

»Fehlstellungen der dreidimensionalen Beckenstatik sollten zuerst korrigiert werden, danach folgt die Korrektur der Wirbelsäule.«

Andrea Lange



Foto: Autorin

Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp® (DWP)

Ein sanfter Weg in die persönliche Mitte.

– Andrea Lange–

Als ich angefragt wurde, ob ich Lust hätte, „etwas“ über die Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp® zu schreiben, habe ich gerne sofort zugesagt. Denn als praktische Anwenderin in eigener Praxis und Ausbilderin für die DWP möchte ich jede Möglichkeit nutzen meine Begeisterung für diese **effiziente, einfach erlernbare und auch in der Praxis sofort umsetzbare Manualtherapie** an viele „Behandler“ weiterzugeben.

Eine große Herausforderung diese Therapie nur „theoretisch“ vorzustellen, denn viel spannender ist es, entweder als Therapeut oder als Patient, den „Vorher-Nachher-Effekt“ während und nach einer DWP-Behandlung am eigenen Leib zu erleben.

Aber zuerst bedarf es sicher der Erklärung, warum „nach Popp“?

Die Entstehungsgeschichte der DWP begann mit dem Ehepaar Helga und Eberhard Popp, sie erlernten in den 90er Jahren ursprünglich die Dorn-Therapie von Dieter Dorn. Im Laufe der Jahre erweiterten sie die Therapie um wichtige Entwicklungen, wie die Kontrolle und Korrektur der dreidimensionalen Beckenstatik und die schmerzlose Korrektur der Wirbel über Muskelzug. Ich gehe darauf später noch genauer ein. Der Name „Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp“ war damit geboren. Als das Ehepaar Popp nach einigen Jahren ihre Lehrtätigkeit aufgaben und ins Ausland auswanderten, übergaben sie das Erbe der DWP an autorisierte Ausbilder, welche seit 2004 innerhalb einer Arbeitsgemeinschaft die Ausbildungskurse für die Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp® weiterführten.

Der 2009 gegründete „Förderverein Dynamische Wirbelsäulentherapie e. V.“ hat es sich u. a. zur Aufgabe gemacht, den inzwischen über die Grenzen Deutschlands hinaus hochwertigen Qualitätsstandard in der Ausbildung und der praktischen Anwendung dieser Therapie zu erhalten. Durch die eigenen langjährigen praktischen Erfahrungen der Ausbilder und ihren kontinuierlichen Austausch untereinander hat sich die DWP inzwischen immer weiter entwickelt und verbessert. Sie ist inzwischen als eine absolut eigenständige Therapieform in der manuellen Medizin anzusehen und kann aber auch sehr gut mit anderen

Therapieformen kombiniert werden. Schon 2009 konnte die Physiotherapeutin und Ausbilderin für DWP Sabine Hohmann in der Heidelberger Beckenstudie die Effektivität der DWP nachweisen, indem sie die Leistungsfähigkeit von Sportlern vor und nach einer DWP Behandlung untersuchte. Es wurde eine deutliche Leistungssteigerung in Bezug auf Geschwindigkeit und Verbesserung der Körperhaltung in der Testbewegung gegenüber der nichtbehandelten Kontrollgruppe festgestellt.

Was ist das Besondere an der Dynamischen Wirbelsäulentherapie nach Popp®?

Um die Statik des Bewegungsapparates wieder in die persönliche Mitte zu bringen, wird auch innerhalb der DWP von Fuß zu Kopf gearbeitet. Erst ein ebenes ausgeglichenes Fundament bietet eine gute Basis für die darauf aufbauende Statik. Unser Fundament ist das Becken, d. h. Fehlstellungen in der dreidimensionalen Beckenstatik sollten möglichst zuerst kontrolliert und korrigiert werden, bevor es an die Wirbelsäulenkorrektur geht. Das Thema Beinlängendifferenzen wird in der Fachwelt etwas kontrovers diskutiert. Einigkeit besteht dahingehend, dass „echte“ anatomische Beinlängendifferenzen, also knöchernen Ursprungs, sehr selten sind. Die Verursacher für funktionelle Beinlängendifferenzen sind häufig in der Statik des Beckenrings, Bändern, Kapseln und geschwächter Muskulatur zu finden.

