



Schulterzentrum



**Chirurgisch -
Orthopädische
Gemeinschaftspraxis
in der Praxisklinik Travemünde
Durchgangsarztpraxis**

Partnerschaftsgesellschaft

**Am Dreilingsberg 7
23570 Lübeck – Travemünde**

Dr. med. Gassan Abdel Kader
Dr. med. Laif Casper
Dr. med. Rafael Kunze
Dr. med. Hendrik Behrendt (Ang. Arzt)
Dr. med. Stefan Sommer (Ang. Arzt)
Dr. med. Oskar Theuer (Ang. Arzt)
Dr. med. Evelyn Kiehne (Ang. Ärztin)

Telefon 04502 – 30 7 30
Fax 04502 – 30 7 315
E-Mail kontakt@chirurgen-travemuende.de
Internet www.chirurgen-travemuende.de
Stand 16.04.2021

NACHBEHANDLUNGSSCHEMA

Bei
Schulterarthrose / Omarthrose

durchgeführte

Implantation einer inversen
Schulterendoprothese

Ruhigstellung:

SchulterSchlingenverband (z.B. Sling-shot®-2 mit Abduktionskissen) für 2 Tage ohne Abduktionskissen, dann mit Abduktionskissen für 3 Wochen Tag und Nacht. Anschließend ohne Abduktionskissen für weitere 3 Wochen.

Physikalische Therapie:

Lymphdrainage und isometrische Anspannungsübungen für 3 Wochen.

Woche 1-2: Passive schmerzfreie Mobilisation in der Scapulaebene. Manuelle Gleitmobilisation. Assistierte Skapulamobilisation; detonisierende Maßnahmen von Schulter und Nacken; aktive Bewegungen von Hand und Ellenbogen; Beginn **leichter** gelenknaher isometrische Zentrierungsübungen; Anleitung zu kontrollierten Pendelübungen mit vorgeneigtem Oberkörper im Stand; Bilaterale passive Flexion aus Rückenlage (Betgriff);

Woche 3-6: Assitierte Mobilisation in alle Bewegungsrichtungen schmerzfrei bis zum weichen Stopp; Übergang zur assistierten Mobilisation; **leichte** Isometrie für die betroffene Schultermuskulatur zur Zentrierung des Glenohumeralgelenkes; Verbesserung des skapulohumeralen Rhythmus: Koordinations- und Stabilisierungsübungen (v.a. Rekrutierungsschulung des Muskulus serratus anterior und des unteren Muskulus trapezius); Vermeidung eines übermäßigen Belastung des Muskulus deltoideus, insbesondere im ventralen Anteil (d.h. nicht mit Kraft flektieren); Glenohumerale Zentrierung und Stabilisierung mit leichter isomertrischer/dynamischer Aktivität. Nach abgeschlossener Wundheilung beginn von Übungen im Bewegungsbad unter Ausnutzung des Wasserauftriebes (nicht gegen Wasserwiderstand) unter strenger physiotherapeutischer Kontrolle.

Woche 7-12: dynamisches Training der Rotatorenmanschette konzentrisch und exzentrisch in der Scapulaebene mit Theraband (gelb-rot) und leichten Gewichten (max. 1 kg) mit

Das o.g. Schema ist als Standard zu sehen, von dem im Einzelfall abgewichen werden kann.

Sprechstunden: Montag bis Freitag 9:00 - 11:30 Uhr und 15:00 – 17:00 Uhr
Unfälle durchgehend 8:00 - 18:00

koordinativem Schwerpunkt; Aktivierung der Schultermuskulatur über Stützaktivität mit ca. 30% des Körpergewichtes; Dynamische Übungen zur Kräftigung des Deltamuskels; später auch Überkopfform („Wischübung“) mit geringer Intensität; Leichte Hebeübungen. Schmerzadaptierter Übergang in assistierte Mobilisation.

Ab Woche 12: Stabilisierung in der geschlossenen Bewegungskette/Stützaktivität; Schürzen- und Nackengriff möglich; Intensivierung der muskulären Kräftigung; intensivieren der manuellen Widerstände in freien Positionen (offene Kette). Aktivitäten mit hoher Zug- und Scherbelastung sollten vermieden werden

Bewegungsausmaße:

postoperative Woche	Abd. - Add.	Ext. - Flex. (RV - AV)	ARO - IRO
1.-2.	passiv 45°-0°-0°	passiv 0°-0°-45°	passiv 0°-0°-45°
3.-6.	assistiert 70°-0°-0°	assistiert 0°-0°-90°	passiv 10°-0°-70°
7.-12.	aktiv frei	aktiv frei	assistiert frei
Ab 12.			aktiv frei

Bis 12. Woche Beachtung der Schmerzgrenze.

Ab 12. Woche ist in der Regel Autofahren möglich.

Ab 12. Woche Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit mit geringer Schulterbelastung

Ab 16. Woche Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit mit höherer Schulterbelastung

Ab 21. Woche Wiederaufnahme der sportlichen Aktivitäten und anderer hoch belastender Schulteraktivitäten

Sportliche Aktivitäten:

Nach 3. Woche: kontrolliertes Bewegungsbad (noch kein intensives Aqua-Jogging)

Nach 16. Woche: Fahrradfahren

Nach 21. Woche: Start mit Überkopfsportarten denkbar

Bitte regelmäßige Wundkontrollen und Entfernung des Hautnahtmaterials am 7.-12. postoperativen Tag, ab dem Folgetag ist ein pflasterfreies Duschen möglich.

Bei Komplikationen oder Auftreten von zunehmender Rötung, Schwellung oder Überwärmung sofortige Wiedervorstellung in der Sprechstunde Ihres Operateurs.

Das o.g. Schema ist als Standard zu sehen, von dem im Einzelfall abgewichen werden kann.