

Dieser Bericht verdeutlicht, auf welche Weise sich Katharina Schroth durch genaues Hinschauen und akribisch genaue Übungs-Ausführung der Patienten nach und nach Erkenntnisse eröffneten. Damals gab es fast nur sehr schwer verkrümmte Patienten, weil sie vorher entgegengesetzte Übungen gemacht hatten. An denen ließen sich die therapeutischen Gesetze genau ablesen.

Katharina Schroth beschreibt es so:

„Das Stück der Klugen“

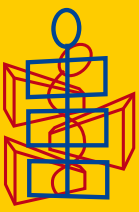
Aus dem vordringlichen Beachten des Mittelstückes mittels selektiver Arbeitsweise unter Beobachtung von deren Wirkung erschloß sich die eindringliche Überzeugung, daß das Mittelstück äußerst wichtig und der Schlüssel zum Aufhalten und Umkehren des skoliotischen Geschehens ist. Jeder Techniker weiß, daß man eine Eisenstange, die man auf den Boden gestellt hat, durch einen gewissen Druck auf das obere Ende, biegen kann. Er weiß ferner, daß man dieses Druckgewicht um das Vielfache erhöhen kann, wenn man die „Mitte“ verstärkt. Die Natur macht es auch so. So erwies sich vorzugsweise die Bearbeitung des Mittelstückes, welches alle schwachen Teile nach und nach auf die "Höhe" der Überentwickelten brachte, als ein geglückter Griff. Es wurde nicht nur harmonische Schönheit dieser Gegend erreicht, sondern auch eine ideale **S t ü t z t ä t i g k e i t** und **T r a g f ä h i g k e i t** für den nach rechts absinkenden Rumpf wieder hergestellt. Eine Teilbewegung hierzu - so schälte es sich nach und nach heraus - ist die Abscherung = das Herüberücken des Rumpfes nach links als Gegeneinwirkung gegen die „fälschliche Rumpfbeugung“, die der skoliotische Körper nach rechts macht, siehe Knick unterhalb des Rippenbuckels.

Wie entsteht das?

Der Körper konnte mühelos eine besonders starke Rumpfbeugung nach rechts ausführen, dagegen war eine solche nach links längst nicht so ausgiebig., manchmal nur in geringerem Umfange, manchmal überhaupt nicht möglich. Was lag da näher als die Überlegung, daß man nicht d a s nachschulen müsse, was sowieso schon übermäßig gut geht, sondern das, was schwer oder kaum gelingt.

Es war für uns eine Selbstverständlichkeit, daß wir unbedingt nach links zu „beugen“ hatten. Diese Überzeugung wurde noch dadurch verstärkt, weil sich bei dem Versuch einer Rumpfbeuge nach rechts (die der Körper sowieso schon hat) ein noch größerer Zusammenbruch unterhalb des Rippenbuckels ergab, als er vorher bereits vorhanden war.

Der Knick unterhalb des Rippenbuckels wurde schärfer und eingeengter. Ebenso entstanden äußerlich an dieser Stelle zusätzliche Falten, oder die eine bereits bestehende wurde länger und einschneidender. Keine Frage also, daß eine Rechts-Rumpfbeuge überhaupt nicht stattfinden durfte. Also: Rumpfbeuge nach links zum Ausgleich. Gesagt – getan. **A b e r** , auch das war ein Fehlschlag und war ein zweischneidiges Schwert. Unterhalb des Rippenbuckels weitete und streckte sich zwar die Knickstelle, und es schalteten sich auch verschiedene Muskeln ein, die vorher brach



