

Volker Knott

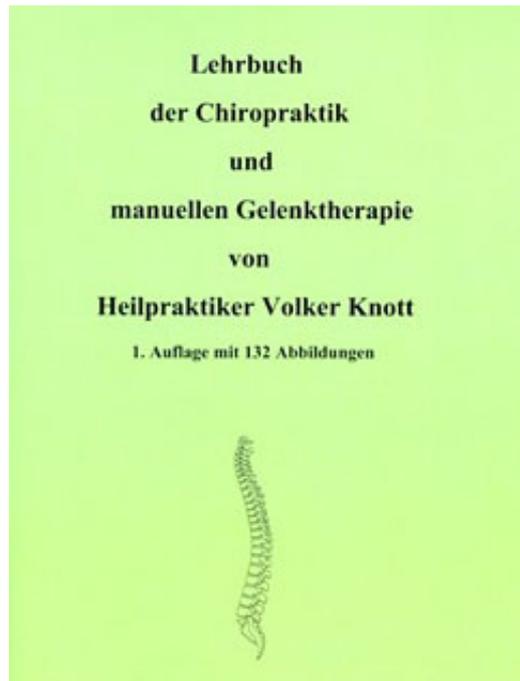
Lehrbuch der Chiropraktik und manuellen Gelenktherapie

Leseprobe

[Lehrbuch der Chiropraktik und manuellen Gelenktherapie](#)

von [Volker Knott](#)

Herausgeber: Books on Demand



<http://www.unimedica.de/b12165>

Sie finden bei [Unimedica](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung](#), [vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Unimedica im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@unimedica.de

<http://www.unimedica.de>



6.8. Das Schultergelenk

In diesem Kapitel geht es in erster Linie um die Strukturen, die das äußere Schlüsselbeingelenk und das eigentliche Schultergelenk umgeben.

Erst in zweiter Linie geht es um das äußere Schlüsselbeingelenk, das Acromioclaviculargelenk und um das Schultergelenk selbst.

Die gleich beschriebene Technik erfasst beide Gelenke und ist im Prinzip keine gezielte Technik. Sie gehört zur allgemeinen Schultermanipulation bzw. Schultermobilisation.

Das Schultergelenk ist das beweglichste Gelenk des Menschen. Seine Kapsel ist weit und schlaff, sodass diese große Bewegungsmaß zustande kommen kann. Auch die Bandsicherungen sind relativ schwach entwickelt. Die Sicherung des Schultergelenkes erfolgt im Wesentlichen durch die Schultermuskulatur.

Im Schultergelenk selbst ist das Bewegungsmaß beschränkt. Erst durch die Mitbewegung des Schultergürtels wird die gesamte Bewegungsfreiheit möglich, denn Schulterblatt und Schlüsselbein sind nicht starr mit dem Rumpfskelett verbunden.

Diese Komplexität des Schultergelenkes lässt den Schluss zu, dass es ziemlich störanfällig ist.

Die Zahl der Patienten mit ausgeprägtem Schulterschmerz und Bewegungseinschränkung ist groß.

Eine der häufigsten Diagnosen ist die Periarthropathia humeroscapularis, kurz PHS oder Frozen shoulder genannt.

Verschiedene pathologische Prozesse im Bereich der Weichteile in der Umgebung des Schultergelenks, insbesondere Insertionstendopathien, tragen zu dem Beschwerdebild bei.

Die Bewegungseinschränkung, die durch den ausgeprägten Schmerz entsteht, fordert diesen pathologischen Prozess.

Die wichtigste Maßnahme bei der PHS ist also die Mobilisation. Eine Therapiedauer von 2-3 Monaten ist nicht selten.

Bei etwa einem Drittel all dieser Patienten besteht gleichzeitig ein Cervikalsyndrom. Wir sollten es auf keinen Fall unterlassen, die Halswirbelsäule zu kontrollieren und im gegebenen Falle ebenfalls zu adjustieren.

Therapieunterstützend kann eine Behandlung mittels Diathermie sein.

Hierbei wird im Wechsel Eis und Wärme auf die Schulter gebracht.

Es ist jedoch auf jeden Fall darauf zu achten, dass die Anwendung mit Eis doppelt so lange dauert, wie die Wärmeanwendung und die Behandlung auf jeden Fall mit Eis abgeschlossen wird.

Technik zur allgemeinen Schultermobilisation

Wir setzen den Patienten vor uns auf eine Liege, oder auch einen Stuhl.

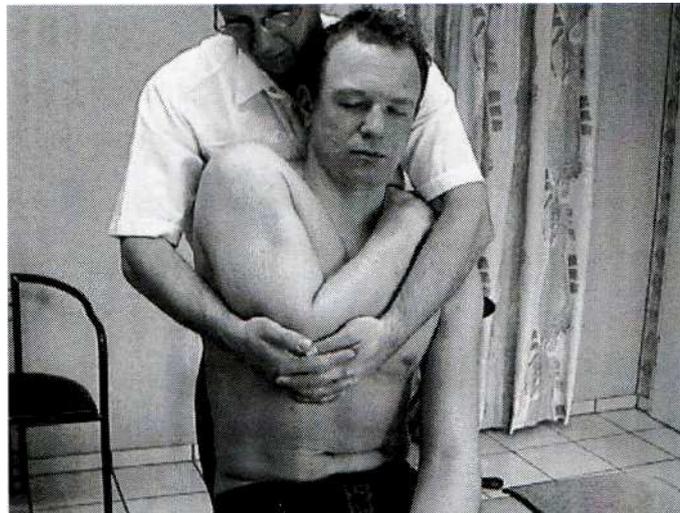
Er sitzt mit dem Rücken zu uns.

