

Von schiefen Geigern und zusammengeknautschten Handtüchern

Eigene Erfahrungen zum Beckenschiefstand bei Violinschülern, Auswirkungen im Körper und im Unterricht, Diagnose, Therapie, Prophylaxe

K. Apostolidis, Hamburg

Zusammenfassung

Der Beitrag thematisiert das Problem des kindlichen Beckenschiefstands, der bisher oft noch nicht ernst genommen und als mögliches ursächliches Problem von Beschwerden und Schmerzen in ganz anderen Körperregionen schon bei den Violinschülern, späteren Krankheiten oder vorzeitiger Berufsunfähigkeit bei Profi-Musikern, rechtzeitig schon im Kindesalter behandelt wird. Nach einer Beschreibung des Beckenschiefstands mit Unterscheidung der anatomischen und funktionellen Beinlängendifferenz werden die möglichen Folgeschäden und die Auswirkungen im übrigen Körper sowie im Violinunterricht mit Kindern erläutert. Es werden einfache Diagnose-Tests gezeigt zur Erkennung eines möglichen Beckenschiefstands, die jeder Instrumentalpädagoge erlernen und im Unterricht anwenden kann, sowie eine vorbeugende prophylaktische Übung für die Kinder. Am Schluss wird für interessierte Pädagogen auf Therapie- und weiterführende Fortbildungsmöglichkeiten sowie auf vertiefende Literatur hingewiesen. Der Artikel erläutert Querverbindungen und fachübergreifende Zusammenhänge und ist ein Plädoyer für ganzheitliches Denken auch als Violinlehrer und Zusammenarbeit der verschiedensten Fachrichtungen, damit der Violinunterricht und Therapien langfristig gesehen nicht mehr Schaden als Nutzen anrichten und der Schüler beschwerdefrei spielen kann.

Schlüsselworte

Summary

Of lopsided violinists and crumpled towels - The crooked pelvis condition of violin students as the cause of pains, health problems and future illnesses

This article discusses the problem of the crooked pelvis condition, which has often not been taken seriously up to now and is not treated early enough in childhood as a possible cause of complaints and pains in quite different body regions of violin students, and is respon-

sible for later illnesses or the premature occupational disability of professional musicians. After describing the crooked pelvis condition and differentiating between the anatomical and functional difference in leg lengths, she goes on to explain the possible consequential damage and effects both on the rest of the body as well as in violin lessons with children. The author also shows simple diagnosis tests for recognising a possible crooked pelvis condition that any instrument teacher can learn and apply in lessons, as well as a preventative prophylactic exercise for children. At the end there are references for interested teachers to therapy and secondary further education possibilities as well as to in-depth literature. The article explains cross-links and interdisciplinary correlations and is a plea for integral thinking also as a violin teacher and for cooperation in the most diverse subject areas, so that violin lessons and therapies do more good than damage in the long-term and the student is able to play free of any health problems.

Key Words

crooked pelvis condition, difference in leg lengths, pain prevention, violin hold, violin teaching

Beckenschiefstand bei Violinschülern

Semjon, ein ehemaliger Violinschüler von mir, damals 17 Jahre, klagte eines Tages plötzlich über Schwindel und Rückenschmerzen, fing an zu humpeln, außerdem konnte er die Töne auf der E-Saite nur noch als verzerrende Schwingungen hören. Er rannte von Arzt zu Arzt. Niemand konnte ihm helfen; ich damals auch noch nicht. Er war ein begabter Junge, spielte Zigeunerweisen, wollte Musik studieren, aber musste aufgrund dieser Belastungen vollkommen mit dem Geigen aufhören, weil er das Spielen wegen der Tonverzerrungen und Schmerzen nicht mehr ertrug. Wir waren beide verzweifelt.

Ich durchlebte Monate später ein ähnliches Martyrium, ein schmerzhafter Irrweg, fast bis zur Berufsunfähigkeit, durch verschiedenste medizinische, lediglich symptomorientierte

Therapien. Weil ich mich mit dem Satz "damit müssen Sie leben" nie zufrieden geben wollte, begann ich zu hinterfragen, las medizinische Fachliteratur, probierte Verschiedenstes aus, so eine Mischung aus Leidensdruck und Forscherdrang. Ich lernte in unzähligen Gesprächen mit Ärzten verschiedenster Fachrichtungen, Heilpraktikern, Krankengymnasten, Osteopathen, Zahnärzten etc. Und nach vielen Jahren erkannte ich - wie ein Puzzle - die eigentlichen Ursachen und Zusammenhänge und konnte eine Wende zum Guten einleiten.

Mit meinem heutigen Wissen hätte ich Semjon die richtigen Tipps und Adressen geben können, damit er seinen Traum von einem Musikstudium nicht hätte aufgeben müssen.

Haben Sie sich nicht manchmal auch schon gefragt, wie sie mit einigen körperlichen Problemen Ihrer Schüler umgehen sollen, haben Verschiedenstes ausprobiert, Methodik, Psychologie rauf und runter, nichts hat geholfen? Ich bin inzwischen der Meinung, dass man als Lehrer über einige anatomische Besonderheiten und Probleme Bescheid wissen sollte, einfach deshalb, weil wir ständig mit dem Körper arbeiten, er ein unverzichtbarer Teil des Musizierens ist, und Störungen sich direkt auf den Unterricht sowie die Qualität und Quantität des Übens auswirken, sie schon deshalb während des Wachstums korrigiert werden sollten. Als Schüler mit dem Instrumentalunterricht wegen unerklärlicher Beschwerden aufzuhören ist für Lehrer wie Kind ein frustrierendes Erlebnis. Als schmerzgeplagter Student zum Musikmediziner zu gehen ist oft schon zu spät, da der Körper dann schon ausgewachsen ist.

Es ist mir eine Herzensangelegenheit, Ihnen Querverbindungen und Zusammenhänge aufzuzeigen, damit Sie die oft ratlosen Eltern aufklären und Ihren Schülern helfen können, beschwerdefrei Ihr Leben lang zu musizieren, und Ihnen von dieser Seite her die Begeisterung am Musizieren erhalten bleibt.

Beispiele

Bevor ich Ihnen genauer erläutere, worum es geht, noch ein paar Beispiele aus meinem Violinunterricht innerhalb des letzten Jahres. Diese Beschwerden der Schüler hätte man normalerweise als Lehrer wohl nicht besonders beachtet, schließlich hat ja jeder mal seine Zipperlein. Wohl hätte man einige methodische und psychologische Schatzkästlein geöffnet. Auch hätte man den Kindern sicher geraten, sich in der Freizeit mehr zu bewegen, Sport zu treiben, nicht so viel Fernsehen zu gucken, früher ins Bett zu gehen, Wärmflasche auf die schmerzenden Stellen etc., wenn es denn trotz Arztbesuch gar nicht besser geworden wäre, irgendwann den Wechsel zu einem anderen Instrument vorgeschlagen oder ihnen im ä-

ßersten Notfall nahe gelegt, ganz aufzuhören. Bei solchen Beschwerden und Symptomen, die ich Ihnen jetzt beschreibe, werde ich inzwischen hellhörig. Sie können ja einmal mit überlegen, wie wären Sie mit den nachfolgenden Beispielen umgegangen?

Kimberley, 9 Jahre: Nach einem Sturz im Sportunterricht auf den Rücken zunächst beschwerdefrei. Nach einer Woche sich verschlimmernde beidseitige Schulterschmerzen. Die Geige hochzuheben, tut ihr weh.

Nancy, 13 Jahre: Dauernde Beinschmerzen, will deswegen ständig sitzen, X-Beine, wochenlange Übelkeit, kann dadurch kaum essen, wird immer lustloser, Geige zu üben. Diagnose: Wachstumsschmerzen in den Beinen und die Übelkeit wohl psychisch bedingt durch Scheidung der Eltern.

Annika, 11 Jahre: Plötzlich Schwindelanfälle bei ganz normalen Bewegungen. Sie wird immer ängstlicher, traut sich nichts mehr zu.

Charlotte, 12 Jahre: Beschwerden im mittleren Brustwirbelbereich, Nacken verkrampft, Schulterhochstand links, möchte Musik studieren.

