

Orthopädische Praxen Baldham Dr. med. K. Axhausen Dr. med. P. Weiß Dr. med. E. David	FB 7-99-01 Reha-Schema ASK SAD	Version: 1 Seite 1 von 1 Freigabe auf Seite 1
--	---	---

Dr. med. K. Axhausen

Dr. med. P. Weiß

Dr. med. E. David

Fachärzte f. Orthopädie,

Unfallchirurgie, Chirurgie

Rheumatologie

Spezielle orthopädische Chirurgie

Sportmedizin, Sozialmedizin, Spezielle Schmerztherapie

Chirotherapie, physikal. Therapie, H-Ärzte

Auch zur Mitgabe an *Physiotherapeuten* und *amb. Reha!*

Rehabilitationskonzept (Schulter) nach arthroskopischer subakromialer Dekompression

Die Dauer der einzelnen Phasen richtet sich nach:

- Aktueller Befund
- Präoperativer Muskelstatus
- Alter des Patienten/der Patientin
- Compliance des Patienten/der Patientin
- Gewebezustand der RM

Zur Operation wird dem Patienten/der Patientin ein Gilchrist/Immobilizer mitgegeben

pOP-Tag 1-3:

- Tragen des Gilchrist/Immobilizers zur Nacht, tagsüber je nach Empfinden des Patienten
- Mobilisation angrenzender Gelenke (Scapula, Hand, Ellenbogen, ACG, SCG, HWS, BWS)
- Passive Mobilisation frei (kurzer Hebel) in Abd und Flex sowie IRO und ARO, submaximale isometrisch-zentrierende Übungen - Kräftigung Scapulastabilisatoren
- Manuelle Mobilisation des Schultergelenkes
- Physikalische Anwendungen / Weichteiltechniken zur Detonisierung hypertoner Muskulatur, Haltungsschulung
- Eigenmobilisation mit Hilfe des Flaschenzugs



Orthopädische Praxen Baldham Dr. med. K. Axhausen Dr. med. P. Weiß Dr. med. E. David	FB 7-99-01 Reha-Schema ASK SAD	Version: 1 Seite 2 von 2 Freigabe auf Seite 1
--	---	---

- Seilzug / Theraband / PNF mit der kontralateralen Seite
- Ergometertraining
- CPM-Stuhl

pOP-Tag 4-14:

Empfehlung Beginn ambulante Reha

Therapieinhalte aus der 1. Nachbehandlungswoche werden ergänzt durch

- Aktiv-assistierte Bewegung frei bis zur Schmerzgrenze erlaubt
- isometrisch-zentrierende Übungen - Kräftigung Scapulastabilisatoren
- Elektrotherapie, Wärmeanwendungen (Heiße Rolle, Fango)
- Gilchrist/Immobilizers nur noch bei Unsicherheit des Patienten
- Stützaktivität erarbeiten
- Zentrierung des Humeruskopfes geht vor weiterer Mobilisation und Kräftigung

3.-6.-pOP-Woche

- schmerzabhängig Übergang in aktive Bewegungsmuster
Kräftigung der gesamten Schultergürtel- und Rumpfmuskulatur (i. B. ARO!)
u. a. mit Theraband, Seilzug, PNF, etc.
Isometrisch-zentrierende Übungen, Rhythmische Stabilisation
- Isokinetik
- ADL Training: Vermeiden von plötzlich heftigen, schnellen Bewegungen sowie dem Heben von schweren Lasten
- Alltags- Sportartspezifisches Hausaufgabenprogramm

Ärztliche Kontrollen sollten nach 6 Wochen und/oder nach Vereinbarung erfolgen
(immer in Abhängigkeit der Fortschritte während der Rehabilitation)

Bei zusätzlicher ASK-lateraler Clavicularesektion:

Keine Bewegungen über der Horizontalen für 4 Wochen (passiv und aktiv!)

Bei zusätzlicher Bizepssehnenotomie oder –tenodese:

Vermeidung forciertes passiver Extension oder aktiver Flexion des Ellenbogens für 4 Wochen!

6/08 Dr. med. Peter Weiss

