

Abhandlung

# Die „Ilio-Sacral-Gelenkblockade“ oder der „Beckenschiefstand“

oder: Eine holistische Betrachtung einer „schwer“ durchschaubaren Aufgabenstellung

Ich schreibe mit Absicht kein Buch zum Nachlesen, keine wissenschaftliche Dissertation oder gar neue Erkenntnisse, denn eigentlich ist alles bekannt.

Jeder Mediziner, Heilpraktiker, Hebamme/Geburtshelfer, Physiotherapeut, Krankengymnast, Osteopath, Chiropraktiker und Masseur hat eine abgeschlossene Ausbildung in Anatomie, Physiologie, Innere Medizin, Orthopädie, Infektionskunde und Neurologie usw. Alle arbeiten mit ihrem Wissen täglich praktisch am Patienten, und dennoch passieren zu viele Fehler.

Dieser Artikel spiegelt nur meine persönliche Erfahrung wider! - Und ist für den geneigten Leser und dem medizinischen Therapeuten gedacht.

## **Fehlersuche**

Es beginnt wie immer: Ein Patient kommt in die Praxis....

Ob es nun Kopfschmerzen, Wirbelsäulen-, Schulter-Arm-, Hüft-, Knie-, Fußprobleme oder innere Organprobleme sind, meine Untersuchung beginnt meist im Beckenbereich und meistens werde ich fündig. Denn die Stellung der Beckenschaufeln und des Kreuzbeines sind für mich die Ausgangsstellung für die gesamte Wirbelsäule.

Was hilft es, z.B. bei Wirbelblockaden im HWS / BWS Bereich nur diese wieder richtig zu stellen, wenn das Becken schief steht?

Selbst wenn sich erste Erfolge in der Behandlung einstellen, verbleiben vermeintliche „Nebenbaustellen“ ungeachtet, die erst bei einer holistischen Betrachtung die Bedeutung im Zusammenhang mit einer „ISG-Blockade“ / Beckenschiefstand erkennen lassen.

Fehler, die dem betroffenen Patienten das Leben jahrelang zur Hölle werden lassen kann, frustriert, zum Praxis-Hüpfer oder Non-Compliance-Patienten abgestempelt, ständigen Beeinträchtigungen oder Schmerzen ausgesetzt, möglicherweise auch fehlerhaft therapiert mit weiteren oder sogar weitreichenden Folgen.

Mir sind in über 40 Jahren Berufsausübung viele Patienten mit den unterschiedlichsten Folgeerscheinungen begegnet. Hier eine kleine Auswahl an Fehlersuche:

1. Am häufigsten steht der nur übersehene Beckenschiefstand, oder ISG-Blockade. Insbesondere bei meist muskulären LWS- und HWS-Blockaden, mit ausstrahlenden Schmerzen in den Schulter-Nacken-Bereich, Schulter-Arm-Bereich, Rücken-Po-Beine, Knie, Füße kommt es zu Fehldiagnosen infolge unzureichender Diagnostik. (Grafiken)
2. Viele davon mit den „praktischen“ Schuheinlagen, die vermeintliche Beinlängendifferenzen ausgleichen sollten. (Fotos, Grafik)
3. selten: operative Korrekturen, in denen die LWS mit dem Kreuzbein durch Metallplatten fixiert wurden. (CT-/Röntgenbilder)
4. selten: operative Korrekturen mit Stäben, meist Harrington zur Gerade-Stellung der Wirbelsäule auf einem vorhandenen Beckenschiefstand. (CT-/Röntgenbilder)
5. selten: Osteotomien, bei denen meist Keile aus Ober- oder Unterschenkelknochen gesägt wurden, die vermeintliche Beinlängendifferenz zu beseitigen (CT-/Röntgenbilder) gelegentlich auch bei TEP's (Teil- oder Totalendoprothesen) für Hüfte oder Kniee.