gelegen hatten. Jedoch geschah ein vermehrtes Zusammensinken an der Knickstelle der linken Seite in der Mitte des Rippenkorbes. Dort sank der Rumpf noch mehr zusammen. So ging es also nicht. Der eine Teil der Beuge nach links war also richtig, der andere falsch. Also war es nötig, zu lernen, diese Schadenwirkung auszugleichen. Wir sahen, daß unter Beibehalten der Neigung nach links ein weiteres „Herübrücken“ des mittleren Bogens nach der linken Seite zu nötig war, um besseren Zusammenschluß der jetzt etwas gestreckteren Lendenwirbelsäule mit der Brustwirbelsäule zu gewinnen. Auch dieser Teil stimmte und konnte beibehalten werden. Es war aber nicht ganz leicht, dieses auch auszuführen. Merkwürdigerweise war mir von Anfang an klar, daß das Herübrücken gegen die festgehaltene korrigierte linke Hüfte gewissermaßen mittels eines Handgriffes - dargestellt durch die linken Rippen der tiefsten Konkavstelle - zu erfolgen hätte.

Ich sagte damals den Patienten: „Stellt euch vor, die Rippen seien der Stiel einer Badebürste. Nehmt diesen Stiel geistig in die Hand und zieht die Badebürste nach der Mitte zu = nach links herüber.“ Der Rücken gehorchte dieser gedanklichen Weisung. Es war ein gutes Ergebnis. Aber es fand noch nicht genug Erweiterung an der Konkavstelle statt. Dort mußte noch etwas „aufgeklappt“ werden können, nämlich die verengte Stelle der linken Seite oberhalb der linken Hüfte in der Mitte des Rippenkorbes. Es gehörte noch eine weitere Richtung, nämlich die nach oben dazu. Ich sagte damals zu den Patienten: „Es ist nötig, den Rumpfüberhang nach rechts aufzulösen, den Rippenkorb also nach links zu führen. Darüber hinaus müssen wir noch weiter nach links streben. Dabei darf aber der eingesunkene linke Rippenabschnitt nicht noch mehr zusammensinken. Wir können uns das Nach-links-gehen nur leisten, weil wir Atmungs-Orthopädie treiben und somit den Rippenzug samt Hebung nach links einsetzen können. Was wir brauchen, ist Streckung und Kräftigung der zu kurzen Stellen unterhalb des Rippenbuckels und der „schwachen Seite“.

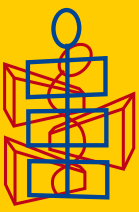
Kraft und Kürze können wir nicht brauchen, vielmehr Länge und Kraft. Wenn uns das gelingt, sind wir in der Lage, die Nachteile einer Beugung nach links wieder aufzuheben“.

Hierzu ist zu bemerken: Ich hatte damals - bis zum Jahre 1928 - keine Ahnung, daß die Schweden bei einer Rechtsskoliose nach rechts biegen und kann mir auch heute noch nicht erklären, daß das so gemeint gewesen sein kann.

Was wollten denn die guten Heilgymnasten aus Schweden? Sie wollten den mittleren Bogen strecken, und das gelang ihnen auch. Hatten sie wirklich nicht gelernt, den Nachteil unterhalb des Rippenbuckels zu vermeiden? Oder war diese schwedische Übung nur im Laufe der Zeit verwässert worden? Damals jedoch bewegte mich diese Frage nicht, denn ich wußte gar nichts von diesem schwedischen Vorgehen.

Geistig war mir die Richtung gegeben: Die linken Rippen zur Seite, über die hohe Hüfte hinweg, nach außen und nach oben. Der „Rechte Winkel“ war geboren! Ich zweifelte überhaupt nicht daran, daß der rechte Winkel auch körperlich ausgeführt werden konnte. Und so atmeten wir dann „im rechten Winkel“.

Plötzlich sah ich die Nötigung zum rechten Winkel überall, an jeder verengten zusammengesunkenen Rippenkorbstelle. Es entstand Schrittchen vor Schrittchen eine ErfaHRungs - Orthopädie (Geradeziehung), zusammengesetzt aus zahllosen kleinen Einzelteilchen, die immer wieder ergänzt oder ausgefeilt wurden, bis sie komplett waren. Dann erwiesen sie sich auch praktisch als



recht brauchbar.

