

SCHULTER

DO NOT COPY

INHALTSVERZEICHNIS

Dehnungen im Sitzen:		Seite
Horizontal Abduction	1-2	16
Horizontal Abduction, Extension	1-2	17
Horizontal Abduction	3	18
Horizontal Abduction, Both Arms	1-2	19
Horizontal Abduction, Both Arms	3	20
Horizontal Abduction, Both Arms	4	21
Extension, Both Arms	..1	28
Extension, Single Arm	1	29
Extension	2-3	30
Extension	4-5	31
Extension, Both Arms	6	32
Extension, Single Arm	6	33
Internal Rotation		35
External Rotation		37
Flexion	1-4	40
Flexion	5	41
Flexion	6	42
Flexion	7	43
Horizontal Adduction	1-2	48
Horizontal Adduction	3	49
Horizontal Adduction	4	50
Horizontal Adduction	5	51
Abduction	1-2	53
Posterior Hand Clasp		54
Dehnungen im Liegen:		Seite
Horizontal Abduction	1-2	22
Horizontal Abduction	3	23
Horizontal Abduction, Both Arms	1-2	24
Horizontal Abduction, Both Arms	3	25
Horizontal Abduction, Both Hands	4-5	26
Internal Rotation		36
External Rotation		38
Flexion	1-4	44
Flexion	5-6	45

DO NOT COPY

ALLE ÜBUNGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE RECHTE SEITE DES KLIENTEN

TIPPS FÜR ALLE ÜBUNGEN:

Jede Übung im Sitzen sollte bei einer annähernd anatomisch neutralen Körperhaltung anfangen, soweit der Klient sie aufrechterhalten kann.

Erziehen Sie den Klienten dazu, den M. transversus abdominis und unteren rectus abdominis zu aktivieren.

Belehren Sie den Klienten, sich weniger als 100 % zu bemühen, bis die Bewegung verstanden ist.

Halten Sie die Schulterblätter des Klienten nach unten zurückgezogen und sein Brustbein nach vorne gerichtet. Dieser Hinweis ist besonders hilfreich, wenn der Klient hinten eine Einklemmung der Gelenkkapsel erfährt.

Der Klient atmet beim Dehnen *aus* und in der Rückkehrphase der Bewegung wieder ein.

Wenn der Klient während des Dehnens eine Verspannung im Nacken verspürt, weisen Sie ihn an, sein Kinn zum Brustkorb zu senken, damit die hinteren Halsmuskeln sich entspannen können.

Ein Hocker ist ein ideales Möbelstück für diese Übungsreihe, weil hinten nichts im Wege steht, die das Gelingen und Ausführen jeder Bewegung verhindern könnte. Die Rückenlehne eines Stuhls erschwert möglicherweise die Durchführung der hier aufgelisteten Dehnungen.

Bei jeder Dehnung mit gestrecktem Ellenbogen unterstützen Sie das Gelenk mit der ganzen Hand, um eine Überstreckung zu vermeiden.

Cueing-Tipp: Falls nach einigen Versuchen das Vorgehen doch nicht vom Klienten verstanden wird, führen Sie die Bewegung passiv aus, damit der Klient ein Gefühl dafür entwickelt.

Körpermechanik: Vergewissern Sie sich, dass der Klient sich aktiv bewegt und dass Sie nur assistieren. Das Assistieren fängt da an, wo der Klient sich nicht mehr aus eigener Kraft bewegen kann.

Dehnungen für die Schulter: Im Sitzen versus im Liegen

Besonders wichtig zu berücksichtigen hier ist, wie der Klient positioniert wurde, um ein erfolgreiches Ergebnis sicherzustellen.

Im Sitzen: Größtes Bedenken betrifft die Wirkung der Schwerkraft. Denken Sie daran: Die Schwerkraft zieht immer nach unten. Dies kann dazu führen, dass der Klient ermüdet, wenn er wenig trainiert ist. Wenn der Klient sich anstrengt, eine "gute Körperhaltung" zu bewahren, kann es passieren, dass insgesamt seine Ausdauer für eine Behandlung abnimmt. Sich aufrecht zu halten vermindert auch die Fähigkeit des Klienten, sich auf seine Schulter zu konzentrieren, was auch wiederum ein Vorankommen verlangsamen kann.

