

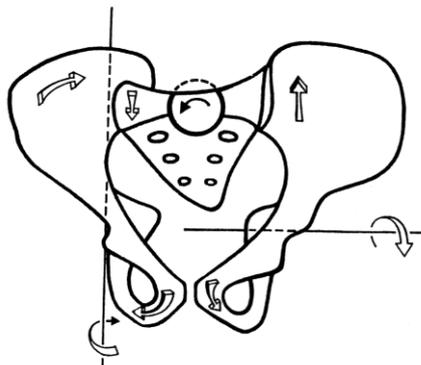
## Beckenschiefstand ist kein Schicksal

Oft kommt es in meiner Praxis vor dass Patienten trotz Vorbehandlung unterschiedlichster Therapeuten mit Schmerzen im Lenden-Becken-Segment, in Knien, Hüften oder hartnäckigen Beschwerden im Schulter-Nacken-Gebiet in meine Praxis kommen.

Häufig wurde schon eine Beinlängendifferenz festgestellt, diese aber lediglich mit einer Schuheinlage, eventuell auch auf der gegenüberliegenden Seite, „korrigiert“. Niemand würde auf die Idee kommen einen verschobenen Bruch mit einem Klötzchen zu unterlegen und dann zu sagen er wäre jetzt wieder in Ordnung. Schiefstellungen müssen begradigt werden.

Leider wird hier oftmals das Becken in seiner Stellung als Fundament der Wirbelsäule nicht oder nur ungenügend beachtet und noch seltener Abweichungen wirklich korrigiert.

Meistens bringt schon die einfache Untersuchung mittels eines Beugetestes (Vorlaufphänomen / Standing flexion-test) die Problematik anschaulich ans Tageslicht. Hiermit können nicht nur einfache Beckenfehlstellungen, sondern auch zwei- und dreiaxige Fehlstellungen, sogenannte Beckenverwringungen, erkannt werden.



Die Beckenschaukeln sind jeweils um alle 3 Raumachsen beweglich und im Beugetest (Nutation im ISG) werden diese durch die Beugebewegungen sichtbar gemacht (Vorlaufphänomen). Ergänzend kann noch der Spine-Test (Trendelburg Phänomen, Duchenne-Zeichen) durchgeführt werden. Hierbei werden Blockaden der ISG (Kreuzdarmbeingelenk) speziell festgestellt.

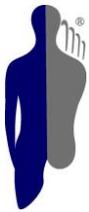
Mit dem Beinlängentest in Rückenlage (Derbolowsky-Zeichen) werden lediglich Blockaden eines ISG relevant erfasst.

Wie entstehen Beckenschiefstellungen?

Natürlich gibt es eine Menge Möglichkeiten sich das „Kreuz“ zu verdrehen.

An erster Stelle stehen jedoch Kipp-Dreh-Belastungen des Körpers (z.B. Getränkekasten seitlich aus dem Kofferraum heben).

Zum einen über Muskelzüge (M. longissimus dorsi) und zum Anderen über die entsprechenden Bänder überträgt sich die Spannung von der Wirbelsäule auf die



Beckenschaufeln. Diesen Hebelkräften gibt das Becken bei Überlastung oder ständiger Arbeit am Belastungslimit nach. Eine Beckenschaufel verkippt, das ISG blockiert und das Bein wird relativ gesehen kürzer.

Zieht man z.B. im stehen eine Beckenseite hoch, sodaß das Bein pendeln kann, wird das Bein doch auch nicht kürzer, lediglich das Becken steht schief.

Mehrachsiges Beckenschiefstellungen, sogenannte Beckenverwringungen, entstehen durch Ausgleichsbewegungen der anderen Beckenschaufel. Sie gibt den fehlerhaften Muskelspannungen, den Hebelkräften der Fehlstatik, nach einiger Zeit ebenfalls nach. Abriß eines Muskels oder Bandes, sowie Bruch eines Knochens sind keine Alternative. Die Knochen geben lediglich in ihren gelenkigen Verbindungen nach, weichen der Spannung also aus.

