



UNIVERSITÄTSKLINIKUM GIESSEN UND MARBURG GmbH

STANDORT MARBURG



Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Dir.: Univ.-Prof. Dr. S. Ruchholtz

Schulter- und Kniearthroskopie und Sporttraumatologie

www.schulter-knie-zentrum.de

www.arthroskopiezentrum.de

© TP 2008

Patientenaufkleber

Nachbehandlung bei subakromialer Dekompression (inkl. Acromioplastik, A/C-Resektion, Kalkentfernung, Bursektomie Bursoskopie)

Phase 1: 1. bis einschl. 3. postoperative Woche

Schwerpunkt: Schmerzreduktion, Mobilisation und Koordinationsschulung

Ein Abduktionskissen wird nur bei Bedarf verordnet.

Bei der Mobilisation jeden Reizzustand vermeiden. Generell keine forcierte Mobilisation!

Passive/assistive Mobilisation in FLEX, ABD, ARO, IRO schmerzfrei bis zum weichen Stopp
(FLEX max. 90°; ABD max. 80° in 1. u. 2. Woche) .

Aktive Skapulamobilisation u. -stabilisation; sanfte detonisierende Maßnahmen Schulter-Nacken
Bilaterale assistive Flexion aus RL (Betgriff) und Anleitung zu kontrollierten passiven Pendelübungen, beides auch zur Automobilisation.

Haltungskorrektur mit Skapulakontrolle und allgemeiner aktiver BWS-Mob im Sitzen Langsamer Übergang zu assistiver/aktiver Mobilisation; leichte Isometrie gleno-humeral.

Dosierte Stützübungen; koordinatives Training der Skapulafixatoren (insbes. M. serratus ant. und unterer Trapezius).

Die optimale Position und Kontrolle der Skapula ist entscheidend für den Therapieverlauf und die Rezidivprophylaxe.

ADL-Schulung ;Heimprogramm z.B. Rollenzug/Stab für bilaterale FLEX.

Nach Bedarf: Lymphdrainage / Eis / Wärme / Elektrotherapie.

Phase 2: ab 4. Woche Schwerpunkt: endgradige Mobilisation und Kräftigung

Schmerzfremie endgradige passive und aktive Beweglichkeit; Verbesserung des skapulo-thorakalen Rhythmus in allen Gelenkstellungen; Zentrierung und Stabilisation glenohumeral;

Bei Schmerzfremie gesteigertes dynamisches Training der Rotatorenmanschette konz. und exz. in der Skapulaebene mit Theraband (gelb-rot) und leichten Gewichten (max.1 Kg) mit koordinativem Schwerpunkt.

Komplexe Aktivierung der Schultermuskulatur über schmerzfremie Stützaktivität, langsam steigern bis zur Über-Kopf-Position.

Haltungskorrektur und Ausbau des Heimprogramms; ADL-Schulung.

Autofahren i.d.R. möglich. Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit geringer Schulterbelastung.

Phase 3: ab 8. Woche Schwerpunkt: Kräftigung , ADL-Schulung und sportspezifische Belastung

Stabilisierung in der geschlossenen Bewegungskette mit höherer Intensität (Stütz auf Boden/Pezziball u. andere Varianten instabiler Ebenen);

dynamische Stabilisation mit steigender Belastung unter Berücksichtigung der Rumpfstabilität und funktioneller Ganzkörperbewegungen.

Intensivierung der muskulären Kräftigung auch mit Geräten (MTT); Spezifische progressive Widerstandsübungen für die Rotatorenmanschette - insbes. exzentrisch - und der restlichen Schultermuskulatur; reaktive Übungen (Stützübungen, Seilzug/Theraband, Fang- und Wurfübungen); Schulung funktioneller Aktivitäten mit höherer Belastung / Üben von problematischen Alltagsaktivitäten und sportspezifischen Belastungen.

Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit höherer Schulterbelastung und langsamer Wiedereinstieg in den Sport mit Kontrolle durch den Therapeuten.

Das Erreichen der vollen Belastungsfähigkeit kann individuell sehr variieren und hängt insbesondere von der Ausprägung des präoperativen Reizzustands und dem koordinativen Niveau ab. Bei Wiederauftreten oder Verstärkung der Beschwerden muss die Belastung zeitweise wieder reduziert werden.

Viele Grüße aus der Unfallchirurgie der Uniklinik Marburg!

Bei Rückfragen:

info@schulter-knie-zentrum.de

Sprechstunde: Donnerstags 13-17 Uhr

Tel. 06421-5865313