

# Schuhausgleich

H. Biedermann

Wir haben bei unserer heutigen Untersuchung und Besprechung eine Asymmetrie der Wirbelsäulen-Basis am Becken als Teil Ihrer Beschwerden identifiziert. Das kann zum einen eine Beinlängendifferenz sein, zum anderen eine Asymmetrie der Fläche, auf der die Wirbelsäule auf dem Beckenausgang aufbaut. Eine reine Beinlängendifferenz führt nur im Stehen zur Haltungsasymmetrie, wenn es aber am Beckenausgang nicht horizontal ist, wird die Wirbelsäule auch im Sitzen (wo die Mehrheit heutzutage ihre €€ verdient) schief beansprucht, und es kann zu Beschwerden kommen.

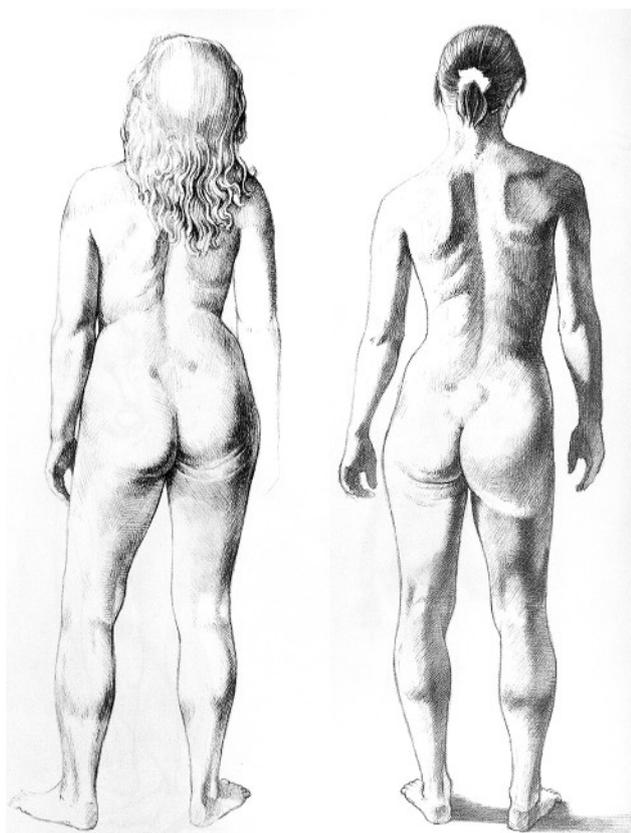


Abbildung 1: Zwei Varianten der Fehlstatik

Oft werden wir gefragt: „Macht denn so eine kleine Asymmetrie soooo viel aus?“ - wenn es sich nur um einen Zentimeter handelt. Es gibt Viele, die damit zurecht kommen, und es wäre übertrieben, jeden, bei dem man ohne Beschwerden so etwas gefunden hat, therapieren zu wollen. Wenn aber Beschwerden vorliegen, die an eine mechanische Ursache denken lassen, ist es oft eine recht einfache Maßnahme, die Asymmetrie (teil-

weise) auszugleichen. Vor dem Industriezeitalter machte eine kleine Asymmetrie nicht viel aus – das Leben war auf unebenem Boden und der Organismus geforderter. Wenn man heute darüber nachdenkt, wieviel Zeit man auf glattgezogenem Boden verbringt, erschreckt man.

Ist jemand Jahre&Jahrzehnte mit seiner Asymmetrie rumgelaufen, wäre es verfehlt, diese ganz auszugleichen. Sein Körper hat sich ja im Laufe der Zeit daran gewöhnt, und wenn man nach 20 oder 30 Jahren dann einfach ausmisst und den ermittelten Höhenunterschied voll korrigiert, übertreibt man oft und verlagert nur die Beschwerden. Meist reicht eine kleine Unterstützung. Etwas anderes ist es, wenn – zum Beispiel durch einen Unfall mit Knochenbruch – die Statik durcheinander kommt. Dabei wird nicht selten das gebrochene Bein länger (vor allem bei jungen Leuten), da die Bruchkanten als eine Art ‚Wachstumsfuge‘ wirken. Je kürzer die Dauer der so erlittenen Asymmetrie ist, desto exakter muß in der Regel ausgeglichen werden.

Eine weitere Beobachtung, die man immer wieder macht, ist daß meist die Schulter auf der Seite höher steht, wo das Becken tiefer ist. Die Familien rufen dann manchmal an und fragen nach einigen Tagen, ob man sich nicht in der Seite der Erhöhung geirrt hat „*Da ist es doch höher!*“

Da man sich nie *zu* sicher sein sollte, schaut man nach und kann dann meist beruhigen, da sich die Wirbelsäule ‚C‘-förmig angepaßt hat, was oben zu der beobachteten Differenz der Schulterhöhe führt. Die meisten reagieren auf Beckenschiefstand mit der rechten Variante der Abb.

Lange hat uns die Frage beschäftigt, wie exakt man eine Asymmetrie ausgleichen sollte. Dafür gibt es keine glasklare Angabe, man ist von so vielen Einflüssen abhängig. In früheren Jahren verordneten wir den Höhenausgleich millimetergenau. Eines Tages kam der Gedanke, daß man ja auch die Schule abläuft und diese Exaktheit gar nicht ‚auf die Straße‘ und damit zum Tragen kommt. Wir sind dann mehr und mehr dazu übergegangen, einen Versuch mit ca. 5mm zu machen, und ggf. nach&nach zu modifizieren. Meist kommt man so mit einer handelsüblichen (und damit billigen) Sohle am schnellsten zum Ziel einer Beschwerdeverbesserung.

