

**Zeitschrift:** Physiotherapie = Fisioterapia  
**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband  
**Band:** 30 (1994)  
**Heft:** 2

**Artikel:** Die Behandlung der lateralen Epicondylodynie  
**Autor:** Dejung, Beat / Strub, Martin  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929309>

#### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 07.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

**Der nachfolgende Artikel erscheint in Anlehnung an den in der letzten Ausgabe veröffentlichten Text von B. Dejung «Zehn Jahre manuelle Triggerpunktbehandlung in der Schweiz».**

# DIE BEHANDLUNG DER LATERALEN EPICONDYLODYNE

**D**ie laterale Epicondylodynie entsteht als Projektionsschmerz überlasteter Armmuskeln. Die Behandlung dieser Muskeln mit Triggerpunkttherapie wird hier beschrieben.

## 1. Schmerzen am lateralen Epicondylus – eine Crux

Wir alle waren schon mit der Aufgabe konfrontiert, Patienten mit chronischen Schmerzen am lateralen Epicondylus zu behandeln. Die Aufgabe ist undankbar. Alles mögliche wird da probiert: Ultraschall, Formen der Elektrotherapie oder der Wärmeanwendung, «Deep friction», Dehnungsübungen, Spangen, Schienen,

Gipsverbände, Medikamente. Die Resultate sind mager. Sie übertreffen kaum diejenigen der seltenen Spontanremission bei weitgehender Schonung. Die Ärzte applizieren Steroid-Injektionen an den Epicondylus. Oft überdauert deren Wirkung nur einige Wochen. Schliesslich überweist man den Patienten dem Chirurgen. Dieser kerbt das Periost um den Epicondylus ein und macht damit eine Denervation. Gespannte Sehnenanteile werden vom Knochen gelöst. Und manchmal dekomprimiert man (unter der Vorstel-

lung, eine Epicondylodynie sei eine Folge eines Entrapements) den Nervus radialis. Aber auch nach dieser Hohmannschen Operation sind Rezidive nicht selten.

## 2. Vor der Therapie kommt das Verständnis der Pathophysiologie

Die allermeisten Schmerzen im Bewegungsapparat haben ihre Ursache in aktivierten Trig-

gerpunkten der Muskulatur. Dies wird darum übersehen, weil der Ort, an welchem die Schmerzen gespürt werden, und der Ort, wo sie entstehen (Triggerpunkt), nicht die gleiche Lokalisation haben. In unserem Fall liegt der Schmerzort am lateralen Epicondylus des Humerus. Die schmerzverursachenden Triggerpunkte liegen in Hartspannsträngen des lateralen-distalen Brachialis, des Supinators, des Pronators und/oder der Flexoren von Hand und Fingern. Die nicht seltene, aber

meist geringere Verspannung der Extensoren ist in der Regel sekundärer Natur.

### Wie entsteht eine derartige schmerzverursachende Triggerpunkt-Pathologie?

In der Regel sind es einmalige oder wiederholte Überlastungen der Muskulatur, die dazu führen, dass unter biochemisch nicht restlos geklärten Verhältnissen die Aktin- und Myosinfilamente sich an bestimmten Stellen nicht mehr dekontrahieren. Unter Überlastungsverhältnissen bei Arbeit und Sport tritt ein Teil der Muskulatur in den Streik. Die aktivierte Triggerpunkte werden schmerhaft bei Kontraktion und Dehnung. Sie hindern ihren Träger daran, seine Muskeln weiter zu beladen. Eine solche Pathologie überlebt lange, auch wenn sie mit der Zeit in die Latenz zurücksinkt.