Anmerkung: um jedwede Form von unsachlicher Argumentation oder unprofessioneller Sichtweise auszuschließen: operative Verfahren an der Wirbelsäule sind bei vielen Patienten neurologisch und orthopädisch, gelegentlich onkologisch absolut angezeigt. Um es klar aufzuzeigen: auch ich schicke Patienten zur operativen Abklärung im Zweifelsfall zu einem Chirurgen!

## **Zum Thema:**

Skelettare Strukturen

Das ISG-Gelenk ist die gelenkige Verbindung von Kreuzbein und Beckenschaufel, die gewichtige Übertragung des Oberkörpers auf die Beine.

Das heißt: drei Knochen, gelenkig miteinander verbunden – d.h. zwei Beckenschaufeln, die dreidimensional mit dem Kreuzbein zweifach wackelig verbunden sind

Straffe Bänder halten das Wackelgelenk, zusätzlich unterstützt von verschiedenen Muskeln von Rumpf, Becken und Beine.

Soweit scheint das ISG eine stabile Einrichtung der Natur darzustellen.

Aber weit gefehlt!

Das ISG ist eine evolutionär instabile Verbindung!

*(Anatomie, Grafiken, Bänderstrukturen)*

### Muskel-Sehnen-Strukturen

Bei den Muskelstrukturen, die einen Einfluss auf das Becken haben, erweitert sich der Wirkungskreis. Nicht nur die Rückenmuskeln haben einen direkten Einfluss. Alle am Becken anhaftenden Muskeln, ob nun nach cranial, direkt an der Wirbelsäule aufsteigende Muskulatur, oder auf den Oberarm (Humerus), auch die Bauchmuskulatur und die Becken-Bein-Muskulatur haben einen direkten Einfluss auf die optimale Position des ISG... und umgekehrt!

Direkte muskuläre Beeinflussung:

Dorsal:

- Lange Rückenstrecker (M. erector spinae, M. longissimus dorsi ) Wirbelsäule nach cranial
- M. latisimus dorsi zum Oberarm
- M. Quadratus lumborum an den Querfortsätzen der LWS, dem Beckenkamm und der 12. Rippe
- alle kleinen Muskeln direkt an den Wirbeln sitzend

Lateral und frontal/Abdominal:

(Grafiken)

- M. rector abdominis
- M. obliquus abdominis int. et ext.
- M. abdominis transversi
- Diaphragma

- Sonderstellung: M. Iliopsoas

(Grafik)

Indirekte muskuläre Zusammenhänge:

(Grafiken)

- Becken-Bein-Muskulatur

### Bänderstrukturen

Bei den bandhaften Verbindungen stellt sich ein umfassenderes Bild dar. Ausschlaggebend ist zu einem hier, ob akut, oder chronische Verlaufsform.

Akut heißt primär nur eine traumatische Instabilisierung, z.B. durch einen seitlichen Sturz auf das Becken, sehr häufig bei Kindern und Jugendlichen im Sport oder beim Spielen (Hobby), oder bei Älteren infolge Gangunsicherheit oder und Schwindel.

Wird das Becken baldigst reponiert, (nach Ausschluss möglicher Frakturen), regeneriert der Körper zumeist schnell. Mögliche Zerreißen von bandhaften Strukturen werden meist nicht operativ behandelt. (hier bieten sich andere Möglichkeiten, z.B. Homöopathie, Phytotherapie, Akupunktur, Akupunktmassage nach Penzel oder Elektrotherapie.)

### Anamnese

Diagnose (-möglichkeiten)

Vorab sollte aus Sicht der funktionalen Anatomie eine provisorische Übersicht erstellt werden.

Auch angeborene Defekte, wie z.B. die Hüftgelenksdysplasien, Atresien, Spaltwirbel, ebenso angeborene oder erworbene Kniegelenkdeformitäten und OSG-/ Fußdeformitäten, bakterielle, als auch abakterielle Entzündungen und Reizungen an den Epiphysen- und Metaphysenfugen können während der Wachstumsphasen und Knochenfrakturen mit inkompletter Ausheilung eine echte Beinlängendifferenz herbeiführen.