Der erste sanfte und doch effektive Therapiegriff zur Korrektur von funktionellen Beinlängendifferenzen erfolgt in der DWP durch einen globalen Bewegungstest des Hüftgelenks und der Iliosakralgelenke. Auf der Seite, die eine mangelnde Bewegungselastizität hat, schiebt sich das Bein fusswärts (caudal) heraus und wird nur „scheinbar“ länger. Hier spricht man von einer „funktionalen“ Beinlängendifferenz. Bei der Korrektur des scheinbar längeren Beines gibt der Therapeut einen sanften axialen Druck auf das angewinkelte (leicht nach lateral abduzierte) Knie über den Femur Richtung Hüftgelenk bei gleichzeitiger Bewegung des Knies Richtung medial (Abb. 1). Durch diesen Input von Druck und gleichzeitig angeleiteter Bewegung erfolgt über den Femurkopf ein Reiz auf Kapsel, Muskeln und Sehnen. Mittels der



Abb. 1: Korrekturgriff Beinlängendifferenz

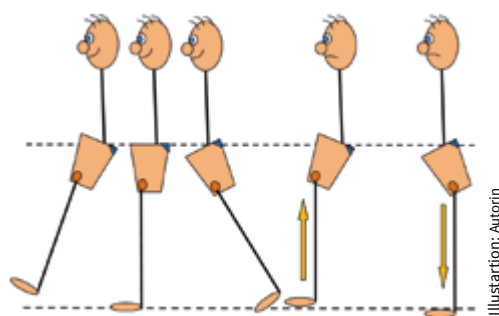


Illustration: Autorin

Abb. 2: Bewegungen der Beckenschaufel (seitliche Ansicht, schematisch)

angeleiteten Bewegung kann sich dieser Komplex neu organisieren und das Hüftgelenk zentrieren. Dies geschieht durch einen propriorezeptiven Wirkmechanismus in der Gelenkkapsel. Es ist in der Praxis immer wieder erstaunlich, wie einfach auf diese Weise funktionelle Beinlängendifferenzen ausgeglichen werden können.

Welche Auswirkungen Fehlstellungen in der dreidimensionalen Beckenstatik haben, wird besonders am Beispiel einer Vorschreit- und/oder Rückschreitstellung des Iliums (Beckenverwringungen) deutlich. Hierzu betrachten wir erst einmal den physiologischen Bewegungsablauf des Beckenrings beim Gehen (Abb. 2).

Hüftbein bzw. Beckenschaufel bewegen sich von einer Neutralstellung im Stand über eine Vor- oder Rückschreitstellung wieder zurück in die Neutralstellung. Wenn wir also das Bein nach vorne schwenken, um einen Schritt nach vorne zu machen, bewegt sich die Beckenschaufel mit. Die Spina iliaca posterior superior (SIPS) bewegt sich nach dorsal/caudal. Wenn wir das Bein nach hinten schwenken, bewegt sich die Beckenschaufel entgegengesetzt, also bewegt sich die SIPS nach ventral/cranial. Das ist der grob skizzierte physiologische Ablauf im Becken. Steht nun aber die Beckenschaufel auch im Stand nach ventral oder dorsal rotiert, sprechen wir hier von einer Vor- oder Rückschreitstellung. Da die Hüftgelenkpfanne (Acetabulum) als „Aufhängung“ für den Femurkopf nicht zentriert in der Mitte des Hüftbeins angeordnet ist, führt eine Rotation der Beckenschaufel je nach Rotationsrichtung zu einer funktionalen Veränderung der Beinlänge. Bei Dorsalrotation des Iliums wandert die Hüftgelenkpfanne nach cranial-ventral, das Bein wird hier kürzer (Abb. 2). Bei einer Ventralrotation des Iliums wandert die Hüftgelenkpfanne nach caudal-dorsal, das Bein

wird hier länger (Abb. 2). Bei dieser unphysiologischen Vor- und/oder Rückschreitstellung des Iliums liegt eine Blockade auf der Beckenseite vor, welche insgesamt in keiner guten Regulation steht. Dadurch hat diese insgesamt mehr Spannung, was sich durch die vermehrte Druckempfindlichkeit der SIPS oder der Symphyse (=Kontrollpunkte der DWP) ausdrückt.

Schmerz ist in der DWP ein wichtiger Faktor, um zu entscheiden, auf welcher Seite sich die Fehlstellung befindet im Gegensatz zur schmerzlosen, in „physiologischer Neutralstellung“ befindlichen Seite. Die „Kontrollpunkte“ dienen, bei gleichzeitiger Sichtkontrolle der räumlichen Lage zueinander, zur Überprüfung einer Vor- oder Rückschreitstellung des Iliums. Die Kontrolle und Korrektur erfolgt über einfache und logisch nachvollziehbare Griffe (Abb. 3, Abb. 4).

