



Abb. 8.62 Thorakal-paravertebrale Funktionsmassagen, Phase 1.



Abb. 8.63 Thorakal-paravertebrale Funktionsmassagen, Phase 2.

zugte Bewegung der BWS und lassen sich in der ASTE Seitenlage sehr dosiert und kontrolliert einbringen.

- Der Patient befindet sich in neutraler Seitenlage (Kap. 6.2.5).
- Der Therapeut steht ventral in Höhe des Bauches.
- Die kraniale Hand umfasst den Unterarm des Patienten und die Schulter von kranial.
- Die Handfläche liegt medial der Margo medialis aber noch nicht auf dem thorakalen Rückenstrecker.
- Der Unterarm des Patienten wird ohne Aktivität auf dem Unterarm des Therapeuten abgelegt. Der Arm des Patienten hängt dabei in ausgiebiger Innenrotation des Schultergelenkes herab. Dies muss ebenfalls schmerzfrei möglich sein.
- Der Daumen der kaudalen Hand stützt sich flächig von lateral gegen den Rückenstrecker.
- Phase 1 – quere manuelle Muskelverformung: Der Daumen der kaudalen Hand übt einen deutlichen Schub von lateral nach medial auf dem Rückenstrecker aus, ohne über diesen zu rutschen (► Abb. 8.62).
- Phase 2 – zusätzliche Muskelverlängerung durch axiale Rotation. Während der gehaltenen Querverformung durch den Daumen, zieht die kraniale Hand den Oberkörper des Patienten nach vorne. Dies führt zu einer axialen Rotation. Wenn der Rückenstrecker dabei unter dem Daumen wegzurutschen droht, ist die maximale Verformung erreicht und die Rotationsbewegung wird gestoppt (► Abb. 8.63, ► Video 8.8).
- Der Oberkörper des Patienten wird zurückgedreht und der Daumen setzt mit einem neuen Schub an. Die Technik wird befundabhängig lokal oder regional an verschiedenen Stellen wiederholt.

Merke

- Mit dem Daumen nicht über die Haut rutschen.
- Mit dem Daumen nicht über den Rückstrecker rutschen.
- Den oben liegenden Thorax und nicht den Schultergürtel nach vorne ziehen.



Video 8.8 Thorakal-paravertebrale Funktionsmassage.

Thorakal-paravertebrale Fingerfriktionen

Fingerfriktionen (S.116) können kreisende, quere oder den Rückenstrecker von der Wirbelsäule wegschiebende Bewegungen sein.

Im Gegensatz zum lumbalen Einsatz dieser Techniken ist es nur bei sehr kräftigem Rückenstrecker notwendig, diese Technik Einhand beschwert durchzuführen. Demnach sind beidhändige Techniken möglich, was die Variationsbreite der Fingerfriktionen hier deutlich vergrößert.

Zusätzliche Varianten der Durchführung sind:

- Beide massierenden Hände bewegen sich in die gleiche kreisende Richtung rechts oder links herum (► Abb. 8.64).
- Mit beiden Händen werden kreisende Fingerfriktionen ausgeführt, wobei die Finger sich voneinander fortbewegen (► Abb. 8.65). Die Bewegungen der Hände erinnern an Schwimmbewegungen. Die Betonung des Drucks auf die Muskulatur liegt in der nach lateral wegschiebenden Bewegungskomponente, wobei sich die Finger etwas strecken (► Abb. 8.66, ► Video 8.9).
- Mit beiden Händen werden kreisende Fingerfriktionen ausgeführt, doch die Finger bewegen sich jetzt zueinander. Mit leichter Fingerbeugung erfolgt die Betonung des Drucks auf die Muskulatur in der sich aufeinander zu bewegenden Komponente,.



Abb. 8.64 Thorakal-paravertebrale Fingerfraktionen.



Abb. 8.65 Thorakal-paravertebrale Fingerfraktionen.



Abb. 8.66 Thorakal-paravertebrale Fingerfraktionen.

Diese Varianten gelten auch für die anderen Anteile der Thorakal- und Skapularegion.



Video 8.9 Thorakal-paravertebrale Fingerfraktionen.

Ausarbeitung parallel der Margo medialis scapulae

Der Fokus liegt hier auf der die Skapula führenden Muskulatur zwischen der Dornfortsatzreihe und der Margo medialis scapulae: Mm. rhomboidei und trapezius partes ascendens und transversa. Zur Ausarbeitung werden die gleichen tiefenwirksamen Techniken wie zur thorakal-paravertebralen Massage benutzt. Dies sind zunächst Handballenfraktionen, Funktionsmassagen und falls erforderlich beidhändig unbeschwert kreisende Fingerfraktionen.

