

Was ist Evidence goes Practice?

Mit dieser Reihe möchte Physio Deutschland evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen aus medizinischen Leitlinien in umsetzbare Behandlungsempfehlungen in der Physiotherapie vorstellen. Physio Deutschland war in den letzten zehn Jahren an der Erarbeitung von mehr als 40 medizinischen Leitlinien beteiligt. Die „Evidence goes Practice“ Reihe erstellt Physio Deutschland in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW).

Die darin enthaltenen Empfehlungen zur Physiotherapie basieren überwiegend auf systematischen Datenbankrecherchen, die die aktuelle Studienlage zum jeweiligen Thema abbilden, und auf der praktischen Expertise von Physiotherapeut*innen. Um diese Erkenntnisse an die praktisch tätigen Physiotherapeut*innen in die Patient*innenversorgung weiterzugeben und anschaulich zu machen, wurde Evidence goes Practice entwickelt. Ziel mit Evidence goes Practice ist es, zu konkretisieren, was mit einer Empfehlung zur Behandlung bei einem Krankheitsbild gemeint ist und wie somit der Patient bzw. die Patientin auf der Basis der Leitlinie behandelt werden kann.

Je nach Stärke der Evidenz fällt die Graduierung der Empfehlungsstärke aus, diese kann als Text oder Symbol in Leitlinien dargestellt werden.

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	Starke Positiv-Empfehlung	soll	↑↑
B	Abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	↑
O	Offene Empfehlung	kann	↔
B	Abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	↓
A	Starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	↓↓

Quelle: AWMF-Regelwerk Leitlinien

www.physio-deutschland.de

Behandlungsroutinen

Befund

- » Subjektive und objektive Untersuchung der Einschränkungen der Schulterregion und angrenzenden Strukturen
- » Anwendung von Assessments (z.B. Patientenspezifische Funktions-Skala)
- » Gemeinsame Festlegung der kurz- und langfristigen Therapieziele

Edukation

- » Aufklärung, dass der Verlauf der Erkrankung zeitlich unterschiedlich und oft nicht linear verläuft. Dies bedeutet, dass Phasen der Besserung und Verschlechterung auftreten können, ohne dass eine stetige Verbesserung garantiert ist. Symptome können in ihrer Intensität schwanken und sich manchmal ohne klare Ursache verändern.
- » Dieses Wissen und Verständnis ist wichtig, um einen guten Umgang mit der Symptomatik zu gewährleisten.

Therapieplan

- » Bewegungstherapie in Form von Übungsprogrammen mit dem Ziel der Verbesserung von Beweglichkeit, Funktion und zur Schmerzreduktion werden als Einzel-/ Gruppentherapie und als Selbstübungen eingesetzt
- » Manuelle Therapie sollte ebenfalls für das Schultergelenk und angrenzende Strukturen ihre Anwendung finden.
- » Für die Schulterfunktion kann zur Manuellen Therapie ergänzend Trainingstherapie zusätzlich angeboten werden. Gleichzeitig ist das Ziel die Erlangung eines guten allgemeinen physischen Zustands

Informationen

Weiterführende Informationen einschließlich Literatur zu dieser und weiteren Leitlinien finden Sie unter:
S2e-Leitlinie Schultersteife
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-020>

www.physio-deutschland.de
www.dgptw.org/

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)



Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.
Deutzer Freiheit 72-74
50679 Köln
☎ 0221 / 981027-0
✉ info@physio-deutschland.de
🌐 physio-deutschland.de
📘 facebook.com/PhysioDeutschland
🌐 linkedin.com/company/physiodeutschland
📷 instagram.com/physiodeutschland



Evidence goes Practice
Schultersteife

Stand: Januar 2025

Evidenzbasierte Behandlung von Patient*innen bei Schultersteife

Unter Schultersteife versteht man eine eingeschränkte aktive und passive Beweglichkeit des Schultergelenks, unabhängig von der Ursache. Die primäre Schultersteife, auch „frozen shoulder“ genannt, ist gekennzeichnet durch starke Schulterschmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit des Schultergelenks, ohne dass im Röntgenbild Auffälligkeiten erkennbar sind. Die sekundäre Schultersteife hingegen tritt aufgrund einer bekannten Ursache auf, wie zum Beispiel Begleiterkrankungen (bei Diabetes mellitus auch als „diabetische Schultersteife“ bezeichnet) oder nach Verletzungen und Operationen.

Der Begriff „Adhäsive Kapsulitis“ wird von Expert*innen nicht mehr empfohlen.

Die Ätiologie der primären Schultersteife ist nicht geklärt.

Die „primäre Schultersteife“ tritt bei etwa zwei bis fünf Prozent der Bevölkerung auf. Typische Alters- und Geschlechtsverteilung: Häufiger betroffen sind Personen im mittleren Lebensalter, meist zwischen 40 und 60 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von etwa 50 Jahren. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, im Verhältnis von etwa 3:2. Durchschnittlich 4,4 Jahre nach Symptombeginn berichteten noch 41 Prozent der Betroffenen über Beschwerden. 59 Prozent waren hingegen beschwerdefrei oder wiesen nur geringe Beschwerden auf.

