

7 Diagnose und Behandlung unter Berücksichtigung möglicher Fehlerquellen

■ Am liegenden Patienten

7.1 Überprüfung der Beinlängen

Vorbemerkung

Untersuchung und Korrektur der unterschiedlichen Beinlängen sind Grundlage der Dorn-Therapie. Ob eine Beinlängendifferenz funktionell oder anatomisch bedingt ist, lässt sich nur mittels exakten Röntgens und Längenmessung der Knochen genau feststellen. Das direkte Messen von Strecken, die durch Knöchel, Kniegelenkspalt oder Trochanter major (großer Rollhügel) begrenzt werden, birgt schon bei der Lokalisation der Messpunkte Ungenauigkeiten. Schließlich wird die gemessene Strecke noch von der Form der Muskulatur, der Haltung und möglicherweise unterschiedlichen Dicke von Haut- und Bindegewebe beeinflusst. Das indirekte Messen durch Unterlegen von Brettchen unter ein scheinbar kürzeres Bein bis zum optischen Ausgleich der oberen Darmbeinstachel ist ebenso ungenau, da eine Beckenverwringung vorliegen kann.

Für die Praxis reicht der Vergleich der Beinlängen und aller vier Darmbeinstachel in Kombination mit der Palpation der Iliosakralgelenke in der Regel aus. Wenn nach dem Ausgleich der Beinlängen alle Darmbeinstachel auf einer Höhe stehen und über den Iliosakralgelenken kein Druckschmerz feststellbar ist, ist davon auszugehen, dass die Beinlängen gleich sind.

Stehen nach dem Ausgleich der Beinlängen im Liegen und der Korrektur einer Beckenverwringung beide Darmbeinstachel auf einer Seite tiefer als auf der anderen, legt dies den Verdacht auf eine anatomisch bedingte Beinlängendifferenz nahe.

Um dies zu überprüfen, sollte der auf dem Rücken liegende Patient die Füße parallel aufstellen, sodass Ober- und Unterschenkel ungefähr einen 90°-Winkel zueinander bilden. Anhand der Höhe und Lage der Kniescheiben kann so die Länge von Ober- und Unterschenkel beider Beine verglichen werden.

Untersuchung

Der Patient liegt mit gestreckten Beinen auf dem Rücken auf der Behandlungsliege. Manche Patienten biegen sich dabei etwas zur Seite. Sie sind dann danach zu befragen, ob sie das Gefühl haben, gerade zu liegen. Bejahen sie dies, sollte sich der Behandler merken oder notieren, in welchem Ausmaß und zu welcher Seite sich der Patient krümmt: Dies ist ein hilfreicher Parameter zur Beurteilung des Behandlungsverlaufs.

Der Therapeut umfasst die Knöchel des Patienten von unten so, dass die Daumen an der Unterseite der Fersen liegen. Die Beine des Patienten werden in eine gerade Linie mit seiner Körperachse gebracht. Der Therapeut orientiert sich dazu an Oberkörper und Kopf des Patienten. Die Länge der Beine wird anhand der Höhe der Daumen unter leichtem Druck Richtung Kopf des Patienten verglichen (Abb. 7.1).

Die Überprüfung der Beinlängen ist leichter, wenn der Patient seine flachen Schuhe anbehält. Da die Schuhsohlen hart und symmetrisch sind und deutlich definierte Kanten haben, fällt es sofort auf, wenn die Füße unterschiedlich weit nach innen oder außen rotiert sind oder unterschiedlich gestreckt oder angezogen sind. Hochhackige oder sehr lose sitzende Schuhe sollte der Patient ausziehen, da diese die Beurteilung erschweren.

Der Therapeut muss sich merken oder notieren, wie groß der Längensunterschied vor Beginn der Behandlung ist. In der ersten Behandlung sind nach *jedem* der folgenden Behandlungsschritte erneut die Beinlängen zu vergleichen. Nur so ist festzustellen, in welchen Gelenken eine Korrektur erfolgt ist und welche Gelenke keine Korrektur benötigten.

Die häufigsten **Fehlerquellen** sind:

- Zug an den Beinen statt Druck von unten.
- Vergleich der Innenknöchel statt der Unterkante der Fersen.
- Die Beine des Patienten liegen nicht mittig bzw. der Patient liegt nicht gerade.
- Die Füße sind proniert oder supiniert oder unterschiedlich weit gebeugt.

7.2 „Hüftgelenkübung“

Vorbemerkung

Da viele Beinlängendifferenzen mit der Hüftgelenkübung auszugleichen sind, ist es zweckmäßig, hiermit am längeren Bein anzufangen. Anschließend kann der Therapeut zuerst alle Gelenke am längeren Bein, dann alle am zunächst kürzeren Bein behandeln oder die Gelenke pro Ebene durchgehen.

→ Eine festgelegte Reihenfolge sollte bei allen Patienten beibehalten werden.

Bei der ersten Behandlung ist zu dokumentieren, welche Gelenke behandlungsbedürftig waren. Die Gelenke, bei deren Korrektur keine Veränderung der Beinlängen erfolgt, können in den Folgebehandlungen ausgelassen werden. Für diese Gelenke braucht der Patient auch zu Hause keine Übungen auszuführen.



Abb. 7.1 Vergleich der Beinlängen.

Streng genommen wird bei dieser Technik nicht das Hüftgelenk korrigiert, sondern die Bewegung findet im Iliosakralgelenk statt (siehe auch Abschnitt „Anatomie“, S.21ff.). Da die sichtbare Bewegung aber im Hüftgelenk stattfindet, behalten wir den Namen bei, nicht zuletzt, um die Verständigung mit dem Patienten zu erleichtern.

Untersuchung

Der Patient liegt mit dem Rücken auf der Behandlungsliege und stellt den Fuß des längeren Beins (hier: rechts) so nah wie möglich am Gesäß auf. Er greift mit der rechten Hand unter den Übergang von Oberschenkel zu Gesäß und übt stetigen Zug in Richtung Kopf aus (Abb. 7.2), während er das Bein streckt und schließlich entspannt ablegt (Abb. 7.3).

Beim ersten Durchführen dieser Übung ist es sinnvoll, dass der Therapeut das Bein bei der Bewegung führt, um dem Patienten ein Gefühl dafür zu vermitteln, auf welche Art und in welchem Tempo er das Bein ablegen soll.

Nach dem Vergleich der Beinlängen sollte der Patient die Übung mit dem anderen Bein ausführen.

Viele Patienten erschweren sich die Übung unnötig, indem sie Bewegungsabläufe von ihnen bekannten gymnastischen Übungen überneh-