Die Patienten hörten immer wieder und bekamen von mir eingeschärft: „Wo ihr geht und steht, ob ihr sitzt oder liegt, ob ihr ruht oder arbeitet, immer muß es sich fest und hart unterhalb des Rippenbuckels anfühlen. Wer das nicht beachtet, betrügt sich um jede Erfolgsmöglichkeit. Diese Stelle ist „das Stück der Klugen“.

Dann probierte ich mit den Patienten aus, unter welchen Bedingungen während des Stehens, Gehens, Sitzens usw. diese Stelle hart wird. Es ist wie eine Fügung, daß wir dabei zur totalen Belastungsänderung gelangten, jedoch zu jener frühen Zeit, von der hier die Rede ist, noch unbewußt, doch völlig so, wie es heute bewußt geschieht. Kontrollfotos aus jener frühen Zeit beweisen es. Meist belasteten wir bei Rechts-Buckelbildung das Bein der linken Seite und kamen damit zum Ziele. Natürlich gibt es auch Ausnahmen, denen wir auch gerecht werden müssen. Wir bildhauerten eben, in jedem einzelnen Falle anders, bei fast völlig unbedeckten Körpern und verglichen immer wieder Beckenstellung mit Rippenkorbstellung sowie Rippenkorbstellung mit Schultergürtel. Wenn wir die nötigen rechten Winkel praktisch alle ausführten, trat eben die richtige Belastung völlig unbewußt von selbst ein. Damals bemerkten wir das auf den Kontrollfotos noch nicht bewußt. Heute aber sehen wir es ganz ausgeprägt deutlich bei den Aufnahmen der damaligen ersten Zeit an den Schlußbildern der derzeitigen Patienten.

Wenn man aber schließlich genau weiß, auf welche Weise die Belastungsverhältnisse zweckdienlich umgeordnet werden und werden müssen, dann hat man ein mächtiges Mittel in der Hand, auf weit kürzerem Wege zu einer Besserung zu gelangen.

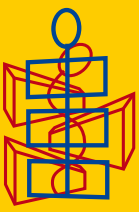
„Kraft und Länge“ ist unser Problem. So hieß es jeden Tag auf dem Übungsplatz, der schon damals im Freien war.

Durch einfaches Arbeiten nach der Seite ist die erforderliche volle Einschaltung der Muskeln an den Konkavstellen natürlich nicht zu erreichen, denn die Verdrehung - jeweils nach vorn an den engen Stellen - und nach hinten, an den bogenweiten Stellen - kommt noch dazu.

Unterhalb des Rippenbuckels haben wir bei dem Mittelstück gleich *Z w e i m a l* Verzerrung: Einmal mit dem Rippenbuckel nach hinten – zum anderen mit dem Becken nach vorn. Beides muss erst berichtigt werden, bevor alle rechtsseitigen Lendenmuskeln wieder ihrer natürlichen Anlage gemäß liegen, arbeiten und sich entwickeln können.

Überall stoßen wir dabei auf das Dreidimensionale: Wir müssen in der Richtung „vor-rück“ alle Verhältnisse ändern und zu diesem Zweck auch Übungen ermitteln, d.h. eine Therapie finden. Z.B. sind die linksseitigen Rippen nach vorn gebrochen. Der Wirbelrückdrehungsatem hat sie wieder nach hinten an ihren richtigen Platz zu führen (im Gegensatz zu dem darunter befindlichen Becken samt Lendenwulst und dem darüber befindlichen, ebenfalls nach hinten gedrehten Schultergürtel). Nachdem dies alles geschehen ist, kann danach erst die minderentwickelte Stelle entdreht und nunmehr voll ausgebildet werden, so daß die Muskulatur im Verein mit den richtigen Skelett-Teilen nunmehr auch tatsächlich zum Stützen und Tragen gelangt.

Das Stück unterhalb des Rippenbuckels hat diesen zu heben und in seiner Mittellage zu erhalten. Und das hohle Rippenkorbstück der linken Seite muss unter Mitwirkung von Muskeln die hohle Rippenstelle auffüllen und dem zu ordnenden und geordneten linken Schultergürtel Halt geben. Letztes wäre aber dann noch nicht möglich, wenn wir nicht folgerichtig beim „Stück der Klugen“, dem rechten Lendenteil, beginnen würden.