3-achsige Beckenschiefstellungen sind allerdings sehr selten, 1-achsige dafür leider schon fast die Regel.

Wirbelsäule und Becken, das Dynamische Belastungsduo, werden bei Schiefstellungen in Ihrer Statik so nachhaltig verändert, dass die gesamte Lastverteilung des Körpers aus dem Lot gerät.

In allen Fällen ist es unbedingt notwendig die Achsenstellung manuell zu korrigieren bevor andere Maßnahmen wie Schuheerhöhungen etc. überhaupt in Betracht gezogen werden sollten, denn niemand würde versuchen einen Turm senkrecht auf eine schiefe Ebene zu bauen.

Eine Korrektur der Abweichungen ist, soweit noch möglich, auch bei ältern Patienten daher unumgänglich.

Chronische Muskel- und Gelenkprobleme bleiben sonst nicht aus.

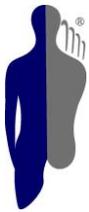
Bandscheibenschäden, Arthrosen an der Wirbelsäule, den Hüften und Knien, Skoliosen schon im Kindesalter, Migräne und andere HWS-Problematiken können durch eine Regulierung verhindert, zumindest aber deutlich gebessert und im Fortschreiten verlangsamt werden.

Unterschiedlichste Autoren aus der Schulmedizin, der Physiotherapie und der Manualmedizin in Forschung und Praxis können mir da beipflichten.

Einzig der rechtwinklige Stand der Wirbelsäule zu den Beckenschaufeln ist hier das ausschlaggebende Kriterium.

Schuherhöhungen sind nur sinnvoll, wenn es sich um echte Beinlängendifferenzen nach Wachstumsabschluß, z.B. durch Unfall oder OP handelt oder die Längendifferenz mehr als 1 cm beträgt.

Kinder sollten zeitnah bei Abweichungen therapiert werden um Spätfolgen wie Skoliosen zu vermeiden. Bei schon bestehenden Skoliosen ist eine Überprüfung des Beckens notwendig und eine Korrektur bei Abweichung von der Statik besonders wichtig, da sonst



Udo Froneberg ■ Heilpraktiker  
Praxiszentrum VaalserStr. 525  
Vaalser Str. 525 ■ 52074 Aachen ■ Deutschland  
Mobil +49 176 62 93 83 65 ■ Mail Praxis@Froneberg.com  
Web www.Froneberg.com ■ www.mnt-nrt.de



physiotherapeutische Maßnahmen zur Stabilisierung und Behebung nicht oder nur ungenügend greifen.

Auch Erwachsene mit z.B. einer Knie- oder Hüftarthrose, bekommen durch den fehlerhaften Gang Spannungen in die Rücken- und Gesäßmuskeln. Auch hier wird über kurz oder lang die Beckenstatik negativ verändert. Ein Muskel der hierbei besonders gerne Ärger macht ist der M. piriformis. Ein Gesäßmuskel zur Seitstabilisierung des Ganges.

Eine Umstellung ist, wenn möglich, noch vor einer OP des defekten Gelenkes durchzuführen, da der Patient sich ohne nachteilige Muskel- und Nervenreizungen voll auf die Rekonvaleszenz konzentrieren kann.

Kurz gesagt: "Ist etwas Schief, dann macht es wieder Gerade, und zwar dort wo es schief ist und so schnell wie möglich."

Mit der Manuellen Neurotherapie nach Froneberg gibt es ein Therapiekonzept das nicht nur eine Korrektur der Becken- und Wirbelsäulenstatik ermöglicht. Auch die fehlerhaften Muskelspannungen können beseitigt, Nervenreizungen abgebaut, der gesamte Bewegungsablauf harmonisiert und damit Spätfolgen verhindert werden.