

12 Technik für die Schulter

„Schultererkrankungen“ sind maßgeblich organotrop beeinflusst (s. Kapitel über die Segmente), bei Arthrosen spielen in der Entstehung immer chronische Milieubelastung (Fehlernährung, Leberüberforderung) eine Rolle.

Folgende anatomische Strukturen sind für Schulterbeschwerden verantwortlich:

- Osteochondrose der unteren HWS, meistens ab C 4.
- Rudimentäre Halsrippe(n).
- Scalenigruppe (Kompression des Plexus brachialis).
- morphologische Veränderungen der Klavikula (Kompress.).
- M. pectoralis minor (Verwachsungen), Verengung der Nervenscheide des Plexus brachialis).
- Iliosakralgelenkblockierungen¹.

Der Schulterbehandlung muss deshalb eine umfassende Diagnostik vorausgehen.

12.1 Untersuchung des Schultergelenks

1. Knöcherne Strukturen suchen Processus coracoideus
2. Bizepssehne
3. Sulcus bicipitalis und lange Bizepssehne
4. Supraspinatus-Ansatzpunkt
5. Infraspinatus-Ansatzpunkt
6. Teres-major-Ansatzpunkt
7. Die Instabilität der Bizepssehne wird als eine der häufigsten Ursachen für den Schulterschmerz angesehen.
8. Danach wird die HWS sorgfältig untersucht, denn hier findet man Störungen im unteren HWS-Bereich, die häufig das Schultergelenk beeinträchtigen.
9. Die Bewegungsauslässe werden nach der Neutral-O-Methode gemessen (siehe Anhang Abb. 1).
10. Segmentale Störungen aus Organleiden, z.B. linke Schulter bei Herzerkrankungen (Abb. 3.6) oder rechte Schulter bei Leber-Gallen-Störungen (Abb. 3.11). Bei der Manipulation des Schultergelenks muss man berücksichtigen, dass hier weniger die Knochenstrukturen für eine Behandlung geeignet sind (denn es entsteht keine Vorspannung) und es können keine Verriegelungstechniken angewendet werden, dafür steht aber die Weichteilbehandlung im Vordergrund.

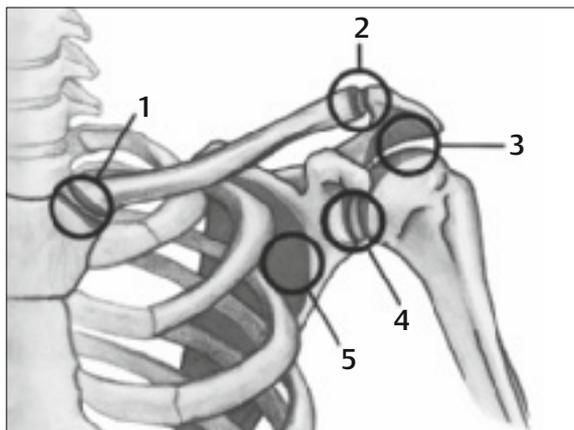


Abb. 12.1 Die fünf Schultergelenke

- 1 Sternoklavikulargelenk. Sehr stabil. Nur kleiner Bewegungsumfang: Schulter heben und senken.
- 2 Akromioklavikulargelenk. „Aufhängung“ der Schulter, Schulterblatt-Drehbewegungen.
- 3 Akromiohumerale Gleitschicht: Bursa subacromialis, Rotatorenmanschette; degenerationsanfällig.
- 4 Skapulohumerale Gelenk: Das eigentliche Schultergelenk. Sehr großer Bewegungsumfang.
- 5 Skapulothorakale Gleitschicht. Drehen der Skapula um den Thorax beim Armheben.

¹ M. latissimus dorsi.

12.2 Die Technik zur osteopathischen Mobilisation der Schulter

Lagerung

Der Patient sitzt auf einem stabilen Hocker. Der Therapeut steht seitlich versetzt vor ihm und unmittelbar neben ihm auf der Seite, die behandelt wird (Abb. 12.2).

