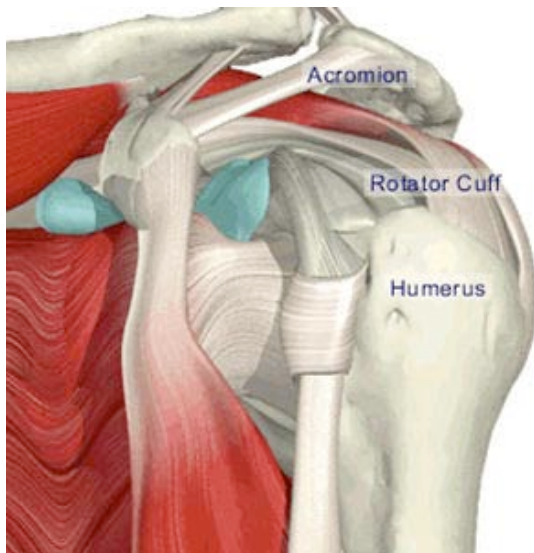


Schulter

Aufbau des Schultergelenks

Das große Hauptgelenk der Schulter (Humeroscapulargelenk) besteht aus dem Oberarmkopf und der Schultergelenkspfanne, die zusammen ein Kugelgelenk bilden. Zum Gelenkkomplex gehören noch vier weitere Gelenke:

- das Schulterreckgelenk (Acromioclaviculargelenk) zwischen Schlüsselbein und Schulterblatt
- das Gelenk zwischen Brustbein und Schlüsselbein (Sternoclaviculargelenk)
- das subacromiale Nebengelenk, der Raum zwischen Schulterdach und Oberarmkopf
- das Gelenk zwischen Schulterblatt und Brustkorb



Anatomie der linken Schulter, von vorne gesehen (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)

Was macht das Schultergelenk so einzigartig?

Die Schulter ist mit Abstand das beweglichste Gelenk unseres Körpers und ermöglicht es, den Arm mühelos in alle drei Richtungen zu bewegen. Diese Bewegungsfreiheit ist vor allem darauf zurückzuführen, dass das Schulterhauptgelenk größtenteils von Muskeln und Sehnen geführt und stabilisiert wird (im Gegensatz zum Hüftgelenk, obwohl dieses auch ein Kugelgelenk ist). Da die Gelenkfläche des Oberarmkopfes drei- bis viermal größer ist als die Gelenkfläche der Schultergelenkspfanne, wird das Schultergelenk wenig knöchern begrenzt.

Die muskuläre Stabilisierung erfolgt dabei in erster Linie durch die innen liegenden Muskeln der Rotatorenmanschette. Diese Muskeln sorgen dafür, dass der große Oberarmkopf bei jeder noch so kleinen Bewegung in der Schultergelenkspfanne zentriert bleibt. Des Weiteren sichert der oft bei Kraftsportlern sehr ausgeprägte, oberflächlich liegende Deltamuskel (musculus deltoideus) das Schultergelenk.

Häufigste Erkrankungen der Schulter

Im folgenden sind die häufigsten Erkrankungen der Schulter sowie schulmedizinische und alternative Behandlungsmethoden beschrieben.

Bei Schulterschmerzen muss immer folgendes beachtet werden:

- Aufgrund der anatomischen und funktionellen Zusammenhänge sollten immer die Halswirbelsäule und die obere Brustwirbelsäule mit untersucht werden – zu berücksichtigen ist, dass der Schulterbereich von den sensiblen Fasern der Rückenmarksnerven C4-C6 versorgt wird.
- Organerkrankungen können ebenfalls Schulterschmerzen auslösen: Verbindungen zu Herz, Zwerchfell, Leber und Gallenblase sind bekannt und klinisch von großer Bedeutung. Die Schulter stellt dabei die sog. „Headsche Zone“ eines inneren Organs dar.
- Schulterschmerzen treten auch bei dem oft anzutreffenden Syndrom der oberen Thoraxapertur, auch Thoracic-outlet-Syndrom genannt, auf. Bei dieser Erkrankung besteht ein Engpass im Bereich des Schultergürtels, welcher Nerven und Gefäße komprimiert und damit zu Gefühls- sowie Durchblutungsstörungen führt.
- Schulterschmerzen können auch durch eine Tumorerkrankung entstehen. Besonders häufig ist hierbei ein Pancoast-Tumor (Lungenspitzentumor), meist begleitet von dem Horner-Syndrom (auf der betroffenen Seite sind eine Pupillenverengung, ein herabhängendes Augenlid sowie ein scheinbar eingesunkener Augapfel zu beobachten).
- Viele weitere Erkrankungen können sich erstmalig im Schultergelenk zeigen. Als Beispiele dafür sind Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Diabetes und Hyperurikämie (erhöhter Harnsäurespiegel) zu nennen.
- Sehr häufig werden Schulterschmerzen angegeben, wenn Muskeln im Schultergürtelbereich sog. Triggerpunkte aufweisen. Dies sind lokal begrenzte Verhärtungen in der Muskulatur, die meist stark druckempfindlich sind und triggerpunktspezifische ausstrahlende Schmerzen verursachen können.