Beckenverwringungen gehen fast immer mit Spannungen des Kreuzbeins oder sogar Kreuzbeintorsionen, sowie ein- oder beidseitigen ISG-Blockaden einher.

Folglich kann sich die Wirbelsäule nicht mehr korrekt ausrichten, Dysbalancen entstehen, die über Muskelketten an andere Körperregionen weitergeben werden.

Die DWP bietet effiziente Korrekturgriffe für die dreidimensionale Beckenstatik an:

- Beinlängendifferenzen-Hüftgelenkzentrierung
- Vertikaler und horizontaler Beckenschiefstand
- Entspannung Iliopsoas.
- Iliosakralgelenkblockaden
- Kreuzbeintorsion
- Iliumblockade in Vorschreit- oder Rückschreitstellung

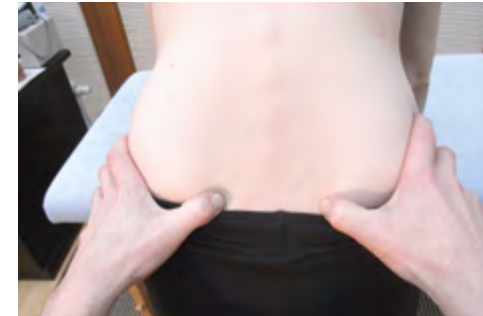


Abb. 3: Kontrolle der SIPS. Vor- oder Rückschreitstellung Ilium

- Innenrotation oder Außenrotation des Iliums
- Upslip – Downslip
- Stabilisierung der Symphyse

Eine weitere Grundlage der DWP ist die Korrektur der Wirbelsäule über Muskelzug. Das Ehepaar Popp hat das Rad sicher nicht ganz neu erfunden, auch sie bedienten sich aus den physiologischen Denkweisen anderer Gelehrter. So flossen u. a. die Ansätze des Neuropsychologen Sir Charles Scott Sherrington (1857–1952, Nobelpreisträger der Medizin) mit in die DWP ein. Das Gesetz der reziproken Innervation besagt, dass die Aktivierung der Motoneurone der Agonisten einhergeht mit gleichzeitiger Hemmung der Motoneurone der Antagonisten oder etwas einfacher: Jeder Muskelkontraktionsreiz geht mit einem Erschlaffungsreiz des Gegenspielers einher.

Wie wird diese Theorie in der DWP umgesetzt?

Beim Ertasten von Wirbelfehlstellungen werden neben Schmerzpunkten auch Reflexpunkte und muskuläre Verspannungen beachtet. Denn in der DWP gehen wir davon aus, dass sich die an den Dorn- und Querfortsätzen ansetzende Muskulatur auf der Seite der Rotation verkürzt hat (Abb. 5: roter Zug).

So ist hier die Fehlstellung des Wirbels als Verlagerung selbst oder durch Tastung der verkürzten und verdickten Muskulatur oder durch Spannungspunkte, sowie durch Druckdolenz paravertebral feststellbar. Auf der schmerzhaften, deutlicher spürbaren Seite des Wirbelsegments steht der Wirbelkörper in einer rotatorischen Fehlstellung hin zum schmerzhaften Punkt im Gewebe/ in der Muskulatur. Der Spannungspunkt kann direkt am Wirbelkörper liegen, aber auch weiter



Abb. 4: Korrektur Vorschreitstellung Ilium

außen im Muskel (Abb. 5 und Abb. 6). Manchmal ist es notwendig mehrere Spannungspunkte in einem Segment zu behandeln bis der Wirbelkörper korrigiert ist. Nach Auffinden des schmerzhaften/ druckempfindlichen Spannungspunktes bleibt der Therapeut berührend auf diesem Punkt. Dies ist für den Körper ein sensueller Input. Der Körper ist nun mit seiner Aufmerksamkeit an diesem zu regulierenden Punkt. Gleichzeitig wird der Patient angeleitet eine Bewegung durchzuführen, welche die Muskulatur auf der Gegenseite der Wirbelsäule aktiviert. Der Wirbelkörper kann sich nun durch den eigenen Muskelzug wieder in seine ursprüngliche korrekte Lage einregulieren.

Das Halten des Spannungspunktes und die gleichzeitige Aktivierung des muskulären Gegenspielers führen über die reziproke Innervation zum Lösen des Spannungspunktes.

