

Der Patient mobilisiert seine engeschränkte Schulter selber : aber wie?

Autor(en): **Michel, Josef**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1969)**

Heft 225

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929807>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Der Patient mobilisiert seine eingeschränkte Schulter selber — aber wie?

von Josef Michel, Physiotherapeut am Krankenhaus in Flawil SG (Chefarzt: Dr. Brucher)

Die Ursache einer eingeschränkten Schulter ist vielfältig. Sie reicht vom Durchzug über das Trauma bis zum Herzinfarkt.

Die Reaktion des Gelenkes und seiner Umgebung hingegen ist sehr begrenzt:

Schmerz im umliegenden Gebiet, *reaktive Schwellung* des Gelenks durch vermehrte Absonderung von Gelenkschmiere und Organisation dieser hochmolekularen Schmiere zu Fäden, dem Pannus, welcher das Gelenk kapsulär stilllegt. Das Gelenk wird «verklebt». Wir haben nun eine *Bewegungseinschränkung* vor uns.

Diese löst heftigste Schmerzen aus, weit über das Abklingen der primären Ursache. Bestimmte Bewegungen sind dabei stärker betroffen. Der Zug- und Dehnschmerz an der Kapsel verunmöglicht meist eine resolute Gymnastik von seiten des Patienten. Die kleinen Rotationsbewegungen während der Bettruhe reißen ihn mit lanzierenden Schmerzen aus dem Schlaf. Der Patient kommt innert kürzester Zeit auf einen körperlichen und seelischen Tiefpunkt. Er sieht abgehärmt aus, immer das Weinen zuvorderst, den Arm — von weither sichtbar — eng an den Körper gepresst. Beträchtliche Gewichtsabnahmen sind nicht selten.

Das Ziel einer physikalischen Therapie ist klar:

1. Schmerzbekämpfung: Sorgfältig muss untersucht werden, welches der adäquate Reiz dazu ist. Man hüte sich vor allzu schematischer Anwendung von Wärme und Kälte! Der Arzt wird Medikamente mit abschwellender Komponente verordnen.

2. Kräftigung der atrophierten Muskulatur: Vorwiegend durch isometrische Spannungsübungen gegen einen Widerstand, welcher für den Patienten in der gewählten Richtung unüberwindlich ist. Gibt der Therapeut diesen Widerstand, so wird er mit KABAT-ähnlichen Griffen arbeiten.

3. Mobilisation der eingeschränkten Schulter: Es ist mir sehr daran gelegen, das Leitmotiv eingerahmt hinzuschreiben:

Maximale Wirkung bei minimaler Reizung

Das heisst: Möglichst wenig Bewegungen während einer Sitzung. Aber dafür ausgewählte, genau kontrollierte Uebungen.

Langsame Bewegungen. Vermeiden jeder brüskten, schnellen Ausweichbewegung.

Ein gut Teil der Patienten reagiert schon auf die Schmerzbehandlung derart positiv, dass keine eigentliche Mobilisation mehr nötig ist. Aber auch bei diesen sollte nach atrophierten Muskeln gesucht werden.

Viele Patienten reagieren aber auf die Bemühungen des Arztes indifferent oder sogar negativ. Nach einer langen Reihe von Experimenten — vom Einreibemittel bis zu den Röntgenstrahlen — entschliesst sich dieser, den Patienten einer physikalischen Therapie anzuvertrauen.

Der Patient kommt bei uns völlig abgekämpft und desillusioniert über gute Worte und Heilungsversprechen an und beglückt uns mit seiner verschlungenen und verzwickten Leidensgeschichte.

Vordringlich ist jetzt die *Schmerzbekämpfung*. Vor allem in den ersten paar Sitzungen legen wir unser Hauptaugenmerk darauf. Daneben fangen wir aber bereits mit der Kräftigungs- und Mobilisationsbehandlung an. Diese muss nach unserem Leitmotiv darauf beschränkt sein, bei minimalen Schmerzen bereits eine maximale Wirkung zu ergeben: Der Patient fasst Vertrauen in die Gymnastik, welche voll auf die Heimübungen ausgerichtet ist. Langsam ändert sich die Einstellung zur Krankheit. Er hat Freude an der Bewegung bekommen und beobachtet ohne Angst, wie sich seine Schulter entwickelt. Sporadisch auftretende Schmerzen beunruhigen ihn nicht mehr so stark, denn er weiss, wie er darauf reagieren muss. Er hat so das Gefühl, er hätte den Fortschritt zum

wesentlichen Teil selbst in der Hand. Er wird nicht überrascht sein, wenn wir ihm in einer späteren Sitzung erklären, dass er das Programm während eines weiteren halben Jahres gewissenhaft ausführen muss, um vor einem Rückfall gesichert zu sein.

