



UNIVERSITÄTSKLINIKUM GIESSEN UND MARBURG GmbH

STANDORT MARBURG



Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Dir.: Univ.-Prof. Dr. S. Ruchholtz

Schulter- und Kniearthroskopie und Sporttraumatologie
www.schulter-knie-zentrum.de
www.arthroskopiezentrum.de
© TP 2008

Patientenaufkleber

Konservative Behandlung Frozen Shoulder (adhäsive Kapsulitis)

Die einzelnen Phasen sind zeitlich nur schwer voneinander abgrenzbar. Es können große individuelle Unterschiede bestehen. Entscheidend für die Phaseneinteilung ist die Symptomatik.

Phase 1 „Akutphase“ (Starker Nachtschmerz und Schlafstörungen)

In der ersten Phase ist der Schmerz meist sehr dominant und limitiert dadurch die Therapie. Zur Verbesserung der Compliance ist die Aufklärung über den zeitlichen Rahmen der Therapie und ihren Verlauf in den verschiedenen Phasen sehr wichtig.

Therapieschwerpunkte: Schmerzreduktion: Anleitung zur optimalen Lagerung; Eis, Elektrotherapie. Wenn nötig Immobilisation. Wenn möglich passive/ assistive Bewegungen in der **Skapulaebene** in alle Bewegungsrichtungen bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit); Verbesserung der skapulothorakalen Beweglichkeit. Anleitung zu passiven Pendelübungen. Diese Maßnahmen müssen **schmerzfrei** erfolgen. Sanfte detonisierende Techniken Schulter-Nacken. Ggf. HWS-/ BWS-Behandlung und allg. Entspannung (Atmung, Jakobson...).

Phase 2 „Freezing Phase“ (Schmerz geht zurück, Bewegungseinschränkung nimmt zu)

Ziele: Schmerzreduktion, Erhalt der Beweglichkeit glenohumeral und scapulothorakal.

Therapie: Schmerzreduktion: Heiße Rolle, Eis, Elektro, intermittierende Gelenktechniken in niedrigen Graden, sympathikusdämpfende Techniken.

Passive/ assistive Bewegungen in der Skapulaebene in alle Bewegungsrichtungen **schmerzfrei** bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit).

Verbesserung der skapulothorakalen Beweglichkeit. Bedarfsweise Mobilisation der HWS/BWS, sanfte detonisierende Maßnahmen Schulter-Nacken. Bilaterale assistive Flexion aus RL (Betgriff), auch zur Automobilisation.

Phase 3“Frozen Phase“ (Bewegungseinschränkung dominant, Schmerz geht weiter zurück)

Dies ist wichtigste Phase in der Nachbehandlung, da hier der weitere Therapieverlauf entscheidend beeinflusst wird. Die Mitarbeit des Patienten ist sehr wichtig, er muss seine Heimübungen mehrmals täglich durchführen, um ein guten Therapieerfolg zu gewährleisten.

Ziele: Verbesserung der Beweglichkeit
Integration des Arms bei ADL
Reduktion der Inaktivitätsatrophie

Therapie: passive und aktive Mobilisation in alle Bewegungsrichtungen **schmerzfrei**; sanfte Kapseltechniken; manuelle Dehnübungen. Haltungskorrektur und Mobilisation der HWS/BWS. Koordinatives und stabilisierendes Skapulatraining.
Assistive / aktive Übungen für FLEX, ABD, ROT (z.B. aktive Widerlagerung skapulo-humeral) zur regelmäßigen Eigenmobilisation.
Kontrolliertes Bewegungsbad möglich (noch kein Aquajogging).

Phase 4 „Thawing Phase“ (Bewegungseinschränkung geht zurück)

(dauert ca. bis zum 18. Monat)

Ziele: Verbesserung der Beweglichkeit
Propriozeptionsverbesserung
Verbesserung des glenohumeralen Rhythmus
Kräftigung

Therapie: Intensivierung der passiven und aktiven Mobilisation in alle Bewegungsrichtungen **schmerzfrei** (v.a. Mobilisation der dorsalen Kapsel). Dynamisches Training der RM konz./ exz. in der Skapulaebene mit Theraband (gelb/rot) und leichten Gewichten; bei Schmerzfreiheit generelle Kräftigung mit höheren Widerständen auch mit Geräten.
Progressive Stützaktivität / Belastung in der geschlossenen Bewegungskette.
Anleitung zu progressiver Automobilisation und -kräftigung.
Kontrolliertes Aquajogging möglich.
Berufs- und sportspezifisches Training.

Auch in den späten Reha-Phasen kann es noch zu Überlastungsreaktionen kommen. Deswegen ist weiterhin eine exakte, symptomabhängige Belastungssteuerung in Alltag, Beruf und Sport notwendig.

Viele Grüße aus der Unfallchirurgie der Uniklinik Marburg!

Bei Rückfragen:
info@schulter-knie-zentrum.de

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