Wenn die Stabilität des Klienten schwach ist oder seine Gelenke überbeweglich sind, können Schmerzen wegen der schlechten Gelenkartikulation entstehen. In diesem Fall achten Sie besonders auf die Lage des Schulterblattes. Wenn der Klient irgendwelche Gelenkschmerzen verspürt, stellen Sie sicher, dass er sich nur dann bewegt, wenn sein Gelenk in einer neutralen Position liegt. Das Schulterblatt liegt neutral, wenn es nach unten zurückgezogen ist. Beachten Sie, wie der Klient arbeitet, wenn er sich bemüht, sein Schulterblatt neutral zu halten. Wenn man ein Gelenk von einer neutralen Position ausstreckt, sollte man sehr behutsam sein, weil die tatsächliche Gewebeverspannung sich bemerkbar macht. Oft tritt die Dehnung schon früher als erwartet auf. Bewegen Sie langsam, während der Klient *unangestrengt* mitmacht.

Im Liegen: Wenn der Klient gegen die Schwerkraft arbeitet, entsteht jedes Mal ein überlegenes Ergebnis. Wenn dies aber nicht möglich ist, gibt es auch andere Alternativen.

Der Schwerkraft entgegen zu wirken schafft gerade das, was Sie für die Heilung des Klienten wünschen würden ohne das Entstehen möglicher Probleme, die vom Sitzen aufkommen können.

Im Liegen wird der Klient mehr Energie haben und auch eher in der Lage sein können, die Arbeit mit mehr Ausdauer und Konzentration genießen können. Das ist sowohl für den Klienten wie auch für den Therapeuten befriedigender. In dieser Position gleicht jede Dehnung einer leichten Stärkungswiederholung. Der Schwerkraft entgegen zu wirken verleiht den Muskeln den nötigen neurologischen Anreiz anders zu funktionieren, indem eine angemessene Sequenzierung geschaffen wird, damit Gelenkbewegungen gleichmäßig verlaufen können und die Propriozeption neu erlernt werden kann.

ALLGEMEINE BESCHWERDEN, VERLETZUNGEN und PROBLEME:

Eine schmerzhafte Schultersteife oder "adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel" ist ein Krankheitsbild, in dem die Bewegung des Schultergelenkes stark eingeschränkt ist. Die Ursache einer schmerzhaften Schultersteife ist nicht ausreichend verstanden, dennoch findet sie oft ohne ersichtlichen Grund statt. Eine schmerzhafte Schultersteife löst eine Kontraktion der umliegenden Kapsel des Schultergelenkes aus und dadurch entsteht Narbengewebe. - *siehe Seite 58 im Protokoll*

Risse in der Rotatorenmanschette entstehen, wenn eine der Sehnen der Manschettenmuskeln verletzt wird. Risse in der Rotatorenmanschette zeigen vielfältige Formen und Größen auf. Im Allgemeinen aber werden sie als ein Loch oder ein Riss in einem der Muskeln oder in einer der Sehnen betrachtet, die das Schultergelenk umschließen. Wie bei den meisten orthopädischen Erkrankungen können die geläufigsten Ursachen eines Rotatorenmanschetterisses in 'wiederholte Überlastungen' oder 'traumatische Verletzungen' aufgeteilt werden. - *siehe Seite 59 im Protokoll*

Eine Sehnenentzündung der Rotatorenmanschette, ("Schwimmerschulter", "Tennisschulter", "Werferschulter") wird in der Regel von Sportarten verursacht, bei denen der Arm wiederholt über den Kopf geschwungen wird und dadurch eine Entzündung der Rotatorenmanschette hervorruft. Die der Manschette gehörenden Muskeln sind: Der M. supraspinatus, M. infraspinatus und M. teres minor. Bei der Behandlung einer Rotatorenmanschette-Verletzung ist es wichtig, alle Muskeln des Schultergelenkes einzubeziehen. - *siehe Seite 59 im Protokoll*

Eine Schleimbeutelentzündung oder ein Impingementsyndrom (Engpassyndrom) der Schulter ist ein Krankheitsbild, bei dem die oberste Sehne der Rotatorenmanschette, die Supraspinatussehne, die unter den akromialen Vorsprung läuft, beteiligt ist. Bei einigen Menschen ist der Raum zwischen der Unterseite des Akromions und dem oberen Humeruskopf ziemlich eng. Die Rotatorenmanschette und die Schleimbeutel (Bursae) können eingeklemmt werden, wenn die Schulter nach vorne gebeugt wird. Bei wiederholten Einklemmungen können die Sehnen und Schleimbeutel sich entzünden und anschwellen und dadurch Schmerzen verursachen, die als ein "chronisches Impingementsyndrom" bekannt werden. Dieses Krankheitsbild kann sich weiter verschlechtern oder zu einer adhäsiven Entzündung der Schultergelenkkapsel führen. - *siehe die Seiten 58 und 61 im Protokoll*

ALLGEMEINE BESCHWERDEN, VERLETZUNGEN und PROBLEME:

