

Der Chiropraktor und der Tennis- Ellbogen/ der Golfer-Ellbogen

Teil 1:

Oft werden der Tennisellbogen und der Golferellbogen miteinander verwechselt und/oder viele Leute wissen nicht einmal, dass es einen Golferellbogen gibt. Gehen wir darum erst einmal anatomisch etwas ins Détail.

Wie sieht der Ellbogen aus?

Am Ellbogengelenk gibt es jeweils aussen und innen einen knöchernen Vorsprung, der beim Abtasten deutlich zu spüren ist. Diese Vorsprünge nennt man **Epikondylen**, was ungefähr "neben den Gelenksflächen liegend" heisst. Sie gehören also im weitesten Sinne noch zum Gelenk selber. An diesen Flächen sind Muskeln und Haltebänder befestigt, die zur Stabilisierung des Gelenkes und zum Bewegen des Unterarms und der Hand benötigt werden. Diese Befestigungspunkte oder "**Insertionen**" (inserteren = einbringen) sind zwei der Schwachpunkte, die im Arm vorkommen. Bei Fehlbelastungen oder Ueberbelastungen können sich hier chronische Entzündungen bilden.

Was löst einen Tennisellbogen, resp. einen Golferellbogen aus?

Interessanterweise sind es in der Regel **nicht** die Tennisspieler, die unter einem Tennisellbogen leiden. Meist sind es Leute, die einer ungewohnten handwerklichen Tätigkeit nachgehen. Ein sehr häufig vorkommendes Beispiel ist das selber Zusammenbauen eines neugekauften Schrankes oder Gestells. Die ungewohnte Tätigkeit ist hier das Schrauben. Hierbei wird ein Muskel gebraucht, der an der seitlichen Epikondyle (siehe oben) ansetzt, um genau zu sein ist es der Supinator-Muskel. Dies ist der Muskel, der zum Beispiel für die Drehung

im Uhrzeigersinn der rechten Hand zuständig ist. Bei der linken Hand entsprechend für die Drehung im Gegenuhrzeigersinn. Die Erkrankung trifft interessanterweise auch öfter die "händige" Seite, also bei Rechtshändern den rechten Ellbogen und umgekehrt.

Beim Golferellbogen ist die Sachlage sehr ähnlich. Auch hier sind es in der Regel nicht die regelmässigen Spieler, die unter dem Problem zu leiden haben. Im Gegensatz zum Tennisellbogen ist allerdings hier das Problem weitaus häufiger tatsächlich bei Golfern anzutreffen. Dies liegt vermutlich daran, dass die entsprechenden Bänder und Muskeln im täglichen Leben eher seltener belastet werden. Beim Golferellbogen ist die Insertion bei der inneren Epikondyle betroffen, das heisst bei der Seite des Ellbogens, die zum Körper hin zeigt.

Warum heisst es dann aber Tennisellbogen oder Golferellbogen?

Viele Leute, die gelegentlich einmal Tennis spielen gehen, vergessen immer wieder die absolut nötige Aufwärmphase vor dem Spiel und sind im Allgemeinen meist auch untertrainiert. Durchschnittlich die Hälfte aller Bälle kommen in die Region des Feldes, wo sie nur als "Backhand" abgenommen werden können. Beim Backhand wird der Schlag des Balles auf den Schläger mit dem Supinator-Muskel aufgefangen und dieser wird dabei immer wieder überlastet.

Beim Golferellbogen ist es wie bereits gesagt tatsächlich so, dass es meist Golfspieler betrifft. Die Belastung der inneren Haltestrukturen des Ellbogens rührt daher, dass der Golfspieler beim Abschlag den Boden berührt (ungeübt!) und einen Schlag in den Ellbogen erhält. Auch hier ist es meist mit einem Abschlag nicht getan. Das Problem wird dann in der Folge auch erst etwas nach dem Spiel wahrgenommen. Aufwärmen ist hier leider

auch nicht die Lösung des Problems, resp. ein Weg das Problem zu verhindern. Aufwärmen vor dem Spiel ist zwar für die restliche Muskulatur des Körpers wichtig, jedoch hat sie fast keinen Einfluss auf die Belastbarkeit des Halteapparates beim Ellbogengelenk innen!

Im 2. Teil über den Tennis- und den Golfer-Ellbogen behandle ich dann die Fragen:

*

Was geschieht nun eigentlich im Ellbogen?

*

Was ist eine Entzündung?

*

Warum heilt ein Tennisellbogen oder Golferellbogen so langsam oder fast gar nicht?

*

Wie kann der Chiropraktor helfen?

chiro4you.ch

Für Fragen zu diesem Thema können Sie mich über die eMail-Adresse auf meiner Homepage www.chiro4you.ch unter der Rubrik "Chiro-Kontakt" erreichen. Ich bitte um Ihr Verständnis, dass telephonische Anfragen wegen des Zeitaufwandes leider nicht entgegengenommen werden können.

Copyright © 2008:
Dr. Beat Stoller