Besonderheiten der Handballen- und Fingerfraktionen

- Die massierenden Hände orientieren sich an der Margo medialis vom Angulus inferior aus von kaudal nach kranial.
- Kranial der Spina scapulae empfiehlt es sich bei der Durchführung der Handballenfraktionen die von kranial kommende Hand zu benutzen, um so wieder einen ergonomisch günstigen Winkel zur Übertragung der Kraft auf diese Region zu ermöglichen.
- In seltenen Fällen können die Fingerfraktionen auch einhändig beschwert ausgeführt werden, um genügend Intensität einzubringen.
- Zur Orientierung dient natürlich die Margo medialis selbst, deren Verlauf vor Beginn der Techniken unbedingt zuverlässig nach kranial zum Angulus superior verfolgt werden sollte. Der Angulus superior wird immer wieder mit einer lokalen Muskelverhärtung verwechselt. Erfahrungsgemäß ist er meistens druckdolent.
- Bei schlanken Personen mit wenig Muskelmasse sind die Anguli costae häufig durch die Muskulatur zu ertasten. Auch diese Strukturen werden gerne mit lokalen Muskelverhärtungen verwechselt. Zu den Differenzierungsmöglichkeiten siehe Kapitel „Differenzierung der betroffenen Struktur (S. 135)“.

Funktionsmassagen der Mm. rhomboidei und trapezius

Funktionsmassagen in diesem Abschnitt kombinieren kreisende Fingerfraktionen mit ausgiebigen Skapulabewegungen zu längs- und querverformenden Techniken dieser Muskeln.

Variante 1 – Skapulalifting

Diese Technik verbindet eine kreisende Bewegung der Skapula mit gegenläufigen kreisenden Fingerfraktionen. So kommt eine zusätzliche Verlängerung der Muskeln in Längsrichtung zur Wirkung der Fingerfraktion hinzu. Weiterhin erreicht man eine sehr milde und unspezifische Form der Schultergürtelmobilisation. Die Techniken sind vor allem in der kranialen Hälfte an der Margo medialis wichtig, da hier die größte Muskelmasse zu finden ist (Mm. rhomboidei).

- Die Hand des Patienten liegt leicht unter dem Becken auf der zu behandelnden Seite und fixiert somit den Arm, der sich bei den Schultergürtelbewegungen ja mitbewegen muss und dennoch auf der Liege bleiben soll.
- Der Therapeut steht kopfwärts.
- Er schiebt seine laterale Hand (mit der Handfläche nach oben) unter den Schultergürtel des Patienten und hebt diesen leicht an. Der Ellenbogen des Therapeuten stützt sich dabei auf dem Kopfteil der Therapieliege ab.
- Ein Knie kann zusätzlich auf der Liege als Unterlage abgelegt werden. Somit kann der Therapeut einfach die Skapula in Retraktion „hochhebeln“.
- Zur Prüfung der schmerzfreien Schultergürtelbewegung und dem Loslassen seitens des Patienten beginnt man zunächst mit ruhigen kreisenden Bewegungen der Skapula in Adduktion (zur Wirbelsäule), Depression (zum Becken), leichter Abduktion und Elevation.

Merke

Als absolute Voraussetzung für das Gelingen der nachfolgenden Techniken muss der Patient seine Muskulatur gut loslassen können. Sollte der Patient auch nach mehrfacher Aufforderung nicht in der Lage sein, die Skapula führende Muskulatur bewusst zu entspannen, muss man auf die Funktionsmassagen verzichten.

- Phase 1: Bei angehobenem Schultergürtel ertastet die mediale Hand den medialen Skapularand und führt dort zirkelnde Bewegungen durch. Der Druck geht teilweise nach ventral, teilweise nach lateral gegen die Margo medialis (► Abb. 8.67).
- Phase 2: Der Schultergürtel wird kreisend in Gang gesetzt, wie oben beschrieben. Beide Kreisungen sollten gegenläufig sein. Wenn die Skapula in Adduktion auf die friktionierenden Finger trifft, sollte sie über die Finger gleiten. Hierdurch entsteht der verlängernde Effekt.

Beide Kreisungen haben die Aufgabe, die Margo medialis in einer harmonischen Bewegung über die Finger zu schieben, während diese einen lateral betonten Schub ausführen (► Abb. 8.68, ► Video 8.10).



Abb. 8.67 Variante 1: Skapulalifting, Phase 1.