Am Anfang, wenn die Skoliose noch nicht so stark ausgeprägt ist, fehlt oft das Gleichzeitige Schiefsein. – Wodurch für die Natur der Zwang zur Bogenbildung Wirbelsäule kommt, ist mir nicht bekannt. Aber die Natur gleicht durch Gegenschwingungen in der Mitte der Wirbelsäule und weiter oben den untersten Bogen aus, so dass der Schwerpunkt in der Mitte bleibt. Eine solche Skoliose neigt nicht so stark zur Verschlimmerung.

An der gewordenen Form erkennt man immer sofort, welcher Art die Übungen zwecks Behandlung gewesen sind.

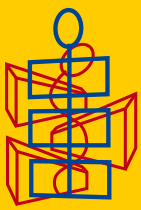
Es besteht noch ein dritter, der Halsbogen. Bereits in den ersten Jahren des Bestehens der Methode hatte sich folgendes Kommando herausgebildet: „Neige den Kopf zur schwachen Seite, drehe das Kinn zur Paketseite!“ (Das Wort Rip-pen-buck-el erschien uns bei steter Wiederholung zu lang. Der besseren Zeitausnutzung wegen kürzte es sich im Laufe der Zeit zu „Paket“ zusammen.)

Der Hals mußte ebenfalls gerade werden. Also neigten wir zum Ausgleich den Kopf nach links und schalteten dadurch zugleich die verelendeten rechtsseitigen Halsmuskeln wieder ein, wenigstens zum Teil. Der andere Teil arbeitete und füllte sich entsprechend, wenn wir das Kinn zur Rippenbuckelseite drehten. Das war Erfahrung. Für uns war es notwendig, die Gleichmäßigkeit der beiden Halsseiten in der Muskelentwicklung wieder herzustellen. Der schließlich gefundenen Regel war lange Zeit des Ausprobierens und des Experimentierens voraus gegangen. Zuerst neigten wir nur im Falle einer rechts-thorakalen Skoliose den Kopf nach links. Dadurch schalteten sich auch die rechtsseitigen Halsmuskeln befriedigend wieder ein. Sie wurden sogar stärker und der Halsbogen streckte sich. Stärker als auf der linken Seite. Aber beim rechten hinteren Hals blieb alles noch verödet. Erst durch Drehung des Kopfes rechts nach hinten wurde die hintere hohle Halsstelle wieder ausgeglichen.

Nunmehr musste damals Klarheit erarbeitet werden, ob es zweckmäßiger sei, zuerst zu beugen und dann zu drehen, oder umgekehrt. Oder gleichzeitig? Dem Einen gelang es auf diese Weise besser, dem anderen auf jene. Wir prüften stundenlang, tagelang, wochenlang immer wieder sämtliche Arbeitsformen durch. Die Einen „fühlten“ dabei so, die anderen so.

Wenn sich derartige Gegensätze herausstellten, wurde erneut geprüft, wieder und wieder, solange, bis wir in der Erkenntnis übereinstimmten. Dann erst standen die einzelnen Arbeitsformen fest und konnten bedenkenlos benutzt werden. Wir sagten damals, es sei wieder ein neues Handwerkszeug erarbeitet worden. Eine theoretische Erklärung hatten wir dafür nicht; wir strebten sie auch nicht an, und sie fehlte uns auch nicht. Es genügte uns, was wir sahen, und wir glaubten auch nur, was wir beobachten konnten, - was sich aus jener Arbeitsform ergab. Uns kam es nur auf die praktische Wirkung des Ausgleichs an. Dieser schenken wir alle unsere Geduld. Derjenige kleine Teil des gesamt-skoliotischen Problems war uns jeweils d e r allerwichtigste, an dem gerade gearbeitet wurde. Dementsprechend wurde auch begeistert und hingebend unermüdlich an jedem kleinsten Teil gearbeitet, denn wir fanden, daß jeder Einzelteil in der Zeit, da wir ihn ergründeten, d e r Allerwichtigste sei.