Nun zu den praktischen Ausführungen:

1. Alle Uebungen sollen so beschaffen sein, dass auch bei den Hausaufgaben keine wesentlichen Ausweichbewegungen möglich sind: Wir müssen *Fixpunkte* finden, an die sich der Patient halten und orientieren kann.

2. Das grosse Ziel muss aufgeteilt werden in kleine, schnell erreichbare *Teilziele*. Der Patient muss aber die grosse Linie kennen, damit er den Sinn der Einzelübung einsieht.

3. Wir üben bewusst entgegen der Schulmeinung *nur in zwei Richtungen*: nach vorne oben und nach hinten. Die einzelnen Uebungen geben genug Gelegenheit, die einzelnen Anteile der andern vier Richtungen einzüben.

4. Es ist sinnlos und für den Patienten quälend, wenn ständig ein einzelner Anteil geübt wird. Viele kleine *Dehnungen*, immer auf andern Kapselanteilen, wirken besser mobilisierend und weniger reizend auf das Gelenk.

DIE ÜBUNGEN:

A) in Elevationsrichtung

Bild 1: Mit dem Pullingformer oder mit dem Veloschlauch wird eingeübt: Hände zusammenfalten zu einer Faust. Diese an Nase; über die Stirn ziehen, indem die Ellenbogen sich nach hinten auswärts bewegen. Der Körper geht ausgiebig in die Schräglage. Jetzt die Arme nach oben hinten stossen und die Ellenbogen in Richtung Ohren zusammenpressen. Zurück in gleicher Art. Erst wenn die Hände vor der Brust sind, Vorlage aufgeben.

Bild 2: Hände auf Brust falten. Vor Kopf an Wand entlang hochziehen. Stirn jetzt als Fixpunkt an Wand pressen. Auch hier wieder Ellenbogen während der Bewegung nach aussen nehmen. Schwerer ist die Uebung, wenn in Schulterhöhe die

Hände seitwärts nach aussen fahren. Zurück. Zur Kräftigung kann sie gebraucht werden, wenn die Arme langsam von der Endstellung oben her seitwärts bis auf die Schulterhöhe hinunter gebracht werden. Anfangs kann diese Stellung praktisch nur so erreicht werden; also nicht von unten nach seitwärts aussen üben in den ersten Sitzungen. Später allerdings kann der ganze Halbkreis von unten nach aussen seitwärts nach oben geübt werden.

