

Im Gespräch mit Dr. med. Christiane Brinkmann

«Schultern sind leider sehr nachtragend»

Schalterschmerzen sind in der hausärztlichen Praxis ein häufiges Problem. Vor allem bei chronischen Schulterbeschwerden stellt sich nicht selten die Frage, ob eine Operation den Zustand verbessern könnte. Dr. med. Christiane Brinkmann, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, Praxis LEONARDO, Münchenstein, informiert über die Möglichkeiten von Eingriffen an der Schulter und warum eine umfassende Aufklärung der Patienten entscheidend ist für ein gutes Ergebnis.

Interview | Dr. med. Eva Ebnöther

● **PraxisDepesche:** Dr. Brinkmann, wann soll man als Hausärztin oder Hausarzt einen Patienten mit Schulterschmerzen zum Orthopäden schicken?

Dr. med. Christiane Brinkmann: Das hängt in erster Linie von der Verdachtsdiagnose ab. Wenn beispielsweise Beschwerden vorliegen, die zu einem Impingement passen, kann es sinnvoll sein, zuerst mit Schmerzmitteln und Physiotherapie zu behandeln und zu schauen, wie sich die Situation entwickelt. Wenn die Schmerzen nicht besser werden oder sich sogar verschlechtern, sollte man seine Diagnose überdenken resp. sie vom Spezialisten überprüfen lassen. Bei Arthrosebeschwerden ist eine Abklärung bezüglich Operation angebracht, wenn der Patient beginnt, regelmässig Schmerzmittel einzunehmen oder er wegen Funktionseinbussen im Alltag eingeschränkt ist. Dann ist ein guter Zeitpunkt, um mit dem Patienten zu besprechen, ob eine Operation für ihn sinnvoll wäre. Bei akuten Schmerzen aufgrund einer Verletzung, zum Beispiel nach einem Sturz, ist ganz wichtig, dass sich die Schmerzen und die Funktion innerhalb von 14 Tagen deutlich bessern. Ist das nicht der Fall, sollte der Patient ebenfalls zum Spezialisten. Denn wenn es sich zum Beispiel um einen Sehnenabriss handelt, läuft die Zeit davon, in der man die Sehne noch reifizieren kann – oder eben nicht mehr. Ein normales Röntgenbild liefert in der Regel schon einen Überblick, ob es sich um eine Arthrose oder etwas anderes handelt. Grundsätzlich spielt die persönliche Erfahrung, wie sicher man sich in der Untersuchung und Beurteilung der Schulter ist, eine grosse

Rolle. Wenn man Zweifel hat oder sich nicht gut auskennt, ist es besser, einen Patienten zu viel zum Orthopäden zu schicken als einen zu wenig.

Gibt es Patienten, bei denen a priori eine Kontraindikation für eine Operation besteht, zum Beispiel aufgrund des Alters oder bestimmter Vorerkrankungen?

Nein, weder das Alter noch bestimmte Krankheiten sind ein Ausschlusskriterium. Ein fitter 85-Jähriger

Dr. med. Christiane Brinkmann



kann unter Umständen mehr von einer Operation profitieren als ein 65-Jähriger, der zu hohe Ansprüche an seine Schultergelenksfunktion hat. Deshalb muss man immer die individuelle Situation des Patienten sowie seine Wünsche und Erwartungen berücksichtigen. In der Orthopädie gibt es nur wenige Eingriffe, die gemacht werden *müssen* – der Patient entscheidet nach der Aufklärung, ob für ihn eine OP sinnvoll ist oder nicht. Ich kann nur beraten und eine Empfehlung abgeben.

Wie gefährlich ist ein Schultereingriff für Patienten mit Antikoagulation?

Bei antikoagulierten Patienten muss man eine Risikoabwägung machen. Wie viel wird der Patient voraussichtlich von dem Eingriff profitieren und wie hoch ist das Risiko, wenn man die Antikoagulation aufhebt? Meistens ist dies aber kein grosses Problem. Wir haben relativ wenig Komplikationen wegen einer pausierten Blutverdünnung, da diese Pause mit Heparinen überbrückt werden kann.