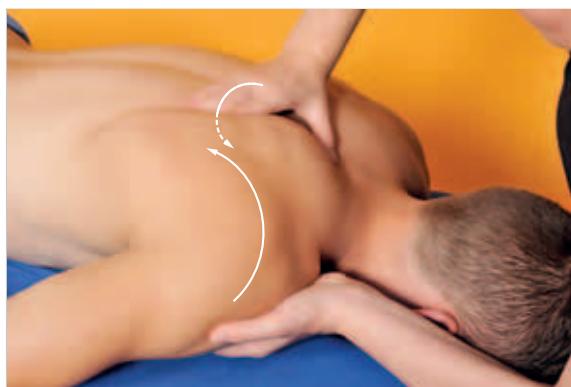


Abb. 8.68 Variante 1: Skapulalifting, Phase 2.



Video 8.10 Funktionsmassage der Mm. rhomboidei (Skapulalifting).

Variante 2 – Dehnungen durch Skapulabewegungen

Diese Ausführung baut auf der Phase 2 des Skapulaliftings auf und versucht, die Muskeln durch gemeinsames Bewegen der Hände in Längsrichtung zu verlängern. Das Setting entspricht dem der Variante 1.



Abb. 8.69 Variante 2, Dehnungen durch Skapulabewegungen, Phase 1.



Abb. 8.70 Variante 2, Dehnungen durch Skapulabewegungen, Phase 2 mit Betonung des M. trapezius pars transversa.



Video 8.11 Dehnung der dorsalen Schultergürtelmuskeln durch Skapulabewegungen.

- Phase 1: Die Skapula wird angehoben (retrahiert) und deutlich adduziert. Die Finger der medialen Hand schieben sich unter die Margo medialis und halten während der ganzen Ausführung einen lateralen Schub aufrecht. Mit beiden Händen wird ein deutlicher Schub gegeneinander aufgebaut. Somit ist die Länge der Fasern der Rhomboidei und des Trapezius bereits aufgenommen und die Muskeln sind gespannt. Jede zusätzliche Verlängerung hat einen dehnenden Charakter (► Abb. 8.69).
- Phase 2: Dieses „Paket“ aus Skapula und schiebender medialer Hand wird jetzt prinzipiell nach lateral verschoben, wobei noch der Verlauf bestimmter Muskeln berücksichtigt werden kann (► Abb. 8.70, ► Video 8.11):
 - Schieben nach lateral betont eine Dehnung des M. trapezius pars transversa.
 - Schieben nach lateral und kaudal betont eine Dehnung der Mm. rhomboidei sowie auch leicht der Mm. levator scapulae und trapezius pars descendens.
 - Schieben nach lateral und kranial betont eine Dehnung des M. trapezius pars ascendens.
- Die Endpositionen werden jeweils wenige Sekunden gehalten und bei nachfolgenden Wiederholungen jedes Mal erweitert.

Ausarbeitung parallel der Margo lateralis scapulae

Im Mittelpunkt stehen in diesem Abschnitt die adduktorsch wirksamen Muskeln des Schultergelenkes: Mm. latissimus dorsi sowie teres major und minor. Zur Ausarbeitung werden die gleichen tiefenwirksamen Techniken wie zur thorakal-paravertebralen Massage eingesetzt. Dies sind zunächst Handballenfraktionen, Funktionsmassagen und falls erforderlich beidhändig unbeschwerte kreisende Fingerfraktionen. Zu dieser Auswahl kommt eine beidhändige Wechselknetung hinzu.

Knetungen an der Margo lateralis scapulae

Bei einigen Pathologien des Schultergelenkes oder sportartspezifischen Beanspruchungen ist es erforderlich, die Mm. latissimus dorsi sowie teres major und minor speziell auszuarbeiten. Das kann etwa bei folgenden Personengruppen erforderlich sein:

- Sportler, die hier muskuläre Überlastungen aufweisen oder eine größere Armexkursion benötigen
- Rollstuhlfahrer mit beanspruchter Muskulatur
- Patienten mit Schulterpathologien, z. B. abklingende Frozen Shoulder
- starken restriktiven Atembeschwerden.

Die eingesetzte Technik ist erneut eine beidhändige Wechselknetung (S. 114). Der M. latissimus dorsi ist lediglich im Bereich der Margo lateralis gut zu erfassen, der weitere Muskelbauch liegt sehr flach auf dem Thorax auf. Um genügend Raum zum Ausarbeiten an der Margo lateralis zu er-

halten und die Muskeln etwas zu verlängern, sollten Sie den Arm des Patienten in deutlicher Abduktion lagern. Dazu kann der Arm mit einem Handtuch oder einem flachen Kissen an der Liegenkante unterlagert werden, um einen unangenehmen Druck gegen das Nerven- und Gefäßbündel am medialen Humerus zu verhindern (► Abb. 8.71).