Eine Entzündung der Bizepssehne ist ein entzündlicher Zustand der langen Bizepssehne, die aufgrund seiner Lage und Funktion eine allgemeine Ursache von Schulterschmerzen ist. Wenn die Sehne durch eine knöcherne Gleitrinne (*Sulcus bicipitalis*) am Oberarm läuft und auf die obere Seite der Knorpellippe (Labrum) des glenohumeralen Gelenkes ansetzt, wird sie an der Anteriorseite der Schulter freigelegt. Dies kann zu Problemen führen, wenn der Muskel zu verspannt oder schwach ist. Beide Probleme können einen Zustand hervorrufen, bei dem die Sehne nicht mehr reibungslos durch die Rinne läuft und das Gewebe weiter reizt. Funktionsstörungen der Bizepssehne können auch zu Labrumrissen und Entzündungen führen. Eine Beeinträchtigung der Bizepssehne kann durch eine Einklemmung entstehen oder aufgrund einer isolierten entzündlichen Verletzung auftreten. Andere Ursachen sind sekundäre Kompensationen aufgrund von Rotatorenmanschettenproblemen, Labrumrissen und intraartikulären Pathologien. - *siehe Seite 60 im Protokoll*

Knochensporne (Osteophyten) sind knöcherne Wucherungen, die sich auf normalen Knochen bilden. Knochensporne entstehen aus dem Versuch des Körpers, bei einer chronischen Entzündung, Kalzium abzulagern, um Weichteile zu stabilisieren. Im Allgemeinen entwickeln sie sich als eine Reaktion auf Druck, eine Reibung oder einen länger anhaltenden Stresszustand. - *siehe Seite 59 für weitere Information*

Arthritis ist eine Entzündung eines oder mehrerer Gelenke, die Schmerzen, Anschwellungen, Steifheit und eingeschränkte Bewegungen verursacht. Es gibt über 100 verschiedene Formen von Arthritis. Eine chronische Gelenkentzündung bedeutet den Zerfall von Knorpel an den Knochenenden. Knorpel schützt das Gelenk und ermöglicht eine glatte, reibungslose Bewegung. Knorpel dämpft auch einen Stoß, wenn das Gelenk unter Druck gesetzt wird. Mit der Zeit verursacht eine Entzündung einen funktionsgestörten Bewegungsablauf des Gelenks, der wiederum zu einer Reizung des Knorpels führt. Wenn eine Reizung nicht behandelt wird, baut der Knorpel langsam ab. Ohne die übliche Knorpelmenge reiben die Knochen zusammen und verursachen weitere Schmerzen, Anschwellungen und Steifheit.

Einige Auslöser einer Arthritis sind Autoimmun-Erkrankungen (der Körper greift sich selbst an, wenn das Immunsystem ein Körperteil als fremd betrachtet), Knochenbrüche, Infektionen (meistens durch Bakterien oder Viren verursacht) oder allgemeiner Gelenk-"Verschleiß". Oft verschwindet die Entzündung sobald die Verletzung geheilt, die Erkrankung behandelt oder die Infektion beseitigt wurde. Bei einigen Verletzungen und Erkrankungen verschwindet die Entzündung nicht oder wurde zu spät behandelt und das Problem einer einfachen entzündlichen Reaktion verwandelt sich in eine chronische Krankheit. - *ein entzündetes Gelenk bedarf eines globalen Lösungsansatzes mit Dehnung und Stärkung; es gibt kein besonderes Protokoll für Arthritis.*

ALLGEMEINE BESCHWERDEN, VERLETZUNGEN und PROBLEME:

Eine Ellenbogenhyperextension entsteht, wenn die Bänder des Ellenbogens zu locker sind. Eine Überstreckung an sich ist nicht schmerzhaft, aber die Laxheit in den Bändern lässt eine Schwäche entstehen, die die Chancen einer Verletzung vergrößert. Obwohl die Schulter herum sowie den Ellenbogen und das Handgelenk etwas gedehnt werden können, heißt die Lösung des Problems, schwerpunktmäßig viel zu stärken. Wenn die Muskeln, die den Ellenbogen "umschlingen", kräftiger werden, gleichen sie möglicherweise den durch die lockeren Bänder verursachten Unterschied aus. - *siehe Seite 60 für weitere Information*

Angehobene Schulterblätter können in erster Linie wegen einer chronischen Kontraktion des M. levator scapulae und der Trapezmuskeln verursacht werden, wenn keine neurologische Erkrankung oder krankhaft gesteigerter Angstzustand vorliegt. Weil das Problem sowohl die Schulter- wie auch die Halsmuskeln mit einschließt, müssen beide Bereiche gleichzeitig behandelt werden. - *siehe Seite 62 im Protokoll*

