

Dr. med. Hans-Rudolf Weiß

Alzeyer Str. 23
55457 Gensingen
Tel.: 06727 894040; Fax: 06727 8940429
e-mail: info@skoliose-dr-weiss.com

Dr. med. Hans-Rudolf Weiß Alzeyer Str. 23 55457 Gensingen

Anlage zur Verordnung einer korrigierenden
Rumpforthese

Konstruktionsplan

B Diplom der Forschungsgruppe
Akupunktur
Spezialgebiet Wirbelsäulendeformitäten &



Gensingen, den 22.07.2010

Patientin M. P., geb. am 04.02.1996, XXXXXXXXXXXX , XXXXXXXXXXXX

Konstruktionsplan für eine Skolioseorthese entsprechend dem Schlüsselmuster T6 nach Rigo
(*analog King III, non 3non 4 Korsett mit asymmetrischer Beckeneinstellung mit 4-bogiger
Einstellung*)

*Gesamtstatik: Es besteht radiologisch und klinisch eine Dekompensation zur thorakalen
Konvexseite, also muss das Korsett in die Gegenrichtung zur thorakalen Konkavseite
hyperkompensieren.*

Beckenkorrektur: Bei schrägem Abgang der Lendenwirbelsäule auf dem Kreuzbein im Sinne einer
lumbalen Krümmung ohne Keilverformung des Bandscheibenraumes L4/L5 in frontaler Ebene ist
eine Beckenkippung zur thorakalen Konvexseite vorzusehen.

Lumbalkorrektur: Bei lumbalem Krümmungsscheitel bis L2 ist eine lumbale Druckzone mit
Dreieckspelotte einzufügen unter Ausschluss der 11. Rippe (Blockadeeffekt mit dem thorakalen
Gegenhalt und mögliche Verstärkung der thorakalen Krümmung).

Thorakalkorrektur: Bei mehrbogigen Krümmungen (double major oder doppelthorakalen
Skoliosemustern aber auch bei deutlicher lumbaler Gegenkrümmung) ist die Ausrichtung der
thorakalen Pelotte auf 50 bis 60° zu bringen, also mit mehr lateraler Abstützung, die ventrale
Druckpelotte im Bereich Punkt 4 (nach Chêneau) sollte in der frontalen Hauptebene bis leicht
frontolateral ausgerichtet sein bei einer Pelottenhöhe von nicht mehr als 3 cm kaudokranial.

Axillarkorrektur: Bei thorakalen Krümmungen ohne zervikothorakalen Gegenbogen dient die
Axillarpelotte der Aufspreizung der thorakalen Konkavität, um den Ansatz der thorakalen
Derotationskräfte zu verbessern. Aus diesem Grunde ist axillar kein Druck auf die oberen Rippen
erforderlich, die Pelotte muss jedoch soweit herangestellt werden, dass der thorakalkonkavseitige
Arm sich nicht abhebelt (Kantendruck im Bereich des Gefäß-, Nervenbündels des Armes mit der
Folge: Parästhesien, venöser Rückstau). Bei thorakalem Krümmungsscheitel bis Th7 muss
zusätzlich die Thorakalpelotte dorsal soweit reduziert werden, dass ohne ventrale Anlage der
Schultergürtel nach dorsal kippen kann über das Hypomochlion der Thorakalpelotte am unteren
Rippenbuckel. (Beim thorakalen Krümmungsscheitel höher als Th7 muss die Scheitelwirbelhöhe
beachtet werden, weshalb in diesen Fällen mit mangelndem Rückhalt der thorakalkonvexseitigen
Schulter eine Corakoidpelotte notwendig werden kann).

Sagittalkorrektur: Die physiologische Lordose soll wieder hergestellt werden mit einem Scheitelpunkt bei L2 (Taillenebene). Hierzu muss im Beckenbereich dorsal ausreichend Raum vorhanden sein, damit das Becken als Gegenbewegung nach dorsal ausweichen kann. Oberhalb von L2 beginnt wieder eine Auftragszone, so dass das Korsett von der Seite her gesehen die Form eines harmonischen „S“ aufweist.

Die Feinabstimmung bezüglich der thorakalen Segmenteinstellung und der Korrektur der kranialen (zervikothorakalen) Gegenkrümmung müssen nach Röntgenkontrolle erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. H.-R. Weiß

* Der unten gezeigte Konstruktionsplan ist eine Schemazeichnung und stellt nicht notwendiger Weise die richtigen Seitenverhältnisse dar. Bezüglich der Seitenrichtigkeit der Konstruktion beachten Sie bitte die topografischen Angaben im Text.