«Wenn man als Hausarzt Zweifel hat, ist es besser, einen Patienten zu viel zu schicken als einen zu wenig.»

Wann können Sie im Bereich der Schulter minimalinvasiv operieren und wann nicht?

Es gibt nur noch wenige Indikationen, bei denen grosse Hautschnitte nötig sind: beim Gelenkersatz und bei Frakturen. Bei praktisch allen anderen Krankheitsbildern – Kalkschulter, Rotatorenmanschette, Impingement, Sehnennähte etc. – operieren wir mittels Schlüssellochtechnik. Ein Spezialfall ist die Operation nach Latarjet, ein Eingriff zur Stabilisierung der Schulter nach Luxation. In Münchenstein operieren wird diese Patienten mit offener Technik, nur wenige Kollegen führen diesen Eingriff minimalinvasiv durch.

Warum ist das so?

Wenn man die Latarjet-Operation minimalinvasiv machen möchte, sollte man pro Jahr eine grosse Zahl dieser Eingriffe durchführen. In diesem Fall ist der arthroskopische Eingriff sehr viel schwieriger und mit einer Reihe von Komplikationsmöglichkeiten behaftet. Die minimalinvasive Technik bietet meiner Meinung nach nicht viele Vorteile gegenüber der offenen Technik. Operateure, die diesen Eingriff seltener durchführen, sind gut beraten, die offene Technik anzuwenden. Zumal inzwischen auch bei der offenen Technik die Schnitte sehr klein sind.

Verkürzt sich der Spitalaufenthalt, wenn der Patient minimalinvasiv operiert wird?

Nicht unbedingt. Die Dauer der Hospitalisation hängt weniger von der angewendeten Technik, als vielmehr von der Art des Eingriffs ab. Von aussen sieht man nur die Narbe, die grösser oder kleiner sein kann. Entscheidend aber ist, was man innen gemacht hat. Es ist nicht so, dass Patienten mit längeren Schnitten auch länger im Spital bleiben müssen. Viel bedeutsamer für die Dauer des Spitalaufenthalts ist die Schmerzbehandlung. So sind zum Beispiel Eingriffe an den Sehnen für die Patienten sehr schmerzhaft. Deshalb bekommen sie in unserem Haus einen Schmerzkateter in das Operationsgebiet eingelegt, über den die Schulter für zwei Tage und Nächte betäubt werden kann. Wenn der Katheter gezogen wird, sollten die Patienten noch eine Nacht im Spital bleiben, damit wir sehen können, ob sie mit den verschriebenen Schmerzmitteln auskommen.

Einzig bei der Prothetik ist es anders: Hier braucht es einen grösseren Schnitt und man möchte dann die Wundheilung in den ersten Tagen beobachten. So kann man einen allfälligen Infekt frühzeitig erkennen. Bevor der Patient nach Hause geht, sollte die Wunde trocken und reizlos sein. Deshalb bleiben diese Patienten etwa 6–7 Tage im Spital. Die Entzündungswerte sollten ab dem fünften postoperativen Tag abfallen. Ist dies der Fall, können wir den Patienten mit gutem Gewissen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Wann beginnen die Patienten mit der Physiotherapie?

Noch unter stationären Bedingungen am ersten Tag nach der Operation. Je nachdem, was man operiert hat, nur passiv oder bereits aktiv mit ersten Bewegungsübungen. Zuhause reicht es in der Regel aus, wenn die Patienten zweimal pro Woche Physiotherapie haben.

Wie wichtig ist die Physiotherapie für die Heilung?

Physiotherapie ist meiner Meinung nach ebenso wichtig wie der Eingriff selbst. Ein guter Eingriff mit schlechter Physiotherapie – das geht schief. Und umgekehrt auch. Im Rahmen des Lockdowns während der Corona-Krise konnte ich beobachten, dass aufgrund des Pausierens der Physiotherapie mehr Patienten mit stärkeren Beschwerden kamen als üblich.

Und welchen Stellenwert hat Physiotherapie vor der Operation?