Schulterschmerzen

Schulterschmerzen nehmen immer mehr zu. Oft werden sie verursacht durch ungenügende Vorbereitung des Bewegungsapparates auf körperliche Aktivitäten. Auch die gestiegene Lebenserwartung führt dazu, dass mehr Probleme am Bewegungsapparat auftreten als früher.

Nachfolgend werden die Erkrankungen der Schulter behandelt. Häufige Diagnosen sind hierbei:

- Schulterluxationen
- Claviculafrakturen
- Schleimbeutelentzündung
- Impingement-Syndrom
- Sehnenrisse (Riss an der Rotatorenmanschette oder SLAP-Läsion)
- Kalkschulter
- Arthrose
- Schultersteife, die sog. „frozen shoulder“

Die häufigste Verletzung im Schulterbereich stellt die Claviculafraktur dar (Bruch des Schlüsselbeines), welche ebenfalls kurz beschrieben ist. Auch Schulterluxationen sind relativ häufig!

Schulterluxationen

Die große Beweglichkeit bringt leider auch Nachteile mit sich. So ist zum Beispiel die Stabilität des Schultergelenks viel geringer als die des Hüftgelenks. Es treten häufiger Verletzungen auf, und ungefähr 40-50% aller Luxationen betreffen das Schultergelenk!

Die erste Luxation ist meist Folge eines Unfalls, z.B. eines Sturzes auf den Arm. Dabei wird der Oberarmkopf gewaltsam aus der Schultergelenkspfanne gerissen, sozusagen „ausgekugelt“. Wenn hierbei wichtige Stabilisierungsbänder oder auch die Gelenkklippe verletzt werden (letztere zentriert den Oberarmkopf besser in der Schultergelenkspfanne), so können später bei relativ geringen Belastungen wiederkehrende Luxationen auftreten. Seltener kommt es zu habituellen Schulterluxationen. Dies sind Schulterluxationen, die bereits bei alltäglichen Bewegungen auftreten und meistens anlagebedingt sind.

Ist eine Schulter luxiert, treten meistens sehr starke Schmerzen auf. Der Patient hält den betroffenen Arm am Körper und vermeidet jegliche Bewegung. Oft ist eine Verformung und Schwellung des Schultergelenks zu erkennen.



Röntgenbild einer ausgelenkten Schulter (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)

Therapie einer Schulterluxation

Eine ausgekugelte Schulter muss schnellstmöglich von einem erfahrenen Arzt wieder eingelenkt werden, um Schäden an Knorpel und Weichteilen zu vermeiden. Danach ist eine Ruhigstellung über einen gewissen Zeitraum notwendig.

Wenn keine Probleme auftreten, kann nach erfolgter Ruhigstellung eine konservative Therapie begonnen werden, um die Schultergürtelmuskulatur zu kräftigen und so einer erneuten Luxation vorzubeugen. Zuerst richtet sich das Augenmerk auf die Wiederherstellung des vollen Bewegungsumfanges. Danach sollte die Rotatorenmanschette auftrainiert werden, welche den Oberarmkopf in der Schultergelenkspfanne zentriert. Kraft und Koordination weiterer Stabilisatoren des Schultergelenks sollten ebenfalls verbessert werden. Dies erfolgt anfänglich am besten unter Anleitung, später durch tägliches Eigentraining, welches auch im Fitnessstudio möglich ist.

Vor allem weiteren habituellen Schulterluxationen als Folge der ursprünglichen Schädigung kann durch konservative Behandlung mit Muskeltraining erfolgreich entgegengewirkt werden. Manchmal ist jedoch die konservative Therapie nicht ausreichend, sodass eine Operation in Betracht gezogen werden muss. Konservativ therapiert wird aber in der Regel bei geringer sportlicher oder körperlicher Aktivität sowie mit zunehmendem Alter.

Claviculafraktur

Die Claviculafraktur, der Bruch des Schlüsselbeins, zählt zu den häufigsten Frakturen überhaupt. Sie entsteht durch indirekte oder direkte (oft nur geringe) Gewalteinwirkung auf das Schlüsselbein, meist beim Sport oder bei einem Verkehrsunfall (typisches Beispiel sind Schlüsselbeinbrüche, die sich Motorradfahrer durch die Unterkante des Helms zuziehen). Aber auch Neugeborene können nach schwierigen Geburten eine Claviculafraktur aufweisen.

Am häufigsten bricht die Clavicula im mittleren Bereich, wo sie den geringsten Durchmesser aufweist und dort zudem nicht durch straffe Bänder zusätzlich stabilisiert wird.

Symptome für einen Schlüsselbeinbruch sind Schmerzen sowie eine sicht- und tastbare Stufenbildung oder Schwellung im Bereich des Schlüsselbeins. Der Oberarm der betroffenen Seite wird meistens in einer Schonhaltung mit nach vorne geneigter Schulter getragen. Bewegungen im verletzten Schultergelenk werden automatisch vermieden. Oft ist ein deutlicher Bluterguss zu sehen.

Ein Schlüsselbeinbruch kann grundsätzlich konservativ mit einem sog. Rucksackverband oder operativ versorgt werden.

