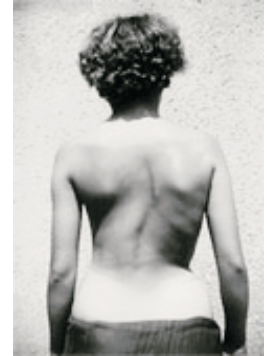


Das Therapiekonzept

Die Erklärungen in dieser Niederschrift gelten für thorakale Rechtsskoliosen. (Patienten mit thorkaler Linksskoliose benutzen bitte einen Handspiegel, um die Bilder zu betrachten und ersetzen das Wort "rechts" durch "links".) Das Konzept umfasst die **Schrothschen** Korrekturprinzipien, die in jede Übung, die immer mit einer gezielten bzw. gelenkten Atmung einhergehen, eingebaut werden.

Die **aktive Elongation** (Aufrichtung) kann mit und ohne Geräte erfolgen, immer mit einem "Hinterkopfschub" unter winzigsten seitlichen "Rekelbewegungen" nach oben (kranialwärts).

Die **Haltungskorrektur** berichtigt sowohl die Seitenkonturen wie auch die Konturen der Vorder- und Rückseite des Patienten. Das soll bis zur so genannten "**Überkorrektur**" gelangen. Die Abbildung rechts zeigt eine deutliche rechtskonvexe dreibogige Skoliose der BWS mit einer Gegenkrümmung lumbal.



Das Übungsfoto links demonstriert, dass es möglich ist, die eingesunkene (konkave) Seite nach außen zu wölben, und die konvexe Seite konkav erscheinen zu lassen (natürlich nicht in jedem Falle). Die Wirbelsäule selbst folgt diesen Konturen nur langsam. So ist auch eine Winkelgradverbesserung möglich.

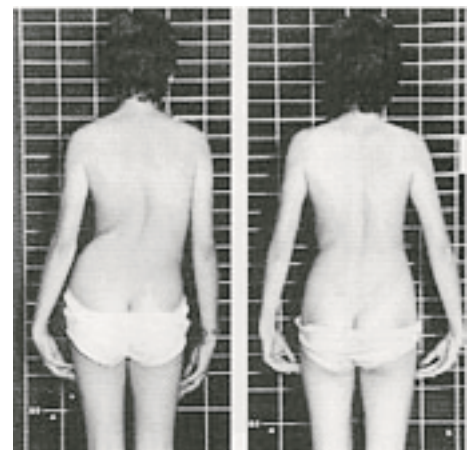
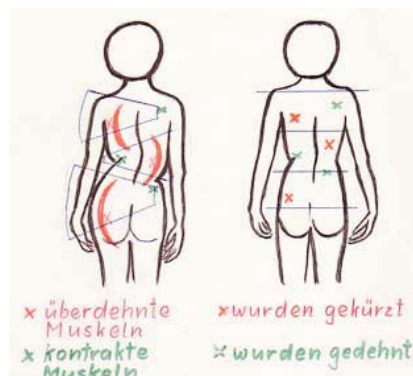


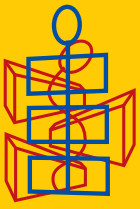
Die "**Dreh-Winkel-Atmung**", die in den bekannten drei Richtungen entlang Schenkel eines gedachten rechten Winkels erfolgt, weitet die Konkavitäten und nutzt die Rippen als lange Hebelarme zum Entdrehen des Rippenkorbes.



Die **Festigung des Übungsergebnisses** wird bereits durch die wiederkehrende Übungsausführung eingeleitet.

Sie kann aber noch gesteigert werden durch eine kräftige (Muskelmantel-)Spannung, die natürlich erst **nach** der "Ordnung" aller Rumpfabschnitte geschehen soll.





Christa Lehnert-Schroth

Dreidimensionale Skoliosebehandlung nach Katharina Schroth.

Das Therapiekonzept

Ein **Problem** bei der Behandlung sind die verschiedenen Wirbelsäulen-Formen (nicht die Gradzahl!). Ein wesentlicher Unterschied liegt im untersten WS-Abschnitt. Dabei weist die unterschiedliche Beckenverlagerung darauf hin, ob es sich um eine dreibogige oder eine vierbogige Skoliose handelt (siehe Link "Was ist Skoliose").