Kyra, 8 Jahre: Mag nicht mit der linken Hand greifen, sondern möchte nur auf leeren Saiten spielen, weil sie nach ein paar Tönen sofort Unterarmschmerzen hat. Dehnübungen helfen nur kurzfristig.

Matthias, 18 Jahre: Will Musik studieren, kann seinen Kopf nicht richtig zur rechten Seite drehen, Schmerzen im unteren Rücken, Schulterhochstand links.

Johannes, 17 Jahre: Sportlich sehr aktiv. Nach Foul beim Fußballspielen wochenlange Schmerzen im Gesäß und unterem Rückenbereich. Jeder Atemzug tut ihm außerdem weh. Atmet deshalb nur noch sehr flach, hält die Geige tiefer, Vibrato verkrampft zunehmend.

Georg, 10 Jahre: Nach Wechsel auf das Gymnasium ständige Kopfschmerzen ist dadurch in gereizter Stimmung. Laute Töne werden ihm unangenehm.

Max, 10 Jahre: Ebenfalls Dauerkopfschmerzen und Schmerzen im linken Oberarm.

Paul, 8 Jahre: Steht nach zwei Jahren Unterricht plötzlich nur noch auf dem linken Standbein, kippt beim Geigespielen den Oberkörper nach rechts. Linke Schulter höher als die andere. Schulter- und Nackenmuskulatur verkrampfen sich.

Wiebke, 13 Jahre: Die linke Schulter steht mindestens 4 Zentimeter höher als die andere. Extrem starke Wirbelsäulenverbiegung (Skoliose).

Elisabeth, 9 Jahre: Sehfähigkeit der Augen verschlechtert sich, mag deshalb nicht mehr nach Noten spielen, sondern nur noch auswendig, soll Brille bekommen.

Louise, 12 Jahre: Nach Einsetzen einer festen Zahnsperre Schmerz im linken Wangen- und

Kopfbereich. Geige festzuhalten wird als unangenehm empfunden, Vibrato verkrampt sich.

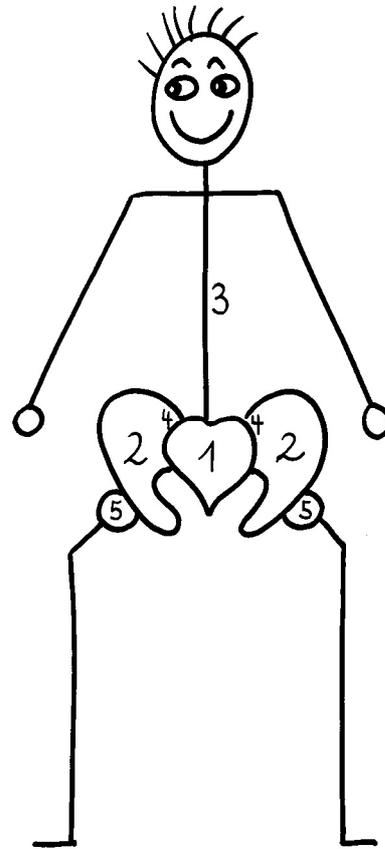
Gustav, 10 Jahre: Ein richtiger Sportskerl mit Tennis, Golf, Reiten, Wasserski etc. Fing eines Tages immer nach ca. 5 Minuten Geigenspiel an, mit den Schultern zu kreisen, weil er sich verspannt fühlte.

Sie fragen sich jetzt vielleicht, warum ich so viele Schüler mit Zipperlein habe. Glauben Sie ernsthaft, dass ich so einen katastrophalen, verkrampten Violinunterricht gebe, dass meine Schüler ständig Schmerzen haben? Im Gegenteil: ALLE Kinder sind heute beschwerdefrei und spielen begeistert weiter Geige, weil ich sie und die ratlosen Eltern über den schon länger bestehenden, oder jüngst erworbenen Beckenschiefstand, dessen Folgen für den übrigen Körper und die Zusammenhänge aufgeklärt habe und dadurch die jeweils notwendige Therapie eingeleitet werden konnte. Aber wenn in meiner Violinklasse schon so viele Kinder mit nicht ernst genommenen oder ursächlich richtig diagnostizierten Beschwerden und Schmerzen sind, wie hoch mag dann die Dunkelziffer bei anderen sein. Die Schulärzte hierzulande achten nicht auf Beckenschiefstand – ganz im Gegensatz zu Schweden. In Stockholm hat der Chiropraktiker Ackermann vom Ackermann College of Chiropractic zu seinen Lebzeiten die Behörden noch davon überzeugen können, in den Schulen

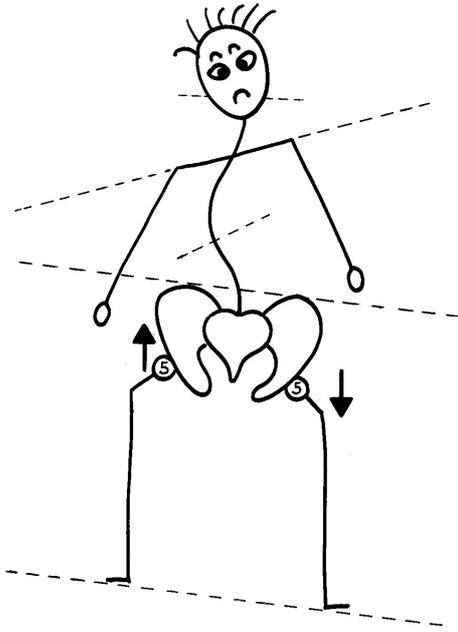
Reihenuntersuchungen zu diesem Thema durchzuführen, um frühzeitig einen möglichen Beckenschiefstand bei Kindern diagnostizieren und behandeln zu können, damit Spätschäden vermieden werden. So bleiben auch den Krankenkassen Unsummen an Therapiekosten erspart. Bis dahin ist es in Deutschland wohl noch ein weiter Weg.

Ich werde Ihnen nun zunächst erklären, was ein Beckenschiefstand eigentlich ist, dann seine möglichen Auswirkungen im übrigen Körper sowie im Violinunterricht mit Kindern. Danach möchte ich Ihnen ein paar einfache Tests erläutern, wie Sie einen möglichen Beckenschiefstand bei Ihrem Schüler erkennen können, Ihnen außerdem eine prophylaktische Übung zeigen und am Schluss für Interessierte auf weiterführende Therapie- und Fortbildungsmöglichkeiten sowie auf vertiefende Literatur verweisen.

Was ist nun ein Beckenschiefstand?



Um es möglichst kurz und einfach zu beschreiben: Der Beckenring besteht aus dem Kreuzbein in der Mitte (1) sowie den beiden Beckenschaufeln rechts und links davon (2). Auf dem Kreuzbein ruht in einer Gelenkpfanne die Wirbelsäule (3). An den beiden oberen Seiten des Kreuzbeins befinden sich die Kreuzdarmbeingelenke (Iliosakralgelenke) (4), mit denen die Beckenschaufeln am Kreuzbein befestigt sind. Normalerweise sind die Beckenschaufeln spiegelsymmetrisch. An ihrer Außenseite finden die Gelenkkugeln des Oberschenkelknochens Halt am Hüftgelenk (5). Der Beckenring bildet somit das Fundament für den gesamten Rumpf und dient als Aufhängung für die Beine. Das Becken ist jedoch nicht starr, sondern beweglich durch Muskeln und Bänder. Wenn sich z.B. bei einem Sturz eine Beckenschaufel infolge des Aufpralls in einem der beiden Iliosakralgelenke verdreht hat und in dieser Fehlposition blockiert ist, also nicht mehr von alleine in die natürliche Position zurückkippt, spricht man von einer *Beckenverwringung*.



Der Ansatzpunkt des Hüftgelenkes verschiebt sich nach oben (5X) oder unten (5Y) je nachdem, ob sich das Iliosakralgelenk nach vorne oben oder nach hinten unten verdreht hat. Was hat das für Auswirkungen? Die Beine sind zwar in Wirklichkeit gleich lang, durch den verschobenen Ansatzpunkt des Hüftgelenkes erscheint eines aber als kürzer. Das nennt man eine *funktionelle* (auch: erworbene) *Beinlängendifferenz*. Als Folge davon verschiebt sich die Wirbelsäule als nächstes Glied in der körperlichen Reaktionskette, sie verkrümmt sich, was als *Skoliose* bezeichnet wird. Diese Schiefheit setzt sich über Muskelketten bis in den Kiefer- und Augenbereich fort.