Schleimbeutelentzündung

Schleimbeutel (lat. bursa, d.h. „Beutel, Tasche“) sind Hohlräume, welche im Bereich des Bewegungsapparates an Stellen mit erhöhter Druckbelastung vorkommen. Sie sind außen von einer Membran umgeben und innen mit einer Flüssigkeit gefüllt. Wird ein Schleimbeutel zu stark beansprucht, füllt er sich mit weiterer Flüssigkeit, um den bestehenden Druck besser abpuffern zu können - es bildet sich eine Schleimbeutelentzündung (lat. bursitis). Diese macht sich durch Überwärmung bemerkbar und kann starke Schmerzen verursachen. Durch die Ausdehnung des Schleimbeutels entsteht eine nach außen sichtbare Schwellung oder es baut sich (innerhalb fester Strukturen) ein schmerzhafter Druck auf.

Im Schulterbereich gibt es im wesentlichen vier Schleimbeutel, von denen bei einer Entzündung meistens der Schleimbeutel zwischen dem Schulterdach und dem Oberarmkopf, die „bursa subacromialis“, betroffen ist. Eine Schleimbeutelentzündung im Schulterbereich ist oft chronisch und entsteht vorwiegend aufgrund mechanischer Überbelastung, beispielsweise durch häufiges Arbeiten mit den Armen über Kopfhöhe. Aber auch bestehende Vorerkrankungen im Schulterbereich wie das Impingement-Syndrom, eine Kalkschulter oder ein Riss an der Rotatorenmanschette können einen entzündeten Schleimbeutel verursachen. Eine rheumatische Veranlagung des Patienten begünstigt ebenfalls nicht-eitrige Schleimbeutelentzündungen in der Schulter. Eitrige Schleimbeutelentzündungen können nach offenen Verletzungen oder nach Punktionen des Schleimbeutels entstehen.

Hauptsymptom der Erkrankung sind Schulterschmerzen, welche in der Regel sehr stark bei Bewegungen zu spüren sind, aber auch in Ruhe oder nachts auftreten können.

Therapie einer Schleimbeutelentzündung

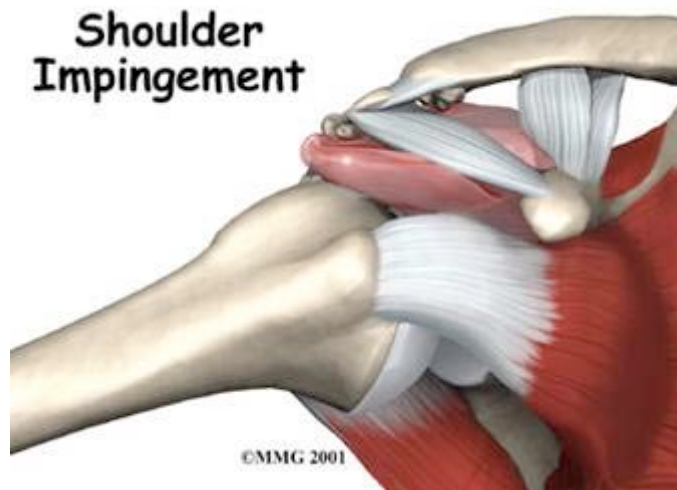
Eine nicht-eitrige Schleimbeutelentzündung wird meist mit anfänglicher Schonung sowie der Gabe von entzündungs- und schmerzhemmenden Medikamenten und Kälteanwendung behandelt. Manchmal wird auch der Schleimbeutel punktiert, um Flüssigkeit zu entfernen und den Druck abzubauen. Wenn die konservative Therapie versagt, wird oft als letzter Schritt vor einer Operation eine Stoßwellentherapie durchgeführt.

Besteht eine eitrige Schleimbeutelentzündung, muss der Schleimbeutel operativ entfernt und danach eine Drainage zum weiteren Abfluss angelegt werden. Anschließend sind Antibiotika nötig, und das Schultergelenk wird einige Zeit ruhig gestellt.

In meiner Praxis hat sich bei nicht-eitrigen Schleimbeutelentzündungen eine Kombination aus Akupunktur zur Schmerzlinderung, physikalischen Therapien wie beispielsweise Kryotherapie (Kältetherapie), kurzfristiger Schonung und frühzeitiger Mobilisation bewährt. Zusätzlich bewirken eine hochdosierte Enzymtherapie und die Gabe von Weihrauch, Rosskastanie und/oder Beinwell oft eine deutliche Besserung der Beschwerden. Retterspitzwickel, welche über Nacht angelegt bleiben, werden meist als sehr angenehm empfunden. Es ist außerdem wichtig, die Ursache für die Schleimbeutelentzündung im Auge zu behalten. Häufige Arbeiten über Kopf sollten daher bis auf Weiteres vermieden oder zumindest reduziert werden. In hartnäckigen Fällen können Ausleitungsverfahren wie Schröpfen, Cantharidenpflaster oder Blutegel zur Anwendung kommen.