Das **Weglassen von Falschbewegungen** ist ganz wichtig, auch wenn sie noch so zweckmäßig erscheinen. Bitte beachten Sie dazu auch den bebilderten Artikel von C. Lehnert-Schroth "Unsere Erfahrungen mit einem Verkürzungsausgleich in der Skoliosebehandlung" Z. Orthopädische Praxis Heft 4 April 1991, 27... Jg. Seiten 255-262:

Darin wird verdeutlicht, dass nicht in jedem Falle ein Verkürzungsausgleich bei vermeintlicher Beinlängendifferenz und unterschiedlicher Hüfthöhe gegeben werden muss. Oft kann dieser Zustand durch die aktiven Schrothschen Beckenkorrekturen ausgeglichen werden.

Es wird aber auch deutlich, dass die dreidimensionale Schroth-Behandlung anhand meiner Homepage nicht ad hoc erlernt werden kann. Aber nach einem Einführungskursus (siehe Link "Kurse") und dem Lesen des Lehrbuches wird alles klar und einfach.



<< falsch
richtig >>



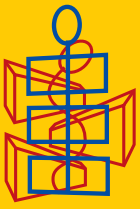
Die Abbildungen unten verdeutlichen die **Schrothschen Gedankengänge**. An den Ergebnissen erkennt man die Richtigkeit der Anwendung.



zu Beginn der Behandlung

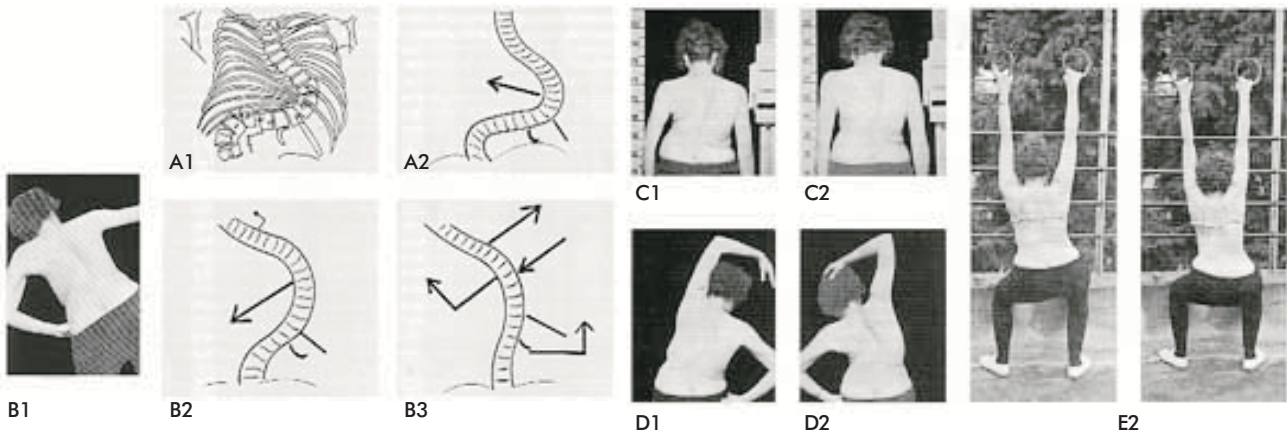


Erfolg nach 6 Wochen



Das Therapiekonzept

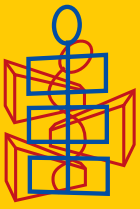
Die Abbildung unten zeigt eine Seite aus dem Lehrbuch und erklärt den **klinischen und den röntgenologischen Unterschied** im Bild.