Viele Mediziner und Krankengymnasten halten einen Beckenschiefstand für nicht so problematisch, weil dieser vom Körper z. T. über Jahre kompensiert werden kann. Das stimmt, unser Körper ist schließlich recht anpassungsfähig. Leider funktioniert die Kompensation aber nicht immer, wie die Fallbeispiele in meiner Violinklasse zeigen. Außerdem kann die veränderte Statik zu gravierenden Folgeschäden führen. Bei ca. 94-98% der Menschen sind beide Beine gleich lang, bei nur ca. 2-6% ist von Geburt an oder durch Wachstumsstörungen bzw. Beinbruch ein Ober- oder Unterschenkel eines Beines verkürzt. In diesen Fällen kann man die sog. *anatomische Beinlängendifferenz* meist leicht durch eine Schuherhöhung mit Abrollsohle (also nicht einem höheren Absatz!!!) ausgleichen.

Die *funktionelle Beinlängendifferenz* ist jedoch nicht so einfach zu beseitigen, da sie sehr schnell wiederkommen kann, wenn man die Ursache nicht kennt. Sie ist oft Folge eines Unfalles, z.B. ein Sturz beim Sport oder Treppen-

steigen, eines Fouls beim Fußball, Kinder raufen, prügeln sich. Sie kann aber auch schon bei der Geburt entstanden sein, entweder beim Herausziehen aus dem Geburtskanal, oder wenn das Kind an einem Bein hochgehoben wurde, um ihm einen Klaps zu geben, damit es atmet. Ursache kann auch eine ererbte Bindegewebschwäche sein. In solchen Fällen genügt z.B. schon ein Stolpern oder einseitig belastendes Kickboard-Fahren, um den Schiefstand auszulösen.

Außerdem ist der Zustand des Fußgewölbes sowie die Stabilität der Sprung- und Kniegelenke von entscheidender Bedeutung für den Aufbau und die Funktion der Beinmuskeln. Wenn z.B. das rechte Sprunggelenk ständig nach innen kippt, verzieht sich das rechte Becken auf Grund der Muskelketten. In solchem Fall kann man durch individuell angepasste sog. podo-orthesiologische Einlagen (nicht die üblichen Einlagen, Adressen s. Anhang) die Statik wieder richtig aufbauen.

Ein gestörtes Darmmilieu oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten können oft auch nicht erkannte Ursachen sein. Unverträglichkeiten führen zu verkrampften Darmmuskeln, die wiederum Einfluss auf die Rücken- bzw. Hüftbeugemuskeln (Iliopsoas¹¹) haben, die sich dadurch auch anspannen und das Becken verziehen können.

Außerdem kann emotionaler Stress ein sehr wichtiger möglicher Auslöser sein. Die Nieren liegen nur ca. 1/2 Zentimeter neben dem Hüftbeugemuskel. Erlebt das Kind eine hochgradige Stresssituation, z. B. durch Trennung der Eltern, kann dies Einfluss auf die Nieren haben, die mit mangelnder Durchblutung reagieren, deshalb ihren Druck verlieren (ähnlich wie ein Luftballon, dem die Luft entweicht), sich zu senken beginnen und so auf den Hüftbeuger drücken, der wiederum das Becken verzieht.

Mit falschen Sitzen in der Schule oder im Orchester, wenn z.B. das rechte Bein herunterhängend unter den Stuhl geschoben wird, damit der Violinbogen nicht an die Oberschenkel stößt, kann man sich selber die rechte Beckenschaukel nach vorne verziehen. Gitarristen haben das Problem, dass ein Bein durch das Fußpedal konstant stärker angewinkelt ist. Dadurch wird auf dieser Seite der Hüftbeugemuskel einseitig verkürzt, wodurch sich die Beckenschaukel verziehen kann.

Der Unterschied zwischen *anatomischer* und *funktionaler* Beinlängendifferenz wird leider viel zu selten erkannt. Für die Betroffenen hat das fatale Konsequenzen, da eine meist verordnete Absatzerhöhung bei funktionaler Beinlängendifferenz zwar zunächst die Beinlänge ausgleicht, die Schiefhaltung im übrigen Körper jedoch bestehen bleibt, bzw. sich aus kompensatorischen Gründen sogar noch weiter verschlimmert, zumal das Becken durch

den Absatz noch in eine zusätzliche Kippstellung gebracht wird, da nur der hintere Teil des Fußes erhöht wurde. Diese Therapie wird sogar im Lehrbuch der Musikmedizin als mögliche Therapie vorgeschlagen¹⁰.

Auswirkungen des Beckenschiefstands im übrigen Körper und im Violinunterricht mit Kindern:

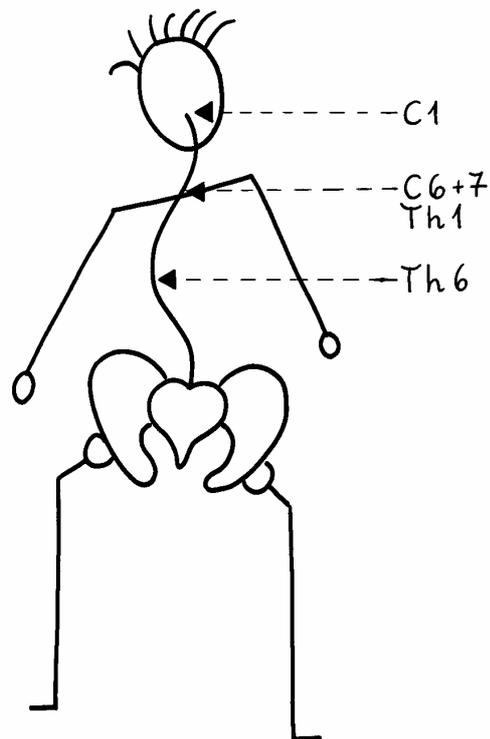
Der Körper muss im Lot sein, um richtig stehen, sitzen, laufen und gehen zu können. Ist ein Bein kürzer, müssen die Muskeln gegensteuern, andernfalls sähen wir aus wie der schiefe Turm von Pisa, der Kopf würde nicht mehr lotrecht über dem Körperschwerpunkt sitzen. Um den mittigen Körperschwerpunkt zu erhalten, fangen die Muskeln auf der einen Seite mehr an zu arbeiten, um den Rumpf in eine Richtung, Kopf und Schultern in die Gegenrichtung zu ziehen. Daraus resultiert der einseitige Schulterhochstand bei Kindern. Diese unregelmäßigen Muskelzüge können Gesäß- und Rückenschmerzen verursachen wie bei meinen Schülern. Über die Jahre wachsen so die stärker beanspruchten Muskeln, die anderen werden

schwächer. Schäden für Knie- und Hüftgelenk sind bei dieser Asymmetrie gleichsam vorprogrammiert. Darauf gehe ich in diesem Zusammenhang jedoch nicht näher ein, da das Violinspiel davon nicht unmittelbar betroffen ist. Die Beine erscheinen aufgrund des Beckenschiefstandes unterschiedlich lang. Damit wir trotzdem sicher stehen und gehen können, dürfen die Beine nicht mehr symmetrisch arbeiten. Das scheinbar kürzere stellt sich mehr in die Mitte, das längere weiter nach außen. Wir erkennen dies bei Schülern oft daran, dass sie bevorzugt statisch auf einem Bein stehen, dem sog. Standbein, wie bei meinem Schüler Paul. Die asymmetrischen Muskelzüge werden dadurch noch verstärkt. Als Folge der Kettenreaktion im Körper können sich an den Kurvenübergängen der Wirbelsäule einzelne Wirbel verschieben.

Um auf die Fallbeispiele in meiner Violinklasse zurückzukommen:

Beckenschiefstand in Verbindung mit den verschobenen 2 obersten Halswirbeln (C1+C2) war die Ursache für die Schwindelanfälle bei Annika, Semjon's Verzerrungsprobleme beim Hören und Kopfschmerzen bei Georg und Max.

