

Trainingsschema bei Glutealinsuffizienz

Folgende Übungen dienen als standardisierte Anleitung zur Heimbeübung bei Schwäche der Abduktionsmuskulatur der Hüfte, auch Glutealinsuffizienz genannt. Ziel ist es die geschädigte gluteale Muskulatur, bestehend aus Musculus gluteus maximus, medius und minimus gezielt zur Schmerzreduktion und Verbesserung der hüftstabilisierenden Funktion zu stärken. Es ist wichtig die Übungen exakt durchzuführen, um eine isolierte Beübung der genannten Muskelgruppen zu erzielen (je nach Vorkenntnissen ggf. anfänglich mit der Physiotherapie). Beachten Sie bitte den Abschnitt „cave“ bei jeder Übung. Wärmen Sie sich vor jeder Übung auf. Bei dauerhafter Beschwerdezunahme im Verlauf beenden Sie die Übungen und wenden sich an Ihren behandelnden Arzt/Ärztin/Physiotherapeuten/in). Eine zusätzliche Möglichkeit der Trainingssteigerung ist die Durchführung mit dem Theraband.

1. Monat: 2 x 15 Wiederholungen je Übung/Seite (täglich)
2. Monat: 3 x 15 Wiederholungen je Übung/Seite (täglich)
3. Monat: 3 x 20 Wiederholungen je Übung/Seite (täglich) ggf. mit Steigerung (siehe letzte Spalte)

⇒ anschließend Wiedervorstellung beim behandelnden Arzt zur Re-Evaluation

1 Ausfallschritt (Lunges)



Rechtes Bein Ausfallschritt nach vorne bis das vordere Knie einen 90° Winkel bildet, anschließend Bein wieder in den Stand zurückführen, mit dem linkem Bein wiederholen

Cave: Knie des vorderen Beins bleibt hinter den Zehen

Steigerung: Übung mit Gewichten

2 Kniebeuge (Squat)



Hüftbreiter Stand, Kniescheiben zeigen nach vorne, Gewicht ist auf den Fersen

Gesäß in einen tiefen Sitz führen bis 90° Winkel im Knie anschließend mit der Kraft aus dem Gesäß wiederaufrichten

Cave: Knie des vorderen Beins bleibt hinter den Zehen

Steigerung: Übung mit Theraband handbreit unterhalb der Kniegelenke

3 Muschelschale (Clamshell)

Patient liegt auf der Seite mit leicht gebeugten Beinen im Kniegelenk, Fußinnenkanten berühren sich, Öffnen und Schließen der Knie (Muschel) mit Kraft aus der Gesäßmuskulatur

Cave: Rotation des Beckens oder Kompensation aus der LWS -> Übung mit dem Rücken an der Wand durchführen

Steigerung: Übung mit dem Theraband handbreit oberhalb der Kniegelenke

4 Abduktion in Seitenlage (Hip Abduction)

Seitlich liegen, Kopf auf dem unteren Arm abstützen, das untere Bein bildet im Knie einen 90° Winkel, das obere Bein ist gestreckt, oberes Bein abduzieren und wieder absenken

Cave: Beckenkipfung vermeiden

Steigerung: Hantel auf den Oberschenkel ablegen

5 Beckenheben / Beckenlift (Glute Bridge)

Patient liegt auf dem Rücken, Fersen an das Gesäß heranziehen bis die Unterschenkel senkrecht stehen, Gesäß an- und abheben bei geradem Rücken

Cave: gerader unterer Rücken und fokussiertes Anspannen der Gefäßmuskulatur bei jeder Bewegung „Kraft aus dem Gesäß holen“

Steigerung: Übung mit Gewichten auf dem kleinen Becken oder Fersen weiter vom Gesäß entfernen

6 Ein-Bein Beckenheben (Single Leg Glute Bridge)

Ausführung wie bei Punkt 5, jedoch nur auf einem Bein

7 Vierfüßler „normal“
(Quadruped Hip Extension)



„Vierfüßler“-Position mit den Händen unter der Schulter und den Knien unter der Hüfte, Bauch anspannen
90° Winkel im Knie, Ferse zur Decke führen und wieder absenken

Cave: Hohlkreuz vermeiden

8 Vierfüßler „gestrecktes Bein“
(Quadruped Hip Extension Outstretched)



Ausführung wie Punkt 7, jedoch das Bein in gestreckter Position anheben

9 Beinheben in Bauchlage
(Strengthening Extention)



Bauchlage, Knie 90° Winkel gebeugt, Stirn wird auf den Händen abgelegt
Ferse zur Decke anheben und wieder absenken

Cave: kein Hohlkreuz

Steigerung: ggf. Übung mit Theraband handbreit oberhalb der Kniegelenke

Copyright Funktionsbereich Gelenkerhaltende Hüftchirurgie, Klinik für Orthopädie und Sportorthopädie des Klinikums rechts der Isar (Dr. Ingo Banke, Dr. Vanessa Twardy, Prof. von Eisenhart-Rothe)
Fotographie: Thomas Bayer

Haftungsausschluss:

Die Autoren übernehmen keinerlei Gewähr für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen den Autor, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Die Autoren schließen jegliche Haftung Schäden am Patienten aus, die wegen Nichtbeachtung der Übungen oder durch Fehlverhalten oder Fahrlässigkeit des Patienten entstehen.

Das Copyright für veröffentlichte, von den Autoren selbst erstellte Objekte bleiben allein bei den Autoren der Seiten. Eine Vervielfältigung oder Verwendung solcher Bilder und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung der Autoren nicht gestattet.

Quellen:

- Banke IJ, Prodinger PM, Weber M, Harrasser N, Hauschild M, Grifka J, Burgkart R, Gollwitzer H, von Eisenhart-Rothe R. Gluteale Insuffizienz [Gluteal insufficiency]. Orthopäde. 2020 Aug;49(8):737-748.
- Banke IJ, Schauwecker J, Suren C, Hertel G, Gollwitzer H, von Eisenhart-Rothe R. Schauen Sie genau hin! [Hip pain]. MMW Fortschr Med. 2017 Mar;159(Suppl 1):51-57.
- Gollwitzer H, Hauschild M, Harrasser N, von Eisenhart-Rothe R, Banke IJ. Knotenlose Doppelreihenrefixation Glutealsehnenruptur [HipBridge]. Oper Orthop Traumatol. 2018 30:410-418.
- Harrasser N, Banke IJ, Gollwitzer H, Wilken F, Toepfer A, von Eisenhart-Rothe R, Hauschild M. Gluteale Insuffizienz: Pathogenese, Diagnostik und Therapie [Gluteal insufficiency: Pathogenesis, Diagnosis and Therapy]. Z Orthop Unfall. 2016 Apr;154(2):140-7.
- Harrasser N, Banke IJ, Prodinger PM, Hauschild M, Gollwitzer H, von Eisenhart-Rothe R. Gluteale Insuffizienz: was dahintersteckt und wie man helfen kann [Peritrochanteric hip pain due to gluteal insufficiency: Current concepts]. MMW Fortschr Med. 2016 May 12;158(9):52-4.