

und/oder der Fußgelenke, auf eine ZKS, eine Fußfehlhaltung oder eine fixierte Fußfehlstellung.

! Merke

Wie bereits mehrfach erwähnt, können neben Gelenkdysfunktionen auch andere Ursachen für diese Auffälligkeiten verantwortlich sein. Sind mehrere Tests auffällig, sollte das Kind pädiatrisch abgeklärt werden.

6.2.3 **Eigenübungen**

Hier wird im Allgemeinen vermerkt, welche Eigenübung/en den Eltern bzw. dem Kind mitgegeben wird/werden.

Im Säuglingsalter ist dies, bei einem positiven Befund der Beinlängen, ausschließlich der Ausgleich der Beinlängen.

6.2.4 **Unterstützung/Hausaufgaben**

Hier kann vermerkt werden, welche Tipps und unterstützende Hausaufgaben den Eltern bzw. dem Kind mitgegeben werden. Eventuell sollten diese beim nächsten Kontrolltermin nochmals überprüft werden.

6.3

Behandlungsablauf Säuglinge bis ca. 9. LM

Die Behandlung der Säuglinge sollte zügig und dennoch ruhig vonstattengehen, denn die Geduld der Kleinen ist schnell erschöpft. Daher sollte sich der Therapeut im Vorfeld durch die Befragung und Beobachtung schon ein möglichst umfassendes Bild von der Problematik verschaffen. Lassen die Vorinformationen einen Rückschluss auf die mögliche Lokalisation der Dysfunktion zu, sollte direkt dort mit der Befundung bzw. Behandlung begonnen werden.

Auch hier lässt sich das Prinzip, Gelenkdysfunktionen erst lokal, dann regional und dann ganzheitlich zu behandeln, bestens einsetzen, um effizient zu arbeiten. Ein komplettes Durchbehandeln aller Gelenke wie bei den größeren Kindern bzw.

Erwachsenen, angefangen von den Beinlängen bis nach kranial ist häufig nicht möglich. Es sollte stets genügend Zeit eingeplant werden, um unnötigen Zeitdruck und Stress zu vermeiden.

Die Eltern sollten über die einzelnen Behandlungsschritte informiert werden, sodass diese nachvollziehen können, was passiert und nicht selbst nervös werden. Diese Anspannung kann sich unnötigerweise auf das Kind übertragen.

Eine Schwierigkeit beim Behandeln kann das „**Fremdeln**“ sein: Das Kind, das in dieser Entwicklungsphase lernt, zwischen bekannten und unbekannt Personen zu unterscheiden, bricht teilweise in heftiges Weinen aus, wenn der Therapeut ihm zu nahe kommt. In diesem Fall ist es hilfreich, wenn ein Elternteil Körperkontakt zum Kind hält und versucht, es zu beruhigen. Der Therapeut und auch die Eltern sollten die Grenze des Kindes respektieren. Es spart erfahrungsgemäß Zeit und Stress, dem Kind die Möglichkeit zu lassen, sich an den fremden Therapeuten zu gewöhnen, anstatt sich über sein Schreien hinweg zu setzen. Es ist dann besser, der Therapeut verhält sich zunächst relativ neutral, nähert sich dem Kind erst nach einer gewissen Gewöhnungszeit und nimmt zunächst keinen direkten Blickkontakt zu ihm auf.

Die Eltern sollten, wenn die Entstehung der Dysfunktion nachvollziehbar ist, darüber aufgeklärt werden, damit diese in Zukunft vermieden wird. Im Anschluss wird den Eltern ggf. die Eigenübung (Beinlängenausgleich) erklärt und mit ihnen geübt. Entsprechende Hausaufgaben und Tipps zum Umgang mit ihrem Kind unterstützen den Behandlungserfolg.

Die Kinder sollten nach ein oder zwei Wochen **immer** noch einmal einbestellt werden, um zu kontrollieren, ob sich die Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten bzw. Beschwerden gelegt haben.

Wenn die Eltern und das Kind zur Behandlung kommen, lässt sich bereits im Vorfeld sehr viel beobachten. Diese wertvollen Hinweise (Kap. 6.2) sollte der Therapeut unbedingt beachten.