Zwei Dinge spürt der untersuchende Finger genau: die verspannten Hartspannstränge und das ödematös verquollene Gewebe, das sich infolge entzündlicher Prozesse um die Triggerpunkte herum bildet. Der Untersucher kann dem-/r Patienten/-in in der Regel präzise voraussagen, wo ihm der Fingerdruck am meisten Schmerzen verursacht. Und der/ die Epicondylodynie-Patient/-in sagt uns ganz klar, welche Bewegungen ihm/ihr wehtun. Es sind dies in der Regel die Flexion des Ellbogens, die Supination, die Pronation und/oder die Flexion von Hand und Fingern, alles gegen Widerstand. Meistens lassen sich identische Schmerzen auch durch passive Dehnung der erkrankten Muskeln auslösen.

Bei den seltenen Fällen, bei welchen ein sogenannter Tennisellbogen wirklich durch Tennis-spielen entsteht, wirkt die Überlastung eher auf die persistierend verkürzten Flexoren beim Vorhandschlag als auf die Extensoren beim Rückhandschlag.

### 3. Die Therapie ist einfach, wenn sie präzise durchgeführt wird

Die einfachste Methode, ein Triggerpunktproblem aufzulösen, ist ein beherzter Fingerdruck auf die Stelle des grössten Schmerzes, kombiniert mit aktiver Bewegung des betreffenden Muskels. Ist ein Schmerzproblem erst einen Tag alt, so genügt diese Massnahme vollauf, den Muskel reflektorisch zu detonisieren und die Schmerzen (in unserem Beispiel am lateralen Epicondylus) nachhaltig zum Verschwinden zu bringen. Hat eine Epicondylodynie länger bestanden, so müssen unsere Finger die Problemzone sehr langsam auseinanderdehnen, am besten unter Mithilfe von Kälte. So können Bindegewebsstrukturen voneinander gelöst werden, die sich in der Ödemzone um den Triggerpunkt herum gebildet haben. Die Abbildungen 1 bis 7 illustrieren diese Behandlung an den vier Schlüsselmuskeln.

### 4. Überlegungen und Massnahmen bei Therapieresistenz

Hat bei einer Epicondylodynie die manuelle Behandlung der Muskulatur nicht zum Ziel geführt, so muss man in drei Richtungen weitersuchen.

Es kann sein, dass unsere Finger die Triggerpunkte zu wenig genau gefunden haben. Man muss sich dann einfach um eine präzisere Behandlung bemühen.

Wenn am Epicondylus längere Zeit ein Projektionsschmerz bestanden hat, so verändert sich das dortige Gewebe. Es verquillt ebenfalls ödematös und wird druckdolent. Es muss auch behandelt werden. Meist genügt dazu eine gründliche «Deep-friction»-Therapie. Manchmal setzt

erst eine Injektion dem Schmerzgeschehen ein definitives Ende. Wir verwenden hierzu eine Ampulle Diprophos (1 ml), gemischt mit 4 ml Xylocain 0,5%. Manchmal bringt erst die Operation eine Wende.

Es gibt Fälle, wo eine laterale Epicondylodynie Bestandteil eines ausgedehnteren Krankheitsgeschehens ist. Sehr selten entsteht sie im Ausbreitungsgebiet eines radikulären Schmerzes. Etwas häufiger ist sie Begleitsymptom eines Karpaltunnelsyndroms. Meistens aber liegt ein Kettensyndrom von Triggerpunkten und Hartspannsträngen vor. Die Triggerpunkte weiterer Muskeln haben dann möglicherweise Schmerzprojektionen an den lateralen Epicondylis (Pectoralis major, Subscapularis, Latissimus dorsi, Infraspinatus, Triceps, Brachioradialis, Extensoren von Fingern und Hand). Die Auflösung eines derartigen Schmerzgeschehens bedarf einiger Erfahrung und vor allem eines grösseren Aufwands. Wenn eine sechsmalige Behandlung nach den obenstehenden Prinzipien nicht zu einer wesentlichen Beserung geführt hat, handelt es sich nicht um eine einfache Epicondylodynie. Dann muss noch einmal darüber nachgedacht werden.

