



Die Hock-Methode

Beckenschiefstand: Gift für viele Muskeln, Gelenke und die Wirbelsäule von Burkhard Hock

Bei der Hock Methode handelt es sich um eine wissenschaftlich fundierte Methode zum Befunden, Diagnostizieren und Behandeln von ISG-Blockaden, Beckenschiefständen, Wirbelfehlstellungen und Gelenkproblemen. Sie bildet die Grundlage für jede Art von Schmerztherapie, die auf Muskel und Gelenkproblemen aufbaut.

In diesem Bericht soll Ihnen ein Überblick über diese Methode gegeben werden. Detailliertes Wissen wird vom GBZK bundesweit in Seminaren vermittelt.

Inhaltsübersicht:

1. Wie entsteht ein Beckenschiefstand
2. Das Ilio-Sacral-Gelenk im Rampenlicht
3. Verkannte Stürze
4. Einseitige Belastung
5. Gute Erfolgsaussichten
6. Behandlung der ISG-Blockade
7. Diagnose Wirbelsäule
8. Behandlung der Wirbelsäule
9. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der HWS
10. Selbstbehandlung des Atlas und der restlichen HWS
11. Behandlungstabilität
12. Die Hock-Methode im Schlingentisch
13. Hyper- und Hypolordose
14. Hausaufgaben
15. Problemfall Kiefergelenk
16. Therapeutennetzwerk
17. Ausbildungsstandard
18. Fortbildungspunkte



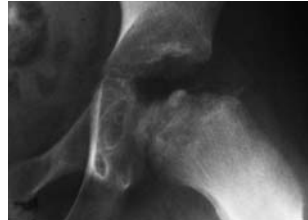
1. Wie entsteht ein Beckenschiefstand



Femur Bruch



Hüftdysplasie



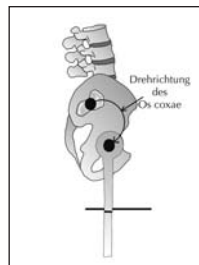
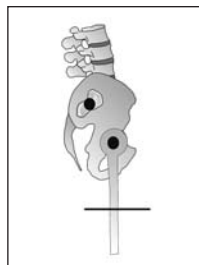
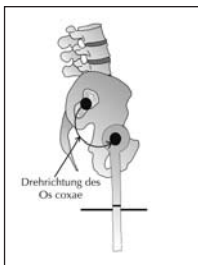
Hüftkopfnekrose



TEP-Hüfte

Beckenschiefstände entstehen durch:

- ein anterior oder posterior verdrehtes Os coxae
- durch eine Hüftdysplasie
- durch eine Hüftkopfnekrose (Morbus Perthes)
- Verletzungen an den Knie- und Sprunggelenken
- durch eine anatomische Beinlängendifferenz
- durch Operationen und Verletzungen



2. Das Ilio-Sacral-Gelenk im Rampenlicht

Je nachdem, ob das ISG in Posterior- (linkes Bild) oder in Anterior-Rotation (rechtes Bild) blockiert wurde, weist die blockierte Seite ein verkürztes oder ein verlängertes Bein auf. Wer ausschließlich die Differenz der Beinlänge betrachtet, kann nicht erkennen, ob sich das eine Bein „verkürzt“ oder das andere Bein „verlängert“ hat.

3. Verkannte Stürze

Wie die jahrelange Erfahrung in meiner Wirbelsäulenpraxis zeigt, gehen die meisten Probleme der Hüfte oder der Wirbelsäule mit einer ISG-Blockade einher. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie ein solcher Beckenschiefstand zustande kommt, am häufigsten durch einen Sturz. Fällt



der Patient auf einen Sitzbeinhöcker, rotiert in der Regel das Hüftbein an dieser Seite und das dortige ISG blockiert. Der das Becken stabilisierende Bandapparat geht das erste Stück der Bewegung mit und verhindert durch starken Zug das Zurückgleiten des Hüftbeins bzw. der Gelenkflächen vom ISG in die ursprüngliche Position: Die Hüfte ist in eine horizontale Fehlstellung geraten. Dadurch entwickelt die Beinmuskulatur eine Dysbalance.

Wird nicht innerhalb kurzer Zeit eine Korrektur vorgenommen, beginnt die Wirbelsäule, gesteuert durch das Kleinhirn, den Kopf wieder in die „Mitte“ des Körpers zu bringen. Die Wirbelsäule als flexible vertikale Körperachse gleicht in Form von einer Skoliose aus, was auf einer oder mehreren Bandscheibenebenen zu Fehlstellungen und Fehlbelastungen führt. Was daraus entsteht, wird häufig als „idiopathische Skoliose“ bezeichnet, die einfach konvex, doppelt konvex oder mehrfach konvex sein kann.