Schulter-Heimübungen

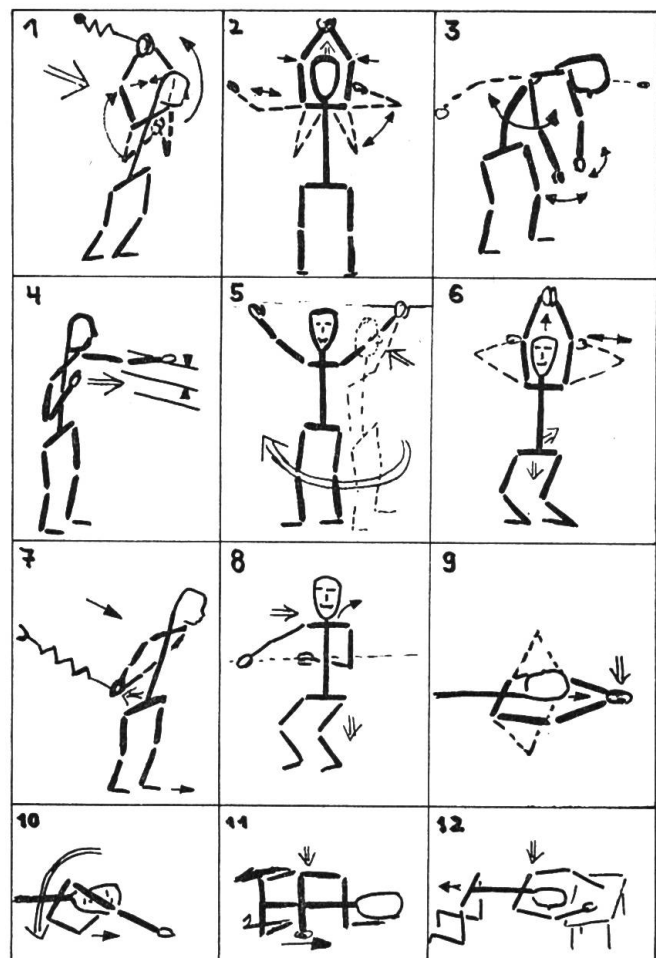


Bild 3: Damit die auftretenden rasenden Schmerzen möglichst schnell verschwinden, Oberkörper mittelweit nach vorne beugen und Arme in *kleinen* Amplituden nach vorne-hinten- aussen-innen, oder drehend in den Ellenbogen schwingen. Grosse Bewegungen reizen das Gelenk und führen zu nichts.

Bild 4: Will man die Elevation auf 90 Grad üben, so wird die Hand auf Brusthöhe gehoben und von hier aus auf ein Ziel gleicher Höhe gestossen. Von hier aus

in kleinen, immer grösser werdenden Intervallen weiter üben. Man vermeidet damit das lästige Hochziehen der Schulter.

Bild 5: Der Patient beherrscht die besprochenen Übungen. Die Elevation ist also bis etwa 140 Grad möglich. Es gilt nun, die Restelevation, welche mit einer wesentlichen Aussenrotations-Komponente verknüpft ist, zu trainieren. Der Patient steht halbschräg vor der Sprossenwand, greift mit dem Daumen nach aussen möglichst hoch an, und übt zuerst lediglich Ellenbogenbeugen. Dies ist identisch mit einer Aussenrotation im Schultergelenk. Mit gebeugtem Ellenbogen dreht er sich nun immer mehr, bis die andere Hand auf gleicher Höhe fassen kann. Das Gesäss ist natürlich weit weg von der Wand. Als nächstes lernt der Patient dieses an die Wand pressen. Es geht leichter, wenn er gleichzeitig mit dem Kopf nach oben schleift.

Bild 6: Die Hände werden jetzt immer weiter nach oben zur Mitte hin bewegt, bis sie sich treffen. Um die Wirkung zu verstärken, geben die Knie nach, so dass der Patient fest in den Armen hängt. Auch die Aussenrotation wird jetzt verstärkt, indem immer weiter unten gegriffen wird, und — immer mit dem Gesäss an der Wand — die Hände nach aussen seitwärts und zurück bewegt werden.

Bild 9: Im Prinzip das gleiche macht der Patient auch liegend, indem die Hände unter dem Nacken gefaltet werden und — in stetem Kontakt mit dem Boden — nach hinten gestossen werden, bis die Ellenbogen die Ohren berühren.

Bild 10: Auf Boden liegend, zuerst halbsseitwärts. Arm so weit wie möglich nach vorne nehmen. Erst jetzt Körper nachdrehen in Bauchlage. Zeit lassen bei dieser Bewegung. Langsam! Arm langsam zurückziehen. Die Übung wird in dem Moment überflüssig, wenn sie mit beiden Händen zur Faust gefaltet mit gestreckten Armen ausgeführt werden kann.

Bild 12: Sehr intensiv wirkt auch diese Übung: Knien, die Hände gut auf eine Stuhlfläche stützen. Jetzt Schultergebiet so weit wie möglich senken, bis das Gelenk schmerzt. Jetzt mit dem Gesäss nach hinten wippen. Die Schmerzhaftigkeit dieser

Übung lässt nur eine kurze Zeit zu. Aufrichten in Kniestand und ähnlich (3) auslockern, bis der akute Schmerz verraucht ist.

B) in Retroversionsrichtung

Bild 11: Seitlage: kranker Arm auf Gesäss, auf diesem langsam nach hinten unten rutschen, bis die Hand die Unterlage berührt. In stetem Kontakt mit dieser den Rücken aufwärts rutschen.