### 5. Einige praktische Tips

Wenn man eine Therapie ausübt, die Schmerzen bereitet, muss man von seiner Rolle als Therapeut/-in überzeugt sein. Man muss den/die Patienten/-in auch auf die Schmerzen vorbereiten und ihm die Möglichkeit geben, die Intensität der Behandlung zu steuern. Am besten eignen sich für diese Behandlungen Patienten/-innen, die sagen: «Gott sei Dank macht endlich jemand etwas Gründliches mit mir!» Rühr-mich-nicht-an-Menschen sind da-

### PRAXIS

gegen für eine manuelle Triggerpunktbehandlung weniger geeignet. Rentenreutiker eignen sich überhaupt nicht. Sie wollen ja nicht gesund werden (sie möchten eher Geld).

Nach einer gründlichen Triggerpunktbehandlung schmerzt das bearbeitete Gewebe einige Tage. «Wie Muskelkater», sagen die Patienten/-innen jeweils. In dieser Zeit sollte man nicht erneut an der gleichen Stelle arbeiten. Bei einer klassischen Epicondylodynie genügt also eine Behandlung pro Woche. Wärme in jeder Form fördert die Regeneration des Gewebes. Antirheumatika können den Folgeschmerz lindern.

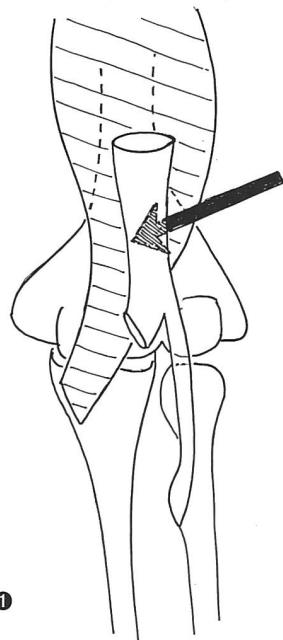
Wenn man intensiv mit den Fingern arbeitet, muss man die Fingernägel regelmässig zurückstutzen und Kanten und Ecken wegfeilen. Wohl kann einmal der Abdruck eines Fingernagels in der Haut zurückbleiben, wenn man in der Tiefe einen Triggerpunkt intensiv komprimiert hat. Dieser Abdruck ist aber nach einer halben Stunde wieder verschwunden. Die Spuren einer Operation, die bei einer Epicondylodynie oft als Ultima ratio betrachtet wird, sind dagegen ein Leben-lang sichtbar.

In der Regel kann man die manuelle Medizin nicht auf schriftlichem Weg erlernen. Bei der lateralen Epicondylodynie sind die Verhältnisse aber so einfach, dass man eine Behandlung nach obigen Angaben getrost einmal versuchen kann. Bei genügender Präzision und Ausdauer wird man durch einen Zuwachs an therapeutischer Effizienz reichlich belohnt werden.

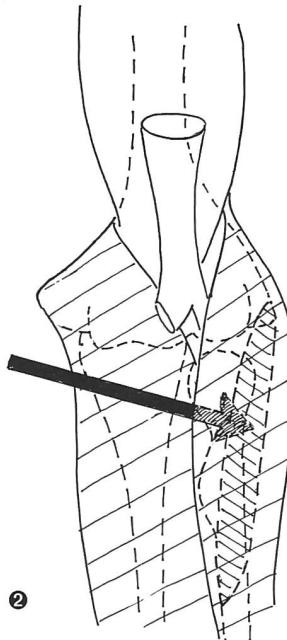
DIE BEHANDLUNG  
DER LATERALEN  
**EPICONDYLODYNIE**

TRAITEMENT DE  
**L'EPICONDYLITE**  
LATÉRALE

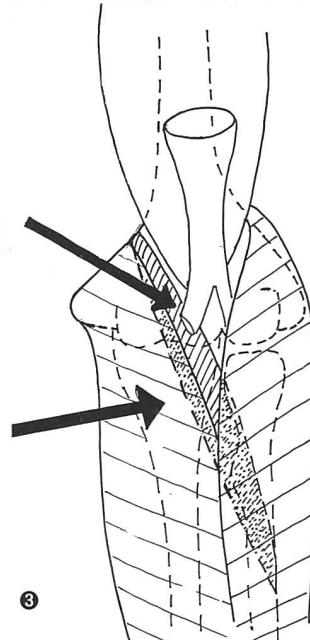
IL TRATTAMENTO DELLA  
**EPICONDILITE**  
LATERALE