Besonders möchte ich bei der Behandlung der Wirbelsäule auf Blockaden der ersten Rippe hinweisen, denn diese verursachen häufig recht heftige Beschwerden und Therapieblockaden. Negative Auswirkungen auf die Nervenplexus Plexus cervicalis und Plexus brachialis können die Folge sein. Außerdem befindet sich unter dem Caput costae das Ganglion stellatum, von diesem Nervenknotten des vegetativen Nervensystems gehen sympathische Nervenfasern zur Versorgung von Kopf, Hals, Arm, Herz und Lunge aus. So ist es nachvollziehbar, dass Blockaden der ersten Rippe die Steuerung vieler Organsysteme beeinträchtigen können.

Für das Lösen der ersten Rippe, aber auch für viele andere Fehlstatiken bietet die Dynamische Wirbelsäulentherapie nach Popp® parallel verschiedene Lösungsmöglichkeiten an. Sie erlaubt somit ein sehr differenziertes manualtherapeutisches Arbeiten. Diese Therapie beinhaltet auch

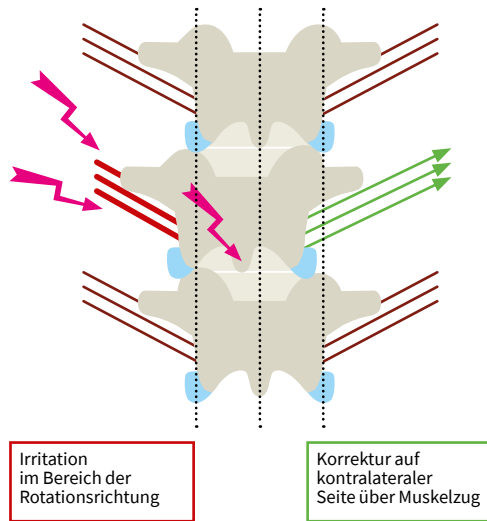


Abb. 5: Wirbelfehlstellung (schematisch; Blick von dorsal auf die Wirbelsäule)

die sanfte Korrektur des Atlas, die Korrektur von dorsal oder ventral verlagerten Wirbelkörpern, Tibia- und Fibulaeinstellungen, sowie die Behandlung des Schultergürtels.

Seitlich der Wirbelsäule treten über das Rückenmark kommende Nerven aus. Diese können bei fehlgestellten Wirbeln irritiert werden und Schmerzen verursachen. Durch den Bezug zu bestimmten Körperarealen führt dies nicht nur zu Irritationen von Nerven, Muskeln oder Haut, sondern auch die Funktionen innerer Organsysteme können beeinträchtigt werden. Zu den Zusammenhängen von Wirbelsegmenten, ihren Versorgungsgebieten und damit verbundenen Auswirkungen bei Wirbelverschiebungen gibt es inzwischen zahlreiche Tabellen verschiedener Therapierichtungen (Vgl. Chirotherapie, Cross-Therapie, Dorn-Therapie, Luise L. Hay, Shiatsu, Kieferorthopädie/CMD). So findet man in allen Tabellen z. B. unter dem Wirbelsegment L1 das Versorgungsgebiet Dickdarm und Leiste zugeordnet und damit Verstopfung und Durchfall als mögliche Auswirkung einer Wirbelverschiebung.

Bestehen mehrere Blockaden, können diese auch mehrere negative Auswirkungen auf Funktionen innerer Organsysteme haben. Es lohnt sich also als Therapeut immer einen Blick auf die Statik des Bewegungsapparates seines Patienten zu haben.

Welche möglichen Anwendungsgebiete ergeben sich für die DWP?

Die DWP eignet sich besonders für akute und chronische Beschwerden des Bewegungsapparates mit reversiblen Funktionsstörungen, welche aus einer direkten oder indirekten Fehlstellung der Wirbelsäule oder des Beckens resultieren.

- Schmerzen des Bewegungsapparates
- Bewegungseinschränkungen
- Funktionelle Gelenkstörungen
- Ischialgien / Lumbago
- Brachiocephalgien
- Funktionelle Beinlängendifferenzen
- Nachbehandlung von Bandscheibenvorfällen
- Arthrosen der Gelenke
- wirbelsäulenbedingte Kopfschmerzen / Migräne
- Vertigo
- Tinnitus
- zur gesundheitlichen Prävention

Für belastete Gelenke, Muskeln, Sehnen und Fasziën bietet die DWP achtsame Behandlungsgriffe an. Alle Korrekturen werden durch gezielte schonende Therapiegriffe erreicht und sind weitestgehend schmerzfrei. Die DWP ist mobilisierend und nicht manipulativ, daher gibt es auch nur wenige Kontraindikationen.

Wieviele DWP- Behandlungen sind notwendig und sinnvoll?