- Bei sehr guter technischer Durchführung der Knetung wird dieser Muskelbauch, der dem Thorax kaudal der Skapula aufliegt, durch das flächige Auflegen der ganzen Hand mit deutlichem Druck nach ventral erfasst und verformt (► Abb. 8.72).
- Sie müssen in jedem Fall sicherstellen, dass Muskulatur erfasst wird. Zu Übungszwecken kann der Auftrag zur Extension oder Adduktion des Armes gegeben werden, um durch Anspannung das Erfassen des Muskels zu überprüfen.

Funktionsmassagen der Mm. latissimus dorsi sowie teres major und minor

Zur Unterstützung einer Behandlung bei Restriktionen und zur Verbesserung der Armelevationsfähigkeit lassen sich einige Weichteilmobilisationen zielführend einsetzen.



Abb. 8.71 Beidhändige Wechselknetung an der Margo lateralis.

M. latissimus dorsi

- Der Patient befindet sich in neutraler Seitenlage.
- Kopfwärts stehend erfasst der Therapeut mit einer Hand den Unterarm des Patienten von unten und hakt sich proximal der Epikondylen des Humerus an. Somit wird die Armelevationsposition eingestellt. Die zweite Hand stützt sich gegen den Thorax (kaudomedial der Skapula) oder die Margo lateralis scapulae.
- Phase 1: Die Technik beginnt mit einer mäßigen Annäherung des Latissimus und endet in der verlängerten Position. Die freie Hand stützt sich kaudal der Skapula flächig auf dem Muskel ab und presst ihn gegen den Thorax (► Abb. 8.73).
- Phase 2: Der Arm wird in eine ausgiebige Armelevation geführt, bis die Spannung des Latissimus unter der Hand am Muskelbauch zu spüren ist (► Abb. 8.74).

Wie bei allen Funktionsmassagen werden durch das Gegenhalten an einem bestimmten Muskelabschnitt besonders diejenigen Muskelanteile verlängert, die zwischen dem Gelenk und dem manuellen Gegenhalt liegen. Die Technik wird langsam rhythmisch durchgeführt und mehrfach wiederholt.



Abb. 8.72 Beidhändige Wechselknetung des M. latissimus dorsi in Höhe des Thorax.



Abb. 8.73 Funktionsmassagen des M. latissimus dorsi, Phase 1.



Abb. 8.74 Funktionsmassagen des M. latissimus dorsi, Phase 2.

Mm. teres major und minor

Um die Teresmuskeln in die Funktionsmassagen einzubeziehen wird die gegenhaltende Hand etwas näher an das Schultergelenk herangebracht und von lateral gegen den Skapularand gestützt. Die Start- und die Endposition sind die gleichen wie zuvor beschrieben. Da die Muskelfasern der Teresmuskeln kürzer sind als die des Latissimus, benötigt man jetzt weniger Bewegungsausmaß, um den verlängernenden Effekt zu erzielen (► Abb. 8.75, ► Abb. 8.76).

- Die notwendige Beweglichkeit muss natürlich schmerzfrei von der Elevationskette des Armes ermöglicht werden. Daher ist eine vorherige Funktionsprüfung sehr wichtig. Wird der Arm genau in der Frontalebene des Patienten geführt, ist die Bewegung bei den meisten Probanden erfahrungsgemäß recht schnell beendet. Das Ausmaß ist größer, wenn der Arm während der Elevation leicht ventral geführt wird.
- Die ASTE Seitenlage bietet sich für diese Technik an, da die Muskeln gut erreichbar sind und der Thorax ein gutes Widerlager für das Gegenhalten verschiedener Muskelanteile bietet. Dieses Widerlager lässt sich bei dem vertikalen Druck der Hand sehr gut nutzen. Auch in Bauchlage sind die Muskeln erreichbar. Dort lässt sich die notwendige Armexkursion allerdings nicht gut ausführen.



Abb. 8.75 Funktionsmassagen der Teresmuskeln, Phase 1.



Abb. 8.76 Funktionsmassagen der Teresmuskeln, Phase 2.