Impingement-Syndrom

Das sehr häufig auftretende Impingement-Syndrom (engl. für „Zusammenstoß“) bezeichnet eine Einengung des Gleitraumes zwischen Oberarmkopf und Schulterdach. Aufgrund dieser Einengung kann es zu einer Kompression der dort verlaufenden Sehnen (Supraspinatussehne, lange Bizepssehne) sowie des im Gleitraum liegenden Schleimbeutels kommen.



Einklemmung (Impingement) mit Reizung des Schleimbeutels (Bursa) beim seitlichen Anheben des Armes (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)

Durch die Enge werden Sehnen und Schleimbeutel so gereizt, dass am Anfang bewegungsabhängige Schmerzen oftmals bereits beim einfachen Anheben des Armes („painful arc“) auftreten. Besteht das Impingement-Syndrom länger und kommt beispielsweise eine Schleimbeutelentzündung hinzu, können auch Schmerzen in Ruhe und in der Nacht auftreten. Die Engpass-Symptomatik kann aufgrund verschiedener Ursachen entstehen. Oft sind Personen betroffen, die mit den Armen viel in oder über Schulterhöhe arbeiten müssen, wie beispielsweise Maler, Lackierer und Monteure. Auch die Ausübung von Sportarten wie Tennis, Golf, Handball, Volleyball, Schwimmen etc. begünstigt die Entstehung eines Impingement-Syndroms. Weitere Ursachen sind anlagebedingte oder erworbene Veränderungen des Schulterdaches (z.B. stark bogenförmiges Schulterdach, Knochenausziehungen, falsch verheilte Brüche), Arthrose des Schultergelenkes oder Kalkablagerungen in der Supraspinatus- oder Bizepssehne – um nur einige zu nennen.

Therapie des Impingement-Syndroms

An erster Stelle steht das Vermeiden belastender Bewegungen der Schulter, also eine Schonung. Haben sich die Beschwerden gebessert, so kann mit einem Muskeltraining begonnen werden – wichtig ist, dass das Training unter Anleitung erfolgt und dass zunächst nur jene Muskeln auftrainiert werden, welche den Abstand zwischen Oberarmkopf und Schulterdach vergrößern. Auch Dehnübungen sind unbedingt anzuraten!

Schmerzen können durch eine schmerz- und entzündungshemmende Therapie oder Akupunkturbehandlungen gelindert werden. Auch Kryotherapie (meist bei akutem Impingement-Syndrom) oder Elektrotherapie können helfen, die Beschwerden einzudämmen. Sollte eine Röntgentiefbestrahlung, eine Strahlentherapie oder eine Stoßwellentherapie vorgeschlagen werden, ist eine sorgfältige Überprüfung des Nutzen-Risiko-Kosten-Verhältnisses angebracht.

Welche Methoden ich in meiner Praxis zur Linderung der Beschwerden zusätzlich anwende, sind im Kapitel „Schleimbeutelentzündung“ beschrieben.

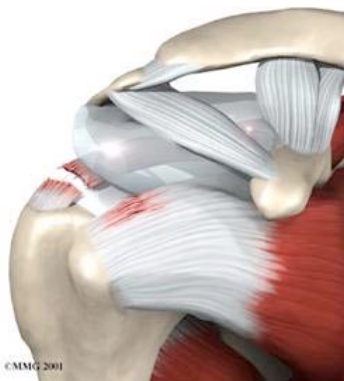
Wenn alle konservativen Maßnahmen die Beschwerden nicht ausreichend lindern, kann eine Operation in Erwägung gezogen werden.

Sehnenrisse (Riss an der Rotatorenmanschette oder SLAP-Läsion)

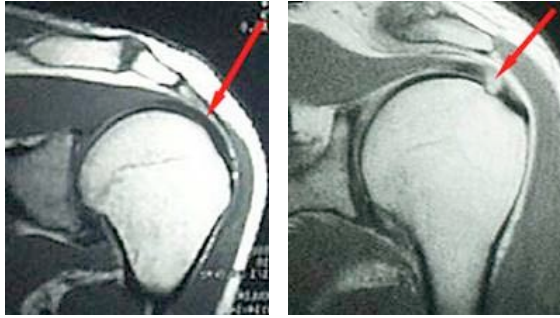
Wird ein Sehnenriss am Schultergelenk diagnostiziert, so handelt es sich am häufigsten um einen Sehnenriss an der Rotatorenmanschette. Weitaus seltener tritt eine sog. SLAP-Läsion auf, eine Verletzung der Knorpellippe am oberen Rand der Schulterpfanne in Kombination mit einem Einriss des dort befestigten Ankers der langen Bizepssehne.

• Sehnenriss an der Rotatorenmanschette

Als Rotatorenmanschette werden vier Muskeln (musculus supraspinatus, musculus infraspinatus, musculus teres minor, musculus subscapularis) bezeichnet, welche quer zum Schultergelenk verlaufen und den Oberarmkopf in die Schultergelenkspfanne pressen. Diese Muskeln liegen wie eine Manschette um den Oberarmkopf und sichern so das Schultergelenk. Des Weiteren wirken sie beim seitlichen Anheben sowie bei der Einwärts- und Auswärtsdrehung des Armes mit. Bei einem Riss in der Rotatorenmanschette ist typischerweise die Supraspinatussehne betroffen, da diese in der anatomischen Enge zwischen Oberarmkopf und Schulterdach verläuft. Meist reißt die Supraspinatussehne durch einen Sturz auf den ausgestreckten Arm. Die Ursache für einen Sehnenriss kann aber auch in einem Verschleiß der Sehne begründet sein.