Das war auch unsere Überzeugung, besonders die meine. Die Patienten lachten schon immer, wenn ich mit eindringlichstem Nachdruck erklärte: Gerade das, was wir in diesem Moment arbeiten, sei am allerwichtigsten. Schließlich reifte jede Übung zu der Form: „Zuerst drehen und dann erst herüber rücken“ und dann noch den rechten Winkel ansetzen.“ So erreichten wir die Aufrichtung der rechtsseitigen Halsbogenstelle durch Zug nach rechts außen und Hebung „kopfwärts“ (rechter



Winkel). Auf diese Weise entstanden Übungsformen. Die über die sonst üblichen in der Gründlichkeit und Vertiefung der Auffassung weit hinausgingen. Sie waren aber auch notwendig, um den Effekt „Dennoch“ zu erzwingen und dem Unmöglichen ein „Trotzdem“ abzurufen. Auf diesem Wege machten wir manchmal erschütternde und für die Behandlung entscheidende Entdeckungen – z.B., wenn uns die Ausbildung eines schöneren, d.h. gleichmäßigeren Halses voll gelungen war, hatte sich – also nach entsprechend langer Arbeitszeit - stets zugleich der oberste Teil des Rippenbuckels abgeflacht. Wir wußten nicht und dachten auch nicht daran, daß bisher noch niemand auf diesen Gedanken gekommen war; aber noch heute stellen wir gerade diesen Teil der Behandlung in den Vordergrund (neben den anderen „äußerst wichtigen“ Teilen.)

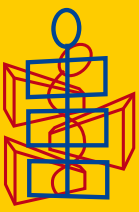
Die Sicherheit des orthopädischen Zugriffes hat sich herausgebildet. Wir bildeten den Scaleni-Muskel, den vorderen, den hinteren, einseitig aus, wo es fehlt und bringen sie alle wieder zum Tragen der vorderen oberen eingesunkenen Rippen in Schlüsselbeinhöhe. Diese Gegend wird wieder gehoben. Statt der bestehenden Senkung entsteht ein schöner, wohlgeformter Brustansatz und ein edelgewölbter Brustkorb. Wir sahen das damals und kamen zu der Formulierung: „Es sind Rippenringe. Wenn sie vorn tief stehen, sind sie hinten hoch. Wenn sie vorn anheben, müssen sie sich hinten senken.“ Mittels der einseitigen Arbeit löste sich auch gleichzeitig das Verdrehungsproblem an diesen Stellen. Die Ordnung, die wir bewußt schaffen konnten, setzte uns in die Lage, die *g e o r d n e t e n* festen Punkte zu besitzen, um den Rippenhebel in Dreh-Atem-Form nunmehr kraftvoll und wirksam ansetzen zu können.

An der Vorderseite gleichen sich die Löcher unterhalb und oberhalb des Schlüsselbeins aus. Die vorher flach gewesenen Brustkorbstellen wölben sich. Die vorher überhöht gewesenen Brustkorbstellen senken sich relativ. Da die Funktion optimal ist, entsteht auch eine optimale Form.

Was wir als schön empfinden, stellt zugleich die Voraussetzung für Gesundheit dar. Die Lungen sind nirgends mehr eingeengt, erhalten mehr Platz für ihre Entwicklung und damit zur fülligeren, kraftvolleren Atmung. Kleine Ursachen – große Wirkung. Dieses kleine Stückchen Hals, welches wir in zielgerichteter Bearbeitung in seiner Entwicklung nachreifen ließen, war die Ursache zur Berichtigung auch des Schiefstandes der oberen Brust. Diesen beseitigten wir außerdem mittels des entstandenen Dreh-Winkel-Atems; d.h. die tiefer gelegene Brustkorbstelle wurde vorwärts aufwärts (und nach innen) geführt – bei gleichzeitiger entschräuber Zwerchfellsenkung.