Wir fordern ihn auf, die Hand der zu behandelnden Schulter auf die kontralaterale Schulter zu legen.

Wir umfassen seinen Ellenbogen mit beiden Händen, so dass das Olecranon genau in unserer Handinnenfläche liegt.

Die nun erfolgenden Impulse geben wir gleich dreifach kurz nach einander.

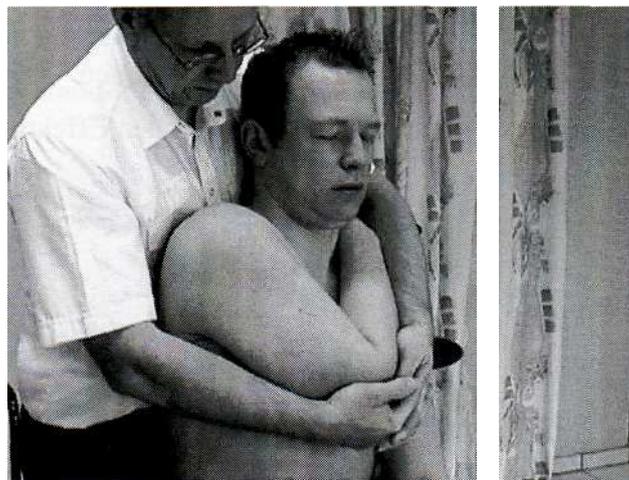
Die erste Impulsfolge kommt aus mittlerer Stellung des Oberarmes zum Körper von caudal ventral nach cranial dorsal.



Bei der zweiten Impulsfolge wird der Oberarm leicht abduziert, die Impulsrichtung erfolgt wieder von vorne unten nach hinten oben.



Nun folgt die dritte Impulsfolge mit adduziertem Oberarm in gleicher Weise.



Die Gesamtimpulszahl beträgt bei der Schultermobilisation also 9 Impulse.

Häufig kommt es im Bereich des Schultergelenkes und des Schulterblattes zu Verklebungen des Bindegewebes und damit zu einer Immobilisation, sodass es nötig sein kann, das Schulterblatt ebenfalls zu mobilisieren.

Bei dieser Technik legen wir den Patienten bäuchlings auf die Behandlungsliege und führen dessen Unterarm auf den Rücken.
(Polizeigriff).

Wir stehen seitlich an der Liege und fixieren mit unserem liegennahen Knie den Ellenbogen des Patienten am Körper.

Mit der liegenfernen Hand heben wir die zu uns zeigende Schulter leicht an, sodass sich das Schulterblatt leicht aus dem Schultergürtel und der Schulter-Rückenmuskulatur abhebt.

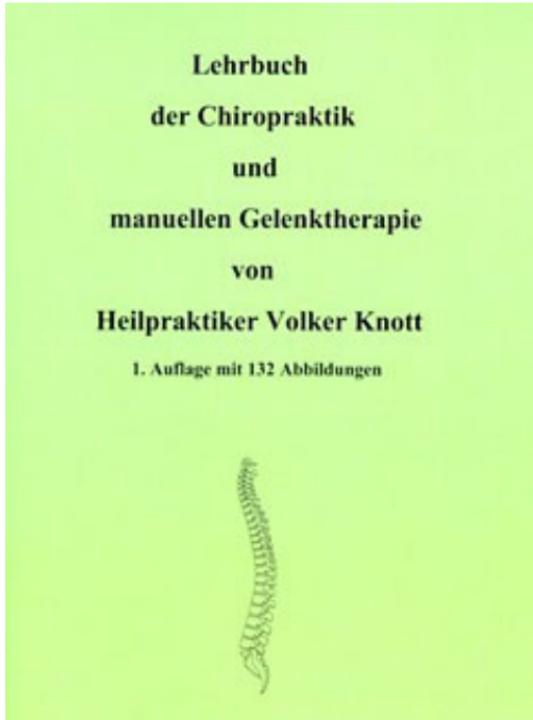
Nun versuchen wir gezielte Stöße mit dem gestreckten Zeigefinger unter das Schulterblatt zu geben, um etwaige Verklebungen zu lösen.

Diese Therapieform muss bei Patienten mit ausgeprägten Verklebungen häufiger wiederholt werden, um einen entsprechenden Effekt und Mobilität zu erreichen.



Nach dem Lösen des subscapulären Bindegewebes geben wir mehrere Impulse so auf das Schulterblatt, dass es seine Beweglichkeit nach oben und außen bekommt.

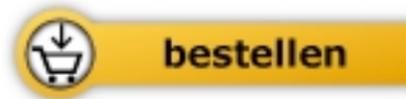
Die Impulsrichtung erfolgt wie auf unserem Bild erkennbar vom unteren medialen Scapularand in Richtung des Schultergelenkes.



Volker Knott

[Lehrbuch der Chiropraktik und manuellen Gelenktherapie](#)

220 Seiten,
erschienen 2003



Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung www.unimedica.de