Vorgeburtliche oder juvenile Fehl-Ausbildung/Formgebung der Condylen können indirekt die optimale Stellung des ISG beeinflussen (HWS C0), Frage nach Geburtsvorgang, „Schreikind“, Drei-Monats-Koliken, KISS-Syndrom, KIDD-Syndrom, Krabbeltechnik, Verweigerung zum aufrechten Gang, usw.....  
(Fotos, Bilder, Filmmaterial, MRT, Ct)

Weitere sehr wichtige Wechselwirkungen werden durch angeborene Kieferfehlbildungen, Kreuzbisse, Zahnwachstumsstörungen, Zahnfehlstellungen oder iatrogene Höhendifferenzen später durch das Phänomen „CMD“, die Cranio-mandibuläre Dysfunktion hervorgerufen. (ein Beispiel dafür weiter unten)

Die Frage nach allgemein körperlichen Symptomen ist Pflicht, da diese Aufschluss über sekundär ausgelöste Phänomene geben.

(später dazu mehr unter dem Thema: Aus der Praxis, für die Praxis, Fallstricke)

Beenden wir die kurze Betrachtung der anamnestischen Befragung und gehen in das Intermezzo der gedanklichen Zusammenhänge.

Unter dem Motto: „alles ist mit allem verbunden“ schauen wir uns die möglichen primären und sekundären Auslöser an.

Beginnen wir mit der, für mich wichtigsten Beeinflussung: den reflektorischen Systemen zwischen Knochen, Bändern, Muskeln (Sehnen-Spindeln), Gefäßen, Haut und Organen, die allesamt mit dem zentralen Nervensystem (Rückenmark und Gehirn), den paravertebralen Grenzstrangganglien, dem vegetativen Nervensystem verbunden sind. Für die queren Denker kommen noch das Bindegewebe an sich, Biochemie, bzw. Pathobiochemie des Pischinger Raumes hinzu. Es ist bekannt, dass dauernder Stress im Gewebe eine Übersäuerung zur Folge hat, die pathophysiologisch und biochemisch die Schmerzkaskaden einläutet, die wiederum das Vegetativum und die durch das Bindegewebe laufenden Nerven reizen und letztendlich reflektorische Veränderungen herbeiführen.

*(Schemata, Bilder/Fotos)*

Zum Beispiel können organisch funktionale Störungen Veränderungen im Bindegewebe und Muskulatur sichtbar und tastbar werden lassen.

*Diese finden wir unter Reflexzonen-/ oder Bindegewebszonendiagnostik und Therapie*

*(Bilder, Fotos)*

Anbei: Um das Gesamtbild der Ursachen zu komplettieren, nun noch mögliche

1. Stoffwechselerkrankungen, wie z.B. die diabetische Neuropathie / Polyneuropathie
2. Autoaggressive oder systemische Erkrankungen können jedwede Form von Reaktionen im Körper hervorrufen – bei vielen systemischen Erkrankungen haben wir entzündliche Reaktionen an den Wirbelgelenken und an oder in der Iliosacralfuge/- Gelenk oder im Sehnen-Muskulatur-Bereich.
3. Weitere post-infektiöse Ursachen: die bekannteste dürfte wohl die Neuro-Borreliose sein. Aber auch andere Bakterien, Viren und deren Toxine und Zerfallsprodukte können Fehler und Schäden am System hervorbringen. Eine bisher unterschätzte Gefahr stellen Post- und Long-Covid-, als auch das Post-Vac-Syndrom dar.
4. Neurologische Auslöser: Alle zentralnervösen Erkrankungen und einige Systemerkrankungen können einseitige Muskelverspannungen oder auch schlaffe Muskeln aufweisen. Ebenso können Reizungen von Bandscheibenvorfällen, Facettengelenken, an den Austrittsstellen der Wirbelsäule, an den Durchtrittsstellen der Nerven in die Peripherie, oder auch muskuläre oder entzündlich-ödematöse Einengungen im Verlauf der Nerven Muskelreaktionen hervorrufen.