(linker Arm supiniert von vorne); fein schraffiert: Brachialis; weiss: Biceps



(bras gauche en supination de face); fond hachuré fin: supinateur; fond hachuré épais: brachio-radial et fléchisseurs; fond blanc: Brachialis und Biceps



(linker Arm supiniert von vorne); fein schraffiert: Pronator teres; grob schraffiert: Brachioradialis und Flexoren (verschiedene Muskeln); weiss: Brachialis und Biceps

(bras gauche en supination de face); fond hachuré fin: rond pronateur; fond hachuré épais: brachio-radial et fléchisseurs; fond blanc: brachial et biceps.

(braccio sinistro supinato, lato anteriore); tratteggiato fine: m. supinatore; tratteggiato grosso: m. brachioradiale e gruppo dei flessori

(bras gauche en supination de face); fond hachuré fin: rond pronateur; fond hachuré épais: brachio-radial et fléchisseurs (muscles divers); fond blanc: brachial et biceps.

(braccio sinistro supinato, lato anteriore); tratteggiato fine: m. pronatore rotondo; tratteggiato grosso: m. brachioradiale e vari m. li flessori; in bianco: m. brachiale e m. bicipite

## Literatur

Dejung, B.: Muskulär bedingter Schmerz. Der informierte Arzt, 12/1991.

Dejung, B.: Triggerpunkt- und Bindegewebsbehandlung. Physiotherapeut, 6/1988.

Dejung, B.; Filippa, G.: Karpaltunnelsyndrom und Epicondylitis lateralis. Therapeutische Umschau, 34/2, 1977.

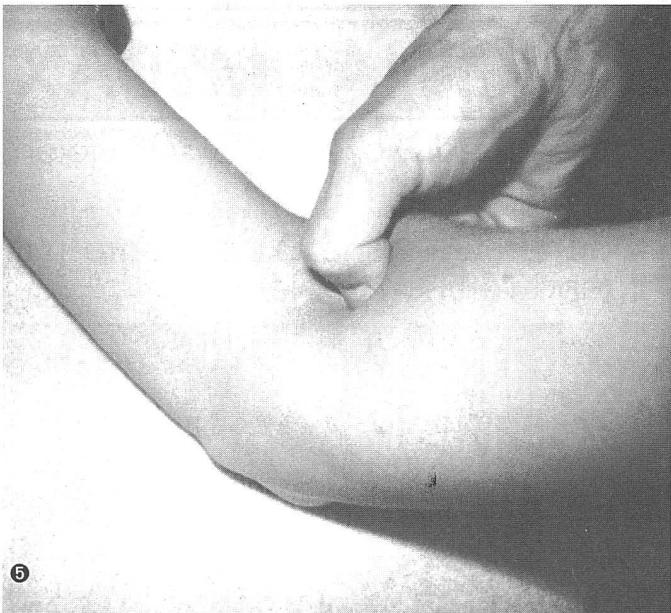
Travell, J.; Simons, D.: Myofascial pain and dysfunction. Williams and Wilkins, London 1983.