Da hängt der Nutzen der Physiotherapie vom Problem ab. Physiotherapie kann sehr sinnvoll sein, um die Muskulatur zu erhalten. Patienten, die mit einer guten Muskulatur zur OP kommen, werden sich hin-

terher schneller erholen. Allerdings ist Physiotherapie vor der Operation nicht immer möglich. Und wenn die Physiotherapie Schmerzen verursacht, dann muss man den Nutzen hinterfragen. Bei Schulterbeschwerden darf man sich am Schmerz orientieren. Die Patienten sollen auf ihre Schulter hören – sie sagt, was sie verträgt und was nicht. Bei anderen Gelenken ist das nicht so ausgeprägt. So kann es etwa beim Knie sinnvoll sein, dass der Patient vor der Physiotherapie ein Schmerzmittel nimmt, so dass der Physiotherapeut so richtig «rangehen» kann – das geht bei der Schulter nicht. Eine Schulter darf nur selten forciert werden.

Wie lange dauert es, bis ein Patient die Schulter nach einer Operation im Alltag wieder voll belasten kann?

Schultern sind leider sehr nachtragend, deshalb dauert das lange. Das muss man dem Patienten vor der Operation erklären. Bei praktisch allen Schulter-Operationen – egal, was man genau macht – dauert es etwa ein halbes Jahr, bis der Patient mit der Funktion zufrieden ist. Und es dauert ein Jahr, bis der Patient die Schulter wieder einsetzen kann, ohne darüber nachzudenken, ob sie das verträgt oder nicht. Die ersten sechs Wochen nach einer Operation dienen der Heilung. In den nächsten sechs Wochen geht es darum, dass das Gelenk wieder beweglich wird. Erst danach kann auch die Muskulatur aufgebaut werden. Nach etwa einem halben Jahr kann man die Schulter wieder mit Kraft einsetzen, wird sie aber unter Umständen noch spüren.

Manche Patienten, die eine Hüft- oder Knieprothese bekommen, laufen danach wieder Marathon oder spielen Tennis. Wie ist das nach einer Schulteroperation – können die Patienten die Schulter auch beim Sport wieder voll belasten?

Prinzipiell ist es möglich, dass einzelne Patienten auch mit einem künstlichen Schultergelenk wieder Tennis spielen – aber es fragt sich, ob das auch sinnvoll ist. Ein schmerzendes Schultergelenk schränkt den Alltag sehr ein, und das wichtigste Ziel eines Eingriffs ist es, dass die Patienten den Alltag wieder bewältigen können. Was die Patienten darüber hinaus noch erreichen können, hängt stark von der individuellen Situation ab. Wenn ein 70-Jähriger eine Schulterprothese bekommt, ist die Wahrscheinlichkeit eher klein, dass er wieder Tennis spielen wird. Hingegen wird ein Sehnenabriss bei einem 30-Jährigen vollständig verheilen, so dass er ziemlich sicher wieder Tennis spielen kann.

Wann stellen Sie eine Operationsindikation bei Patienten mit wiederholten Schulterluxationen?

Das hängt von der Ursache ab. Wenn die erste Luxation durch einen Unfall verursacht wurde, mit einem

hohen Impact auf die Schulter, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass das Gelenk wegen einer Verletzung instabil ist. Dann sollte man operieren. Bei diesen Patienten besteht eine sehr gute Chance, die Schulter mit einem Eingriff zu stabilisieren. Eine ganz andere Situation besteht bei jungen Patienten mit einer generalisierten Überbeweglichkeit. Wenn es bei diesen Patienten durch eine Bagatellverletzung, also zum Beispiel stolpern und mit der Hand abfangen, zur Schulterluxation kommt, entsteht meist kein struktureller Schaden. Dann besteht keine Operationsindikation, sondern die Patienten benötigen Physiotherapie. Durch den Aufbau von Muskulatur lässt sich das Schultergelenk stabilisieren. Im Gegensatz zu den anderen Gelenken ist die Schulter ja schon von vorneherein ein instabiles Konstrukt, das nur durch Sehnen und Bänder gehalten wird.

«Die Patienten sollen auf ihre Schulter hören – sie sagt, was sie verträgt und was nicht.»