Ob nun vom vegetativen Nervensystem, oder vom reflektorischen System hervor gerufene Wechselwirkungen initiiert, jede einseitige Nervenreizung beeinflusst die reflektorisch muskuläre Stellung zum ISG.

## **Diagnostik**

Im Hinblick auf eine zielorientierte Diagnostik der ISG-DL (bei voraus gegangener Anamnese) beziehen wir uns jetzt primär auf das Skelettsystem.

Hierbei ist es unumgänglich, den Patienten fast textilfrei zu begutachten

Eine eingeschränkte Beurteilung führt unweigerlich zu Fehlinterpretationen!!!

(Im Hinblick auf die internationale oder multikulturelle Bevölkerungszunahme haben wir häufiger mit Menschen zu tun, die aus unterschiedlichen Gründen eine (fast) textilfreie Untersuchung und Behandlung einschränken oder gänzlich ablehnen.

Sollten Sie sich entschließen, diese Personen anzunehmen, schränken Sie sich als Diagnostiker und Therapeut willentlich ein. Übersehen Sie dabei körperliche Symptome, wie z.B. Hämatome, punktförmige Einblutungen, Durchblutungsstörungen, bindegewebige Aufquellungen oder Einziehungen, infektiöse und nicht-infektiöse Hautstellen, können ernsthafte Erkrankungen nicht registriert werden und ihre Diagnostik verfälschen.)

Wenn die Beurteilung / Diagnostik mit Sicht-/Tastbefund und Gelenkspiel abgeschlossen ist, erfolgt die Interpretation, eventuell unterstützt durch Röntgen- / MRT- / CT- Bilder und Laborergebnisse.

*spezielle Diagnostik des ISG`s, MRT, CT, Röntgen*

## **Praktische Durchführung:**

Es gibt viele Möglichkeiten, die Funktionalität des ISG-Becken-Kreuzbein-Bereiches zu überprüfen.

Einer der ersten wird wohl der abgeänderte LWS-Dehnungs-Test nach Lasegue gewesen sein. Geradestehen, Beine gerade durchgedrückt und dann nach vorne beugen. Die testenden Finger /meist Daumen) liegen dabei auf oder unter dem hinteren oberen Darmbeinstachel. Bewegen sich beide synchron ohne Längendifferenz, liegt kein Beckenschiefstand vor. Kann man machen...., ebenso wie der abgeänderte Finger-Boden-Abstandstest. Geht auch, insbesondere bei echten Beinlängendifferenzen, aber die anderen 99% der Patienten fallen leider durch, oder die Muskelverkürzungen von Rücken, Becken und Beinen lassen ein Beckenschiefstand/ISG-Blockade vermuten, täuschen aber größtenteils.

Interessanterweise sieht man gerade bei den letztgenannten Tests häufig die Skoliose mit Torsion besonders gut.

Eine weitere Möglichkeit zur Einschätzung ist die der Aufsicht. Der Patient liegt auf dem Rücken/ Bauch, der Untersuchende beugt sich auf die gleiche Ebene, wie die Ansichtshöhe des Beckens und schaut nach einer Synchronizität – der „Waage-Blick“.

Allerdings ist hier schon der mögliche Fehler in der Bewertung erkenntlich, denn wenn auch nur ein Muskel von einer Seite hypertone oder verkürzt ist, entsteht der Eindruck eines schiefen Beckens.

Eine weitere und sehr einfache Möglichkeit ist die Überprüfung der Symphysen-Fuge. Wenn sich etwas an den Einstellungen der Beckenschaufeln zum Kreuzbein ändert, dann logischerweise auch an der Symphysen-Fuge. Beide Beckenschaufeln stehen sich normalerweise exakt gegenüber, durch Bänder und Muskeln stabilisiert, getrennt von einer Bandscheibe (Discus interossii pubis).