Durchführung

Der Patient abduziert den Arm auf der kranken Seite, hält den Oberarm also vor den Bauch des Therapeuten. Der Therapeut nimmt den Arm unter dem Ellenbogen proximal vom Gelenk und klemmt die Hand des Patienten unter seinen Arm. Auf seinem Standort rotiert der Therapeut jetzt in Drehrichtung von der Kör-

permittellinie des Patienten nach außen weg, so dass er sich den Patienten über seinen Oberschenkel und die Hüfte zieht, ihn also mit dem kranken Arm regelrecht um sich herumwickelt. Dieser Griff extendiert das Schultergelenk und gibt dem Therapeuten die Möglichkeit, mit der freien Hand, die dem Patienten jetzt zugewandt ist, die durch die Extension gedehnte Schultermuskulatur intensiv zu behandeln.

Wirkung

Die starke Extension des gesamten Schulterbereiches dehnt die beteiligte Muskulatur und legt sie so für die Weichteilbehandlung „frei“. Die ganze Thoraxmuskulatur wird auf der jeweiligen Behandlungsseite intensiv gedehnt. Der Griff eignet sich übrigens als Skoliose-Mobilisationsgriff.



Abb. 12.2

12.3 Osteopathische Technik am Schultergelenk im Sitzen

Lagerung

Der Patient sitzt aufrecht auf der Liegenkante, der Therapeut steht hinter ihm.

Durchführung

Mit der linken Hand beugt der Therapeut den Arm des Patienten und abduziert ihn bis 90°. Mit der rechten Hand greift er über die Schulter und hakt seinen rechten Kleinfinger in den linken Kleinfinger des Patienten. Ring-, Mittel- und Zeigefinger fassen den ventralen Teil des Deltamuskels, der Daumen fasst von dorsal (Abb. 12.3 a).

Jetzt kann die osteopathische Behandlung im Weichteilbereich durchgeführt werden: Die Schulter wird in Abduktion innen- und außenrotiert. Währenddessen erfolgt eine Muskelquersfaserbehandlung bei konstantem Gelenkspiel (Abb. 12.3 b, c).

Wirkung

Lösung von Verklebungen der Schulterstrukturen mit Erweiterung des Gelenkspiels; diese Technik dient zur Vorbereitung von Impulstechniken im Schulterbereich.



Abb. 12.3 a

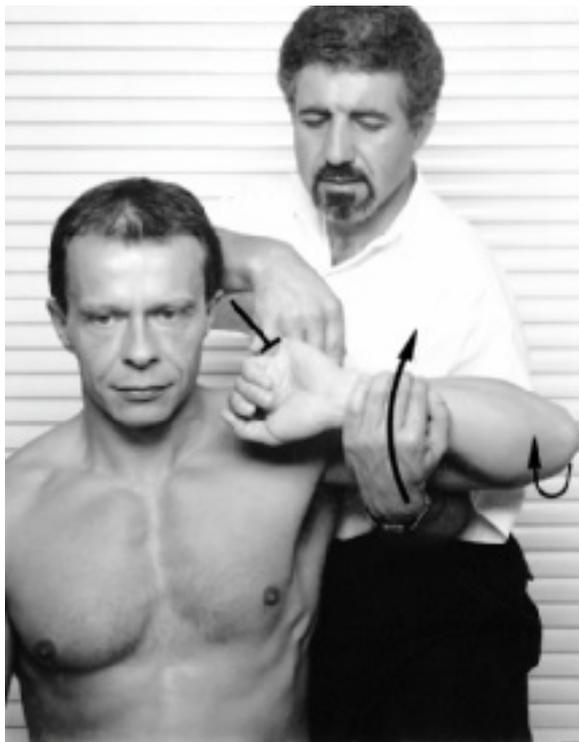


Abb. 12.3 b



Abb. 12.3 c

12.4 Die Schultergelenktechnik mit Schub des Humeruskopfes nach dorsal

Lagerung

Der Patient sitzt, der Therapeut steht hinter ihm.