Der Übergang zwischen 7. Halswirbel (C7) bzw. 1. Brustwirbel (Th1) war Auslöser für Schulter- und Armschmerzen bei Kyra, Kimberley und Max.



Blockierte Halswirbel die Ursache dafür, dass Matthias den Kopf nicht richtig drehen konnte, der verschobene 6. Brustwirbel (Th6) für die Übelkeit bei Nancy, weil er mit der Magenversorgung zu tun hat.

Für Musiker interessant ist der blockierte 3. und 4. Halswirbel (C3+C4) als mögliche Mitursache von Schwerhörigkeit, der 6./7. Halswirbel (C6+C7) als häufiger Begleiter bei Tennis-Ellbogen, der verschobene 1. Halswirbel (C1) KANN (nicht zwingend, es gibt auch andere Gründe) ferner eine nicht erkannte Ursache sein für Hyperaktivität oder ständige Unkonzentriertheit bei Kindern.

Wie können Wirbel all dies auslösen? Rechts und links der Wirbelsäule zweigen zwischen den Wirbeln Nerven ab, die Informationen aus Körperteilen zum Gehirn leiten, bzw. vom Gehirn Befehle an die Körperteile weitergeben. Das funktioniert ähnlich wie eine Telefonleitung. Wenn diese Nerven durch eine seitliche Abknickung der Wirbelsäule oder gar einen Bandscheibenvorfall (oft auch eine Folge vom jahrelangen Beckenschiefstand) eingeklemmt werden, d.h. dass die Telefonleitung gekappt wird, kommt es zu Störungen in der Nervenübertragung, bei diesen Ortschaften erhalten sie also nur noch das Gestört-Zeichen.

Das Wirbelproblem ist für Musiker existenziell. Was glauben Sie, wie viele Orchestermusiker ich im Laufe der Jahre in Wartezimmern von Chirotherapeuten gesehen und gesprochen

habe. Das sog. Schulter-Arm-Syndrom ist die Hauptursache für vorzeitige Berufsunfähigkeit bei Geigern. Es kann natürlich auch andere Ursachen haben, z.B. Überanstrengung, psych. Stress etc., aber an Beckenschiefstand mit Wirbelverschiebung, bzw. durch Beckenschiefstand ausgelöste falsche Schulterausrichtung, sollte man auch denken. Wenn man außerdem bedenkt, dass Wirbelsäulenerkrankungen und deren Folgen an erster Stelle der Versicherer stehen als Auslöser für Berufsunfähigkeit quer durch alle Berufe, wird die Brisanz des Themas deutlich.

Eine Tabelle von L. Cross mögen Ihnen die Zusammenhänge verdeutlichen³:

WIRBELSÄULE	WIRBEL	VON NERVEN VERSORGTE KÖRPERTEILE	MÖGLICHE FOLGEN
Halswirbelsäule	C 1	Blutzufuhr zum Gehirn, Innen- und Mittelohr, Hypophyse	Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, psychische Beschwerden, hoher Blutdruck, Müdigkeit, Schwindel
	C 2	Auge, Gehör, Nebenhöhlen, Zunge	Allergien, Augen- und Ohrenbeschwerden, Nebenhöhlenentz.
	C 3	Außenohr, Zähne, Trigeminusnerv	Trigeminusneuralgie
	C 4	Nase, Lippen, Mund	Schwerhörigkeit, Polypen
	C 5	Stimmänder, Schlund	Heiserkeit, Stimmbänderentzündung
	C 6	Nacken, Schultern, Mandeln	Schmerzen im Nacken und Oberarm, Entzündung der Halsmandeln
	C 7	Schilddrüse, Schultergelenke, Ellbogen	Kropfbildung, Tennis-Ellbogen
Brustwirbelsäule	Th 1	Unterarme, Hände, Finger, Speiseröhre, Luftröhre	Husten, Atembeschwerden, Schmerzen in den Händen sowie Armen
	Th 2	Herz, Herzklappen, Herzkranzgefäße	Herzbeschwerden
	Th 3	Lunge, Bronchien, Brustkorb	Bronchitis, Asthma
	Th 4	Gallenblase	Gallenbeschwerden, Gürtelrose
	Th 5	Leber, Solar-Plexus (großes Nervengeflecht im Bauchraum), Blut	Kreislaufprobleme, Leberbeschwerden, Blutarmut (Anämie), Arthritis
	Th 6	Magen	Sodbrennen, Magenbeschwerden
	Th 7	Bauchspeicheldrüse, Zwölffingerdarm	Diabetes, Magengeschwür
	Th 8	Milz, Zwerchfell	Immunschwäche
	Th 9	Nebennieren	Allergien, Ekzeme
	Th 10	Nieren	Nierenbeschwerden, Müdigkeit, Arterienverkalkung
	Th 11	Harnwege	Ekzeme
	Th 12	Dünndarm, Eileiter, Lymphsystem	Rheuma, Blähungen, Unfruchtbarkeit
Lendenwirbelsäule	L 1	Dickdarm, Leisten	Verstopfung, Entzündung der Darmschleimhaut
	L 2	Blinddarm, Oberschenkel	Blinddarmentzündung, Krampfadern
	L 3	Eierstöcke, Hoden, Gebärmutter, Harnblase, Knie	Menstruationsbeschwerden, Impotenz
	L 4	Prostata, Ischiasnerv	Reizung des Ischiasnervs, Hexenschuss
	L 5	Unterschenkel, Knöchel, Füße, Zehen	Mangeldurchblutung der Beine, Wadenkrämpfe
Kreuzbein	S 1	Hüftgelenke, Gesäß	Beschwerden im Kreuzbein- und Beckengebiet
	Steißbein	Mastdarm, After	Hämorrhoiden, Steißbeinschmerzen

Nach L. Cross³ hat eine Röntgenuntersuchung an 1000 Erwachsenen gezeigt, dass lediglich 28 von ihnen eine gerade Wirbelsäule, also keine Skoliose hatten: das sind weniger als 3%.

Das Thema der daraus resultierenden Folgeschäden ist sehr umfassend. Ich werde mich deshalb nur auf wenige Beispiele beschränken:

Überall dort, wo Wirbel nicht mehr horizontal aufeinander liegen, ist die Kraftübertragung von oben nach unten nicht mehr gleichmäßig. D.h. also, dass der Druck auf die schräg nach unten weisenden Wirbelgelenke zunimmt, auf die anderen geringer wird. Dadurch wird eine Fläche stärker abgenutzt, es kann zu Reizungen der schützenden Knorpelschicht der Gelenke und örtlichen Schmerzen kommen, die in bestimmte, weit entfernt liegende Hautareale ausstrahlen können, bei denen man oft gar nicht weiß, wo die Ursache liegt. Wenn die Skoliose länger erhalten bleibt, wird die Knorpelmasse fast vollständig zerstört und der Knochen irreparabel angegriffen. Hierbei spricht man von einer *Arthrose der kleinen Wirbelgelenke*. Wenn der einseitige Druck zu

stark wird, kann außerdem die Bandscheibe zwischen den Wirbeln herausgedrückt werden (Bandscheibenvorwölbung bzw. -vorfall). Die amerikanischen Physiotherapeuten vergleichen diesen mit einem Krapfen, aus dem die Marmelade herausgedrückt wird.

Eine Skoliose kann sich jedoch nicht nur auf Grund eines funktionellen oder anatomischen Beckenschiefstandes entwickeln, auch in der Gebärmutter kann die Wirbelsäule schon schief werden, z. B. durch Organe, die sich

nicht an der richtigen Stelle entwickeln. Dies ist das Spezialgebiet der Osteopathen. Ebenso kann ein Skoliose durch eine Zangen- oder Kaiserschnittgeburt ausgelöst werden. Ursache kann auch eine zu frühe einseitige Gewichtsbelastung sein, z. B. Gewichte, Schulranzen, einseitiges Liegen zum Bücherlesen.