Legende zur Abbildung

Das klinische und das röntgenologische Bild

- A1) Nachzeichnung des Röntgenbildes einer 37-jährigen Patientin
- A2) Linienführung der Wirbelsäule sowie der 11. und 12. Rippe, rechts = extreme Ausatemstellung. Die 12. Rippe ist deformiert, sie reibt am Beckenkamm (vgl. hierzu d1). Der Pfeil zeigt die Richtung der konkavseitigen Rippen an, die in maximaler Einatemstellung stehen.
- B1) Übung nach Schroth: Der Oberkörper wird über die aktive Elongation (Streckung) nach links geneigt, so daß die rechtsseitige lumbale Konkavität entlastet und gedehnt wird. Die "unechten" Rippen können nun nach lateral und kranial gehoben werden. Die inaktive Lumbalmuskulatur wird zum Halten und damit zur Kräftigung gezwungen. Der Lumbalbogen wirkt gestreckter. Die linke Konkavseite wird ebenfalls entlastet, so daß diese Rippen nach lateral (seitwärts) und kranial (kopfwärts) geweitet und nach dorsal (hinten) gedrängt werden können. Auch der Hals zeigt infolge der Verdrehung eine gewisse Buckelbildung sowie eine konkave Stelle auf, obwohl dort keine Rippen vorhanden sind. Diese geringe Bogenschwingung kann sehr einfach durch den sogenannten "Hinterkopfschub" rückgängig gemacht werden, wobei der Kopf in Verlängerung des thorakalen Wirbelsäulenbogens getragen und das Kinn zur Rippenbuckelseite gedreht wird.
- B2) Die Richtung der konkavseitigen Rippen ist innerhalb der Übung infolge der Wirbelsäulenstreckung nach kaudal (unten) gerichtet, weshalb die Rippen im obigen Sinne gehoben werden dürfen und müssen, obwohl sie auf dem Röntgenbild waagrecht stehen. Infolge der Lendenwirbelsäulen-Aufrichtung wirkt nun der obere Teil des thorakalen Bogens sowie der Halswirbelsäulen-Bogen größer. Deshalb muß in dieser Region eine Gegenbewegung nach rechts erfolgen mit "Hinterkopfschub" und Drehneigung des Kopfes und Halses.
- B3) Vorstellungsbild der gewünschten Übungsrichtung = Geradestellung der LWS, maximale anatomisch noch mögliche Streckung der Wirbelsäule sowie der konkaven Rippenkorbabschnitte "im rechten Winkel". Dadurch Aufhebung des Reibungsschmerzes unterhalb des Rippenbuckels. Oberhalb des Rippenbuckels wird noch der sogenannte "Schultergegenzug" erforderlich, der durch einen Zug mit dem rechten Arm horizontal aus der Konkavität des oberen WS-Bogens nach außen unter gleichzeitigem Entdrehen und Zusammenspannen des hinteren sowie des seitlichen Rippenbuckelüberhanges erfolgt.
- C1) Foto zu Beginn der Behandlung.
- C2) Ergebnis nach der sechswöchigen Behandlung, während obige Gesichtspunkte angewandt wurden.
- D1) Bei einer Beugung des Oberkörpers zur Konvexseite vergrößert sich der Lumbalbogen. Das Erscheinungsbild wird zerrissen. Der LWS-Bogen wird nach lateral gedrängt. Damit verstärkt sich auch die Verdrehung, was sich ebenfalls auf die höher gelegenen Krümmungen auswirkt.
- D2) Bei einer Beugung des Oberkörpers zur Konkavseite vergrößert sich der Thorakal-Bogen. Die Beckenstellung steht jetzt korrigierter. Von da aus erfolgt die aktive Korrektur nach den Schroth'schen Grundsätzen, die die Weitung "im rechten Winkel" und die Beatmung der weiter kranial (oben) liegenden Konkavitäten erzwingen, wodurch die Nachteile in Vorteile verwandelt werden. Bei Skoliosen dürfen aber niemals Rumpfsseitbeugen gemacht werden. Nur die Neigung zur thorakalen Konkavseite, bei der weder rechts noch links Verengungen entstehen, können die Formverschiebungen des Rumpfes günstig beeinflussen.



Das Therapiekonzept

Legende zur Abbildung

Das klinische und das röntgenologische Bild

- E) Übung "Hüftschleife", in welcher alle fünf Beckenkorrekturen vereinigt sind. Die Übung wirkt durch die Streckung beider Seiten entlastend auf alle Konkavitäten des Rumpfes.
- E1) Unvollkommene Ausführung, da die rechte Hüfte noch angehoben ist, wodurch die lumbale Konkavität nicht gedehnt werden kann.
- E2) Durch diagonalen Zug mit dem rechten Becken erfolgt Streckung der linken Konkavseite sowie der rechten konkaven Stelle unterhalb des Rippenbuckels, der die LWS geradestellt. Günstige Ausgangsstellung für die orthopädisch auszuführenden Atemübungen passiver und aktiver Natur. Nach jeder Korrekturübung erfolgt eine kräftige Muskelmantelspannung während der Ausatemungsphase.

Alles klingt kompliziert, wird aber bei der Übungsausführung einfach.