Eine protrahierte „Flügelstellung“ der Scapula findet meistens dann statt, wenn die vordere Muskulatur - der M. pectoralis major, der M. pectoralis minor, der M. biceps brachii und die nach innen drehenden Muskeln - derart verspannt ist, dass sie das Schultergelenk chronisch nach innen dreht und das Schulterblatt mit sich zieht. Eine Dehnung der oben erwähnten Muskulatur ist der erste Schritt. Spezifische Stärkungsübungen sollten einer gründlichen Dehnung des Gewebes um das Gelenk herum folgen, damit die Schulterblätter und die Oberarmknochen wieder in eine Neutralstellung zurückfallen können. - *siehe Seite 61 im Protokoll*

Verstauchungen sind Bänderverletzungen. Ein Band ist ein dickes, starkes und faseriges Gewebe, das die Knochen miteinander verbindet. Der Zweck von Bändern ist es, das Knochengestüt zusammenzuhalten und abnorme Bewegungen zu verhindern. Wenn jedoch einem Band zu viel Gewalt zugefügt wird, wie zum Beispiel beim Hinfallen, kann sich das Band zu weit dehnen oder reißen; diese Verletzung nennt man eine Verstauchung. - *Protokolle sind spezifisch zum jeweiligen verstauchten Band.*

Verzerrungen sind Muskel- und/oder Sehnenverletzungen. Wenn ein Muskel zu weit gezogen wird oder wenn er in eine Richtung gezogen wird und sich gleichzeitig in die andere Richtung zusammenzieht, können Muskel- oder Sehnenverletzungen entstehen. Verzerrungen können auch durch chronische Aktivitäten verursacht werden, die eine Überdehnung der Muskelfasern erzeugen. - *Protokolle sind spezifisch zum verzerrten Muskel oder zur verzerrten Sehne.*

Pectoralis

Der *M. pectoralis major* ist fächerförmig mit 4 eindeutigen Muskelbäuchen. Der am höchsten liegende Muskelbauch setzt am Schlüsselbein an und der niedrigste ist an der Bauchwand (Lamina) befestigt. Sein Ansatz an den Bauchmuskeln zeigt auf, wie eng die Schulter mit unserem Innersten verbunden ist.

Obwohl anscheinend keine Nerven von einem angespannten *M. pectoralis major* eingeschlossen werden, passieren die Lymphgefäße, die von der Brust ausgehen, vorne und um diesen Muskel herum. Dadurch entsteht die Möglichkeit, dass ein enger großer Brustmuskel ein Lymphgefäß einschließt und seine Fähigkeit, Abfallprodukte des Körpers zu beseitigen, vermindert.

Der *M. pectoralis minor* ist dafür bekannt, die Achselarterie und die Nervenwurzeln von C7 und C8 einklemmen zu können. Verspannungen in den Muskeln *biceps brachii*, *coracobrachialis* und *trapezius* sind weitere Faktoren, die zu einer Funktionsstörung des *M. pectoralis minor* beitragen und/oder fortbestehen lassen können.

Funktionen

Die Funktion des *M. pectoralis major* ist das Heranziehen des Humerus über den Brustkorb. Die Flyübung ist das beste Beispiel für diese Aktion. In zweiter Linie dreht der große Brustmuskel den Oberarm nach innen. Der große Brustmuskel stabilisiert auch das Schulterblatt, wenn der Oberarm gestreckt und nach unten geschoben wird, wie z. B. beim Gehen mit Krücken. Wenn der Oberarm fixiert ist, kann der große Brustmuskel auch auf den Rumpf etwas einwirken.

Der *M. pectoralis minor* bewegt das Schulterblatt nach vorne, nach unten und nach innen. Diese Aktion ist sichtbar, wenn die Schulter nach vorne gezogen wird. Ähnlich dem großen Brustmuskel stabilisiert der *M. pectoralis minor* das Schulterblatt, wenn der Oberarm gestreckt und nach unten geschoben wird.

Shoulder Horizontal Abduction 1 & 2; Seated (Horizontale Schulterabduktion 1 & 2; im Sitzen)

Hervorgehobene Muskeln - 1 - lineare Fasern des M. pectoralis major,
2 - schrägliegende Fasern des M. pectoralis major



Klient: Im Sitzen mit den Armen an den Seiten hebt er seine Schulter bis **90 Grad** an mit dem "Daumen nach oben".