Gerade Frauen – deren Schuhe oft exakter gearbeitet sind und deshalb schlechter eine zusätzliche Sohle vertragen – fragen oft, ob es nicht genüge, nur die Ferse höher zu machen. Dabei ist zu bedenken, daß zum Beispiel eine Erhöhung von

5mm an der Ferse schlußendlich nur die Hälfte effektiv bringt, weil die Unterstützungszone des Fußes weiter vorn ist. Man muß also doppelt so viel erhöhen, als man es bei einer Sohle täte, und damit beeinflusst man auch die Rotation der Hüfte.

Man muß auch darauf hinweisen, daß es nicht genügt ‚schell mal‘ auszugleichen und sich dann gleich ein Urteil zu bilden; man kennt das, wenn mit Unterleg- Klötzchen die Statik getestet wird. Der Organismus braucht einige Zeit, um so eine doch letztlich gravierende Änderung zu verarbeiten; wir gehen von ca. einer Woche aus.

Dann kann man sich ein Urteil bilden, ob so ein Schuhausgleich etwas bringt. Bei kurzfristigen ‚Tests‘ von wenigen Minuten wird die Fehlerbreite deutlich größer.

Viele Patienten sind am Anfang skeptisch, „*daß so eine Kleinigkeit einen Effekt haben soll.*“ Man muß dann recht intensiv dafür werben, es zu erproben. Manch einer ist dann erstaunt, *wie* viel es bringt. Natürlich gibt es keine 100%ige Sicherheit eines positiven Effektes. Gerade bei jahrzehntelangen Verläufen kann es sein, daß der Organismus so auf die Haltungsasymmetrie fixiert ist, daß ein verordneter Schuhausgleich nicht gut vertragen wird. Dann muß man modifizieren – oder weglassen.

Ein Patient, das als Förster, Gärtner oder Landwirt viel im Freien unterwegs ist, braucht auf dem dann unebenen Boden keinen Schuhausgleich. Diejenigen, die in einer Umgebung sind, wo überall perfekt ebene Geh- und Standflächen sind, haben viel eher einen Ausgleich nötig. Das kann manchmal eine Hilfe bei der Diagnose sein: die Patienten berichten dann, daß sie tagelang beschwerdefrei im Freien wandern können, ihnen aber bei einem Schaufensterbummel in der Stadt schon nach kurzer Zeit das Kreuz weh täte.

Nicht selten kommen Patienten nach einigen Jahren wieder und sagen fast vorwurfsvoll : „*Ich hab die gleichen Beschwerden wie damals!*“ - auf die Frage, ob sie den einst verordneten Schuhaus-

gleich noch trügen kommt dann die Antwort „*Den hab ich weggelassen, mir ging es ja wieder besser!*“. Fazit: Bei Erwachsenen muß man, wenn es sich bewährt hat, einen Schuhausgleich lebenslang tragen oder zumindest beim Wiederaufflackern der Beschwerden wieder rein tun.

In den seltensten Fällen ist eine Änderung der Schuhe selber nötig. Meist reicht die Sohle. Es ist nicht essentiell immer mit dem Schuhausgleich rumzulaufen, ca. 2/3 der Zeit genügen. Wenn man mal ein Paar schicke Lederschuhe fürs Theater oder die Disco hat, in die die Sohle nicht reinpaßt, ist das auch kein Drama. Viele merken aber selber, daß sie ohne Ausgleich sich nicht so wohl fühlen und machen das dann ganz automatisch. Bei längerem Autofahren ist das Sitzkissen zum Höhenausgleich vor allem für den Fahrer wichtig; ein Beifahrer bewegt sich wesentlich mehr als der, der hinter dem Steuer sitzt.

Wie viel man sich unter seine Sitzfläche schieben sollte ist schwer festzulegen und es kommt zum Beispiel auch auf die Polsterung der Sitzfläche an. Ausprobieren ist das beste.

Eine Haltungsasymmetrie macht bei weitem nicht nur Beschwerden im Kreuz. Vom Schulterschmerz über die Migräne bis zu Thoraxbeschwerden – vieles kann dadurch mitbeeinflusst werden, und nicht wenige dieser Patienten sind ganz erstaunt, wenn man sich um die Haltung kümmert „*Da tut es doch gar nicht weh!*“ Es gibt fast nie **die** Ursache von Beschwerden. Meist ist es ein ganzes Bündel von Dingen, die auf einen Körper einwirken. Man muß bei Weitem nicht alles zu beeinflussen versuchen; die am leichtesten zugänglichen Dinge stehen normalerweise zuerst an – und eine kleine Sohle zum Höhenausgleich ist ja kein Drama. Gerade bei Heranwachsenden sollte man aber zurückhaltend sein (man hofft ja immer noch auf eine Normalisierung).

Aber bei denn ‚ganz Erwachsenen‘ ist es nicht selten der Schlußstein im diagnostischen Konzept, der die Behandlungserfolge stabilisiert.

Ein Beitrag zur *artgerechten Menschenhaltung*...