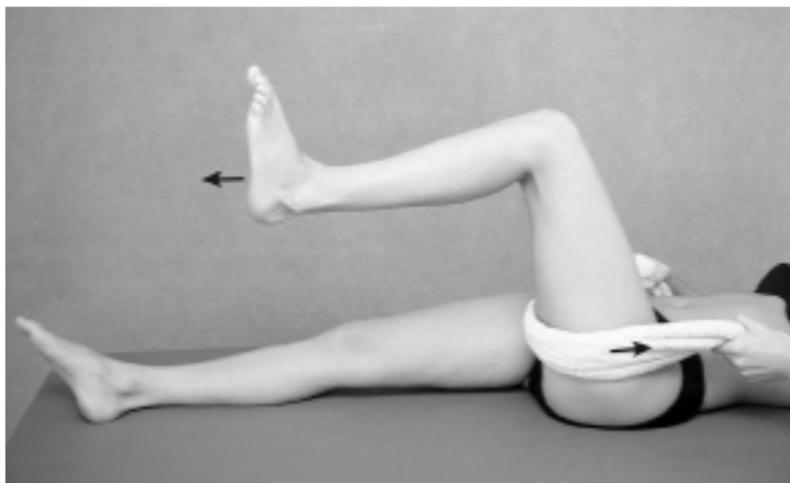
Ist dem Patienten unbekannt, ob eine Differenz besteht und wenn, welches das „längere“ bzw. „kürzere“ Bein ist, kann folgender Hinweis nützlich sein: Einfach mit beiden Beinen auf dem Boden stehen. Wenn man das Gefühl hat, eine Seite mehr zu belasten, bzw. auf einer Seite mehr zu stehen, kann man von einer Beinlängendifferenz ausgehen. Bei Haushalten mit zwei Körperwaagen kann man dies auch optisch mit dem „Zweiwaagentest“ darstellen. Man stellt zwei Waagen nebeneinander und stellt sich mit einem Bein auf die eine und mit dem anderen Bein auf die andere Waage. Bei einem Beckenschiefstand können hier Druckdifferenzen von bis zu 10 kg herrschen. Dadurch kann man schon ersehen, welche Statikprobleme durch die unterschiedliche Gewichtsverteilung auf die gesamte Wirbelsäule und die Gelenke einwirken.

Nach Durchführung der Übungen gehen diese Differenzen auf ein Drittel zurück oder verschwinden ganz – ein sichtbarer Schritt auf dem Weg zur Mitte.

Man sollte jedoch die Übung über einen Zeitraum von einem halben Jahr mindestens zweimal täglich durchführen, da Bänder, Sehnen und Gelenke diese Zeit benötigen, um sich dauerhaft umzustellen und anzugleichen. Auch sollte man ab diesem Zeitpunkt ein Übereinanderschlagen der Beine ganz vermeiden.

Die Übung geht so:

Der Patient liegt auf dem Rücken und winkelt das Bein, welches er behandeln möchte, jeweils im 90°-Winkel im Hüftgelenk und im Kniegelenk ab. Das Bein ausrichten. Beim rechten Bein liegt seine rechte Hand, beim linken Bein seine linke Hand etwas unterhalb der Gesäßfalte an. Nun wird das Bein gegen den Widerstand der Hand hingelegt, wobei der Patient ausatmet. Der Therapeut kann das Ganze mit leichten Druck auf die Hüfte des Patienten stabilisieren, auch kann er den Patienten an der Wade leicht von unten her unterstützen. Auch hier gilt wieder die bereits erwähnte REGEL.



(Abb. 7a) Anfangsstellung der Beinlängenskorrektur



(Abb. 7b) Endstellung der Beinlängenskorrektur

Zu dieser Übung gibt es zwei Alternativen:

Ein schmales längs gefaltetes Handtuch wird etwas unterhalb der Gesäßfalte gelegt, die Enden in beide Hände genommen und beim Ablegen des Beines nach oben in Richtung Kopf (cranial) angezogen (außen etwas stärker). Dabei ist unbedingt darauf zu achten, dass der Zug beim Ablegen des Beines bis zuletzt stattfindet, das Bein auch wirklich ganz abgelegt wird und das Handtuch nicht verrutscht. Die Hände werden dabei immer in Höhe des Nabels gehalten. Beim Streckvorgang bitte langsam und gleichmäßig ausatmen, denn so kann sich die Muskulatur besser entspannen.

Vorteile dieser Variante:

- sie wirkt 3-dimensional, d.h. alle Seiten werden berücksichtigt
- es ist mehr Zug auf die Muskulatur möglich
- der Ablauf ist etwas kontrollierter, und ein Handtuch neben dem Bett ist eine gute Erinnerung daran, diese Übung abends und/oder morgens im Bett zu absolvieren.

oder – im Stehen, die kleine Übung zwischendurch:

Bein anheben, die 90°-Winkel beachten, die Hand oberhalb der Gesäßfalte legen und dann beim Ausatmen, gegen den Widerstand der Hand, das Bein abstellen. Perfekt nach längeren Autofahrten, besonders für alle, die von Berufs wegen fahren, wie Taxifahrer, Kraftfahrer, Außendienstler etc.

Da auch hier keine Abnutzung der Gelenke stattfindet, vielmehr die Übung einen weiteren Verschleiß verhindert, kann diese unbedenklich beliebig oft täglich wiederholt werden. Diese Variante ist sehr empfehlenswert vor sportlicher Aktivität. Ein ausgeglichenes Becken führt über ein harmonisches Zusammenspiel der Muskeln zu einer optimalen Statik. Das vergrößert die Muskelkapazität und ermöglicht eine bessere Sauerstoffaufnahme der Muskulatur, da einseitiges Erschlaffen oder Belasten



(Abb. 8a) Anfangsstellung



(Abb. 8b) Endstellung