Durchführung

Der Patient hebt seinen Arm nach vorne (Anteversion) und beugt den Unterarm maximal. Der Therapeut greift von hinten ganz um den Oberkörper des Patienten herum und fasst mit beiden Händen auf die Ellenbogenspitze. Er zieht den waagrecht nach vorne weisenden Oberarm des Patienten auf sich zu, so dass er das Schulterblatt des Patienten an seine Brust presst. Unter dieser Vorspannung soll der Patient tief einatmen. Bei der Ausatmung geschieht der Manipulationsstoß nach dorsal, eventuell mehrmals hintereinander (Abb. 12.4).

Wirkung

Es werden Verklebungen im Schultergelenkbereich gelöst. Organische innere Störungen, die Schultergelenkverklebungen häufig auslösen oder beeinflussen, sind eine wichtige Indikation für diese Technik.



Abb. 12.4

12.5 Die Schultergelenktechnik mit Schub des Humeruskopfes nach kranial

Lagerung

Der Patient sitzt, der Therapeut steht hinter ihm.

Durchführung

Der Patient beugt seinen Unterarm maximal. Die Hand berührt also fast seine Schulter. Der Therapeut umfasst den Oberkörper des Patienten und packt mit beiden Händen die Ellenbogenspitze. Der Therapeut führt jetzt behutsam den gesamten Arm nach kranial, schiebt also den Ellenbogen senkrecht nach oben, ohne dass der Ellenbogen nach vorne oder seitlich ausweicht. Es werden ein oder mehrere kurze Repositionsimpulse nach kranial ausgeführt (Abb. 12.5).

Hinweis

Wenn der Therapeut bei der Vorbereitung des Manipulationsstoßes nicht darauf achtet, dass der Patient seine Hand wirklich an die Schulter hält, kann man sich gut vorstellen, wo die Hand während des Manipulationsstoßes landen kann! Diese und die vorausgehend beschriebene Technik wird im Allgemeinen im Anschluss aneinander durchgeführt – und jedes Mal beidseitig.

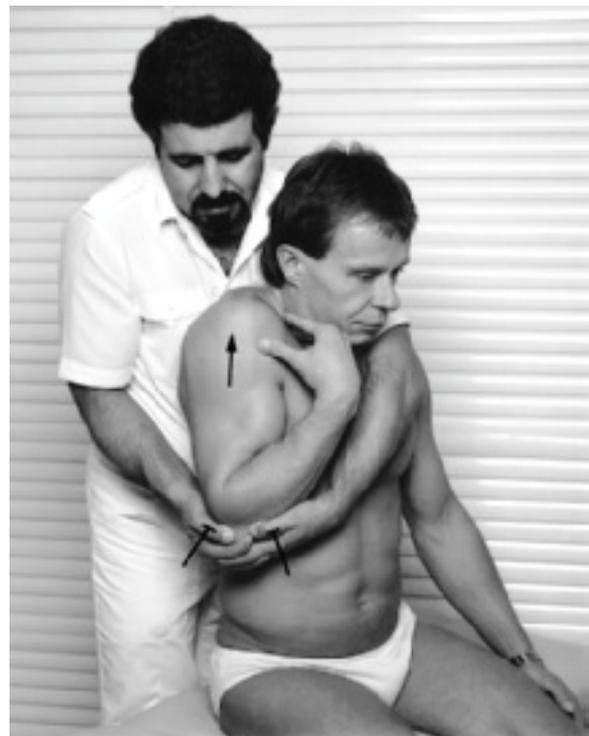


Abb. 12.5

Wirkung

Es werden Verklebungen im Schultergelenkbereich gelöst. Besonders wird das Akromioklavikulargelenk angesprochen.