Ursache für eine Skoliose kann auch eine feste Zahnsperre sein. Sie wissen sicher alle, dass der Kopf nicht aus einem einheitlichen Knochen besteht, sondern aus mehreren Schädelplatten. Diese sind nicht fest, sondern beweglich miteinander verzahnt, bewegen sich ganz fein pulsierend nach innen und außen.

Bei einer festen Zahnsperre blockieren die Schädelplatten. Diese blockierten Schädelplatten führen zu einem fixierten Kiefer. Die Wirbelsäule muss gegen den fixierten Kiefer ausweichen. Wegen der hierdurch ausgelösten Muskelkettenreaktion kann sich eine vorhandene Skoliose und ein Beckenschiefstand verstärken. Die feste Klammer in Verbindung mit Beckenschiefstand kann außerdem zu Lern- und Konzentrationsstörungen, Aggressivität, Kopfschmerzen bis hin zu Depressionen führen. Ein Beispiel aus dem Freundeskreis meiner Schülerin Nancy mag die Problematik verdeutlichen. Susi, 14 Jahre: Ca. 2 Monate nach Einsetzen einer festen Zahnsperre ständige einseitige Kopfschmerzen, fängt an zu humpeln, mag nicht mehr stehen wegen unerträglicher Schmerzen in der Leistenbeuge, sämtliche ärztliche Untersuchungen inklusive Kernspin ohne Befund, wird depressiv, soll als letzte Konsequenz über Weihnachten 3 Wochen in eine psychiatrische Nervenklinik eingewiesen werden, Eltern lehnen dies ab. Wenn das Becken schief ist und der oberste Halswirbel nicht korrigiert wurde, kann durch die feste Klammer auch eine einseitige Verkrampfung des Wangen-Kiefer-Muskels (Masseter¹¹) mit Kopfschmerzen entstehen, wie bei meiner Schülerin Louise. Ich rate den Eltern deshalb, dass immer erst dann eine feste Klammer eingesetzt werden sollte, wenn das Becken und der oberste Halswirbel absolut gerade stehen, andernfalls ist eine lose Klammer bzw. der Protonator eines ganzheitlich arbeitenden Kieferorthopäden vorzuziehen.

Wegen des Beckenschiefstandes wird durch den ungleichen Muskelzug auch der Unterkiefer seitlich verschoben, sodass die Zahnreihen von Ober- und Unterkiefer beim Zubeißen nicht mehr exakt aufeinander liegen. Falls der Zahnarzt keine Bissregulierung vornimmt, kann man einen langjährigen Beckenschiefstand an der Achsenverschiebung der oberen und unteren Schneidezähne erkennen. Normalerweise stehen die Lücken exakt übereinander. Durch Fehlstellung des Unterkiefers werden auch die Kiefergelenke fehlbelastet, was zu Gelenk-

schmerzen und Entzündung der Gelenke führen kann, bei Blechbläsern zu Ansatzproblemen. Die Schmerzen können jedoch nicht nur am Gelenk selber auftreten, sondern auch im Auge, in den Schläfen, um das Ohr, am Hals oder im Nacken und der Schulter.

Weil sich die Unterkieferseite des Gelenks nicht mehr korrekt in der Gelenkkapsel bewegt, entstehen beim Öffnen des Mundes oder beim Kauen oft Knackgeräusche. Die Zahn- und Kieferfehltstellung sollte unbedingt mitbehandelt werden, denn auch der verschobene Unterkiefer wirkt nach unten über muskuläre Ketten und kann die Wirbelsäule bis zur Brust auch nach Beseitigung des Beckenschiefstands wieder in eine Fehlstellung ziehen.

Was hat dies alles konkret mit dem Violinunterricht zu tun? Wissen Sie, ob Ihr Schüler die Zähne zusammenbeißt beim Geigespielen? Presst er die Zähne womöglich einseitig aufeinander? Verschiebt das Kind beim Halten der Geige einen Kiefer seitwärts? Abgesehen davon, dass das Zusammenpressen der Zähne möglicher Auslöser für Schulterverkrampfungen mit Vibratoschwierigkeiten ist, kann einseitiges Zusammenpressen dazu führen, dass der oberste Halswirbel verschoben wird, und als Folge davon das Becken schief wird. Mir ist der Fall einer 15jährigen Geigenschülerin eines Kollegen bekannt, Friederike, die sehr fleißig war und 3 Stunden täglich übte, weil sie Musik studieren wollte. Sie hatte jahrelang einen nicht behandelten Beckenschiefstand, durch das viele Üben mit einseitiger Belastung links durch das Halten der Geige verschlimmerte sich ihre Skoliose, es kam zu Wirbelverschiebungen mit Schulter-Arm-Schmerzen. Auf Grund einer Zahnsperrenbehandlung mit fester Klammer trotz Beckenschiefstand bekam sie außerdem massive Kieferprobleme mit Blockierung des Gelenkes, sodass sie ihren Mund nicht mehr

richtig öffnen konnte und deshalb operiert wurde. Sie musste wegen der ständigen Schulter-Rücken-Kiefer-Schmerzen mit dem Geigespielen aufhören. Weitere Folgen des verschobenen Unterkiefers können Schwindelgefühle, Hörsturz oder permanentes Klingeln bzw. Rauschen im Ohr sein (Tinnitus). (Es gibt auch andere Ursachen, aber man sollte auch an den Kiefer denken.)

Ich glaube, Sie merken selber, wie wichtig ein ganzheitliches Denken auch als Violinlehrer und Zusammenarbeit der verschiedensten Fachrichtungen nötig ist, damit der Violinunterricht und Therapien langfristig gesehen nicht mehr Schaden als Nutzen anrichten und der Schüler beschwerdefrei spielen kann.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Atmung. Nach Andreas Schneider¹³ funktionieren "die eingespielten reflexartigen Abläufe im Bereich der Atmung zwar gewissermaßen noch in jeder extremen körperlichen Position, aber beim Musizieren spielen zusätzliche komplexe Faktoren (z. B. rasches Ein- oder Ausatmen im Verlauf einer längeren Phase) eine Rolle, die die normale Atmung erschweren können. Kommen dann noch ungünstige anatomische Voraussetzungen (z. B. Neigung zu heraustretendem Bauch, zu Schulterschiefstand oder zu eingesunkener Brust) hinzu, können sich erhebliche Probleme ergeben, wenn der Instrumentalist seiner über längere Zeit entwickelten Tonästhetik auch weiterhin Rechnung tragen will."

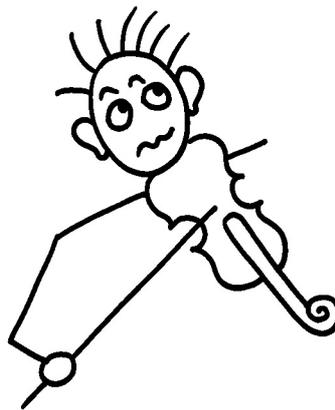
Florian Prey¹² schreibt zum Thema Gesang: "Nur wenn der Körper mit all seinen Sehnen und Muskeln und besonders auch mit dem Nervensystem...richtig arbeitet, kann der zum Singen und Sprechen notwendige Atem frei fließen und strömen."

Ich möchte hierzu ergänzen, dass auch wir Geiger selbstverständlich freies Atmen benötigen. Bei einem muskulär verschobenen Brustkorb infolge Beckenschiefstands bzw. Skoliose funktioniert dieses aber nur eingeschränkt, wie z. B. bei meinem Schüler Johannes. Außerem ist der Hüftbeugemuskel (Iliopsoas¹¹) über Fasern mit dem Zwerchfell verbunden. Wenn der Hüftbeuger verkürzt ist, wird als Kettenreaktion auch die Funktion des Zwerchfells eingeschränkt.

Die Augen sind das letzte Glied in der Muskelkette. Vereinfacht ausgedrückt: Die durch einen Beckenschiefstand ebenfalls entstandene Schiefstellung der Muskeln, die die Augen versorgen, führte zur eintretenden Sehschwäche bei meiner Schülerin Elisabeth. Sie brauchte sich nach der Korrektur ihrer Statik keine Brille mehr auszusuchen. (Was nun aber nicht bedeutet, dass Sie alle Ihre Brillen wegschmeißen können, sobald Sie sich Ihr Becken gerade haben richten lassen.)