Wir können die Symphysen-Fuge von vorne (symphysis pubis) und von oben (über die Linea terminalis) beurteilen. Fühlt man eine Diskrepanz, nennen wir das eine „Stufe“.

(Schema, Grafik, Röntgen, CT)

Eine Beurteilung über bewegliche Teile, wie z.B. die Kniescheibe (Patella) oder die Pofalte lehne ich logischerweise ab. Ebenso die Ferse oder die Fußsohle geben keine genauen Hinweise über die, egal, ob nun in Bauch- oder Rückenlage.

Nun zur einfachsten und am besten strukturierten Testmethode (meine Auffassung, demnach „Testung nach Schelberg“):

**Patient liegt auf dem Rücken!**

(Fotos, Bilder)

**Diagnostiker:** Am Fußende stehend, die beiden Malleolen des Patienten medial (Knöchel Innenseite) an der distalen Kante der beiden Zeigefinger haltend.

(Foto)

***Patient in Rückenlage, liegend, streckt die Kniee durch und kommt nach Ausatmung mit geschlossenen Augen in die Sitzhaltung***

DAS WARUM mit geschlossenen Augen:

Der Mensch neigt dazu, sich selbst korrigiert darzustellen! Unterbewusst möchte der Patient mitarbeiten, möchte die Behandlung unterstützen, oder vielleicht hat man auch nur einen Patienten vor sich, der perfektionistisch versucht, alles gerade haben zu müssen und versucht sich in der Übung gerade darzustellen. (Video)

Das WARUM mit offenem Mund:

Besteht eine echte oder vermeintliche CMD (oder Kiefergelenkerkrankung, Arthritis, Arthrose), sind die Muskeln des Kauapparates, des Zungenbeins und die Nackenmuskeln einseitig verspannt, haben keinen seitengleichen Muskeltonus –

(Bild, Grafik)

- und der wirkt sich eins zu eins, neuro-muskulär-reflektorisch auf die Stellung der Beckenkämme, und damit auf die gesamte Beckenhaltung aus.

(Hinweis auf krankengymnastische Übungen bei Skoliose) (Bild)

Weiteres dazu im Beispiel 2 „Aus der Praxis für die Praxis“

Das WARUM mit durchgedrückten Knien:

Wenn sich beide Beine gleichmäßig bewegen, ohne einen einseitigen Vorschub, oder Rückzug, ist meist alles ok.

Wenn sich allerdings ein Bein vor oder zurück zieht, liegt eine Funktionsstörung im ISG-Bereich vor. Dabei spielt es vorab keine Rolle, welche Ursache dafür ausschlaggebend ist.

*(Fotos, Bilder – korrekte und fehlerhafte Durchführung)*

## **Therapiemöglichkeiten**

Die echte Beinlängendifferenz, die meines Erachtens weniger als 1% der Bevölkerung betrifft, kann infolge Wachstumsstörungen nur unzureichend, bis gar nicht therapiert werden. Es bestehen aber chirurgische Möglichkeiten, den verkürzten Knochen wieder „heilen“ zu lassen. Desgleichen verhält es sich mit Hüftgelenksdysplasien, einigen Hüftgelenksarthrosen oder Zuständen nach chirurgischen Interventionen (z.B. Knochentumore, Zysten, oder infolge unsachgemäßen Einbringens von künstlichen Gelenken).

Anmerkung: Bei v.A. einer echten Beinlängendifferenz ist es unumgänglich, beide Beine in ihrer Gesamtheit zu röntgen (oder MRT / CT), um Länge, Winkel und Abstände genau zu messen.

Je nach Ursache behandeln wir die ISG-Blockade, den Beckenschiefstand ganz individuell.

Dafür sucht sich jeder Patient seinen Diagnostiker und Therapeuten.

Es mag Therapeuten geben, die mit Homöopathie und Akupunktur primär schnelle Erfolge erzielen. Ich persönlich verbleibe bei der Manuellen Medizin.