Die Vorgehensweise während der Behandlung erfolgt immer in gleicher Reihenfolge:

1. Kontrolle (Druck/Schmerz – Eindringtiefe/Gewebequellung – Spannungspunkt – Seitenvergleich)
2. Korrektur
3. Kontrolle der Korrektur (siehe Punkt 1.)

Daher spürt der Patient schon während der Behandlung eine sofortige positive Veränderung der Schmerzempfindung, d. h. zuvor druckempfindliche Kontrollpunkte sind nach der Korrektur sofort schmerzfrei oder entspannter. Der Patient kann meist schon nach der ersten Behandlung eine deutliche Verbesserung seiner Beschwerden



Abb. 6: Rückenmuskulatur – Modell

spüren. Besonders bei akuten Beschwerden kann häufig eine schnelle Lösung angeboten werden. Bei chronischen oder degenerativen Erkrankungen sind meist mehrere Behandlungen nötig, jedoch brauchen sicher keine 10er- oder 20er-Karten für Behandlungstermine im Voraus vergeben zu werden. Wenn der Patient nach dem dritten Behandlungsversuch mit der DWP keinerlei Verbesserung verspürt, kann es meiner Erfahrung nach z. B. an einer Fehlstellung der Zähne oder Zahnersatz liegen, welche durch die manuellen Kiefergelenkbehandlungen natürlich nicht zu beheben sind oder die Ursache ist hier nicht in erster Linie im Bewegungsapparat selbst gelegen. Es können Therapieblockaden, Störfelder im Körper oder Umfeld oder seelisch/mentale Ursachen vorliegen. Ich habe schon viele beeindruckende Erlebnisse in der Praxis bei der Behandlung mit der DWP gehabt. Hier nur drei Beispiele:

Mann, 66 J., seit 4 Wochen bestehende Kreuzschmerzen, Ausstrahlung seitlich ins Bein und Leiste, besonders nachts, wacht bei jedem Drehen auf, kann sich nicht bücken oder das Bein anheben, um Schuhe anzuziehen. Nach erster Behandlung nachts keine Beschwerden mehr; konnte wieder durchschlafen; nach zweiter Behandlung Bücken und Schuhe anziehen ohne Probleme möglich. Hier

war neben Beckenschiefstand, kombinierter Vor-Rückschreitstellung, Upslip und L4/5-Blockade besonders eine Iliosakralgelenksblockade die Ursache der Beschwerden.

Frau, 52 J., seit 4 Monaten Schmerzen im Brustbeinbereich, besonders beim Atmen. Hier etwas umfangreichere Fehlstellungen und Blockaden in 3D-Beckenstatik, ISG-Blockade, L4/5, Th3 dorsal, Th2 ventral, 1. Rippe, C1/Atlas. Insgesamt drei Behandlungen waren notwendig, um wieder schmerzfrei atmen zu können.

Frau, 44 J., hat schon seit „Ewigkeiten“ Rückenschmerzen, akute WS-Blockaden verursachen bei ihr immer Schwindel. Es erfolgte nur eine Behandlung, neben ISG-Blockaden, 3D-Beckenstatik war hier sicher die erste Rippe und diverse HWS-Blockaden, besonders Atlas, die Ursache der Beschwerden. Der Schwindel war sofort nach der Behandlung nicht mehr vorhanden.

Für welche Therapeutengruppen ist die DWP geeignet?

Sie ist sowohl an Heilpraktiker, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ärzte, Masseur, aber auch an Patienten durch die bei der Behandlung mitgegebenen „Hausaufgaben“ zur Selbstbehandlung gerichtet. Ob als eigenständige neue Therapieform für ungeübte Berufsanfänger, für klassische Homöopathen, die zusätzlich ein praktisches Behandlungsfeld suchen, als auch Chiropraktiker, die eine sanftere Methode für ihre Patienten anbieten möchten, kann die DWP eine Möglichkeit sein. Die Ausbildung ist sowohl vom Zeitaufwand als auch Kostenaufwand sehr überschaubar.

Ich würde mich freuen, wenn ich meine Begeisterung für diese großartige Therapie hier weitergeben konnte.



Andrea Lange
Heilpraktikerin und Ausbilderin DWP
Am Schäferstieg 15, 21680 Stade
Tel.: 041 63 - 80 67 08
www.heilpraktikerin-lange.de



Förderverein Dynamische
Wirbelsäulentherapie e. V.

www.dynamische-wirbelsaulentherapie-nach-popp.de

Auch wenn ich bei Geschlechterangaben nur die maskuline Form verwendet habe, sind auch alle anderen Ausprägungen gemeint.