Therapeut: Stehen Sie hinter dem Klienten auf der **rechten** Seite. Legen Sie Ihre **linke** Hand auf das **rechte** Schulterblatt des Klienten. Schließen Sie die Innenseite des Ellenbogens des Klienten mit Ihrer **rechten** Hand ein. Dadurch wird der Unterarm des Klienten in der "Beuge" Ihres Ellenbogens aufgestützt.

Klient: Zieht sein Schulterblatt zurück und streckt seinen **rechten** Arm nach hinten aus.

Therapeut: Helfen Sie leicht weiter am Ende der Bewegung.

Wiederholungen: Zwei Sätze mal 8-10

Alternativposition:

Therapeut: Stehen Sie hinter dem Klienten mit Ihrem **linken** Hüftknochen (Ilium) gegen sein **rechtes** Schulterblatt. Reichen Sie Ihre **linke** Hand auf die gegenüberliegende Schulter des Klienten herum, um sie festzuhalten. Verwenden Sie Ihre **rechte** Hand wie oben beschrieben.

Diese Position ist eine ausgezeichnete Alternative für Klienten mit neurologischen Problemen, schweren Schwächezuständen und/oder Schulterverletzungen.

#2 - WIEDERHOLEN Sie den obigen Ablauf, indem der Klient seinen Arm **schräg nach oben und nach hinten** in einem **60-Grad-Winkel** ausstreckt.

Fortgeschrittene Bewegung: Wenn die Beweglichkeit des Klienten sich verbessert, weisen Sie ihn an, sein Handgelenk am Ende der Bewegung noch zu strecken.



ALLGEMEINE KOMPENSATIONEN: Achten Sie darauf, ob der Klient sein Kinn hervor schiebt, seinen Rücken wölbt, seinen Körper und/oder seine Schulter dreht.

Informationshinweis: Eine vollständige Behandlung der Brustmuskulatur ist ein wesentlicher Bestandteil in der Therapie neurologischer Krankheiten des Armes.

Schlüssel zum Erfolg: Stellen Sie sicher, dass der Klient zuerst sein Schulterblatt zurückzieht, bevor er sich bewegt.

Herr Stretchy sagt: Manchmal spürt der Klient die Dehnung in den Bizeps. In diesem Fall sollte er einfach seinen Ellenbogen beugen.

Shoulder Horizontal Abduction 1 & 2; w/Spinal Extension; Seated

(Horizontale Schulterabduktion 1 & 2; mit Wirbelsäulenextension; im Sitzen)

Hervorgehobene Muskeln - 1 - Brustbeinansatz des M. pectoralis major; 2 -
kostaler Ansatz des M. pectoralis major



Klient: Im Sitzen mit den Armen an den Seiten hebt er seine Schulter bis **90 Grad** an mit dem "Daumen nach oben".

Therapeut: Stehen Sie hinter dem Klienten, etwas nach **rechts** gedreht. Schließen Sie die Innenseite des **linken** Ellenbogens des Klienten mit Ihrer **rechten** Hand ein. Dadurch wird der Unterarm des Klienten in der "Beuge" Ihres Ellenbogens aufgestützt. Reichen Sie Ihre **linke** Hand auf die gegenüberliegende Schulter des Klienten herum, um sie festzuhalten, Setzen Sie Ihren **linken** Oberschenkel fest an die Wirbelsäule des Klienten auf.

Klient: Zieht sein Schulterblatt zurück und streckt seinen **rechten** Arm nach hinten aus. Wenn er nach hinten reicht, breitet er seine Wirbelsäule gegen Ihren Oberschenkel aus.



Therapeut: Wenn der Klient seinen Arm nach hinten ausstreckt, strecken Sie Ihren Rücken, um der Wirbelsäulenextension des Klienten ausreichend Platz zu geben.

Helfen Sie leicht weiter am Ende der Bewegung.

Wiederholungen: Zwei Sätze mal 8-10

#2 - WIEDERHOLEN Sie den obigen Ablauf, indem der Klient seinen Arm **schräg nach oben und nach hinten** in einem **60-Grad-Winkel** ausstreckt.

Fortgeschrittene Bewegung: Wenn die Beweglichkeit des Klienten sich verbessert, weisen Sie ihn an, sein Handgelenk am Ende der Bewegung noch zu strecken.

Schlüssel zum Erfolg: Stellen Sie sicher, dass der Klient zuerst sein Schulterblatt zurückzieht, bevor er sich bewegt.



ALLGEMEINE KOMPENSATIONEN: Achten Sie darauf, ob der Klient sein Kinn hervor schiebt, seinen Hals verspannt und/oder seine Schulter dreht.

Informationshinweis: Dies ist eine ausgezeichnete Übung, um die Rehabilitation nach einer Operation am offenen Herzen zu unterstützen.