Riss in der Supraspinatussehne (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)



Kernspintomographie (MRI) der Schulter: links intakte Sehne, rechts mit Sehnenriss (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)

Therapie eines Sehnenrisses an der Rotatorenmanschette

Wie auch beim Impingement-Syndrom erfolgt die Behandlung in der Regel zuerst konservativ, wenn die Sehne nicht komplett gerissen ist oder bei einem älteren Patienten auch ein kompletter Sehnenriss, aber mit geringen Schmerzen, vorliegt. Wichtig ist aber zu wissen, dass eine einmal komplett gerissene Sehne oder auch gerissene Sehnenanteile nicht wieder von selbst zusammenwachsen können. Gerissene Sehnenanteile ziehen sich im Gegenteil sogar stärker zusammen, sodass der Riss eher noch größer wird.

Entscheidet man sich für eine konservative Behandlung, ist zuerst eine Schonung angebracht, meistens sogar eine Ruhigstellung. Nach Besserung der Beschwerden können schmerzlose Bewegungsübungen (darunter auch Kräftigungs- und Dehnübungen) durchgeführt werden, um eine Einsteifung des Schultergelenks zu vermeiden. Wie beim Impingement-Syndrom können mit einer schmerz- und entzündungshemmenden Therapie oder mit Akupunkturbehandlungen bestehende Schmerzen gelindert werden. Kryotherapie empfiehlt sich oft nach einem Unfall.

In meiner Praxis arbeite ich bei einem Sehnenriss vor allem mit einer hochdosierten Enzymtherapie, manueller Therapie zur Erhaltung und Verbesserung der Beweglichkeit und Neuraltherapie zur Schmerzlinderung. Physikalische Therapien wie Kühlung im Akutstadium und Wärme im chronischen Stadium bewirken oft einen deutlichen Rückgang der Beschwerden.

Sollten alle konservativen Maßnahmen die Beschwerden nicht ausreichend bessern oder es sich um einen jüngeren oder körperlich sehr aktiven Patienten handeln, kann eine Operation in Betracht gezogen werden.

- **SLAP-Läsion (Verletzung der Knorpellippe und des Bizepssehnenankers)**

Um die Gelenkfläche der im Vergleich zum Oberarmkopf sehr kleinen Schultergelenkspfanne zu vergrößern und so einem Auskugeln des Oberarmkopfes entgegenzuwirken, befindet sich um die komplette Schultergelenkspfanne herum eine Gelenklippe („labrum glenoidale“). Am oberen Rand der Gelenklippe ist die lange Bizepssehne befestigt. Verletzungen am Komplex von Labrum und Bizepssehne werden als SLAP-Läsion („superior labrum anterior to posterior“) bezeichnet.

Derartige Verletzungen können durch einen Unfall oder Überlastungen entstehen, beispielsweise durch eine plötzliche Zug- oder Druckbelastung auf die bereits vorgespannte Bizepssehne oder durch eine Überbeanspruchung des Komplexes bei häufigen Wurfbewegungen im Sport. Je nach Schwere der Schädigung werden die SLAP-Verletzungen nach Synder in Läsionen vom Typ I (Veränderung des Komplexes ohne Ablösungen oder Abrisse) bis zum Typ IV (Riss bis in den Verlauf der langen Bizepssehne) eingeteilt. Die Verletzung ist meist äußerst schmerzhaft und wird teilweise von einem Instabilitätsgefühl oder einem Schnappen begleitet. Eine SLAP-Läsion ist schwierig zu diagnostizieren und wird daher leicht übersehen.

Nur bei einer Verletzung vom Typ I wird eine konservative Behandlung (gleiches Vorgehen wie bei einem Sehnenriss an der Rotatorenmanschette) empfohlen. In den übrigen Fällen sollte die Verletzung operativ versorgt werden, um die stabilisierende Funktion der Bizepssehne wiederherzustellen, die ja den Oberarmkopf in der Pfanne zentriert.

Welche Methoden ich in meiner Praxis zur Linderung der Beschwerden zusätzlich anwende, sind im Kapitel „Sehnenriss an der Rotatorenmanschette“ beschrieben.

Kalkschulter

Die Kalkschulter wird auch „tendinosis calcarea“ oder „tendinitis calcarea“ (Kalkschulter mit akutem Entzündungsgeschehen) genannt. Es handelt sich hierbei um eine Kalkablagerung in den Schultersehnen. Meist ist dabei die Supraspinatussehne betroffen, gelegentlich sind Kalkablagerungen aber auch in einer der drei anderen Sehnen der Rotatorenmanschette zu finden. Als mögliche Ursache für eine Kalkschulter vermutet man eine Minderdurchblutung der Rotatorenmanschette, aber auch fehlgeschlagene Heilungsversuche im Rahmen von Alterungsprozessen an der Sehne. Ebenso kann ein Impingement-Syndrom die Entwicklung einer Kalkschulter begünstigen. So wie jedoch die genauen Ursachen für die Kalkschulter nicht vollständig bekannt sind, sollte man auch berücksichtigen, dass die Spontanheilungsrate relativ hoch ist!