In 20 bis 40 Prozent der Fälle tritt die primäre Schultersteife beidseitig auf, häufig mit einer zeitlichen Verzögerung von zwei bis drei Jahren.

Für die idiopathische Schultersteife ist keine Prävention bekannt. Rezidive sind hingegen sehr selten.

Die häufigsten (systemischen) Begleiterkrankungen sind der Diabetes mellitus (Inzidenz bei von Diabetes Betroffenen 4,3 bis 22,4 Prozent, bei von Diabetes nicht Betroffenen 0,5 bis 2,3 Prozent), Schilddrüsenfunktionsstörungen (Inzidenz bis 10,3 Prozent) und ein gehäuftes kombiniertes Auftreten mit dem Morbus Dupuytren.

In der Literatur wird häufig der Verlauf der primären Schultersteife in drei Phasen beschrieben. Dies wird kontrovers diskutiert: Der typische Verlauf der Phasen kann variieren und ist insbesondere bei sekundären Formen der Schultersteife häufig nicht eindeutig erkennbar.

1. „freezing“-Phase:

zunehmende Schmerzen, zunächst bei Bewegung, dann auch in Ruhe, dann auch zunehmende Bewegungseinschränkung, zwei bis zehn Monate

2. „frozen“-Phase:

Steifigkeit und Bewegungseinschränkung im Vordergrund, Schmerzen abnehmend, drei bis zwölf Monate

3. „thawing“-Phase:

Verbesserung der aktiven und passiven Beweglichkeit, weiter rückläufige Schmerzen, fünf bis 24 Monate

Die primäre Schultersteife wird häufig als selbst-limitierende Erkrankung betrachtet. Allerdings kann der Heilungsprozess der Gelenkkapsel, bei dem sich normales Kollagen und die Eigenschaften des synovialen Bindegewebes wieder herstellen, in einigen Fällen mehrere Jahre dauern. Etwa 20 bis 30 Prozent der Betroffenen behalten leichte Beschwerden, die sich in Form von geringfügigen Schmerzen und einer leichten Einschränkung der Schulterbeweglichkeit äußern.

Ziele und Maßnahmen der Therapie

Da bei der Schultersteife meist zahlreiche Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind und die Schlafqualität beeinträchtigt sein kann, ist das Ziel der Therapie die Verbesserung von Beweglichkeit und Funktion, sowie die Schmerzreduktion. Physiotherapie wird bei Schultersteife als häufigste konservative Maßnahme verordnet und es kommen v.a. physiotherapeutische Übungsprogramme und Manuelle Therapie zum Einsatz.

Sollte ein operatives Verfahren zur Therapie der Schultersteife gewählt werden, so sollte in der Nachbehandlung eine Kombination aus mobilisierender Physiotherapie, Manueller Therapie und angeleiteten Eigenübungen zum Einsatz kommen.

Es ist wichtig, eine umfassende Beratung über den zeitlich variablen und nicht immer linearen Verlauf der Erkrankung anzubieten und die Bemühungen zu betonen, einen insgesamt guten physischen und psychischen Gesundheitszustand zu erreichen.

Ziel der Therapie ist die Verbesserung von Beweglichkeit und Funktion, sowie die Schmerzreduktion.

Schultersteife

- B ↑ Zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schultersteife (v. a. primäre und in Phase 1 bis 2) sollten Übungsprogramme in Einzel- oder Gruppentherapie alleine oder in Kombination mit anderen physiotherapeutischen Maßnahmen zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Funktion und des Schmerzes angewendet werden.
- B ↑ Manuelle Therapie sollte zur Behandlung der Schultersteife eingesetzt werden.
- O ↑ Zudem kann Manuelle Therapie mit Trainingstherapie kombiniert werden.
- B ↓ Ultraschall und oberflächliche Wärmetherapie sollten nicht zusätzlich zu einem Übungsprogramm bei Patientinnen und Patienten mit primärer Schultersteife angewandt werden, da sie nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Schmerzen sowie Beweglichkeit beitragen.
- B ↑ Niedrig dosierte Lasertherapie sollte alleinig oder ergänzend zur Manuellen Therapie und Trainingstherapie angewendet werden. Weitere Elektrotherapieanwendungen können angewendet werden.
- B ↑ Im Vergleich zu Physiotherapie und eigenständigem Übungsprogramm konnte mit Stoßwellentherapie eine größere Verbesserung von Schmerzen und Funktion bei Betroffenen mit primärer Schultersteife erreicht werden. Die Möglichkeit der Stoßwellentherapie sollte bei der Behandlung berücksichtigt werden.
- B ↑ Bei der Behandlung von Betroffenen der Schultersteife, insbesondere wenn sie mehrere Begleiterkrankungen aufweisen, sollte in großem Maße auf eine ausführliche Beratung über den zeitlichen und nicht stetig linearen Verlauf der Erkrankung und auf die Bemühungen zum Erlangen eines allgemein guten physischen und psychischen Zustandes geachtet werden.

Post-operative Empfehlung

- B ↑ Zur Nachbehandlung sollte die Kombination aus mobilisierender Physiotherapie, Manueller Therapie und angeleiteten Eigenübungen durchgeführt werden