Befundet und behandelt wird der Säugling am besten auf einer **Behandlungsliege**, die von mehreren Seiten frei zugänglich ist und an der der Therapeut frei stehen oder sitzen kann. So braucht der Säugling nicht dauernd umgelagert werden. Der Therapeut sollte eine möglichst entspannte Hal-

tung einnehmen, um den Kopf des Kindes sicher in seinen Händen halten zu können. Der Säugling sollte **nie aus den Augen** gelassen werden, deshalb müssen alle benötigten Utensilien greifbar sein. Er muss anfangs noch nicht komplett entkleidet werden, alle einengenden und störenden Kleidungsstücke sollten jedoch ausgezogen werden. Das Kind wird auf ein Tuch oder eine Wickelunterlage gelegt. Dies ist hilfreich, wenn das Kind später ganz ausgezogen oder gewickelt werden muss. Eine Wärmequelle (Wickeltisch-Heizstrahler) bzw. gut beheizte Räume sind dann sinnvoll, um ein Auskühlen des Säuglings zu vermeiden. Gedämpftes Licht und Ruhe sorgen für eine entspannte Atmosphäre. Störende Geräuschquellen sollten ausgeschaltet werden.

Haben die Eltern das Baby auf der Behandlungsbank abgelegt, nimmt der Therapeut erst verbale, dann körperlichen Kontakt mit ihm auf. Er sollte sich dem Säugling sehr behutsam und rücksichtsvoll nähern und das Kind sanft und sicher anfassen. Hektische Bewegungen und lautes Sprechen können die Kinder unnötig erschrecken. Kopf- und Gesichtsbereich eignen sich nicht für den ersten körperlichen Kontakt. Viele Kinder lassen sich dort nicht gerne anfassen, was sich häufig auch beim An- und Ausziehen von Oberteilen und Mützen zeigt. Dies ist häufig der Fall, wenn die Kinder im HWS-Bereich eine Gelenkdysfunktion haben. Außerdem haben viele ganz junge Säuglinge das Erlebnis der Geburt noch nicht verarbeitet und sind gegenüber Berührungen am Kopf besonders empfindlich. Für die erste Kontaktaufnahme eignen sich eher die Brust oder der Bauch.

Ein hungriges und deswegen schreiendes Kind erschwert die Untersuchung ebenfalls. Eine entspannte Atmosphäre, altersgerechtes Spielzeug oder eine Schnuller zum Saugen beruhigen das Kind.

Auch während der Behandlung können die Eltern ruhig Körperkontakt zum Kind halten.

Vor allem beim Säugling ist es unabdingbar, dass Befund, Behandlung und die Durchführung der Eigenübungen stets im **schmerzfreien** Bereich stattfinden! Es wird **mit minimalstem Druck** behandelt!

Sind sämtliche Vorinformationen abgefragt und die im Diagnosebogen erwähnten Tests durch-

geführt, beginnt die eigentliche Befundung und Behandlung nach der Dorn-Methode.

Es empfiehlt sich, an der **HWS** mit der Untersuchung zu beginnen, denn hier finden sich erfahrungsgemäß die häufigsten Gelenkdysfunktionen.

Besteht jedoch ein Verdacht, dass es sich um einen einzelnen spezifischen Wirbel oder um ein peripheres Gelenk handelt, wird dort begonnen.

Bei Säuglingen werden die **Halswirbel mit Zeige- oder Mittelfinger beider Hände** rechts und links von dorsal und lateral abgetastet, an der **LWS** und **BWS** wird am besten durchgehend mittels des Petersiliengriffs (S.83) befundet. Der Behandler muss in seinen Grifftechniken flexibel sein, da er sich an die anatomische Größe der Wirbel anpassen muss.

Bei der Befundung in den ersten 4–5 LM muss stets darauf geachtet werden, dass der Säugling den Kopf mittig hält, um ein Auslösen des ATNR bzw. der Fechterstellung zu vermeiden, was sonst vorab schon zu einem falsch positiven Befund führen könnte. Die dabei entstehende Beckenrotation und Lateralflexion im Rumpf können die Beinlängen, die Position der beiden SIGs und der Wirbel beeinflussen.