Schemadarstellung einer Tendinitis calcarea mit Schleimbeutelentzündung (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)

Frauen und Personen im mittleren Lebensalter sind von einer Kalkschulter am häufigsten betroffen. Die Erkrankung verläuft typischerweise in einzelnen Phasen, jedoch meist relativ symptomarm, sodass sie eher zufällig diagnostiziert wird.

Treten Beschwerden auf, variieren diese teilweise erheblich, je nachdem, in welchem Stadium sich die Erkrankung befindet und welche Größe das Kalkdepot aufweist. Anfänglich treten Schmerzen oft nur bei bestimmten Bewegungen auf, zum Beispiel bei Tätigkeiten mit erhobenen Armen oder bei Drehungen des Arms der betroffenen Seite. Dabei wird durch das Kalkdepot der unter dem Schulterdach gelegene Schleimbeutel gereizt, sodass zusätzlich eine akute Schleimbeutelentzündung entsteht. In der Folge treten häufig Schmerzen auch in Ruhe auf, besonders nachts und beim Liegen auf der betroffenen Schulter. Sehr starke Beschwerden

entstehen, wenn sich das Kalkdepot aufgrund einer Spontanheilung bzw. einer Therapie auflöst oder wenn es mit seinen spitzen kristallinen Strukturen in den Schleimbeutel unterhalb des Schulterdachs einbricht. Aufgrund des schubweisen Verlaufs der Kalkschulter wechseln sich typischerweise fast schmerzfreie Zeiten mit Phasen heftiger Schmerzen ab.

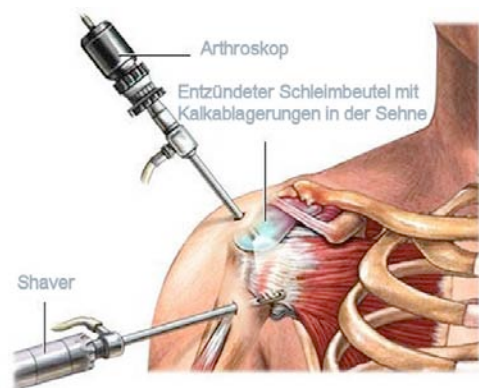
Auch die Beweglichkeit des Armes der betroffenen Schulter kann eingeschränkt sein. Wenn die betroffene Schulter wegen der Schmerzen wenig belastet wird, entwickelt sich aus der dadurch vorhandenen Schonhaltung oft eine Schultersteife.

Therapie der Kalkschulter

Im Vordergrund sollte auf jeden Fall zuerst eine klassische konservative Behandlung mit einer schmerz- und entzündungshemmenden Therapie stehen. Eine Kühlung des betroffenen Gebiets wird vor allem bei einem akuten Entzündungsgeschehen oft als angenehm empfunden. Wichtig ist auch eine Physiotherapie/manuelle Therapie, um die aufgrund der Schonhaltung verkürzte Schultermuskulatur zu dehnen und somit einer Einsteifung des Schultergelenks vorzubeugen. Des Weiteren können die Schultersehnen mit gezielten Übungen entlastet werden.

In meiner Praxis versuche ich neben den oben angegebenen Maßnahmen vor allem, den Grund für die Entstehung der Kalkschulter herauszufinden. Hierbei kann eventuell eine Ernährungsumstellung, welche eine Entsäuerung des Körpers als Ziel hat, von großem Nutzen sein. Ich wende häufig zusätzlich Neuraltherapie und Akupunktur an. Diese haben sich bei einer Kalkschulter als erfolgreich erwiesen, beseitigen jedoch in der Regel das Kalkdepot nicht, sondern dienen vor allem der Linderung der heftigen Schmerzen. Die klassische Naturheilkunde schwört des Weiteren auf Apfelessig, welcher wie bei einem verkalkten Wasserhahn das Kalkdepot auflösen soll. Andere naturheilkundliche Mittel sind Wickel mit Kohl, Quark oder Zwiebel sowie die Gabe von Arnika, Beinwell oder anderen pflanzlichen Mitteln.

Schulmedizinisch soll eine Ultraschall- oder Elektrotherapie den Stoffwechsel so weit anregen, dass er im günstigsten Fall die Kalkdepots von selber wieder abbaut. Die relativ schmerzhafteste Stoßwellentherapie zeigt recht unterschiedliche Ergebnisse. Dabei werden die Kalkdepots so mit Stoßwellen beschossen, dass sie sich zu feinem Sand verwandeln, welcher dann vom Körper wieder abgebaut wird. Eine manchmal vorgeschlagene Röntgentiefbestrahlung ist natürlich mit einer gewissen Strahlendosis verbunden, sodass das Risiko-Nutzen-Verhältnis gut überdacht werden sollte. Bei fehlgeschlagener konservativer Therapie kann eine operative Behandlung notwendig sein. Diese wird inzwischen meistens minimalinvasiv im Rahmen einer Schultergelenksarthroskopie durchgeführt.



