

# Schulterluxation - Behandlung und Prävention

Unser Schultergelenk ist eines der flexibelsten Gelenke unseres Körpers. Als Kugelgelenk lässt es sowohl ein Vorwärts-, Rückwärts-, und Seitwärtsheben, sowie eine Rotation zu. Im Gegensatz zu unserem Hüftgelenk, das grundsätzlich eine ähnliche Anatomie aufweist, ist unser Schultergelenk nicht knöchern vor einer Luxation geschützt. Bandstrukturen sind zwar vorhanden, dennoch ist unser Schultergelenk das Gelenk, das vor allem durch unseren aktiven Bewegungsapparat, vornehmlich unserer Muskulatur, zusammengehalten wird. Umso wichtiger ist diese für die Vorbeugung und Therapie einer Schulterluxation.

## Zustandekommen einer Schulterluxation

Aufgrund dieser Tatsache stellt unsere Schulter auch das am häufigsten luxierte Gelenk dar. Das hat zuallererst einmal anatomische Gründe. Der Gelenkkopf am Knochen(Humeruskopf) ist wesentlich größer als die Gelenkpfanne. Ohne ausreichend trainierte Muskulatur ist die Stabilisierung also nur mangelhaft.

Etwa die Hälfte aller Luxationen betreffen die Schulter. In den meisten Fällen tritt eine Luxation durch größere äußere Gewalteinwirkung ein. Am häufigsten tritt diese Verletzung bei Ballsportarten mit ausholender Wurfbewegung, wie z.B. Handball auf, da hier die hauptsächlich für die Stabilisierung verantwortliche Muskelgruppe, die Rotatorenmanschette, überlastet wird. Wenn in dieser ungünstigen Position noch jemand in den Wurfarm greift, ergänzen sich die schwache Position des Muskels und der große Hebelarm.

Die häufigste Luxation wird lateinisch als **luxatio subcoracoidea** bezeichnet. Dabei luxiert die Schulter schräg nach vorn unter den Rabenschnabelfortsatz des Schulterblatts. Luxationen nach hinten sind dagegen relativ selten.

## Behandlung und Prävention

Wichtig ist erst einmal, die Schulter möglichst bald wieder in ihre ursprüngliche Position zu bekommen, um die passiven Strukturen nicht unnatürlich zu weiten und Entzündungen / Einblutungen zu verhindern. Bei der **luxatio subcoracoidea** geschieht das durch einen Zug, gepaart mit einer Auswärtsdrehung des Arms. Die Wiederherstellung der normalen Position sollte zwar möglichst bald durchgeführt werden, aber auch nur von Fachpersonal, da es sonst zu weiteren Verletzungen kommen kann. Ohne Narkose kann dieser Prozess trotzdem sehr schmerzhaft sein, ist aber oft lohnenswert, da bis zur Narkose oft unnötig viel Zeit vergeht, in der das Gelenk luxiert verbleibt.. Anschließend erfolgt eine Ruhigstellung, damit sich die passiven Strukturen erholen können. Wichtig ist, dass die Ruhigstellung nicht zu lang erfolgt, damit es nicht zu Versteifungen im Schultergelenk kommt.

Anschließend und generell präventiv ist ein gezieltes Training der stabilisierenden Muskulatur sinnvoll. Dieses kann je nach individuellem Fall anders ausfallen. Üblich ist aber die Kombination von einer Zug- und einer Druckübung mit Übungen des frontalen Anhebens des Arms(Anteverision) , der Abduktion und des rückwärtigen Hebens(Retroversion). Zusätzlich werden gezielt die Schulterrotatoren trainiert. Dazu bietet sich speziell das Schulterhorn(Außenrotatoren) an, da diese Muskelgruppe so besonders gezielt erreicht werden kann.

Für die Innenrotatoren legen Sie sich einfach auf die Bank, als würden Sie Flachbankdrücken mit Kurzhanteln ausführen wollen. Die Ellbogen sind um  $90^\circ$  gewinkelt und Sie arbeiten nur aus der Rotation der Schulter.

(Video folgt...)