Gibt es einen Punkt, der bei Schulteroperationen oft heikel ist?

Man muss den Patienten von Anfang an erklären, dass es eine lange Reise wird. Wenn ein Patient seit einem Jahr Schmerzen hat, kann er nicht erwarten, dass es ihm schon drei Wochen nach der Operation wieder gut geht. Das muss man vor dem Eingriff besprechen, damit der Patient nach dem Eingriff nicht enttäuscht ist. Viele Krankheitsbilder der Schulter können primär konservativ behandelt werden – wir operieren längst nicht alle Patienten. Eine Operation ist dann angebracht, wenn die konservative Behandlung gescheitert ist oder der Patient sich sagt: «So geht es nicht weiter, jetzt muss etwas gehen. Nun ist für mich der richtige Zeitpunkt für die Operation und ich bin gewillt, diese lange Reise anzutreten, inklusive der Unannehmlichkeiten und Schmerzen.» Es lohnt sich, die Patienten vor der Operation wirklich gut aufzuklären und sie detailliert über die Zeit nach dem Eingriff zu informieren. Wenn die Patienten dann gewillt sind, sich operieren zu lassen, hat man am Ende zufriedene Patienten.

Was können Sie Patienten bieten, bei denen zwar eine klare Operationsindikation besteht, die aber keine Operation wollen?

Es gibt immer Möglichkeiten. Zum einen können wir mit Schmerzmitteln arbeiten, eventuell auch mit Infiltrationen über eine gewisse Zeit. Physiotherapie ist ein wesentlicher Baustein der konservativen Behandlung. Und man muss auch diese Patienten gut

darüber aufklären, welche Verläufe mit und ohne Operation möglich sind – der Patient sollte den «worst case» und den «best case» kennen. Manche Patienten möchten auch im ersten Moment keine Operation, und wenn man sie dann über eine längere Zeit mit konservativer Therapie begleitet, kommen sie doch an einen Punkt, an dem sie einen Eingriff wollen.

Viele Patienten kläre ich über die Operation auf und sage ihnen dann, dass sie ein paar Nächte darüber schlafen und sich das Ganze gut überlegen sollen. Oder die Patienten machen zuerst eine Serie Physiotherapie und wir schauen, wie sich die Schulter entwickelt. Will ein Patient keine Operation, ist das vollkommen akzeptabel. Es ist der Patient, der mit den Beschwerden leben muss. Wenn er findet, dass es ihn nicht stark einschränkt, wenn er gewisse Bewegungen mit der Schulter nicht mehr machen kann, dann finde ich auch, dass man das nicht unbedingt operieren muss. Wichtig ist mir, dass der Patient nicht aus Angst, sondern gut überlegt die Operation ablehnt. Gerade in der Schulterchirurgie gibt es für mich kein «Das muss man» oder «Das darf man nicht», sondern die Entscheidungen sind immer ganz individuell. Welche Anforderungen hat der Patient an die Schulter?

Was kann ich ihm bieten? Und was ist vielleicht auch illusorisch? Man kann ja auch mit einer Operation nicht alles neu machen.

Haben Sie im Zusammenhang mit Schulterschmerzen einen Tipp für Hausärztinnen und Hausärzte?

Patienten die sich eine Verletzung der Schulter zuziehen, können häufig den Arm in den ersten 14 Tagen nicht abduzieren. Hier lohnt es sich, die Untersuchung der Schulter nach einigen Tagen zu wiederholen. Kann der Patient bei angelegtem Arm keine Aussenrotation gegen Widerstand ausführen oder zeigt sich ein klarer Kraftverlust im Bellypress-Test, dann gilt es, keine Zeit zu verlieren. Dann sollte man ein MRI in die Wege leiten und den Patienten beim Orthopäden resp. Schulterchirurgen anmelden. Bei Unsicherheit empfehle ich auch: Lieber einmal einen Patienten zu viel zum Orthopäden schicken als einmal zu wenig. Es gibt Verletzungen, bei denen die Uhr tickt. Gewisse Sehnenabriss ziehen sich schnell zurück, so dass es schwierig bis unmöglich werden kann, diese zu refixieren. ○