Umgekehrt beeinflusst die Stellung der Augen das gesamte übrige Körpergeschehen.

Bei einem Beckenschiefstand steht IMMER auch der Kopf schief. Da die Augen jedoch immer geradeaus und horizontal schauen wollen, kommt es deshalb schon zu muskulären Fehlspannungen in der Halswirbelsäule.



Die Geige wird meist etwas seitwärts geneigt gehalten.

Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass ein Kind mit Beckenschiefstand seinen Kopf beim Geigespielen meist nicht nur nach links drehen, sondern ihn gleichzeitig nach vorne, mit dem rechten Ohr Richtung Boden drehend neigen wird. Das hat unweigerlich eine Folgereaktion in der übrigen Statik. Die linke Schulter zieht sich hoch, die Brustwirbelsäule verkrümmt sich nach rechts und vorne. Dadurch entstehen muskuläre Dysbalancen mit der Gefahr der Hals- und Brustwirbelschiebung. Es gibt auch noch andere Gründe, warum ein Kind den Kopf so geneigt hält, z.B. um die Finger anzuschauen, wegen der horizontalen Winkel-Angleichung der Augen an den Winkel der Geige, einer zu kleinen Brille oder eines falschen Kinnhalters.

Wichtig ist also, dass der Kopf beim Geigespielen möglichst gerade gehalten wird, höchstens nur eine Drehung nach links macht, ohne gleichzeitige starke Seitwärtskipfung und ohne den übrigen Körper schraubenartig nach links dabei mitzudrehen. Das unterrichten wir ja sowieso alle, ich möchte die Zusammenhänge nur noch einmal von dieser Seite her beleuchten.

Im Instrumentalunterricht ist selbstverständlich nicht eine einzige "richtige Haltung" erstrebenswert. Haltung ist immer ein wechselndes Durchgangsstadium von Bewegung, das wissen wir alle. Der Schüler sollte deshalb vielmehr für Bewegungsbereitschaft sensibilisiert werden, z. B. durch leichtes Schwingen der Beine, statt statischem Stehen auf seinem bevorzugten, meist kürzeren Standbein, durch verschiedene Kopfstellungen beim Halten der Geige, Durchlässigkeit im Zahn-Kiefer-Bereich, Wahrnehmungsübungen zu verschiedenen Kiefer-, Knie- und Beckenbewegungen etc. Jeder hat da sicher eigene gute Ideen. Ein Violinunterricht, der eine statische Standbeinstellung mit einseitig nach außen gedrehtem Fuß

des Spielbeines – möglichst noch auf einem fixierenden "Fußpapier" – lehrt, ist deshalb, besonders, wenn das Becken schief ist, besser dahingehend zu modifizieren, dass die Körperbelastung wechselseitig, zwischen Standbein und Spielbein hin- und herschwingend, verteilt werden sollte, ohne Außendrehung eines Fußes. Wenn das Becken gerade ausgerichtet ist, kommt die Kraft aus dem Becken, sonst aus den Armen. Nach H. Hildebrandt⁵ gehen "der gelungenen Bewegung...Stabilität und Haltungskompetenz voraus, wobei anstelle von pauschaler Lockerheit die *Spannung am richtigen Ort* notwendig ist." Je besser wir also ganzkörperlich vorbereitet sind, desto harmonischer gelingen uns die Spielbewegungen am Instrument.

Aus all dem Gesagten lässt sich unschwer erkennen, dass die Prävention von Beschwerden, Schmerzen und späteren Krankheiten schon im Violinunterricht bei den Kindern ansetzen sollte.

Nach A. Lahme⁸ kann "eine ungünstige Körperhaltung...behindernd wirken. Vermehrte statische Muskelarbeit führt zu erhöhtem Kraftaufwand...Ebenso löst eine Verkrampfung der Rumpfmuskulatur eine Verkrampfung des Schultergürtels aus. Bei im Stehen gespielten Instrumenten ist entsprechend eine Balancearbeit beider Beine notwendig. Dadurch wird nach dem Prinzip der *Bewegung unter Belastung* eine Entlastung der Wirbelsäule erreicht. Daher sollten Musikpädagogen stets auf eine lotgerechte Körperhaltung achten. Demnach sollte der Rumpf nie starr wirken, sondern die Dynamik des Spiels übernehmen. Zwangshaltungen sind in jedem Falle zu vermeiden. Sie entsprechen weder der Haltungsphysiologie, noch einer zeitgemäßen Pädagogik." Ich stimme mit Dr. Lahme überein, glaube aber, dass, um dieser Forderung nach einer lotgerechten Körperhaltung gerecht zu werden, eine Auseinandersetzung mit dem Thema Beckenschiefstand schon ab dem Anfangsunterricht unbedingt erforderlich ist.

Die Physiotherapeutin Susanne Klein-Vogelbach⁶, als Begründerin des Behandlungskonzeptes der funktionellen Bewegungslehre, betont ebenfalls, dass "für eine natürliche ökonomische Haltung im Sitzen und im Stehen Becken, Brustkorb und Kopf in eine gemeinsame Achse, die Körperlängsachse, eingeordnet sein müssen, dann befindet sich die Wirbelsäule mit ihren normalen Krümmungen in der Null-Stellung." Sie plädiert dafür, dass im Sitzen Asymmetrien des Beckens, wie eine einseitig höhere Beckenschaukel, durch eine Unterlagerung der tieferen Seite ausgeglichen werden können. "Meist hilft eine Zeitschrift, Notenbücher oder ein Frottiertuch, um solche Veränderungen zu kompensieren." Derselbe Ausgleichsvorschlag mit einem Gesäß-

polster wird im Lehrbuch der Musikmedizin¹⁰ gemacht. Dies mag für Berufsmusiker, die tagtäglich auf demselben Stuhl sitzen, eine Möglichkeit sein, aber ich halte dies bei Kindern, besonders in einem Kinderorchester kaum für praktikabel. Außerdem drängen sich mir dazu 4 Fragen auf:

1. Warum soll man einen Ausgleich nur im Sitzen schaffen und nicht auch im Stehen?
2. Weiß das Kind exakt, wie viele Millimeter breit das gefaltete Handtuch ist? Ein Ausgleich sollte millimetergenau sein.
3. Wenn bei einem gepolsterten Stuhl die Ausgleichsunterlage einsinkt, verändern sich dadurch nicht die abgemessenen Millimeter?
4. Beginnt das gruppenspezifische Ritual im Kinderorchester demnächst damit, dass sich u. U. viele Geiger (und evt. auch die anderen Instrumentalisten?) vor dem Stimmen zunächst mal ein zusammengeknautschtes Handtuch unter einen ihrer Sitzknochen schieben?

Fazit: Warum soll sich der Schüler ein ungenau abgemessenes zusammengefaltetes Bravo-Heft unter einen Sitzknochen schieben, wenn er sich stattdessen das Becken fachmännisch korrigieren lassen könnte?

Das Gebiet der Körperhaltungen, Bewegungen und Gesundheitsprävention ist ein riesiges, unerschöpfliches Thema. Ich habe in meinem Beitrag z.B. die verschiedenen Tonusprobleme zwischen Ober- und Unterbauchspannung, Koordinations- und Wahrnehmungsstörungen, Rundrücken, Hohlkreuz, schlechte Sitzhaltung, Überlastungsschmerzen durch einseitige Bewegungsabläufe, psychische Belastungen als Auslöser für Beschwerden und Verkrampfungen etc. bewusst ausgeklammert, um nur den Beckenschiefstand zu thematisieren und Sie für dieses Thema beim Betrachten Ihrer Schüler zu sensibilisieren.

Damit Sie ihn diagnostizieren können, nun ein paar einfache Tests.

