

17.5 Positionierungstechnik Glenohumeralgelenk

Eine Enge im Schultergelenk kann durch einen Test nachgewiesen werden.

17.5.1 Impingement-Test nach Hawkins-Kennedy

ASTE:

Der Patient sitzt auf der Behandlungsbank oder einem Hocker. Der Therapeut steht vor dem Patienten.

Ausführung:

Beispiel rechts:

Der rechte Arm des Patienten wird in 90° Elevation und 90° Ellenbogenflexion eingestellt. Der Therapeut umfasst mit seiner linken Hand den Oberarm proximal des Ellenbogengelenks und mit seiner rechten Hand den Unterarm proximal des Handgelenks (Abb. 17.11). Dann führt der Therapeut den Arm des Patienten in eine Innenrotation und gibt am Ende einen kurzen Impuls bodenwärts (Abb. 17.12). Bei der Ausführung achtet der Therapeut darauf, dass der Patient seine Schulter nicht hochzieht.



Abb. 17.11: Impingement-Test nach Jacobsen. Ausgangsstellung.

Ergebnis:

Ein kranialer Schmerz deutet auf eine Tendopathie des M. supraspinatus, bzw. auf eine Läsion der Bursa subakromialis hin. Dies kann durch ein nach kranial stehendes Caput humeri verursacht werden.

Eine Traktion des Oberarms nach kaudal entlastet die Bursa und wirkt schmerzlindernd.

17.5.2 Behandlung mit der Positionierungstechnik

Tenderpunktlage:

Die Tenderpunkte befinden sich an der Außenseite des Schultergelenks unterhalb des Akromion (Abb. 17.13 und 17.14).

ASTE:

Der Patient sitzt auf der Behandlungsbank, der Therapeut steht hinter dem Patienten.



Abb. 17.12: Armführung in IRO, am Ende der Bewegung Verstärkung durch kurzen Impuls nach kaudal.

Kontakt:

Der Therapeut nimmt mit dem Zeige- oder Mittelfinger der gleichseitigen Hand Kontakt zum Tenderpunkt auf.

Positionierung:

Mit der kontralateralen Hand greift der Therapeut den Ellenbogen und führt den Arm in eine horizontale Adduktion, dadurch entsteht Traktion (Abb. 17.15)

Die Feineinstellung erfolgt über Innenrotation (Anheben) des Ellenbogens (Abb. 17.16).

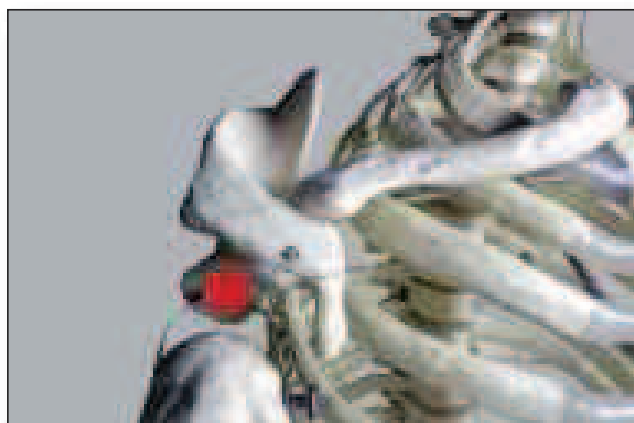


Abb. 17.13: Tenderpunktlage GHG / Darstellung am Skelett . . .

Positionierungs- und Rückführungszeit:

Die Positionierung solange halten, bis ein Release eintritt, Regelzeit 10 bis 20 Sekunden. Anschließend aus der Rotation in 5 Sekunden zurückführen.

Praxistipp:

Zur Unterstützung der Kapselentspannung hat sich ein Vario-Tape bewährt (Abb. 17.17).

Beachte:

Akutphase, siehe Hinweis auf Seite 205.



Abb. 17.14: . . . und am Patienten.

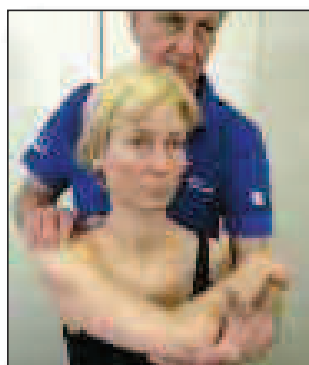


Abb. 17.15: Positionierung durch horizontale Adduktion (Traktion) . . .



Abb. 17.16: . . . und Innenrotation.



Abb. 17.17: Vario-Tape zur Kapselentspannung.