



Leitlinien zur Nachbehandlung Künstliches Schultergelenk

1.Phase

1.-2. postop. Woche

Beginn der assistierten passiven Mobilisation

- Ruhigstellung im Arm-Immobilizer 1. - 3. Woche
- Erlaubter Bewegungsumfang (schmerzfrei ohne harten Anschlag): 90° Flexion, 60° Abduktion und max. 10° ARO
- Unterstützende Maßnahmen: Eisbehandlung, Lymphdrainage, Wärme
- Aktiv und passiv freie Bewegung des Ellenbogens und des Handgelenkes
- Vorsichtige Scapulamobilisation

2.Phase

3.-6. postop. Woche

Erarbeiten der passiven Gelenkbeweglichkeit

Ziel 6. Woche: schmerzfreies Erreichen des Scheitels und des Trochanter major

- Erlaubter Bewegungsumfang (schmerzfrei ohne harten Anschlag): 90° Flexion, 90° Abduktion und max. 20° ARO
- Abnahme des Arm-Immobilizer ab der 3. Woche und Beginn mit aktiver Mobilisation
- Zum Ende der 2. Phase Beginn mit Kräftigungsübungen der Scapulafixatoren und isometrischen Übungen für die Rotatorenmanschette (Ausnahme Subscap)

Wiedervorstellung zur klinischen Untersuchung und Röntgenkontrolle 6 Wochen postoperativ

3.Phase

7.-12. postop. Woche

Erarbeiten der aktiven Gelenkbeweglichkeit und muskuläre Kräftigung

Ziel 12. Woche: schmerzfreier Nacken- und Schürzengriff

- freie aktive und passive Gelenkbeweglichkeit erlaubt (Schmerzgrenze!)
- Zentrierende und stabilisierende Übungen
- Kräftigung der Rotatorenmanschette, ab der 9. Woche auch exzentrisch
- Skapulastabilisierung

Wiedervorstellung zur klinischen Untersuchung und Röntgenkontrolle 3 Monate postoperativ

4.Phase

ab der 13. postop. Woche

Stufenweise Reintegration in Alltagsaktivitäten

- Festlegen des weiteren Procederes bzw. Rückkehr zu körperlichen Arbeiten und Sport
- Zunehmende muskuläre Kräftigung der RM und scapulothorakalen Muskulatur, ggf. an Geräten
- Dynamische Bewegungsübungen zur Verbesserung der Koordination





Hinweise zur Physiotherapie nach operativen Eingriffen am Schultergelenk

Diese Verhaltensrichtlinien und Tipps dienen dazu typische Probleme in der Physiotherapie nach operativen Eingriffen am Schultergelenk rechtzeitig zu erkennen bzw. von Beginn an zu vermeiden.

Die Erhaltung und Stabilisierung des interoperativ erzielten Rekonstruktions-Ergebnisses hat Priorität vor anderen Therapiezielen. Refixiertes Sehnen- und Kapsel-/Bandgewebe sowie frisch implantierte künstliche Gelenke sollten nicht durch zu frühe oder zu intensive Mobilisation und Muskelaktivität überlastet werden (so besitzt z.B. eine Sehnenrekonstruktion der Rotatorenmanschette 6 Wochen postoperativ erst ca 30% ihrer endgültigen Stabilität).

Typische Ursachen für frühe postoperative Überlastungsreaktionen sind beispielsweise:

- Zu frühe isometrische Belastung der betroffenen Muskeln, selbst bei geringer Intensität. Auch die Beanspruchung benachbarter Muskeln kann indirekt einen Reizzustand der Gelenkkapsel verstärken bzw. chronifizieren.
- Zu frühe bzw. zu intensive Anwendung von Traktions- und Translationstechniken.
- Übermäßig widerlagernde Bewegungen können zu einem unphysiologischen skapulothorakalem Rhythmus führen und ein sekundäres Impingement auslösen.
- Falsche Ausführung von selbstständigen Patientenübungen oder unkontrollierte Alltagsaktivität. Beides sollte sehr sorgfältig und immer wieder geschult werden.
- Zu frühes und insbesondere unkontrolliertes Training im Bewegungsbad und Aquajogging.

Entzündliche Überlastungsreaktionen können auch zeitlich verzögert (z.B. erst am nächsten Tag bzw. einigen Stunden nach der Therapie) auftreten. Die auftretenden Schmerzen werden dann häufig nicht mit der auslösenden Belastung in ursächlichen Zusammenhang gebracht.

Folgende Parameter sollten daher während der gesamten Therapie ständig beobachtet und kontrolliert werden:

- Schmerzniveau und Schmerzkinetik (z.B. Ruhe-/Nachtschmerz)
- Schwellung und Überwärmung
- Subjektives Steifigkeitsgefühl des Patienten
- Bewegungsumfang und Kraft

Die Heilung des rekonstruierten bzw. refixierten Gewebes unterliegt sehr großen individuellen Unterschieden, die z.B. von den Faktoren Alter, Gewebequalität, systemische Erkrankungen, Dauer des präoperativen Reiz- und Defektzustandes u.ä. abhängen. Die Behandlung der Patienten sollte sich daher an der aktuellen, individuellen Symptomatik und nicht an starren Zeitvorgaben orientieren.

Eine kompetente und realistische Aufklärung über den zu erwartenden individuellen Therapieverlauf ist besonders für ungeduldige und besorgte Patienten sehr wichtig.

Allgemeine Entspannungstechniken und vegetative HWS-Behandlung können insbesondere bei deutlicher Schmerzsymptomatik sehr sinnvoll sein.

Unabhängig vom Operationsverfahren ist es bei allen Patienten sinnvoll prinzipiell die allgemeinen Regeln der Physiotherapie des Schultergelenkes zu beachten:

- Aufrichtung und Rumpfstabilität als Grundlage der physiologischen Skapulaposition und –funktion
- Physiologische Skapulafunktion als Grundlage der glenohumeralen Stabilität
- Zentrierung des Humeruskopfes als Grundlage der funktionellen Armbewegung