*Der Musculus brachialis liegt unter dem Musculus biceps. Die für die Epicondylodynie relevanten Triggerpunkte sind von lateral her zu tasten.*

*Le muscle brachial est sous le biceps; les points gachettes liés à l'épicondylite se compriment latéralement.*

*Il m. brachiale si trova sotto il m. bicipite. I punti riflessogeni rilevanti per l'epicondilite vanno tastati sui lati.*



*Der Finger findet den Musculus supinator in der Tiefe, während der Patient seinen Vorderarm supiniert und proniert.*

*Le doigt cherche le muscle supinateur en profondeur pendant que le patient effectue des mouvements de pronation et de supination avec l'avant-bras.*

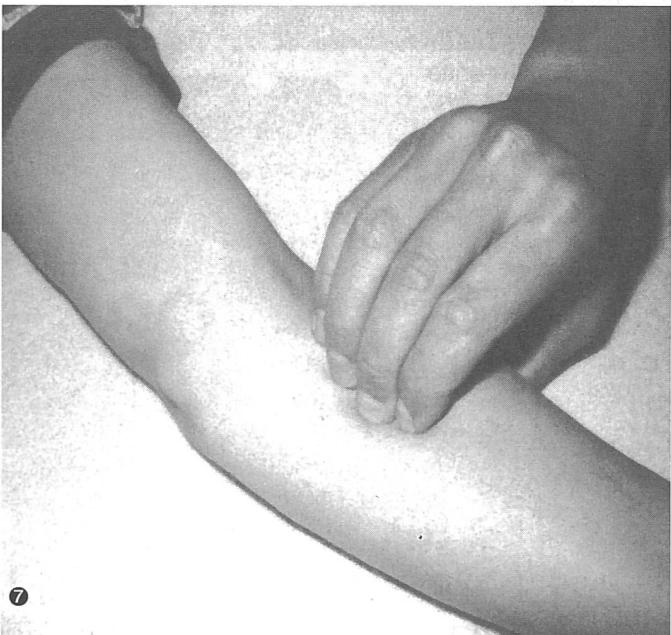
*Il dito trova il m. supinatore in profondità, mentre il paziente supina l'avambraccio e lo ruota all'interno.*



*Der Musculus pronator teres ist der kranio-medialste Muskel der Flexorengruppe.*

*Le muscle pronateur rond est le plus crano-médial du groupe de flexeurs.*

*Il m. pronatore rotondo è il muscolo del gruppo dei flessori che si trova nella posizione più crano-mediale.*



*Oft sind aktivierte Triggerpunkte in den Flexoren von Hand und Fingern Bestandteile eines lateralen Epicondylodynie-Syndroms.*

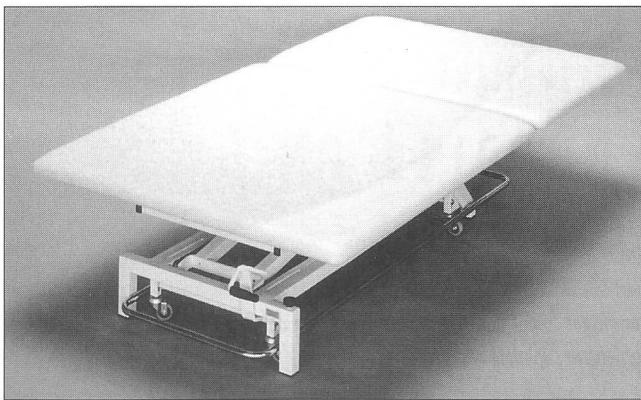
*Des points gachettes activés dans les flexeurs de la main et des doigts sont partie intégrante du syndrome de l'épicondylite latérale.*

*Spesso i punti riflessogeni attivati nei m.li flessori della mano e delle dita sono fra gli elementi determinanti della sindrome di epicondilite laterale.*

# ORIGINAL MEDAX

Von uns entwickelt und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie keine Experimente mit irgendwelchen Kopien!



## BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig

- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie



## Behandlungsliege MEDAX P 40 A

### Unser Fabrikationsprogramm:

- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manualtherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.

Bitte rufen Sie uns an.

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

PH-10/93

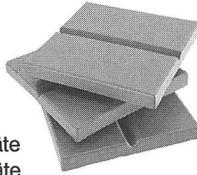
**MEDAX AG  
MEDIZINTECHNIK**

Schneckelerstrasse 20  
CH-4414 Füllinsdorf BL  
Tel. 061-901 44 04  
Fax 061-901 47 78

O & P B S W

Konstante Wärme  
garantiert!