Nach dem „Einrenken“ gebe ich dem Patienten (Körper-Geist-Seele) die Möglichkeit, innerhalb weniger Minuten durch spezielle Gangtechniken den körpereigenen neuro-muskulären Neustart „einzuläuten“. In dieser Zeit berichten die Patienten von vielen Veränderungen, denn der „Innere Arzt“ des Patienten beginnt seine Arbeit.



Mit Hilfe der Osteopathie, Akupunktur, Moxibustion, Akupunktmassage nach Penzel und weiteren physiotherapeutischen Techniken, Neuraltherapie, Homöopathie, Homöosiniatrie, Kälte- Wärmebehandlungen und Schröpfen gelingt häufig eine erstaunlich schnelle Wiederherstellung.

Die anschließende Massage im Sinne der chinesischen Medizin von Yin&Yang, und im Wissen der funktional-anatomischen Systeme der westlich orientierten Medizin (Ansatz-Ursprung, Agonisten-Antagonisten, nervale Innervation, Reflex-Bindegewebszonen, usw.) bringen meist schon in den ersten Behandlungen zufriedenstellende Ergebnisse.

## **Aus der Praxis, für die Praxis**

### **Die nicht auf den ersten Blick ersichtlichen Fälle**

#### **Beispiel 1**

Patientin kommt mit Kopfschmerzen seit mehreren Wochen, ärztliches Blutlabor unauffällig, Pupillen gleichmäßig, Reaktion unauffällig, momentan keine Menstruationsstörungen, organische Funktionen unauffällig, Skleren und Zunge gleichmäßig durchblutet, kein Alkohol-, Drogen- oder Nikotinabusus, keine Medikamenteneinnahme, HWS-Drehung und Neigung eingeschränkt, Palpation der Wirbel unauffällig, jedoch muskulär beidseitig erhöhter Muskeltonus. Die Kopfschmerzen sind beidseitig, occipital über die Parietale zur Stirn ziehend.

Es wäre nun ein leichtes, die Kopfschmerzen energetisch durch Akupunktur oder Akupunktmassage aufzulösen, aber das eigentliche Problem wäre beständig, und die Patientin würde ihre Beschwerden wiedererlangen. Anhand des Gangbildes erkennt man eine leichte Seitendifferenz, der eine Fuß zeigt eine leichte Innenrotation, das Becken wirkt steif. In der Überprüfung der ISG-Becken-Stellung erkennt man eine funktionale Beinlängenverschiebung. Die ISG-Blockade wird gelöst, das Gangbild normalisiert sich. Nun noch zur Erleichterung eine vorsichtige Mobilisation mit Atemtechnik im BWS-LWS-Bereich und nach weniger als 5 Minuten sind die Kopfschmerzen fast verschwunden. Zu guter Letzt überprüft man die Beweglichkeit der HWS, die letzten Einschränkungen werden energetisch und/ oder manipulativ gelöst – und die Patientin entlassen.

#### **Beispiel 2**

Patient kommt mit den typischen Anzeichen einer ISG-Blockade, Beckenschiefstand. Schmerzen im unteren Rücken, tiefsitzender Schmerz, stechend-ziehend, muskulärer Hartspann einseitig, Druckschmerz auf den Iliosacralfugen. Lläuft schon eine Weile damit rum. Immer mal wieder zum „Einrenken“, dann besser, kommt aber nach einiger Zeit wieder. Erstmalig nach Sturz aufgetreten. Patient berichtet, er habe einige physiotherapeutische Verordnungen durchgeführt, jedoch ohne Langzeitwirkung.

Homöopathisch keine große Herausforderung (...dachte ich). Manipulative (Manuelle Medizin, Osteopathie, Chiropraktik) Therapie bringt sofort Besserung, jedoch verbleiben auf Grund der vorangegangenen Zeit muskuläre Verspannungen, die zwar energetisch-therapeutisch sofort Linderung verschaffen, aber: der Patient kommt wieder. „Besser, aber alles beim Alten, gleiche Symptomatik, gleiche Schmerzcharakteristik“.