Um einen ständigen Lagewechsel des Säuglings zu vermeiden, hat sich in der Praxis der folgende Ablauf bewährt.

6.3.1 Schritt 1: HWS

In Rückenlage auf der Bank

Befundung

Der Säugling liegt in Rückenlage auf der Behandlungsbank, der Therapeut steht oder sitzt am Kopfende des Kindes.

Der Kopf des Säuglings wird mittig auf beiden Handballen des Therapeuten wie in einer Schale gelagert. Dessen Hände und Unterarme sind entspannt auf der Bank abgelegt. Der Therapeut tastet mit den Fingerspitzen des Zeige- oder Mittelfingers ohne Druck die Querfortsätze der HWS von lateral und dorsal ab, beginnend bei C1–C7 (► Abb. 6.9).

Die Position der Dornfortsätze wird beim Säugling nicht befundet.

Ein auf einer Seite weiter dorsal oder lateral stehender Querfortsatz stellt einen behandlungswür-

digen Befund dar. Unter Umständen spürt der Therapeut auch Weichteilquellungen im Bereich der Dysfunktion oder der Säugling äußert eine Berührungsempfindlichkeit durch Quengeln oder Schreien.



► **Abb. 6.9** Befundung HWS.

Behandlung

Eine positiv befundete Dysfunktion wird sofort behandelt. Der auf den Therapeutenhänden liegende Kopf des Säuglings wird im Sinne einer Rotationsbewegung minimal assistiv hin- und herbewegt. Mit der Fingerspitze wird in der erforderlichen Behandlungsebene minimalster Druck erzeugt.

Bei einem **dorsal stehenden Querfortsatz** rechts wird dieser mit der Fingerkuppe des rechten Zeige- oder Mittelfingers Richtung sanft nach ventral geschoben.

Bei einem **lateral stehenden Querfortsatz** rechts wird dieser mit der Fingerkuppe des rechten Zeige- oder Mittelfingers sanft nach medial geschoben.

Besondere Aufmerksamkeit sollte auf den **Atlas** (► **Abb. 6.10**) gelegt werden. Hier finden sich beim Säugling sehr häufig Dysfunktionen. Der Therapeut spürt dies durch ein Hervortreten des Querfortsatzes C 1 zwischen Processus mastoideus und Unterkiefer unterhalb des Ohrs und/oder einem dorsal stehenden Querfortsatz sowie Weichteilquellungen.

Ein Anheben des Kopfes, wie es bei der Behandlung im Sitzen erforderlich ist, entfällt im Liegen. Der Atlas ist hier durch das Kopfgewicht nicht belastet.

Da HWS und der sakroiliakale Bereich in engem funktionellen Zusammenhang stehen, geht eine Dysfunktion der oberen HWS häufig mit den oben

beschriebenen Haltungsasymmetrien und SIG-Dysfunktionen einher. Daher sollten im Anschluss an die Behandlung der HWS immer auch die Beinlängen und das SIG kontrolliert werden, selbst wenn die Kopffrotation nach der Behandlung der HWS bereits frei ist. Ansonsten kann die HWS-Dysfunktion wieder auftauchen, wenn der Säugling aufgrund der noch vorhandenen **SIG-Dysfunktion** wieder in die vorherige Haltungsasymmetrie abweicht.

Im nächsten Schritt erfolgt die Kontrolle der Beinlängen.



► **Abb. 6.10** Behandlung des Atlas.