- Es ist wichtig, dass die gegenhaltende Hand bei zunehmender Verlängerung des Muskels nicht die Haut im Bereich der Axilla dehnt. Dadurch können ggf. unangenehme Hautirritationen entstehen.
- Sowohl der Latissimus als auch die Teresmuskeln lassen sich durch eine Armelevation über Abduktion bzw. Flexion verlängern. Während der Behandlung müssen Sie selbst herausfinden, welche der beiden Bewegungen die freier beweglichere und/oder schmerzärmere ist.
- Wenn der Latissimus schon recht dehnfähig ist, reicht eine ausgiebige Armelevation alleine nicht aus, um ihn endgradig zu verlängern. Will man eine noch größere Armexkursion erzielen, dehnt man den Muskel von kaudal vor. Dies kann zum einen durch eine deutliche Unterlagerung des Thorax geschehen, zum anderen können die Beine in Hüft- und Kniegelenken aber auch um 90° gebeugt werden. Anschließend lässt man die Unterschenkel über den Liegenrand hängen (s. Funktionsmassage der LWS in Seitenlage (S. 157)). Beides hat eine kontralaterale Seitneigung der BWS bzw. LWS zur Folge.

Friktionen an der Margo lateralis scapulae

Zur Ausarbeitung werden die gleichen tiefenwirksamen Techniken wie zur thorakal-paravertebralen Massage und bei der Ausarbeitung parallel zur Margo medialis eingesetzt. Dies sind zunächst Handballenfriktionen (► Abb. 8.77) und falls erforderlich beidhändig unbeschwerte kreisende Fingerfriktionen (► Abb. 8.78).

Folgende Besonderheiten gilt es bei der Durchführung der Handballen- und Fingerfriktionen zu berücksichtigen:

- Position des Therapeuten: Befindet sich der Therapeut, wie üblich auf der kontralateralen Seite, muss er sich weit über den Patienten neigen um die Margo lateralis mit der kaudalen Hand zu friktionieren. Bei Patienten mit einem schmalen Oberkörper, bei einer schmalen Therapieliege und bei hoch gewachsenen Therapeuten ist das problemlos und mit genügender Intensität umsetzbar. In den anderen Fällen wird die Erreichbarkeit der Region mühevoller. Alternativ wird dem Therapeuten empfohlen, eine Position am Kopfende der Liege zu wählen. Somit kann dann die andere Hand sehr gut den Skapularand erreichen und sich einfach dagegen abstützen.
- Behandlungsgebiet: Es macht durchaus Sinn, die Friktionen ein Stück weit auf den Oberarm auszudehnen und den Deltamuskel in die Ausarbeitungen mit einzubeziehen.
- Bei Patientinnen sollte die massierende Hand genügend Abstand zum empfindlichen Brustgewebe halten.



Abb. 8.77 Handballenfriktionen an der Margo lateralis scapulae.



Abb. 8.78 Fingerfriktionen an der Margo lateralis scapulae.



Abb. 8.79 Handballenfingerfriktionen auf der Skapula.



Abb. 8.80 Fingerfriktionen auf der Skapula.

Ausarbeitung auf der Fossa infraspinata

Die Reihenfolge der Techniken des M. infraspinatus ist: Handballenfriktionen (► Abb. 8.79), Funktionsmassagen und ggf. Fingerfriktionen (► Abb. 8.80). Knetungen sind bei diesem flachen Muskel nicht möglich. Während der Friktionen können auch rückwärtige Partien des Deltamuskels sowie der seitliche Rand der Skapula einbezogen werden. Prinzipiell lässt sich die rückwärtige Skapulafläche besser als die Margo lateralis erreichen, sodass ein weites Hinüberreichen des Therapeuten seltener notwendig ist. Dennoch wird empfohlen, die Therapeutenposition alternativ mal kopfwärts oder auf der zu behandelnden Seite auszuprobieren, um die ergonomisch besten Effekte in der Region zu erzielen.

Funktionsmassagen des M. infraspinatus

Nach einer klassischen Vorbereitung mit Handballfriktionen kann diese Funktionsmassage zur forcierten Tonusenkung, zur mechanorezeptiven Afferenz für die Segmente C5–C6 und zur Bewegungserweiterung in horizontaler Adduktion des Schultergelenkes eingesetzt werden.