Schulterarthroskopie bei Kalkschulter (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)

Arthrose

Weil die Schulter nicht das Körpergewicht tragen muss, befällt Arthrose das Schultergelenk zwar seltener als das Knie- oder Hüftgelenk, ist mit zunehmenden Alter allerdings regelmäßig anzutreffen. Die Schultergelenksarthrose entsteht aufgrund eines Verschleißes des Schultergelenks, welcher zu einer Verringerung und Zerstörung des im Gelenk gelegenen Knorpels führt. Bei fortgeschrittener Erkrankung reagiert das Gelenk mit der Bildung sog. Osteophyten – dies sind Knochenanbauten, mit denen der Körper versucht, die Gelenkfläche zu vergrößern. Diese können die Beweglichkeit extrem einschränken.



Schwere Schultergelenksarthrose mit Hochstand des Oberarmkopfes (Abb. mit freundlicher Genehmigung von Dr. Rolf Oetiker, Schweiz)

Als Ursachen für Schultergelenksarthrose gelten mechanische Überbelastungen, frühere Unfälle, Operationen oder Entzündungen (beispielsweise chronische Polyarthrit, das sog. „Gelenkrheuma“) sowie Schäden an der Rotatorenmanschette. Oft ist die Ursache der Arthrose jedoch unklar.

Bei einer Schultergelenksarthrose sind die Symptome meist relativ unspezifisch und von anderen Schultererkrankungen nur schwer zu unterscheiden, sodass das Frühstadium leicht übersehen werden kann. Typisch sind diffuse Schulterschmerzen, die allmählich beginnen und häufig während oder nach Belastungen auftreten. Manchmal ist das für Arthrose typische Reiben oder Knirschen bei Schulterbewegungen zu hören oder zu spüren. Bewegungseinschränkungen treten erst später auf, hier ist meistens die Rotation als erstes betroffen. Wenn eine Arthrose des Schulterhauptgelenks sehr stark ausgeprägt ist, reiben der Oberarmkopf und die Schultergelenkspfanne knöchern aufeinander, was zu heftigen Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung führt. Oft findet sich dann auch eine Entzündung im Gelenk.

Therapie der Schulterarthrose:

- konservative (nicht operative) Therapie:

Ist die Schulterarthrose noch nicht weit fortgeschritten, so können verschiedene Maßnahmen getroffen werden, um das Fortschreiten der Arthrose einzudämmen und die Funktion der Schulter zu erhalten. Hier ist an erster Stelle die Physiotherapie/manuelle Therapie zur Verbesserung der Schulterbeweglichkeit und zur Muskelkräftigung zu nennen. Dabei werden die schmerzhaften Bereiche mobilisiert, entspannt und teilweise gekräftigt. Die Verbesserung der Beweglichkeit ist außerordentlich wichtig, da Knorpelgewebe nicht von Blutgefäßen durchzogen ist und der Knorpel nur durch Bewegung optimal Nährstoffe aufnehmen kann. Daneben können Schmerzmittel sowie entzündungshemmende Medikamente zur Eindämmung der bei Arthrose oft zusätzlich vorhandenen entzündlichen Prozesse gegeben werden. Auch Injektionen in oder an

das Schultergelenk zur Eindämmung einer eventuellen Entzündung sowie zur Gelenkschmierung sind möglich.

In meiner Praxis arbeite ich mit einer Vielfalt verschiedener Therapien. An erster Stelle steht für mich, die Belastung des Patienten zu vermindern. Dies bedeutet, sowohl kurzfristige als auch länger andauernde Überlastungen im Alltag und Beruf zu vermeiden. Wichtig ist eine regelmäßige, aber schonende Bewegung mit möglichst geringer Beanspruchung, beispielsweise durch Nordic Walking, Wandern, Schwimmen oder Radfahren. Um weitere arthrotische Veränderungen auch in anderen Gelenken zu vermeiden, sollte bestehendes Übergewicht langfristig reduziert werden. Selbst wenn der Patient Normalgewicht hat, kann eventuell eine Ernährungsumstellung, welche eine Entsäuerung des Körpers zum Ziel hat, sinnvoll sein. Um die Beweglichkeit zu erhalten und Schmerzen zu lindern, wende ich verschiedene Verfahren aus der manuellen Medizin und aus der physikalischen Therapie an. Beispiele sind hier: Mobilisationen, Umstellung der Haltung des Patienten, Bewegungstherapie und Massagen. Bewährt hat sich zusätzlich die medikamentöse Gabe von Enzympräparaten und pflanzlichen Mitteln wie beispielsweise Teufelskrallen, Arnikablüten und Cayennepfefferfrüchte. Werden täglich Vitamin C, Vitamin D, Vitamin E, Calcium und ein Vitamin-B-Komplex eingenommen, beeinflusst dies sowohl eventuell vorhandene entzündliche Prozesse als auch den häufig beobachteten Knochenabbau günstig. Bestehende Schmerzen sprechen in der Regel sehr gut auf Akupunktur, Schröpfen und/oder Neuraltherapie an. Darüber hinaus bietet die Fußreflexzonenmassage eine hervorragende Möglichkeit, die betroffene Schulter über deren Reflexzone am Fuß zu behandeln.