12.5.1 Die Schultergelenktechnik mit Gleiten des Humeruskopfes nach dorsal

Lagerung

Der Patient sitzt am Liegenende oder auf einem Hocker. Der Therapeut steht seitlich vom Patienten und ist ihm zugewandt.

Durchführung

Der Therapeut spreizt beide Ellenbogen ab und nimmt mit dem Handballen von vorne her Kontakt am Humeruskopf, von hinten am Schulterblatt. Der Therapeut führt jetzt den Humeruskopf kräftig gegen das Schulterblatt nach dorsal, hält mit der Bewegung unter Aufrechterhaltung der Vorspannung einen Moment inne und führt den Humeruskopf in einem Manipulationsstoß über die Vorspannung hinaus nach dorsal (Abb.12.6).

Wirkung

Der Griff dehnt den M. pectoralis, korrigiert gegebene Ventralisationsstellung des Humeruskopfes, wenn sie funktioneller Natur ist, und er löst Verklebungen im Schultergelenk.



Abb. 12.6

12.6 Die Schultergelenktechnik mit seitlicher Kapseldehnung

Lagerung

Der Patient sitzt, der Therapeut steht seitlich versetzt hinter ihm.

Durchführung

Der Patient winkelt seinen Unterarm an. Der Therapeut umfasst von außen kommend die Hand des angewinkelten Unterarmes und nimmt mit seinem ganzen Unterarm Kontakt am Unterarm des Patienten. Mit der anderen Hand fährt er unter der Achsel des angewinkelten Armes hindurch, bis er mit der Mitte seines Unterarmes, über den er aus hygienischen Gründen vorher ein Handtuch gelegt hat, in der Achsel des Patienten lagert. Der Therapeut führt jetzt den Ellenbogen des Patienten mit großflächigem Unterarmkontakt zur Flanke. Allein hierdurch wird die Schulter-

gelenkkapsel bereits gedehnt. Ein wohldosierter Schub unter der Achsel des Patienten nach seitlich-oben unterstützt die Kapseldehnung (Abb. 12.7).

Wirkung

Entlastung des Gelenkes und Kapseldehnung führen reflektorisch zur Verbesserung der Trophik im Gelenkbereich.

Hinweis

Grobe hebelartige Effekte, etwa mit der geballten Faust unter der Achsel, führen unter Umständen zu Verletzungen der Thoraxwand oder Kompressionsschäden an Nervenplexen und Gefäßen. Der Verfasser lehnt solche Techniken strikt ab. Herz- und Magenleiden, die segmental Einfluss auf die linke Schulter haben bzw. Gallenblasenprozesse, die die rechte Schulter schmerzhaft beeinflussen, erfordern in besonderem Maße sensibel dosierte Vorgehensweise.



Abb. 12.7

12.7 Mobilisierung des Sternoklavikulargelenks im Sitzen

Lagerung

Der Patient sitzt auf der Liege, der Therapeut steht hinter ihm.

Durchführung

Mit dem rechten Daumen nimmt der Therapeut Kontakt auf dem Sternum. Mit dem linken Arm greift er un-

ter der Achselhöhle des Patienten hindurch und fasst die Schulter. Durch wiederholtes Ziehen nach dorsal kranial mit Öffnung des Sternoklavikulargelenks können so Fixierungen und Blockierungen gelöst werden (Abb. 12.8).

Hinweis

Spürt der Patient bei der Manipulation Schmerzen, so muss exakt geprüft werden, ob das Gelenk nicht instabil oder hypermobil ist.



Abb. 12.8

12.8 Osteopathische Mobilisierung des ACG in Seitenlage

Lagerung

Der Patient liegt in Seitenlage, der rechte Arm ist im Ellenbogengelenk gebeugt. Der Therapeut steht hinter ihm und umfasst mit beiden Händen die Schulter von dorsal und ventral. Der Ellenbogen wird zwischen Oberarm und Thorax fixiert.

Durchführung

Die Finger des Therapeuten nehmen Kontakt in Höhe des Akromions und tasten das vordere und hintere ACG. Beide Daumen arbeiten über dem Deltamuskel.