6.3.2 Schritt 2: Gelenke der unteren Extremität/Ausgleich der Beinlängen

In Rückenlage auf der Bank

Befundung

Der Therapeut steht am Fußende des Kindes, das mit Kopf und Rumpf gerade liegen muss, um ein Auslösen des ATNR bzw. der Fechterstellung zu vermeiden. Seine Hände umfassen die Knie des Säuglings und beugen diese und die Hüften um ca. 90° an. Um eine Traktion auf das Bein zu vermeiden, wird während des Anbeugens über die Oberschenkel ein leichter Druck in die Hüftgelenke ausgeübt. Durch die Kniebeugung entspannt sich die hintere Beinmuskulatur, die bei einem Säugling und Kleinkind noch physiologisch verkürzt ist. Die Beinlängen werden auf Höhe der Kniescheiben miteinander verglichen (► **Abb. 6.11**). Eine auf einer Seite höher stehende Patella stellt einen positiven Befund dar.

Wird mit gestreckten Beinen (► **Abb. 6.12**) getestet, liefert der Muskelzug unter Umständen ein **verfälschtes Ergebnis**.



► **Abb. 6.11** Befundung Hüftgelenke.



► **Abb. 6.12** Falsche Befundung Hüftgelenke.

Behandlung Hüftgelenk

Steht die Patella rechts weiter nach oben heraus, wird das rechte Bein behandelt.

Der Therapeut steht am Fußende des Säuglings. Das rechte Bein wird in Hüfte und Knie mit der rechten Hand angebeugt und unter sanftem Druck mit dem linken Daumen Richtung linke Schulter des Kindes am Übergang vom Gesäß zum Oberschenkel in Streckung gebracht. Es ist dabei zu beachten, dass eine vollständige Extension der Hüftgelenke physiologisch noch nicht möglich ist. Der Therapeut übernimmt assistiv die Bewegungsführung mit seiner rechten Hand (► **Abb. 6.13**).

Eine Streckung mit Außen- oder Innenrotation in der Hüfte wie beim Erwachsenen ist in der Regel nicht notwendig. Die Bewegung wird 2–3-mal durchgeführt. Anschließend werden die Beinlängen wieder verglichen. Es sollten vollständigkeithalber immer beide Hüftgelenke behandelt werden. Sind danach beide Beine gleich lang, kann beim Säugling davon ausgegangen werden, dass an den Gelenken der unteren Extremitäten keine weiteren Dysfunktionen mehr vorhanden sind.



► **Abb. 6.13** Behandlung Hüftgelenk.

Eigenübung

Der Ausgleich der Beinlängen in Form der Hüftübung wird den Eltern als einzige Hausaufgabe mitgegeben. Diese müssen in der Durchführung sorgfältig angeleitet werden. Sie sollen die Übung mehrmals täglich, am besten bei jedem Wickeln, 2–3-mal an jedem Bein ausführen.

Knie/OSG

Eine Beinlängendifferenz, die durch eine Dysfunktion von Knie oder Sprunggelenk verursacht wird, ist äußerst selten, sodass diese als Ursache beinahe vernachlässigt werden kann.

Sind die Beinlängen dennoch einmal nach der Behandlung beider Hüften noch nicht ausgeglichen, werden am längeren Bein das Knie und ggf. das Sprunggelenk, wie beim älteren Kind in Kap. 6.4 beschrieben, behandelt.

! Merke

Zur **Behandlung von Becken, LWS und BWS** bieten sich für das Kind **mehrere Ausgangsstellungen an. Es kann in Bauchlage auf der Bank, auf dem Schoß des Therapeuten oder der Mutter oder auf deren Arm behandelt werden. Die Bauchlage auf der Bank oder dem Schoß des Therapeuten bietet die stabilste Ausgangslage für das Kind, da es hier am wenigsten ausweichen kann. Dennoch ist es manchmal erforderlich, das Kind bei der Mutter zu lassen, wenn es fremdelt oder beim Therapeuten zu unruhig wird.**

SIG

Die SIGs bzw. das Sakrum können entweder in Bauchlage auf der Bank oder auf dem Schoß der Mutter befundet und behandelt werden.