- Der Patient befindet sich in neutraler Seitenlage oder der Oberkörper ist leicht zurückrotiert.
- Die Position des Therapeuten kann dabei kranial oder kaudal des abduzierten Armes sein.
- Der Oberarm des Patienten wird in etwa 90° Abduktion gehalten und zur Überprüfung der schmerzfreien horizontalen Adduktion abgesenkt. Dabei kann der Unterarm im Sinne einer Innenrotation nahezu vertikal herabhängen, was den Muskel ebenfalls verlängert. Die zweite Hand kontrolliert dabei die Position der Skapula. Bewegt diese sich am Ende der möglichen horizontalen Adduktion mit, kann das Absenken des Armes gestoppt werden, um eine unnötige Protraktion zu vermeiden.
- Phase 1: Zur mäßigen Annäherung des Muskels wird der Arm bis zur Frontalebene angehoben. Die zweite Hand stützt sich mit dem Handballen gegen verschiedene Anteile des M. infraspinatus (► Abb. 8.81).
- Phase 2: Anschließend wird der Arm bis zum Moment der maximalen Verlängerung abgesenkt. Dieser Moment ist erreicht, wenn der Muskel unter der stützenden Hand wegzurutschen droht (► Abb. 8.82, ► Video 8.12).

Merke

Die Schwierigkeit am Muskelbauch ist nicht nur die Betonung des Muskels mit manuellem Druck, sondern gleichzeitig auch das Verhindern der Skapulamitbewegung. Daher muss der fixierende Druck gegen Skapula und Thorax sehr deutlich und dennoch schmerzfrei sein.



Abb. 8.81 Funktionsmassagen des M. infraspinatus, Phase 1.

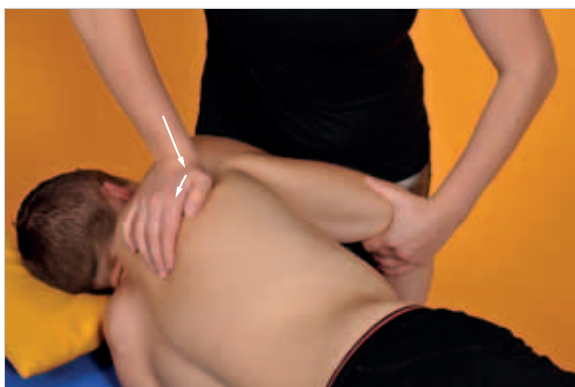


Abb. 8.82 Funktionsmassagen des M. infraspinatus, Phase 2.



Video 8.12 Funktionsmassage des M. infraspinatus.

Funktionsmassagen des M. subscapularis - „Skapulapressing“

Zu den bereits beschriebenen Funktionsmassagen, die mit Skapulabewegungen einhergehen, gehört auch das Skapulapressing. Schmerzhaftes Tonuserhöhungen dieses funktionell enorm wichtigen Muskels sind bei muskuloskelettalen Erkrankungen eher weniger bekannt. Lediglich eine Quelle berichtet von druckempfindlichen Triggerpunkten bei Patienten mit chronischem Schulter-Impingement (Hidalgo-Lozano 2010). Im Rahmen eines Schultergelenkersatzes (Cleeman 2003) und bei geburtsbedingter Plexusparese (Immerman 2013) werden operative Verlängerungen eingesetzt. Bei weiteren schweren neurologischen Erkrankungen wird dieser Muskel mit Phenol- oder Botulinum-Injektionen behandelt (Uchikawa 2009 bzw. Unlu 2010).

Offensichtlich haben skapulothorakale Mobilisationen, die mit endgradigen Skapulabewegungen verbunden sind, einen positiven Effekt auf Beweglichkeit und Schmerzwahrnehmung bei Patienten mit Frozen Shoulder (Yang 2012, Surenkok 2009). Hinzu kommt noch die mechanorezeptive Afferenz auf die Segmente C5 und C6, die durch Verformungen des M. subscapularis zu erwarten ist.

- Der Patient liegt in neutraler Bauchlage. Zur Fixierung des Armes auf der Liege steckt auch hier der Patient seine Hand unter das Becken.
- Der Therapeut steht kopfwärts am Liegenden. Eine Hand greift unter das Schultergelenk, die Zweite stützt mit der Handfläche die Rückseite der Skapula (► Abb. 8.83, ► Video 8.13).
- Beide Hände bewegen die Skapula in die gleiche Richtung.
- Zunächst wird wie bei den vorangegangenen Funktionsmassagen das freie und schmerzfreie Bewegungsausmaß der Skapula über eine ruhige und ausgiebige Bewegung getestet. Die Richtung der Kreisbewegung ist dabei nicht wichtig.

Es hat sich ergonomisch als vorteilhaft erwiesen, während der Kreisbewegung mit Protraktion einen kräftigen Druck über die stützende Hand auszuüben. Bei den Anteilen mit Retraktion wird der Druck eher weggenommen.