## Fango Paraffin von PINIOL



Fango Paraffin F für Auslaufgeräte  
Fango Paraffin S für Schöpfgeräte

Für die Durchblutung der Haut  
Für die Lockerung der Muskulatur  
Für die Stimulation der inneren Organe

Dank sehr hohem Anteil an Paraffin garantierte konstante Wärme über 30 Minuten.

**PINIOL AG**  
Erlistrasse 2, Küssnacht a. R.

Offizieller Aussteller  
des Schweizer Skiverbandes



## Zum Lehren und Lernen für die Aus- und Weiterbildung

erhalten Sie 270 hervorragend gestaltete anatomische Modelle.

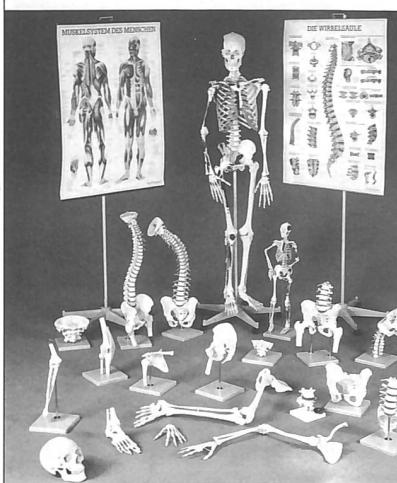
Außerdem können Sie aus dem weltweit größten Angebot an anatomischen Lehr- bzw. Wandkarten Ihre Auswahl treffen.

Sie werden feststellen, daß Sie hervorragende Qualität zu sehr günstigen Preisen erhalten.

Sie haben die Möglichkeit direkt vom Hersteller zu bestellen:

Homo-Skelette in 6 verschiedenen Ausführungen, Bewegliche Wirbelsäulen, Homo Schädel, Skeletarme, Skelettbeine, Gelenkmodelle, Übungsarme für Injektionen, 32 verschiedene Torsen, viele Muskelmodelle, Gehirn-, Herz-, Lunge-, Nieren-, Zahn-, Augen-, Ohr-, Schwangerschafts-Modelle,

Krankenpflege Übungspuppen u. v. m. sowie Lehrtafeln vom menschlichen Skelett, der Muskeln, Gefäßsystem, Innere Organe, Augen, Ohren, Nase, Niere, Leber, Haut, Physiotherapie, Nervensystem und noch weitere 120 Wandtafeln in 4 verschiedenen Größen.



**LENOIR AVIATION AG**  
Eichwaldstr. 9, 6300 Zug  
Tel.: 042-41 55 05; Fax: -51

**Fordern Sie unseren  
kostenlosen Katalog an!**

# Medidor

Eichacherstrasse 5

CH - 8904 Aesch

Tel. 01 737 34 44 Fax 01 737 34 79

# Medidor

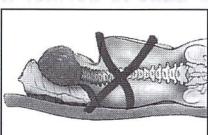


Fig. 1 Gewöhnliches Kissen, unzureichende Stütze

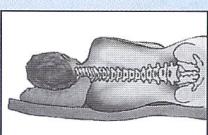


Fig. 2 RUHEWOHL, die perfekte Stütze

## RUHEWOHL Nackenkissen

- völlige Bewegungsfreiheit
- 2 Jahre Formbeständigkeitsgarantie
- waschbar



**RUHEWOHL**  
Sissel

**RehaTech**

- Massage und Therapieliegen
- Schlingentische und Zubehör



ab sFr. 1680.-

**LEHRINSTITUT  
RADLOFF**

CH- 9405 Wienacht-Bodensee  
Telefon 071-91 31 90  
Telefax 071-91 61 10

# Physiotherapie Fisioterapia

ein 100%iges Zielgruppen-Medium, das Sie in Ihre verkaufsfördernden Massnahmen integrieren sollten, um kompetent zu argumentieren