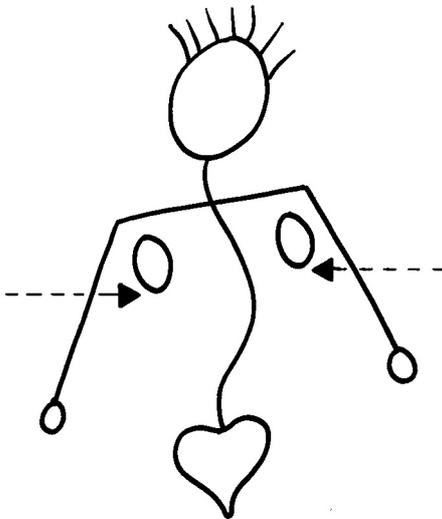
Sie benötigen dafür nur wenig Zeit, auch keine komplizierten Messgeräte. Alle Tests können Sie mit Kleidung durchführen. Probieren Sie die Tests einfach mit ihren Schülern aus und schauen Sie, was dabei herauskommt. Sie können dann immer noch entscheiden, ob Sie eine fachgerechte Befunderhebung bei den Eltern anregen wollen oder nicht.

Schauen Sie sich zunächst das Kind an, wenn es zu Ihnen in den Unterrichtsraum kommt. Wie geht es? Wie benutzt es seine Füße und Beine? Im Sommer können Sie sich auch mal die Knie des Kindes im Stehen betrachten, ist eine Kniescheibe mehr zur Körpermitte hin verschoben? Steht das Kind bevorzugt immer nur auf demselben Bein? Knickt ein Bein nach innen beim Stehen? Hält es den Hals schief? Oder sind seine Schultern unterschiedlich

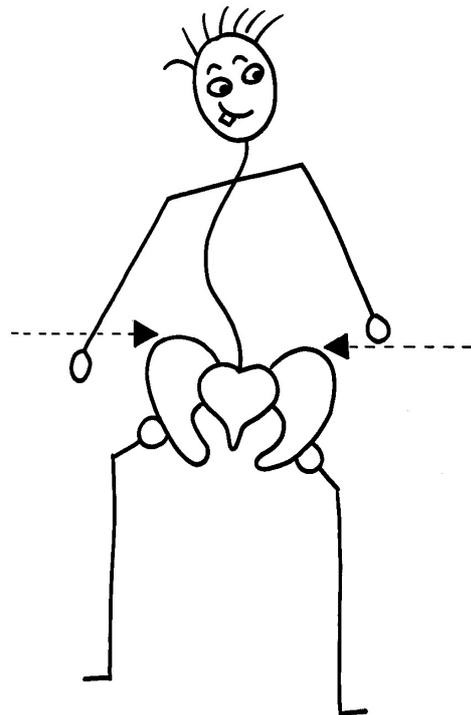
hoch? Sitzen Gürtel, Rock- bzw. Hosenbund schief? Fragen Sie es, ob schon einmal eine Hose nur auf einer Seite gekürzt werden musste.

Lassen Sie sich auch die Zähne zeigen; das Kind soll die Zähne ein paar Mal hintereinander aufeinander klacken und dann mit zusammengehaltenen Zähnen die Lippen öffnen, ohne die Zähne zu verschieben. Vergleichen Sie die Lücken zwischen den zwei oberen und den zwei unteren Schneidezähnen. Stehen die Lücken exakt übereinander? Sind sie seitlich verschoben? Um wie viele Millimeter etwa? In welche Richtung ist der Unterkiefer ggf. gegenüber dem Oberkiefer verschoben? Eine Abweichung kann bei Jugendlichen ein Indiz sein für einen längerfristig bestehenden Beckenschiefstand, aber nur dann, wenn durch gezogene Zähne noch keine Lücken entstanden sind.

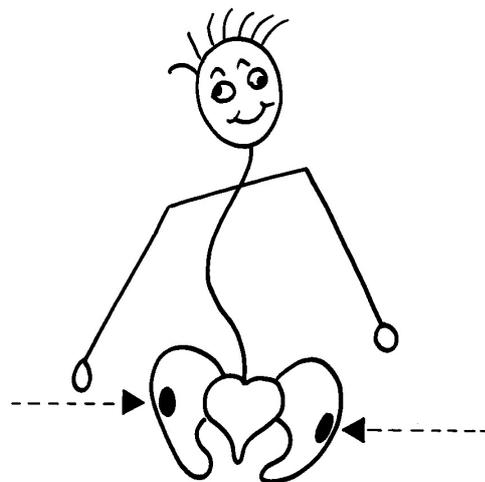
Im Stehen:



Betrachten Sie das Kind auch von hinten. Stellen Sie sich hinter das Kind. Legen Sie Ihre Daumen an die untersten Kanten der Schulterblätter¹¹; liegt einer höher als der andere? Das würde auf eine Skoliose hindeuten.

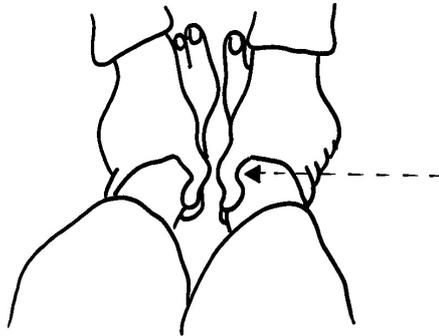


Falls Sie einen großen Spiegel haben, stellen Sie den Schüler vor den Spiegel, sich selber dahinter und drücken Sie mit geraden, tablettartig geformten Händen (die Zeigefinger weisen nach vorne, die Daumen nach unten), mit den Kanten der Zeigefinger links und rechts in die Kehlen über den beiden Beckenkämmen des Schülers. Sind die Hände auf derselben Höhe? Wenn nicht, ist das Becken verzogen.



Lassen Sie das Kind aufrecht stehen und knien Sie sich davor. Legen Sie beide Daumen auf die vorderen, am stärksten nach vorne ragenden Beckenknochen (Spina). Stehen Ihre

Daumen auf einer Höhe? Der höhere Daumen zeigt die nach hinten gekippte Beckenschaukel an.



In Rücken- oder Bauchlage:

Umfassen Sie die beiden Sprunggelenke des Kindes. Ihre Daumen liegen dabei fußwärts direkt unterhalb des Knöchels¹. Heben Sie die Beine etwas 10 cm über den Boden und ziehen Sie mit gleichmäßigem Zug beide Beine zu sich heran. Nun führen Sie Ihre Daumen zusammen. Stehen sie sich exakt gegenüber oder verschoben? Unterschiedliche Daumen- bzw. Fersenpositionen weisen auf eine Beinlängendifferenz hin.⁷

Zusammenfassend:

Sollten Sie Hinweise auf einen Beckenschiefstand haben, was können Sie tun, was können Sie den Eltern raten? Lassen Sie den Schiefstand und eventuelle Wirbelverschiebungen bei einem Orthopäden, Chirotherapeuten, Chiropraktiker, Osteopathen oder Dorn-Therapeuten verifizieren und evtl. behandeln. Fast immer muss der oberste Halswirbel mit gerichtet werden, da sich das Becken sonst nicht stabilisieren lässt. In schweren Fällen sollte auch der Biss bei einem ganzheitlichen Zahnarzt behandelt werden. Meist reicht eine einmalige Behandlung aus, manchmal aber auch nicht. Bei einem jahrelang bestehenden Schiefstand wird das Gehirn umprogrammiert. Solche Umprogrammierungen können nur durch Wiedererlernen der normalen Bewegungsmuster mittels krankengymnastischer Wirbelsäulenübungen rückgängig gemacht werden, oft ergänzt durch gezielte Dehn- bzw. Kräftigungsübungen, oder beidhändige Ausgleichssportarten wie Schwimmen (besonders wechselseitiges Kraulen), Handball, Basketball, Tanzen, Klettern etc. Tennis, Hockey, Golf sind hingegen Sportarten, die einseitige Verdrehungen der Wirbelsäule begünstigen. Meine Schüler, die Probleme mit Beckenschiefstand haben und Hockey, Golf oder Tennis spielen, leiden unter immer wiederkehrenden Wirbelverschiebungen, die sich nicht immer im Alltag auswirken, aber beim Geigespielen. Rei-

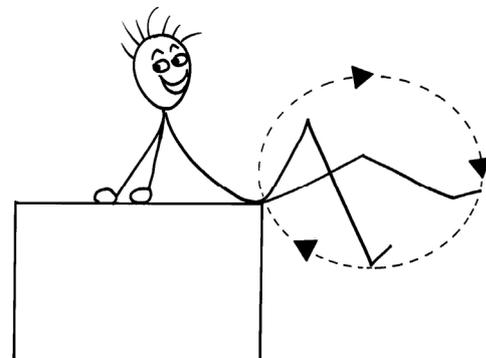
ten gilt ebenfalls als muskelkräftigende Sportart, in Hamburg kenne ich auch eine Pferdetherapeutin, die Beckenschiefstand und Skoliose durch speziell modifiziertes Reiten korrigieren kann. Aber auch das Reiten kann sich in diesem

Zusammenhang manchmal als problematisch erweisen. Es ist kaum bekannt, dass auch Pferde ein schiefes Becken haben können. Die asymmetrische Muskelübertragung bewirkt beim Reiter ebenfalls einen Beckenschiefstand. Das Problem lässt sich durch einen Equitherapeuten beheben.