So kam eins zum anderen und musste auch kommen. Eine Sache genügte nicht. Vieles gleichzeitig war am ergiebigsten für die Formung. Wenn diese behutsame, ausprobierende Erforschung notwendig ist, muß sie eben geleistet werden. Dafür stand nun auch der Brustkorb gerade und besser über dem Becken. Vor allem aber wußten wir, wie wir das auf dem praktischsten und kürzesten Wege erreichen konnten. Die Sicherheit hatte sich eingestellt.

Die Beobachtung ergab sich bald, daß bei einer Buckelbildung rechts-hinten außerdem noch in der Gegend der rechten Achselhöhle die Rippen besonders tief eingesenkt waren, besonders an der Stelle, die dem Höhepunkt des Rippenbuckels gegenüber lag. (Keilspitze ?!). Wir lernten, praktisch auch den Rippenbuckel von dieser Stelle aus vorwärts zu ziehen, zu heben und abzuflachen. Da zum Rippenhebel stets ein fester Ansatzpunkt gehört, mußte die oberhalb gelegene rechte Schulterkuppe zugleich mitgesehen und auch korrigierend mit bearbeitet werden, damit wir einen geordneten festen Ansatzpunkt für die „Achselhöhlen-Brustrippen“-Heraushebung gewinnen konnten. Diese Stelle mußte unbedingt herausgehoben werden.



Zuerst machten wir uns durch Hinfassen klar, wo es am meisten eingesunken war. Die andere Seite diente - ebenfalls durch Hinfassen - zum Vergleich. Wir atmeten an diesen Stellen nacheinander - auf der „schwachen“ Seite und auf der nicht so eingesunkenen Seite. Wir fühlten dabei „es“ atmen, fühlten auch den Unterschied in der Funktion und lernten auszugleichen.

Schließlich gaben wir uns voll bewußt geistige Befehle: „Es soll bei den eingesunkenen rechten Achselhöhlenbrustrippen mehr atmen. Die dort befindlichen Zwischenrippenmuskeln müssen erstarken.“ Kraft kommt von kräftiger Inanspruchnahme. Also mußten die die Achselhöhlenbrustrippen bewegendenden Muskeln den Widerstand der darauf liegenden Finger überwinden lernen und sich so die Fähigkeit erwerben, sich höher herauszuheben und nach oben zu heben als die besser platzierten Rippen der entgegengesetzten Seite.

Eine feste Regel ließ sich nicht aufstellen, denn sehr oft bestand auf der linken Seite oben noch ein dritter Rippenbuckel, der seine „Keilspitze“ in der linksseitigen Achselhöhlenbrustrippen-Stelle hatte. Dann wurden eben frisch und bedenkenlos beide eingesunkenen Achselhöhlenbrustrippen herausgearbeitet und außerdem gleichzeitig jede flache Brustkorbstelle in der Arbeitsart „im rechten Winkel“ zurechtgedreht.

Wieder wurden wir durch eine beglückende Entdeckung beschenkt, daß es im gleichen Arbeitsgang im Rippenbuckel antwortete. Dort geschah etwas, dort zog es sich von selbst zusammen. Dort konnten wir nunmehr bewußt zufassen und an der Stelle, die der Körper von selbst meldete, im Zuge der Ausatmung raffende und nachdrückende Abflachungen anbringen. Es waren verstärkte Drehungen, die sich von den federnden Rippen aus auf die Seitfortsätze der verschraubten Wirbel übertrugen. Wir lernten, die verdrehte Wirbelsäule wieder mehr in Ordnung zu drehen. Die Hauptsache war: genau beobachten, genau fühlen, genau erkennen und sofort weiterführend zu erfassen. Keine Lücke war erlaubt. Steigerungen wurden gefunden. Behandlungsbedürftig waren zahlreiche Stellen. Die Notwendigkeit und Nützlichkeit der einseitigen Betonung unserer Einwirkung wurde uns völlig klar.