Bild 7: Auch wieder zum Einüben der Retroversion und Innenrotation: Pullingformer oder Veloschlauch: Mit aufrechtem Oberkörper nach vorne gehen. Die Hände so weit wie möglich vom Gesäss entfernen. In der Endstellung diese wieder unter dem steten Gegenzug des Pullingformers so weit wie möglich nach Rückenmitte — Schulterblätter ziehen. Langsam zurück.

Bild 8: Kranke Hand greift Türfalle oder Sprosse auf gleicher Höhe. Körper so weit gegen den kranken Arm bewegen und mit den Beinen nachziehen, bis die Hand auf der Gegenseite sichtbar wird (falls die Leibesfülle dies zulässt). Jetzt mit geradem Oberkörper, immer im Kontakt mit der Wand, langsam in die Knie gehen. Wird die Übung richtig gemacht, so wird die Wand im Endeffekt das gegenseitige Schulterblatt berühren.

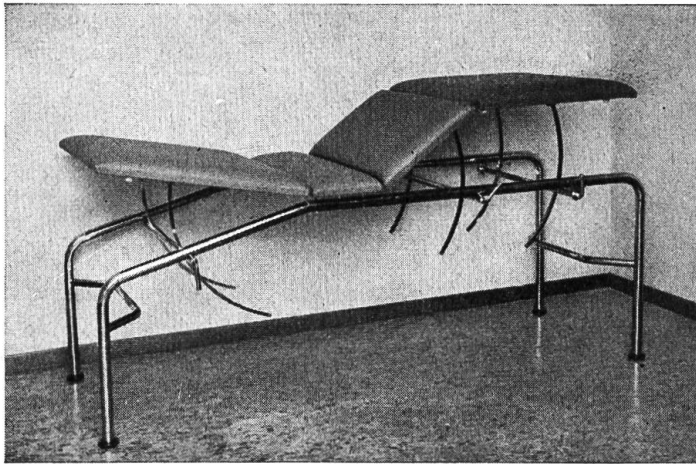
Natürlich können in einer fortgeschrittenen Phase alle andern Tricks der allgemeinen Behandlung weitergeführt werden. Sehr selten wird man sich auch zu einer Mobilisation in Narkose entschliessen können. Ein Vorschlag, wie sich die Behandlung nach dieser ausführen lässt, ist unter meinem Namen in der Fachzeitschrift vor zwei Jahren erschienen.

Ausser acht gelassen habe ich gemäss der Themenwahl die vielfältigen Probleme der Kräftigung der einzelnen atrophierten Muskelgruppen, welche äusserst schwierige Probleme stellt. Grundsätzlich empfiehlt es sich, eine Reihe von Übungen auszuprobieren und dann wenige und dafür markante ins Programm einzuflechten.

Auch Hantel, Expander und Impander können dabei sowohl als Kräftigungsmittel als auch als Fixationsinstrumente benützt werden.

Zusammenfassend möchte ich feststellen, dass die Behandlung der eingeschränkten Schulter eine der heikelsten Aufgaben überhaupt in der physikalischen Therapie ist. Es lohnt sich, das Problem in den verschiedensten Aspekten zu überprüfen und auf den jeweiligen Patienten zuzuschneiden. Gerade hier ist sture Dogmatik nur

verderblich. Mein Beitrag soll ein Vorschlag sein, wie es auch gemacht werden kann. Eine der schönsten Freude in unserem Beruf ist sicher die, wenn uns der Patient nach einer geglückten Behandlungsserie mit erhobenem ehemals krankem Arm dankbar zum Abschied zuwinkt.



**Liege-
Massage- TISCHE
Extens.-
Tritte • Hocker • Boys**

Immer vorteilhaft
direkt vom Hersteller

HESS
DOBENDORF - ZCH

Fabrik für Spitalapparate
Tel. (051) 85 64 35



MEDICA MATERIA S.A. - LAUSANNE

2, route de Renens

Tél. (021) 24 98 25

Ensemble pour la circumduction de la cheville et du poignet:

Encombrement: long. 75
larg. 46
haut. 47

Entièrement chromé
Sellerie mousse recouverte de skai.

Sangles velcro.

Position au sol ou sur table.

Facilité d'inversion du mouvement par vis de blocage à main.