Bei trotzdem immer wiederkehrendem Beckenschiefstand Ihres Schülers sollte der Zustand des Darmmillieus, Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. bei einem Osteopathen eventuelle organische Energiedefizite, die möglicherweise durch Schocks oder Traumata ausgelöst wurden, mit in eine ganzheitliche Behandlung einbezogen werden.

Sollten die Fuß- bzw. Beinmuskeln als Auslöser für den Beckenschiefstand diagnostiziert werden, empfehlen sich die schon erwähnten sogenannten podo-orthesiologischen Einlagen.

Eine vorbeugende Übung können Sie Ihren Schülern auf jeden Fall zeigen:



Lassen Sie das Kind auf einem Tisch, an der Kante sitzend, die Hände hinter sich abgestützt, mit langsamen, kreisförmigen Beinbewegungen Fahrrad fahren, am Endpunkt jeweils die Beine bis nach vorne ausstrecken. Bei Kindern reichen ca. 16 Umdrehungen auf beiden Seiten, manchmal, wenn die Muskulatur sehr verkrampft ist, auch mehrere Durchgänge, damit nur leicht verzogene Beckenschaukeln wieder in eine symmetrische Position kommen.

Falls es Sie interessiert, können Sie sich bei einem Zilgri-Therapeuten oder in einem Zilgri-Buch¹⁴ über Übungen informieren, wie man selber sanft die Iliosakralgelenke beeinflussen kann. Erwähnen möchte ich ebenfalls die Cross-Therapie³ als Hilfe zur Selbsthilfe (Adressen im Buch s. Anhang).

Ein hervorragendes Buch von P. Egoscue⁴ erklärt die Zusammenhänge zwischen Hüft- / Beckenstellung mit Schulter, Knie, Sprung- und Fußgelenken. Das Buch ist eine Fundgrube voll sinnvoller Übungen zur Selbsthilfe. Es erläutert insbesondere, dass jegliches Training mit Beckenschiefstand in die Schiefheit hineintrainiert, d.h. die Hauptmuskeln, die eigentlich für die schwerste Arbeit gedacht sind, bleiben oft inaktiv zugunsten von Ersatzmuskeln, die die Arbeit übernommen haben. Wichtig ist also, die Hauptmuskeln wieder zu aktivieren, damit sich der Körper neu ausrichten kann. Die sog. Schroth-Therapie⁹ sollte bei Beckenschiefstand mit schweren Skoliosen angewendet werden. Eine neue Behandlungsmethode bei muskel- induzierten Symmetriestörungen und chronischen Fehlbelastungen ist die Myoreflextherapie (Adressen s. Anhang), die über Druckpunktstimulation unter Berücksichtigung der Muskel-Funktions-Ketten arbeitet. Wenn nur ein Muskel in der Kette verkürzt ist, arbeiten die anderen auch nicht richtig. Es gibt natürlich noch erheblich mehr Möglichkeiten, dies sollten nur einige Beispiele sein. Hier möchte ich auf fachmännische Anleitung und Kompetenz der Krankengymnasten verweisen. Ergänzend möchte ich als Beispiele zum Erlernen eines bewussteren Umgangs mit dem Körper auf die Ihnen bekannten Therapien, wie Feldenkrais, Alexander-Technik, Yoga, Dispo-kinese, Qi Gong, Tai Chi etc. verweisen. Die Dorn-Therapie⁷ zur Diagnostik und sanften Korrektur von Becken- bzw. Wirbelverschiebungen ist für jeden Laien in Kursen erlernbar. Bedenken Sie nur bitte, dass Sie vom Gesetz her in Deutschland, wenn Sie nicht Heilpraktiker oder Arzt sind, nur diagnostizieren und Anregungen geben, jedoch keine Manipulationen an der Wirbelsäule vornehmen dürfen.

Mir ging es in meinem Plädoyer auch nicht darum, Sie zu eventuellem nicht erlaubten Manipulieren anzuregen, sondern wie anfangs erwähnt, ist es mir wegen meiner eigenen Erfahrungen und der Erfahrungen in meiner Violinklasse eine Herzensangelegenheit, Ihnen Querverbindungen und Zusammenhänge aufzuzeigen, damit Sie die oft ratlosen Eltern aufklären können. So wird den Schülern einiges unnötiges Leid erspart und sie können beschwerdefrei musizieren.

Zitierte Autoren sowie Auswahl an weiterführender Literatur:

- 1) W.P. Ackermann: Die gezielte Diagnose und Technik der Chiropraktik, S. 137, Ackermann Institut, 2. Aufl. 1989
- 2) H.P. Bischoff, Isny-Neutrauchburg: Chirodiagnostische und chirotherapeutische Technik, S.110-111, Perimed-spitta 1994

- 3) L. Cross: Die Cross-Methode, Soforthilfe bei Rückenschmerzen, S. 41, 44, 45, Zabert Sandmann 2002 (inkl. Therapeutenliste S.161-163)
- 4) P. Egoscue, R. Gittines: Schmerzfrei leben mit der Egoscue-Methode, Beust 2000 (Pain free-A revolutionary method for stopping chronic pain)
- 5) H. Hildebrandt: Prävention von Spiel- und Gesundheitsproblemen bei Musikern von Kindheit an. In: Musikinstrumente und Körperhaltung, S. 126, Springer 2000
- 6) S. Klein-Vogelbach, A. Lahme, I. Spirgi-Gantert: Wahl der richtigen Sitzgelegenheit. In: Musikinstrument und Körperhaltung, S. 251, Springer 2000
- 7) H. Koch, H. Steinhauser: Die Dorn-Therapie, Grundlagen und praktische Durchführung, S. 62-69, Foizick Verlag 2001
- 8) A. Lahme: Die richtige Körperhaltung als Basis der Prävention. In: Musikinstrument und Körperhaltung, S. 32, Springer 2000
- 9) C. Lehnert-Schroth: Dreidimensionale Skoliosebehandlung, Atmungs- Orthopädiensystem Schroth, Urban&Fischer 2000
- 10) R.N. Noris, J. Dommerholt: Orthopädische Probleme und Rehabilitation bei muskuloskeletalen Störungen. In: Medizinische Probleme bei Musikern (Herausg. J. Blum), S. 149, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1995
- 11) F. Peterson Kendall, E. Kendall McCreary, P. Geise Provance: Muskeln, Funktionen und Tests, S. 89, 224, 289, Urban&Fischer 2001
- 12) F. Prey: Gesang. In: Musikinstrument und Körperhaltung, S. 224, Springer 2000
- 13) A. Schneider: Holzblasinstrumente, Oboe, Klarinette, Fagott. In: Musikinstrumente und Körperhaltung, S. 177, Springer 2000
- 14) A. Zillo, H. Greissing: Neue Hoffnung Zilgri, S.123,127,130, Mosaik 1985

Unter der Tel Nr. 0800/93151515 erhalten Sie auf Wunsch eine Adressenliste mit den podorthesiologisch ausgebildeten Therapeuten in Deutschland (www.podomedi.com).

Informationen, Therapeutenadressen und Literatur zur Myoreflextherapie können Sie erhalten unter: www.myoreflextherapie.com

Anschrift der Autorin:

Katharina Apostolidis
 Blankeneser Landstr. 21
 22587 Hamburg
 Tel.: 040/86 64 56 44
 Fax: 040/82 14 58
 e-mail: KApostolidis@gmx.de