Ich hatte angenommen, dass der Körper mit einer Form von Schmerzgedächtnis belastet ist. Zweite Behandlung wurde wie die erste durchgeführt: Manuelle Medizin, Massage mit pflanzlichen Ölen, wobei Arnika, Johanniskraut, Ringelblume und Rosmarin nicht fehlen dürfen, dann Schröpfen und warme (heiße) Auflagen (Fango, Getreidekissen, heiße Wickel), längere Ruhepause zum Entspannen von und für Geist und Körper. Gegebenenfalls noch Injektionen mit komplexhomöopathischen Mitteln und Vitaminen, u./o. Neuraltherapie. Nach der Ruhepause nochmaliges Checken (Zweituntersuchung), ob nun noch Symptome vorhanden sind. Der Patient bescheinigt eine wesentliche Verbesserung, aber definitiv keine Beschwerdefreiheit. Nun also die Akupunktur/Akupressur, zum einen für die körperlichen Restsymptome, zum anderen für das Schmerzgedächtnis. Patient ist jetzt zufrieden, zeigt aber immer noch eine funktionale Beinlängendifferenz.

Während der Unterhaltung fällt mir dann endlich die asynchrone Mundbewegung beim Sprechen auf... Mit einem Mundspatel manipulierte ich den Biss des Patienten und überprüfte nochmals die Bewegungsabläufe des ISG mit Hilfe der funktional-anatomischen Beinlängen-Differenzierungstests, lasse den Patienten mit Mundspatel im Behandlungsraum gehen, Übungen machen, Provokationstests durchführen. Der Patient fühlt sich frei von allen Beschwerden. Meine Diagnose: CMD iatrogen hervorgerufen, d.h. ich schicke den Patienten zu seinem Zahnarzt/Kieferorthopäden und lasse meine Diagnose überprüfen. Nach einigen ärztlichen Tests mit anschließenden „Abschleifen“ verlässt der Patient ohne weitere Beschwerden die Praxis.

Mit ähnlichen Symptomatiken (Rücken- Nacken- und Kopfschmerzen, Becken schief infolge Zahn-Kiefer-Probleme oder infolge voreilig angepasste und eingesetzte Beiss- und Kieferschienen bei bestehenden ISG-Blockaden) haben es viele Patienten zu tun.

Und ja, es ist aufwendig und schwierig den eigentlichen Auslöser der körperlichen Probleme auf die Schliche zu kommen und noch schwieriger die Zusammenarbeit zu organisieren.

### **Beispiel 3**

Junge Frau, Mitte 30 kommt mit chronischen Rückenschmerzen. Orthopädische Voruntersuchung ohne Befund, diagnostiziert als LWS-Syndrom, rezeptiert mit 3x6 Physiotherapie wegen muskulären Verspannungen. Ohne Besserung. Frage nach organischen Symptomen wurden verneint. Während der Erstuntersuchung stellt sich ein muskulärer Beckenschiefstand vor, der sich „nicht regulieren lassen will“. Weiterführende Diagnostik auf CMD, HWS-Symptomatiken oder Schulter-Arm-Symptomatiken bleiben negativ. Erst eine Untersuchung des Bauchraumes zeigen palpatorische Empfindlichkeiten in Höhe des linken Eierstocks; auf Abfrage nach gynäkologischen Erkrankungen verneint die Patientin. Da eine Geburt vor Jahren mögliche Bandstrukturen Schaden genommen haben könnten, als auch mein Verdacht auf eine

pathologische Veränderung (subakute oder chronische Verlaufsform von Eierstock oder Eileiter), schicke ich die Patientin zu einer Gynäkologin. Der Verdacht bestätigt sich als Eierstockentzündung, die sofort eingeleitete Therapie bringt innerhalb von zwei Wochen eine komplette Beschwerdefreiheit.