Zuerst wird die Schulter nach kaudal gezogen (Abb. 12.9a), dann erfolgt der kraniale Schub (Abb. 12.9b). Voraussetzung ist eine vorherige exakte Diagnose, um genau zu wissen, welche Strukturen am Geschehen beteiligt sind.

Im Fall einer Bursitis subacromialis sollte von dieser Technik abgesehen werden, hier ist der gezielten Infiltration der Vorrang zu geben.



Abb. 12.9a



Abb. 12.9b

12.9 Osteopathische Manipulation des Schultergelenks in Seitenlage mit abduziertem Arm

Lagerung

Der Patient liegt auf der Seite, der Therapeut steht hinter ihm. Er abduziert den Arm im Schultergelenk und beugt ihn im Ellenbogengelenk auf 90°. Mit der linken Hand fasst er das rechte Handgelenk des Patienten, während die rechte Hand fest den eigenen linken Unterarm greift.

Durchführung

Nun kann unten Traktion das Rollgleiten des Humeruskopfes unterstützt werden, ebenfalls kann die Innen- (Abb. 12.10 a) und Außenrotation (Abb. 12.10 b) durchgeführt werden. Hierbei kann ebenfalls das Ventral- oder Dorsalgleiten des Humeruskopfes in die Manipulation integriert werden.



Abb. 12.10 a

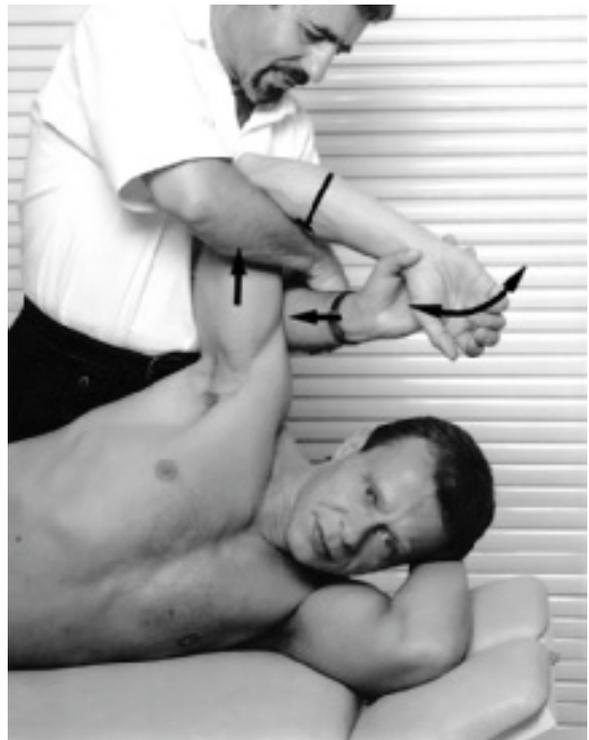


Abb. 12.10 b

12.10 Die Mobilisierung des Schultergürtels bei Abduktion in Seitenlage

Lagerung

Der Patient liegt auf der Seite, der Kopf ruht waagrecht auf einem Kopfkissen. Der Therapeut tritt von ventral an den Patienten heran.

Durchführung

Der Therapeut neigt sich so zum Patienten, dass dieser seinen Arm um den Nacken des Therapeuten legen

kann. Der Arm ist jetzt abduziert. Der Therapeut greift seitlich am Schulterblatt und am Akromioklavikulargelenk an. Die Schulter wird mobilisiert, indem die Schulter nach kaudal, kranial nach anterior oder posterior versetzt wird, abhängig davon, welche Bewegungen die verspannte Muskulatur zulässt, am besten in kreisender Bewegung mit und entgegen dem Uhrzeigersinn (Abb. 12.11).

Wirkung

Die Schulter wird mobilisiert, durch die Muskulaturdehnung entkrampft der Schultergürtel und die Trochik wird verbessert.



Abb. 12.11