



Patientenaufkleber



## Nachbehandlung bei SLAP-Läsion

### Phase 1: 1.- 3. postoperative Woche Schwerpunkt: Schmerzreduktion, passive Mobilisation und Lagerung

#### **Achtung: Keine Bizepskontraktion oder -Dehnung bis Ende 6. Woche!**

48 h Ruhigstellung in Gilchrist-Bandage, danach Lagerung des Armes in Abduktionskissen Tag und Nacht bis Ende der 3. Woche. Tagsüber kurzzeitige Lagerung in aktueller Ruhestellung auf Kissen möglich. Aktive Bewegung von Hand und Ellenbogen.

Passive FLEX, ABD, ARO, und IRO in Skapulaebene schmerzfrei bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit), **max. FLEX und ABD bis 50°, IRO 60° und ARO 0°**.

Assistive Skapulamobilisation, detonisierende Maßnahmen Schulter-Nacken;

Haltungskorrektur mit Skapulakontrolle, limitierte Pendelübungen.

Aktive Mobilisierung des Ellenbogens bei adduziertem Oberarm mit dynamischer Trizepsaktivität, jedoch passiver Flexion; ADL-Schulung (Aufstehen, Anziehen, Waschen, Anlegen des Abduktionskissens...) mit weitestgehender Schonung der Op-Seite.

Bei Bedarf : Lymphdrainage/ Eis / Wärme / Elektrotherapie.

**Ab 2. Woche** : Passive FLEX, ABD, ARO und IRO in Skapulaebene schmerzfrei bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit), **max. FLEX und ABD bis 80°, IRO 80° und ARO 10°** .

Minimale gelenknahe isometrische Zentrierungsübungen in verschiedenen ASTEn; schmerzfremde aktive Skapulamobilisation. Sanfte oszillierende Translationsbewegungen in der Skapulaebene.

Bilaterale passive Flexion aus RL mit spez. Grifftechnik (Betgriff) (auch zur Automobilisation).

**Ab 3. Woche:** Übergang zu assistiver Mobilisation; leichte Isometrie für nicht betroffene glenohumerale Muskulatur, leichte Kräftigung der Skapulafixatoren.

### Phase 2: 4.-6. Woche Schwerpunkt: Assistiv Mobilisation und Koordinationsschulung

#### **Weiterhin keine Bizepsspannung !**

Ab der 4. Woche stundenweises Entwöhnen vom Orthosoft-Abduktionskissen innerhalb des Hauses.

Assistive FLEX, ABD, ARO und IRO schmerzfrei bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit), **max. FLEX 100°, ABD 90°, IRO 60° und 30° ARO** (alle Bewegungen bleiben vor dem Körper).

Koordinations- und Stabilisationsübungen für die Skapula (insbes. Rekrutierungsschulung des M. serratus ant. und des unteren Trapezius); Leichte Zentrierungsübungen glenohumeral; Detonisierung Schulter-Nacken. Ausbau des Heimprogramms.

### **Phase 3 : ab 7. Woche Schwerpunkt: Kräftigung und Koordinationsschulung**

Endgradige passive und aktive Mobilisation Beweglichkeit unter Beachtung der Schmerzgrenze. Verbesserung des skapulo-humeralen Rhythmus in allen Gelenkstellungen. Vorsichtige Anspannungsübungen des Bizeps im schmerzfreien Bereich erlaubt. Aktive Stabilisation und Zentrierung in verschiedenen ASTEn; dynamisches Training der Rotatorenmanschette konz. und exz. in der Skapulaebene. Koordinations – und Stabilisationsübungen für die Skapula; Globale Aktivierung der Schultermuskulatur über Stützaktivität mit ca. 30% des Körpergewichts. Erweiterung des Heimprogramms; ADL-Schulung; Autofahren i.d.R. möglich.

**Ab 9. Woche** : gesteigertes dynamisches Training der Rotatorenmanschette mit Theraband (gelb-rot) und leichten Gewichten (max.1 Kg) mit koordinativem Schwerpunkt , später auch in Über-Kopf-Position („Wischübung“).

### **Phase 4: ab 12. Woche Schwerpunkt: Kräftigung und ADL-Schulung**

Intensivierung der muskulären Kräftigung auch mit Geräten (MTT). Stabilisierung in der geschlossenen Bewegungskette mit höherer Intensität und instabilen Ebenen. Dynamische Stabilisation mit steigender Belastung unter Berücksichtigung der Rumpfstabilität ; **MTT**: Spezifische progressive Widerstandsübungen für die Rotatorenmanschette (insbes. exzentrisch). und der restlichen Schultermuskulatur; reaktive Übungen mit geringer Intensität unterhalb Schulterhöhe. Schulung von problematischen Alltagsaktivitäten mit höherer Belastung. Hinführung zu sportspezifischen Belastungen. Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit höherer Schulterbelastung.

### **Phase 4: ab 21. Woche Wiederaufnahme des Sports und anderer intensiver Schulterbelastungen**

Steigerung der Intensität der bisherigen MTT; reaktive Übungen mit höherer Intensität. Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit intensiver Schulterbelastung. Eigenständiges sportliches Training mit langsam steigender Intensität bei gelegentlicher Kontrolle durch den Therapeuten. Auch in den späten Reha-Phasen kann es noch zu Überlastungsreaktionen kommen. Mit dem Ausgleich aller Defizite und der vollen sportlichen Belastungsfähigkeit ist i.d.R. nicht vor Ablauf des 6. bis 9. postoperativen Monats zu rechnen.

**Viele Grüße aus der Unfallchirurgie der Uniklinik Marburg!**

**Bei Rückfragen:**  
[info@schulter-knie-zentrum.de](mailto:info@schulter-knie-zentrum.de)

**Sprechstunde: Donnerstags 13-17 Uhr**  
**Tel. 06421-5865313**