#### **Beispiel 4**

65-jähriger Patient mit seit langem bestehenden Rückenschmerzen, auffälligem Sitz- Steh- und Gehverhalten stellt sich in der Praxis vor. Es zeigt sich ein massiver Beckenschiefstand, sowohl muskulär als auch Fehlstellung des ISG mit funktionaler Skoliose. Auf Grund der hohen Schmerzintensität entschied ich mich für ein zügiges Vorgehen. Nach einstündiger Therapie konnte ich den Patienten im verbesserten Zustand erstmal nach Hause schicken. Allerdings meldete sich der Patient gleich am nächsten Morgen telefonisch, die Schmerzen seien wieder auf 8-9 (Schmerzskala). Bei der Zweituntersuchung zeigte sich ein völlig normales Skelettbild, kein Hinweis auf eine ISG-Blockade, die Muskeln nicht mehr im hohen Tonus (Spannungszustand). Auch die Untersuchung der anderen Systeme waren unauffällig – bis ich die Dornfortsätze abklopfte und eine hohe Schmerzhaftigkeit in Höhe L2 und L3 auslöste. Auf die Frage nach organischen Problemen im Urogenitalsektor antwortete der Patient, er habe gelegentlich einen trüben Urin. Die sofortige Urinprobe zeigte einen weißlich-gelb trüben Urin, hohe Ery- und Leukozytenzahl. Der Patient konnte nach einem Telefonat sofort zu einem Urologen – Ergebnis: Prostatakarzinom im Endstadium. Mit den letzten beiden Falldarstellungen möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass Rückenschmerzen nicht immer Rückenschmerzen sein müssen, und dass ein Beckenschiefstand auch ganz einfach nur ein Nebenbefund darstellen kann, der sich von den Schmerzen her in den Vordergrund drängt. (Foto)

#### **Beispiel 5**

Muskulöser, gut durchtrainierter Patient Mitte 30 stellt sich in der Praxis mit immer wiederkehrenden Rückenschmerzen ein. Die x-maligen manuellen Korrekturen des ISG`s brachten keine Besserung. Weitere Beschwerden waren BWS-Probleme in der Drehung und Seitwärtsneigung, HWS-Schulter-Arm-Symptomatiken. Der Arm konnte nicht in die Elevation gebracht werden (nach oben strecken) dabei Schmerzen in der „tiefen Armmuskulatur“ des Oberarms. Sportler zeigen gerne, vielleicht auch automatisch, wie gut sie trainiert sind. Die aufrechte Sitzhaltung war perfekt, lediglich in Bewegung äußerte der Patient Schmerzen. Nach Überprüfung und manueller Korrektur des Beckens (ISG-Blockade, scheinbarer Beckenschiefstand!) mit mobilisierenden Übungen ergab sich eine Besserung, aber ein Teil der muskulären Beckenschiefstandes blieb bestehen. Diese Symptomdarstellung in ihrer beschriebenen Konstellation brachte mich vor Jahren auf die Druckpunkt-Suche (Maximalpunkte) und ihren neurologischen Reflexmuster zur Diagnostik. Nach intensiver Dehnung von Ansatz und Ursprung der Sehnen-Knochen- und Sehnen-Muskel-Übergänge des M. latissimus dorsi, Tiefenmassage der gesamten Rückenmuskulatur und einer Akupunktur mit Moxibustion konnte sich der Patient wieder voll unter Belastung bewegen. Der funktional-anatomische „Beinlängen-Test“ war synchron.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und viel Erfolg im Umgang mit Ihren Patienten

Friedrich Schelberg

Heilpraktiker

Praxis für Schmerztherapie und Naturheilverfahren

Rantzauallee 55

23611 Bad Schwartau

Tel.: 0451 22010

web: [praxis-schelberg.de](http://praxis-schelberg.de)

email: [info@praxis-schelberg.de](mailto:info@praxis-schelberg.de)

Genderfreie Fassung