Shoulder Horizontal Abduction 3 - "Thumbs Down"; Seated (Horizontale Schulterabduktion 3 - "Daumen nach unten"; im Sitzen

Hervorgehobene Muskeln - Schlüsselbeinfasern des M. pectoralis major



Klient: Im Sitzen mit den Armen an den Seiten hebt er seine Schulter bis **90 Grad** an mit dem "Daumen nach unten".

Therapeut: Stehen Sie hinter Ihrem Klienten auf der **rechten** Seite. Legen Sie Ihre **linke** Hand auf das **rechte** Schulterblatt des Klienten. Fassen Sie das Handgelenk des Klienten mit Ihrer **rechten** Hand an, wenn er seinen Oberarm abduziert und ausstreckt.

Klient: Zieht sein Schulterblatt zurück und streckt seinen **rechten** Arm nach hinten aus.

Therapeut: Wenn der Klient seine Schulter ausstreckt, fassen Sie sein Handgelenk leicht an.

Helfen Sie leicht weiter am Ende der Bewegung.

Wiederholungen: Zwei Sätze mal 8-10



Fortgeschrittene Bewegung: Wenn die Beweglichkeit des Klienten sich verbessert, weisen Sie ihn an, seine Faust am Ende der Bewegung leicht zu ballen.

Schlüssel zum Erfolg: Stellen Sie sicher, dass der Klient zuerst sein Schulterblatt zurückzieht, bevor er sich bewegt.

Schlüssel zum Erfolg: Achten Sie darauf, dass Sie den Daumen des Klienten mit Ihrer assistierenden Hand nach unten halten.

ALLGEMEINE KOMPENSATIONEN: Achten Sie darauf, ob der Klient sein Kinn hervor schiebt, seinen Rücken wölbt, seinen Körper und/oder seine Schulter dreht.

Informationshinweis: Diese Dehnung bildet ein Teil der Behandlung bei einer vorderen Schultereinklemmung.

Vorsichtsmaßnahme: Halten Sie die Schulter des Klienten bei **90-Grad** oder weniger fest. Aufgrund der Bewegung des Schulterblattes und des Oberarmes sowie des Anstoßes des Humerus an das Akromion kann es zu einer Gelenkkapselreizung kommen.

Shoulder Horizontal Abduction 1 & 2; Both Arms: Seated (Horizontale Schulterabduktion 1 & 2; beide Arme; im Sitzen)

Hervorgehobene Muskeln - 1 - lineare Fasern des M. pectoralis major, 2 - schrägliegende Fasern des M. pectoralis major



Klient: Im Sitzen mit den Armen an den Seiten.

Therapeut: Stehen Sie hinter dem Klienten.

Klient: Hebt beide Arme zu einem **90-Grad-Winkel** mit den "Daumen nach oben" an. Danach streckt der Klient beide Arme nach hinten aus.

Therapeut: Wenn der Klient nach hinten ausstreckt, fassen Sie beide Hände vorne um seine Oberarme, etwas oberhalb seiner Ellenbogen.

Helpen Sie leicht weiter am Ende der Bewegung.



Wiederholungen: Zwei Sätze mal 8-10

#2 - WIEDERHOLEN Sie den obigen Ablauf, indem der Klient beide Arme *schräg nach oben und nach hinten* in einem **60-Grad-Winkel** ausstreckt.



Fortgeschrittene Bewegung: Wenn die Beweglichkeit des Klienten sich verbessert, weisen Sie ihn an, sein Handgelenk am Ende der Bewegung noch zu strecken.

ALLGEMEINE KOMPENSATIONEN: Achten Sie darauf, ob der Klient sein Kinn hervor schiebt, seinen Rumpf nach vorne beugt und seinen Rücken wölbt.

Schlüssel zum Erfolg: Stellen Sie sicher, dass der Klient zuerst sein Schulterblatt zurückzieht, bevor er sich bewegt.

Shoulder Flexion 1 - 4; Seated (Schulterflexion 1 -4; im Sitzen)

Hervorgehobene Muskeln - 1 - M. teres major, 2 - M. infraspinatus,
3 - M. teres minor, 4 - M. latissimus dorsi



Klient: Im Sitzen mit den Armen an den Seiten, die *rechte Handfläche nach vorne gerichtet*.

Therapeut: Stehen Sie auf der **rechten** Seite des Klienten. Legen Sie Ihre **linke** Hand auf den Akromionfortsatz des Klienten.

Klient: Hält seinen Ellenbogen gerade und beugt seine Schulter nach oben zur Decke hin.

Therapeut: Wenn der Klient seine Schulter beugt, legen Sie Ihre **rechte** Hand auf die hintere Seite seines Humerus oberhalb seines Ellenbogens.