- operative Therapie

Wenn die konservativen Therapien nicht mehr ausreichen, kann eine Operation in Betracht gezogen werden. Hierbei kommen je nach Schweregrad der Arthrose eine Arthroskopie (Schultergelenkspiegelung), das Einsetzen eines künstlichen Schultergelenks sowie in äußerst seltenen Fällen eine dauerhafte Schulterversteifung oder eine ersatzlose Schultergelenkentfernung in Betracht.

Schultersteife

Die Schultersteife, auch „frozen shoulder“ genannt, bezeichnet eine degenerative Veränderung des Schultergelenks, bei der es aufgrund einer entzündlichen Erkrankung zu einer Kapselverdickung und einer nachfolgenden Schrumpfung der Gelenkkapsel kommt. Dies führt zu einer teilweise massiven Bewegungseinschränkung des betroffenen Schultergelenks.

Es werden zwei Formen der Schultersteife unterschieden. Die primäre Schultersteife ist idiopathischer Natur, die genauen Ursachen für das Auftreten der Krankheit sind also nicht bekannt. Es kommt spontan zu einer „capsulitis adhaesiva“, einer schmerzhaften Gelenkeinstellung. Die primäre Schultersteife tritt manchmal in Zusammenhang mit Stoffwechselerkrankungen wie beispielsweise Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörungen oder Schilddrüsenerkrankungen auf.

Die sekundäre Schultersteife entsteht aufgrund einer Verletzung oder Erkrankung des Schultergelenks. Als Beispiele hierfür sind Ruhigstellung oder Schonhaltung des Schultergelenks nach Verletzungen, Infektionen des Schultergelenks, das Impingement-Syndrom, die Kalkschulter, Arthrose der Schulter und weitere Erkrankungen zu nennen. Das bedeutet, dass die Schultersteife erst sekundär, also nachfolgend, zum Hauptsymptom wird.

Die Schultersteife verläuft typischerweise in drei Phasen, welche insgesamt bis zu drei Jahre dauern können. Die Erkrankung beginnt meist schleichend und wird daher oft nicht erkannt. Zunächst stehen oft diffuse, quälende Schmerzen im Schultergelenk im Vordergrund. In der

folgenden Phase tritt eine zunehmende Bewegungseinschränkung hinzu, die Schmerzen lassen hier in der Regel nach. Zuletzt bildet sich aufgrund des Rückgangs der Gelenkkapselentzündung die Schultersteife langsam zurück (wie bei der Kalkschulter handelt es sich um eine Erkrankung mit hoher Spontanheilungsrate), wobei die normalen Bewegungsumfänge meistens nicht mehr erreicht werden.

Therapie der Schultersteife

Die Erkrankung spricht in der Regel vor allem am Anfang sehr gut auf Physiotherapie, Kältetherapie sowie schmerzlindernde und entzündungshemmende Maßnahmen an. Auch therapeutische lokale Injektionen sind oft indiziert. Wichtig sind für den Patienten auf jeden Fall Bewegungs- und Dehnübungen!

In meiner Praxis versuche ich neben den oben angegebenen Maßnahmen vor allem, den Grund für die Entstehung der Schultersteife herauszufinden. Hierbei kann wie bei der Kalkschulter eventuell eine Ernährungsumstellung gekoppelt mit einer Entsäuerung des Körpers die Heilung unterstützen. Neuraltherapie und Akupunktur lindern die Schmerzen oft mit gutem Erfolg. Weitere naturheilkundliche Mittel sind Wickel mit Kohl, Quark oder Zwiebel, Gabe von Arnika, Brennessel, Löwenzahn oder Beinwell, Einreibungen mit Johanniskrautöl oder Essigauflagen.

Sollte sich die Schultersteife als therapieresistent erweisen, ist eine Operation zur Lösung der verklebten Gelenkkapsel zu erwägen.

Über die Autorin:

Eva Kupper ist Heilpraktikerin in eigener Praxis in Hohenschäftlarn mit Spezialisierung auf die Behandlung von Beschwerden des Bewegungsapparates und Massagen (auch Ayurveda).

Telefon: 08178/9979517, Email: info@naturheilpraxis-schaeftlarn.de, Internet:

www.naturheilpraxis-schaeftlarn.de

Literaturempfehlungen:

- Alfred M. Debrunner: Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Verlag Hans Huber, 4. Auflage 2005
- A.B. Imhoff, R. Baumgartner, R.D. Linke: Checkliste Orthopädie, Georg Thieme Verlag, 2006
- Elvira Bierbach: Naturheilpraxis heute, Verlag Urban & Fischer, 2. Auflage 2002
- Matthias Augustin, Volker Schmiedel: Leitfaden Naturheilkunde, Verlag Urban & Fischer, 4. Auflage 2003