Die subskapular liegenden Mm. subscapularis und serratus anterior werden an die Rippen gepresst und in einer gewissen Weise fraktioniert.

Bei einer Variante der Durchführung steht der Therapeut auf der zu behandelnden Seite. Diese Position erfordert meist einen Seitenwechsel, bietet aber den Vorteil des sehr ergonomischen Stützens auf die Skapula. Die Gewichte von Schultergürtel und Teilen des Armes sind einfacher zu tragen und zu bewegen.



Abb. 8.83 Funktionsmassagen des M. subscapularis.



Video 8.13 Funktionsmassage des M. subscapularis (Skapulapressing).

Merke

Die Beschwerden von Patienten mit schmerzhaften Funktionsstörungen der Rippen-Wirbel-Gelenke 2–8 oder schmerzhaften Pathologien der entsprechenden thorakalen Segmente werden durch diese Technik verstärkt.

M. trapezius pars descendens

Hiermit wird der eigentliche thorakale und skapulare Bereich des Rückens verlassen. Dieser Abschnitt überlappt sich mit dem Einstieg in die Bearbeitung der Zervikalregion. Der einzige Muskel, der diesen Abschnitt repräsentiert, ist der M. trapezius mit seinem absteigenden Anteil. Seine Lage „oben auf der Schulter“ ist ein häufiges Schmerzwahrnehmungsgebiet bei unterschiedlichen Pathologien. Im Rahmen eines sogenannten „unteren Cervicalsyndroms“ kann es im absteigenden Trapeziusmuskel zu folgenden Wahrnehmungen kommen:

- Referred Pain bei Arthropathien der Wirbelgelenke von C4-C5 bis C6-C7 (Dwyer 1990)
- Referred Pain bei chronisch internen Bandscheibenpathologien (Schellhas 1996) der Segmente C3-C4 bis C6-C7 via zentraler Sensibilisierung der spinalen Kerngebiete des N. accessorius (5. zervikales Segment und tiefer (Walker1990)
- ein projizierter Schmerz bei Radikulopathie in den Dynatomen C4-C8 (Slipman1998)
- Arthropathien des 1. Rippen-Wirbel Gelenkes.

Im Rahmen dieser Pathologien reagiert der Pars descendens häufig empfindlich auf Druck und Verformung. Direkte muskuläre Ursachen für Schmerzen des Muskels werden allerdings auch gesehen, beispielsweise bei schmerzhaft eingeschränkten Schultergelenksarthropathien mit übertrieben kompensierender Schulterelelevation oder ungewohnt langem Unterarmgehstützeneinsatz usw. Obwohl der Trapeziusmuskel im Rahmen einer Pathologie eher als „Opfer“ denn als „Täter“ erscheint, lohnen sich dennoch seine Verformungen durch Massage, da zumindest der schmerzlindernde Effekt mechanorezeptiver Afferenzen wenigstens vorübergehend als Reduzierung der Schmerzwahrnehmung empfunden wird.

Die frei zugängliche Lage des Muskels lässt nahezu alle Technikvarianten tiefenwirksamer klassischer Griffe sowie Funktionsmassagen zu. Von großflächig nach kleinflächig wird folgende Reihenfolge empfohlen: Knetungen, Funktionsmassagen, Handballenfraktionen, Fingerfraktionen.

Knetungen des M. trapezius pars descendens

Dies ist erfahrungsgemäß die häufigste und zugleich technisch anspruchsvollste Bearbeitung dieses Muskels. Das große Potenzial der queren Muskelverformung geht bei schlechter Ausführung in Reibungen über Muskel und Haut verloren.

In der neutralen Bauchlage mit angelegten Armen fallen die Schulterblätter etwas in Protraktion. Diese Form der Vordehnung erschwert das eindeutige Erfassen des Muskels mit einer beidhändigen Technik. Daher wird vorab empfohlen, den Arm des Patienten in einer abduzierten Position, mit herabhängendem Unterarm zu lagern. Dies muss vom Schultergelenk her schmerzfrei möglich sein. Sollte diese Lagerung das Nerv- und Gefäßbündel des Oberarmes dauerhaft komprimieren und der Patient dies mit einem Kribbeln in der Hand wahrnehmen, muss der Oberarm an der Liegenkante abgepolstert werden.

Beide Hände umfassen den schlanken Muskelbauch und verformen ihn s-förmig nach ventral und dorsal. Die Ausführung kann langsam rhythmisch oder auch statisch dehnend sein (► Abb. 8.84, ► Video 8.14).