Helfen Sie leicht weiter am Ende der Bewegung.



Wiederholungen: Zwei Sätze mal 8-10

WIEDERHOLEN Sie den obigen Ablauf mit der Handfläche des Klienten **#2 - zum Körper**, **#3 - nach hinten** und dann **#4 - weg vom Körper** gedreht.



ALLGEMEINE KOMPENSATIONEN: Achten Sie darauf, ob der Klient seinen Hals beugt, seine Schulter abduziert, seinen Rücken wölbt und/oder seinen Rumpf dreht.

Shoulder Flexion w/Elbow Flexion 5 - Seated (Schulterflexion mit Ellenbogenflexion 5 - im Sitzen)

Hervorgehobene Muskeln - proximales Trizepsgewebe



Klient: Im Sitzen mit den Armen an den Seiten beugt er seinen **rechten** Ellenbogen und legt seine Handfläche an seine Schulter.

Therapeut: Stehen Sie auf der **rechten** Seite des Klienten. Legen Sie Ihre **linke** Handfläche flach auf das **rechte** Handgelenk des Klienten. Legen Sie Ihre **rechte** Hand auf die Rückseite des Ellenbogens des Klienten.

Klient: Beugt seine **rechte** Schulter, streckt sich durch seinen Ellenbogen aus und hebt dabei seinen Arm zur Decke.

Therapeut: Wenn der Klient seine Schulter beugt, drücken Sie leicht aber fest auf das Handgelenk des Klienten, um eine vollständige Ellenbogenbeugung aufrecht zu halten.

Helfen Sie leicht weiter am Ende der Bewegung.



Wiederholungen: Zwei Sätze mal 8-10

Herr Stretchy sagt: Halten Sie den Ellenbogen des Klienten ganz nahe zu seinem Ohr; der Bizeps sollte die Wange leicht berühren.

Schlüssel zum Erfolg: Halten Sie den Arm des Klienten in einer Neutralstellung für die beste Isolierung.

ALLGEMEINE KOMPENSATIONEN: Achten Sie darauf, ob der Klient sein Kinn hervor schiebt, seinen Rücken wölbt, seinen Hals beugt, sowie seine Schulter abduziert und/oder nach außen dreht.



Bandverwendung: Fassen Sie das Band in der **rechten** Hand mit der **rechten** Handinnenfläche zum Humerus. Strecken Sie die **linke** Hand nach hinten um den Rücken herum und fassen Sie das andere Ende des Bandes an.

Shoulder Flexion w/Elbow Flexion 6 - Obliquely Out; Seated (Schulterflexion mit Ellenbogenflexion 6 - schräg nach außen; im Sitzen)

Hervorgehobene Muskeln - proximales und mediales Trizepsgewebe



Klient: Im Sitzen mit den Armen an den Seiten beugt er seinen **rechten** Ellenbogen und legt seine Handfläche an seine Schulter. Danach abduziert der Klient seinen Humerus **45 Grad** weg vom Körper.

Therapeut: Stehen Sie auf der **rechten** Seite des Klienten. Legen Sie Ihre **linke** Handfläche flach auf das **rechte** Handgelenk des Klienten. Legen Sie Ihre **rechte** Hand auf die Ellenbogenrückseite des Klienten.



Klient: Beugt seine **rechte** Schulter, streckt sich durch seinen Ellenbogen aus und hebt dabei seinen Arm zur Decke und zur entgegengesetzten Schulter.

Therapeut: Wenn der Klient seine Schulter beugt, drücken Sie leicht aber fest auf das Handgelenk des Klienten, um eine vollständige Ellenbogenbeugung aufrecht zu halten.

Helfen Sie leicht weiter am Ende der Bewegung.

Wiederholungen: Zwei Sätze mal 8-10

Herr Stretchy sagt: Stellen Sie sicher, dass der Klient den richtigen Winkel für das Assistieren mit dem Band kennt - nämlich in Richtung auf die gegenüberliegende Hüfte.

Schlüssel zum Erfolg: Halten Sie den Arm des Klienten in einer Neutralstellung für die beste Isolierung.

ALLGEMEINE KOMPENSATIONEN: Achten Sie darauf, ob der Klient sein Kinn hervor schiebt, seinen Rücken wölbt, seinen Hals beugt und seine Schulter abduziert.



Bandverwendung: Fassen Sie das Band in der **rechten** Hand mit der **rechten** Handinnenfläche zum Humerus. Strecken Sie die **linke** Hand nach hinten um den Rücken herum und fassen Sie das andere Ende des Bandes an.