In Bauchlage auf der Bank**Befundung**

Das Kind liegt in Bauchlage mit den Füßen zum Behandler. Kopf und Rumpf sollten hierbei möglichst in **Mittelstellung** gelagert sein, um ein Auslösen des ATNR bzw. der Fechterstellung zu vermeiden. Hierfür legt man das Kind über eine kleine Rolle, ein kleines Kissen oder ein zusammengefaltetes Handtuch. So kann das Kind den Kopf mittig halten und gut atmen. Der Therapeut tastet mit seinen Daumen beidseits und ohne Druck die SIPS (► Abb. 6.14). Eine auf einer Seite weiter dorsal stehende SIPS stellt einen behandlungswürdigen Befund dar.



► **Abb. 6.14** Befundung SIG in Bauchlage auf der Bank.

Behandlung

Eine rechts weiter dorsal stehende SIPS wird behandelt, indem der Therapeut senkrecht von oben mit seinem rechten Daumen auf die rechte SIPS aufsetzt. Gleichzeitig umgreift er mit seiner linken Hand von lateral den linken Oberschenkel des Kindes und führt diesen assistiv ein wenig nach dorsal und zurück. Mit sanftem Druck des rechten Therapeutendaumens wird der rechte Darmbeinstachel nach ventral geschoben, wenn das linke Bein nach hinten bewegt wird (► Abb. 6.15). Dieser Ablauf wird 2–3-mal wiederholt. Es ist auch hier zu beachten, dass sich das Bein nicht besonders weit nach hinten bringen lässt, da die Hüftbeugemuskeln noch stark verkürzt sind.



► **Abb. 6.15** Behandlung SIG in Bauchlage auf der Bank.

In Bauchlage über den Schoß der Mutter**Befundung**

Die Mutter sitzt mit überschlagenen Beinen, links über rechts, auf einem Hocker. Das Kind liegt mit dem Kopf nach links und dem Schultergürtel über dem obenliegenden linken Beine quer über dem Schoß. Die Beine übernehmen so die Funktion der Unterlagerung und das Kind ist gegen ein seitliches Herunterrollen gesichert. Mit ihrem Unterarm und der Hand unterstützt sie das Kind am Schultergürtel. Der Kopf des Kindes ist mittig, der Rumpf gerade. Der Therapeut steht am Fußende des Kindes und tastet mit den Daumen die beiden Darmbeinstachel (► Abb. 6.16). Eine auf einer Seite weiter dorsal stehende SIPS stellt einen behandlungswürdigen Befund dar.



► **Abb. 6.16** Befundung SIG in Bauchlage über den Schoß der Mutter.

Behandlung

Eine rechts weiter dorsal stehende SIPS wird, wie unter der Bauchlage auf der Bank (S.62) beschrieben, behandelt. Das Kind liegt dabei in der oben beschriebenen Ausgangstellung quer über den Schoß der Mutter.

Der Therapeut steht am Fußende des Kindes und setzt mit dem Daumen der rechten Hand senkrecht auf der rechten SIPS auf. Mit der linken Hand umfasst er von lateral den linken Oberschenkel des Kindes. Er gibt immer dann Druck auf die rechte SIPS nach ventral, wenn er das linke Bein assistiv 2–3-mal nach hinten pendelt (► **Abb. 6.17**).



► **Abb. 6.17** Behandlung SIG in Bauchlage über den Schoß der Mutter.

6.3.3 Schritt 3: Sakrum

Das Sakrum wird in denselben Ausgangsstellungen wie die SIGs befundet.

In Bauchlage auf der Bank/über den Schoß der Mutter

Befundung

Aufgrund der Größenverhältnisse wird man am Sakrum nicht jeden Wirbel einzeln ertasten können, sondern eher die Position des Sakrums als **Ganzes** (► **Abb. 6.18**, ► **Abb. 6.19**). Stehen ein oder mehrere Querfortsätze des Sakrums auf einer Seite weiter dorsal, stellt dies einen behandlungswürdigen Befund dar.



► **Abb. 6.18** Befundung Sakrum auf der Bank.



► **Abb. 6.19** Befundung Sakrum über den Schoß der Mutter.

Behandlung

Ein rechts weiter dorsal stehender Querfortsatz wird ebenso behandelt, wie beim SIG (S.62) beschrieben. Es wird jedoch aufgrund der anatomischen Größenverhältnisse zwischen Therapeuten-