

Schulter-Rehabilitation für den nachbehandelnden Arzt und Physiotherapeuten

Dieses Nachbehandlungskonzept ist primär an Kriterien (Symptomen) orientiert, je nach operativem Eingriff werden aber auch Zeitvorgaben genannt. Dabei haben die Kriterien stets Vorrang gegenüber den Zeitvorgaben!

Heilungsreaktion: Entzündungs-Stadien

Kriterien:

Stadium I	Stadium II a) mit Tendenz zu Stadium I	Stadium II b) mit Tendenz zu Stadium III	Stadium III
Schmerzen Delta-Region (C5) Oberarm, proximal Ellbogen	Stadium II ist das Übergangs-Stadium und eine Mischung aus I und III. Je mehr Symptome des Stadiums I oder III auf- treten, desto mehr tendiert der Patient zum jeweiligen Stadium. D.h. man kann an diesem Schema ablesen, ob sich der Patient in die eine oder andere Rich- tung entwickelt.		Schmerzen Delta-Region (C5) Oberarm, distal Ellbogen
Schmerzen nur bei Aktivität			Schmerzen auch in Ruhepha- sen
Liegen auf Schulter möglich			Liegen auf Schulter unmöglich
Schmerzhafte passive Bewe- gungen nur am max. Ende			Schmerzhafte passive Bewe- gungen vor dem Ende der Bewegung
VAS: 0 – 3			VAS: 7 – 10

Allgemeine Bemerkung zur Schulterrehabilitation

Diese Hinweise sollen helfen, Probleme bei der Schulter-Rehabilitation rechtzeitig zu erkennen bzw. zu vermeiden. Die Sicherung des Operations-Ergebnisses hat Vorrang vor allen anderen Therapiezielen. Rekonstruiertes Sehnen- und Kapselgewebe, ein refixiertes Labrum oder ein Gelenkimplantat dürfen nicht durch zu frühzeitige oder übermäßige Mobilisation und Muskelaktivität überlastet werden. Eine Sehnennaht beispielsweise hat 6 Wochen post-OP erst ca. 30% ihrer potenziellen Reißfestigkeit. Zurückhaltende Physiotherapie in der Frühphase erlaubt später oft schnellere Steigerungen.

Überbelastungen entstehen häufig durch:

- I.) zu frühe und intensive Kapseldehnungen durch translatorische Techniken (Gleitmobilisation). Kapsuläre Anpassungen im Sinne von Verkürzung sind sowieso frühestens nach 4 Wochen zu erwarten. Daher sind Zeitpunkt und Dosierung dieser Maßnahmen enorm wichtig.
- II.) zu frühe isometrische Beanspruchung der operierten Muskelmanschette, auch wenn dies mit geringer Intensität geschieht. Auch Aktivität nicht betroffener Muskulatur kann, durch die enge Kontinuität mit der Gelenkkapsel, den allgemeinen Reizzustand verstärken oder chronifizieren.
- III.) unphysiologische Scapulabewegungen, z.B. durch zu starke passive Depression der Scapula bei Elevation. Solche Bewegungen können zu einer reaktiven Impingement-Problematik führen.
- IV.) nicht korrekte Eigenübungen oder unkontrollierte Alltagsbewegungen. Diese müssen unbedingt vermieden werden. Daher stehen zu Beginn der Therapie die genaue Information des Patienten und die exakte Kontrolle der Übungen im Vordergrund.

Privat-Dozent Dr. med. Carsten Englert
Oberarzt

Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und
Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie

Abteilung für Unfallchirurgie
Universität Regensburg Klinikum

www.uniklinikum-regensburg.de

Andreas Lieschke, Physiotherapeut

Roy Obermüller, Dipl. Sportwissenschaftler

Im Gewerbepark B 20 | 93059 Regensburg
Tel. 09 41 - 60 71 58 - 0 | Fax 09 41 - 60 71 58 - 11

E-Mail info@physiopark-regensburg.de

www.physiopark-regensburg.de

Physiopark
LIESCHKE | OBERMÜLLER