Protokollschlüssel für die Schulter -

Dehnungsname

Gedehnte Muskeln

Im Sitzen -

Shoulder Horizontal Abduction	SHABS	1-6	M. pectoralis major, M. biceps brachii
Shoulder Horizontal Abduction/Extension	SHABES	1-4	Brustbeinfaszie
Shoulder Extension	SES	1-6	Bizeps
Shoulder Internal Rotation	SIRS	1	Rotatorenmanschette
Shoulder External Rotation	SERS	1	Rotatorenmanschette
Shoulder Posterior Hand Clasp	SPHCS	1	Gelenkkapsel
Shoulder Horizontal Adduction	SHADS	1-5	M. infraspinatus, M. supraspinatus
Shoulder Flexion	SFS	1-7	M. triceps brachii, M. teres minor
Shoulder Abduction	SABS	1-2	M. latissimus dorsi, M. teres major

DehnungsnameGedehnte Muskeln**Tisch -**

Shoulder Horizontal Abduction	SHABT	1-3	M. pectoralis major, M. biceps brachii
Shoulder Internal Rotation	SIRT	1	Rotatorenmanschette
Shoulder External Rotation	SERT	1	Rotatorenmanschette
Shoulder Flexion	SFT	1-6	M. triceps brachii, M. teres minor
Cervical Flexion	CFT	1-5	Halsstrecker, subokzipitale Muskeln
Cervical Lateral Flexion	CLFT	1-2	M. trapezius M. levator scapulae, Mm. scaleni
Cervical Rotation	CRT	1	M. trapezius M. levator scapulae, Mm, scaleni, SCM
Cervical Extension	CET	1-3	Mm. scaleni, Platysma, SCM
Thoracic Extension	TET	1	Bauchmuskeln, Interkostalmuskeln

Vollständiges Protokoll für die Schulter -

Im Sitzen - Das ganze Schulterprotokoll im Sitzen dauert 30-45 Minuten je nach Klient.

Dehnung -

		Seite
SHABS	1-6	S16, 18-21
SHABES	1-4	S17
SES	1-6	S28-33
SIRS	1	S35
SERS	1	S37
SPHCS	1	S54
SHADS	1-5	S48-51
SFS	1-4	S40
SFEFS	1-3	S49-51
SABS	1-2	S53

Tisch - Das ganze Schulterprotokoll auf dem Tisch dauert 20-30 Minuten je nach Klient.

Dehnung -

		Seite
SHABT	1-3	S22, 23
SHABBLT	1-4	S24-26
SIRT	1	S36
SERT	1	S38
SFT	1-6	S44-45

Protokolle für die Schulter -

Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel oder "Schultersteife" – die zeitliche Abstimmung bezieht sich auf eine Seite.

Hauptzweck - Adhäsionen, die sich um die Gelenkkapsel gebildet haben und die mit der Scapula und dem Humerus "verschmolzen" sind, auflösen.

Allgemeine Herausforderungen - Die Scapula vom Humerus befreien.

Langfristige Ziele - Stärke im ganzen Schulterbereich wiederherstellen und die schlechte Körperhaltung, die zum Problem beiträgt, korrigieren.

Dehnung	15	30	Seite
SES	1-6		S28-32
SERS	1		S37
SIRS	1		S35
SFS	1-4		S40
SFEFS	1-3		S41-43
SABS		1-2	S53
SHABS		1-4	S16, 18
SHADS		1-5	S48-51

Denken Sie daran, dass diese Positionen allgemeine Faustregeln sind. Oft kann die Schulter nicht in die im Buch beschriebenen Positionen gebracht werden. Bei einer schmerzhaften Schultersteife müssen Sie oft kreativ werden und mit denjenigen Bewegungen anfangen, die der Klient bequem durchführen kann, um von da aus langsam weiterzugehen. Denken Sie daran, sehr langsam und vorsichtig zu arbeiten. Das Gewebe reagiert besonders empfindlich auf den Muskeldehnungsreflex. Es ist ratsam, wenn möglich, mit dem Klienten auf dem Tisch zu arbeiten. So ist die Schulter unterstützt und der Fokus mehr auf die Isolierung einzelner Muskelbewegungen gelegt, anstatt auf die Rekrutierung derer zu konzentrieren. Es wird nötig sein, jede der obigen Bewegungen langsam und leicht mehrmals zu wiederholen, um diesen Zustand aufzuschließen. *Langsam und vorsichtig bewegen.*

Bursitis – Eine Schleimbeutelentzündung wird mit demselben Protokoll behandelt wie bei einer adhäsiven Entzündung der Schultergelenkkapsel. Eine Eismassage und eine örtlich verabreichte, kühlende Salbe können den Heilungsprozess beschleunigen.