Viele meiner Wirbelsäulen- und Becken-Schmerzpatienten konnten sich an Stürze oder Unfälle erinnern, die viele Jahre zurücklagen. Die dadurch verursachten Schmerzen waren entweder durch Spritzen betäubt worden oder nach drei bis vier Wochen von alleine wieder verschwunden. Nach circa drei Jahren wiesen jedoch chronische Schmerzen, entweder im Bereich der Lendenwirbelsäule oder einer Hüftseite, verbunden mit einer Ischialgie, auf die damals entstandene Fehlstellung hin.

4. Einseitige Belastung

Werden die Ursachen der Schmerzen nicht beseitigt, kommt es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Bandscheiben-
Protrusion, einem Bandscheibenvorfall oder einem Facettensyndrom. Die Folgen sind Ischialgie, Muskelhartspann, starke Bewegungseinschränkung, Schmerzen u.v.m..

Das Hüftgelenk ist betroffen, weil durch die unterschiedlich langen Beine das kürzere übermäßig stark belastet wird. Das wiederum kann u.a. zu Coxarthrose oder einer Hüftkopfnekrose führen.

5. Gute Erfolgsaussichten

Wie die Erfahrung zeigt, kann ein Patient mit dem genannten Beschwerdebild mit großer Erfolgsaussicht therapiert werden. Eine sorgfältige Diagnose in ganz klar festgelegter Reihenfolge spielt dabei eine sehr große Rolle. Als erstes ist darauf zu achten, ob das Kreuzbein auf der Vertikalachse verdreht ist. Ist dies der Fall, sollte diese Verdrehung zuerst aufgelöst werden, da erfahrungsgemäß die nachfolgenden Diagnoseschritte eindeutiger werden.

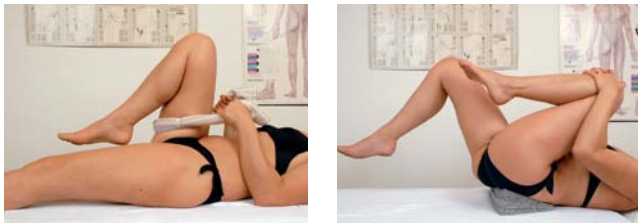


Bei der weiteren Diagnose bzw. Differenzialdiagnose ist größer Wert auf folgende Punkte zu legen:
Sind die Beine gleich oder unterschiedlich lang?
Welchen Einfluss haben kranke bzw. instabile Knie- oder Sprunggelenke auf die gemessenen Beinlängen?
Wie kann man eine anatomische Beinlängendifferenz ausschließen bzw. diagnostizieren?
Auf welcher Seite ist ein ISG blockiert?

Zeigt sich auf der blockierten Seite ein zu kurzes oder ein zu langes Bein bzw. ist das Hüftbein auf der blockierten Seite nach anterior oder posterior rotiert?

Wie kann man trotz entzündlicher oder arthrotischer Geschehen eines Hüftgelenks einen sicheren Befund bekommen?

Wie hält man die Untersuchungsergebnisse fest?



6. Behandlung der ISG-Blockade

Auf dem Ergebnis des erstellten Befundes basiert eine gezielte und effiziente Behandlung der blockierten Seite. So stehen sowohl bei einer ISG-Blockade aufgrund eines nach anterior (Lordosierung) als auch posterior (Kyphosierung) rotierten Hüftbeins je drei Behandlungsformen zur Verfügung. Hinzu kommt noch jeweils eine Behandlungsform pro Seite bei Patienten mit Osteoporose. Teile dieser Behandlung, sowohl für die „Beinverkürzung“ als auch für die „Beinverlängerung“, werden dem Patienten als Hausaufgabe mitgegeben.

7. Diagnose Wirbelsäule

Nach erfolgter Behandlung der ISG-Blockade beginnt die Untersuchung der Wirbelsäule. Diese wird meist beim liegenden Patienten untersucht. So kann eventuell vorhandene, angespannte Muskulatur umgangen werden. Mit sechs bis acht nebeneinander liegenden Fingerkuppen, die paravertebral an den Dornfortsätzen entlang geführt werden wird nach seitlich versetzten bzw. aus der Reihe stehenden Dornfortsätzen Ausschau gehalten.



8. Behandlung der Wirbelsäule

Die einzelnen Wirbel werden bis auf die Ausnahmen C1 bis C4 immer über den Dornfortsatz bearbeitet. Dabei schwingt der Patient je nach der Etage des verdrehten Wirbels entweder ein Bein, einen Arm oder dreht leicht seinen Kopf. Bei den Wirbeln C1 bis C4 wird an den Querfortsätzen gearbeitet, wobei der Patient ebenfalls seinen Kopf leicht dreht. Beim Ansatz an den Dornfortsatz ist darauf zu achten, dass sich zwischen Finger und



Dornfortsatz keine Hautfalte befindet.

9. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der HWS für C2 bis C7

Beim auf dem Rücken liegenden Patienten ist die Halsmuskulatur weich und geschmeidig. So kann der Therapeut am besten feststellen, welcher Wirbel verschoben bzw. verdreht ist. Während dieser Behandlung unterstützt der Therapeut den auf dem Rücken liegenden Patienten beim Einrichten seiner Halswirbel. Die Bewegungswege sind sehr kurz und vom

Druck sehr gut zu dosieren. Es handelt sich hierbei um eine sehr sanfte und höchst sichere Methode der Wirbelbehandlung, was jedoch nicht heißt, dass keine Periostschmerzen entstehen können.

10. Selbstbehandlung des Atlas und der restlichen HWS

Aus der obigen Behandlungsmethode hat der Verfasser eine Selbstbehandlung der Halswirbelsäule entwickelt, die dem Therapeuten endlich die Möglichkeit gibt, jeden seiner Halswirbel inklusive Atlas gezielt und von den anderen isoliert selbst zu behandeln.

11. Behandlungsstabilität

Bei der ISG-Blockade mit Hüftbein-Rotation kommt es in der Regel zu einer muskulären Dysbalance der Beinmuskulatur. So befinden sich in den meisten Fällen der Psoas, die Adduktoren, die ischiocruralen Muskeln und der Rectus femoris in einem unterschiedlichen Tonus. Daher nützt eine einmalige Behandlung des Hüftbeins wenig, da die verkürzte Muskulatur das Hüftbein wieder in die Ausgangsposition zurückzieht. Über einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen ist eine begleitende Behandlung der ISG-stabilisierenden Muskulatur notwendig: Die betreffende Muskulatur wird sowohl mit „maßgeschneiderten“ Techniken als auch über Triggerpunkte auf neurofaszieller Grundlage bearbeitet.



12. Die Hock-Methode im Schlingentisch

Die Idee, die Hock-Methode im Schlingentisch anzuwenden, stammt von der Physiotherapeutin Uschi Damm aus Blumberg im Schwarzwald. Was zu Beginn der Testphase mit einem großen Fragezeichen versehen war, hat sich mit vollem Erfolg in der Praxis etabliert. Vor allem Akutpatienten wissen diese Arbeit zu schätzen. Durch sie wurde schon vielen der Gang zum OP-Tisch erspart. Der Vorteil dieser Art von Therapie liegt zum einen darin, dass der Patient schmerzfrei und somit entspannt gelagert werden kann und zum anderen, dass der Therapeut sehr differenziert mit feinen Bewegungen höchst effektiv arbeiten kann. Die Arbeit im Schlingentisch ist nachhaltiger, der Patient erfährt eine schnelle Linderung. Im Schlingentisch können sowohl ISG Blockaden aufgehoben, als auch vom TH 9 bis LWS 5 die Wirbel neu positioniert werden. Das besondere daran ist, dass Sie nur einen stabilen Haken in der Decke und zwei Schlingen benötigen, um die unterschiedlichen Behandlungen durchführen zu können.



13. Hyper- und Hypolordose

Bei Patienten, die nach erfolgreicher Behandlung schmerzfrei sind, ausgeglichene Beinlängen haben, jedoch über eine Hyper- oder Hypolordose verfügen, kann bis zum Alter von ca. 45 Jahren mit bestimmten Übungen der Zustand verbessert werden.



14. Hausaufgaben

Je nachdem, wo die Schwachstellen in der Wirbelsäule oder dem ISG lokalisiert wurden, empfiehlt es sich, dem Patienten stabilisierende Übungen für eine Rotation des Hüftbeins, der LWS, der BWS, der HWS und immer der Bauchmuskulatur mit nach Hause zu geben.



15. Problemfall Kiefergelenk

Da das Kiefergelenk durch den vermehrten Einsatz von Kieferkorrekturen in der Wirbelsäulenthherapie einen immer höheren Stellenwert erhalten hat, wird diesem Thema ausführlich Rechnung getragen. Einfache und aussagekräftige Befundungsschritte bilden die Grundlage zu sehr guten Behandlungsansätzen.

16. Therapeutennetzwerk

Unter der Homepage-Adresse www.gbzk.de finden Sie ein Therapeutennetzwerk, das dem geprüften Therapeuten die Möglichkeit gibt, sich und seine Praxis gegen eine geringe Gebühr vorzustellen.

17. Ausbildungsstandard

Die Ausbildung zum Hock-Therapeuten wird nur an TherapeutenInnen, HeilpraktikerInnen und ÄrztInnen weitergegeben.

18. Fortbildungspunkte

Für das A- und B-Seminar werden jeweils 20 Fortbildungspunkte vergeben.



Gesundheits- und Bildungszentrum Königssee

Schorenstr. 32 · 83471 · Schönau am Königssee
Telefon 0 86 52-94 89 00 · Telefax 0 86 52-94 89 01
E-mail: orga@gbzk.de · www.gbzk.de