Wenn beide Hände „oben auf der Schulter“ ausreichend Platz finden, also bei kleinen Therapeutenhänden und breiter Patientenschulter, bieten sich ein Weg von lateral horizontal nach medial direkt zum zervikothorakalen Übergang für die Knetungen an.

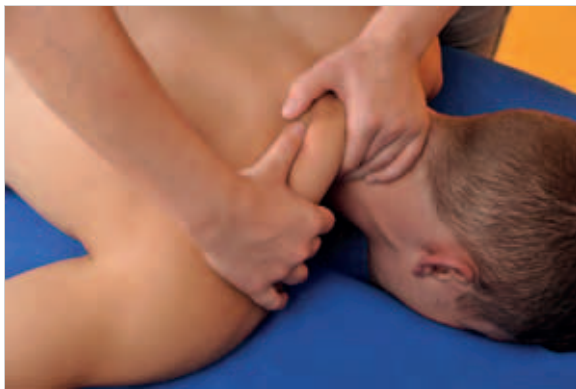


Abb. 8.84 Knetungen des M. trapezius pars descendens.



Abb. 8.85 Funktionsmassagen des M. trapezius pars descendens in Seitenlage, Setting.



Video 8.14 Knetungen des M. trapezius pars descendens.

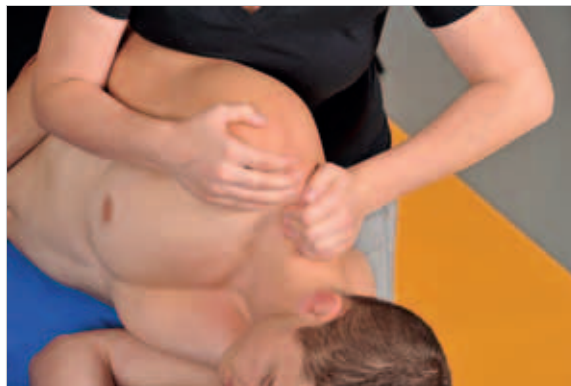


Abb. 8.86 Funktionsmassagen des M. trapezius pars descendens in Seitenlage, Griff.

Funktionsmassagen des M. trapezius pars descendens in Seitenlage

Im Folgenden werden Funktionsmassagen in der ASTE Seitenlage vorgestellt. Auch eine Funktionsmassage für die zervikale Region beinhaltet verformende Trapeziusanteile.

Pro Massagebehandlung empfiehlt es sich, nur Techniken in einer Seitenlage durchzuführen, da der Wechsel je nach Mobilität des Patienten mühsam sein kann. Die Technik verbindet eine manuelle Querdehnung (Schub mit der massierenden Hand) mit einer Längsdehnung (Schultergürtelbewegung).

- Der Patient liegt neutral in Seitenlage. Die zu behandelnde Seite liegt oben. Der Oberarm liegt dem Körper an und die Hand stützt sich drucklos auf der Liege ab.
- Der Therapeut steht in Schrittstellung auf der Rückenseite des Patienten in Höhe der mittleren BWS.

Um für den Therapeuten ausreichend erreichbar zu sein, sollte der Patient zur Seite des Therapeuten rutschen. Hierzu muss der Patient sich, aus seiner Sicht ganz weit „nach hinten“, an die Liegenkante bewegen. Das ist nur durch Vermittlung eines ausreichenden Sicherheitsgefühls für den Patienten möglich, indem der Therapeut mit seinem Oberkörper den Körper des Patienten stabilisiert.

- Zunächst führen beide Hände des Therapeuten den Schultergürtel in verschiedene Richtungen, um das schmerzfrei mögliche Bewegungsausmaß zu prüfen.
- Eine Hand umfasst die oben liegende Schulter anterior und führt den Schultergürtel. Hierbei lehnt sich der Unterarm des Therapeuten an den Oberarm des Patienten an (► Abb. 8.85).
- Die andere Hand bringt die verformenden Griffe am Trapezius ein (► Abb. 8.86). Wichtig: in dieser ASTE nicht den Schultergürtel in Depression ziehen.

Prinzipiell wird die manuelle Querverformung durch Schub des Muskels nach anterior oder Zug nach posterior und die Längsverformung durch Depression des Schultergürtels mit Retraction oder Protraction erreicht.

Varianten der Durchführung

Die Varianten 1 und 2 der Durchführung orientieren sich an der diagonalen Bewegung des Schultergürtels zur Muskelverlängerung. Anatomisch korrekt wäre die Variante 2 mit Muskelverlängerung durch Depression mit Protraction. Sie ist technisch etwas anspruchsvoller und