




11 → Humeruskopf- und proximale Humerusfraktur, konservativ S42.2(0,1,2,3,4,9)

Stabilität	Zeit	Behandlungsziel	Maßnahmen	Belastung / Bewegungsausmaß	Bemerkung	
Lagerungsstabil	Unfalltag bis 3. Wo 	Prävention sekundärer Frakturdislokation	<ul style="list-style-type: none"> Anlegen eines ruhigstellenden Verbands 	Ruhigstellung in einer der Frakturform angepassten Schullerruhigstellung Schaftdislokation 10-50% nach medial: Proximale Rolle + Schultergelenkorthese zur Immobilisierung Schaftdislokation < 10% nach medial: Schultergelenkorthese zur Immobilisierung Varusabkipfung des Kopffragmentes > 30°: Schulterabduktionorthese	Zwingende Kontrolle der Ruhigstellung am 1. Tag	
		Vermeidung von Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> Schmerzreduktion Kreislaufstabilisierung Pneumonieprophylaxe 	Aktivierung aus dem Bett nach individuellen Möglichkeiten	Schmerzreduzierende und abschwellende Lagerung	
		Aktivierung	<ul style="list-style-type: none"> Anleitung zum eigenständigen aktiven Bewegen der nicht ruhiggestellten Gelenke Haltungsschulung Statische Muskelarbeit Aktivierung mit entsprechendem Hilfsmittel Edukation und Verhaltenstraining 			
		Niedriges VTE-Risiko!				
		Bei konservativer Therapie an der oberen Extremität sollte in der Regel keine (über die Basismaßnahmen hinausgehende) VTE-Prophylaxe erfolgen (nach Leitlinie).				
		Stellungskontrolle	• Röntgenkontrolle in der Ruhigstellung z.B. 4., 7., 11. Tag			
		Abschwellende und schmerzlindernde Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> MLD Kompressionstherapie Kryotherapie 			Ggf. IPK
Ggf. Vorbereitung der Entlassung bzw. Organisation der Nachbehandlung/Rehabilitation Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ADL-Abklärung Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln Antragsstellung/ Einleitung Rehabilitationsmaßnahme 			Überprüfung der Notwendigkeit: Kurzzeitpflege (geriatrische) Frührehabilitation Ambulante oder Stationäre RehaMaßnahmen		

11 → Humeruskopf- und proximale Humerusfraktur, konservativ

S42.2(0,1,2,3,4,9)

Stabilität	Zeit	Behandlungsziel	Maßnahmen	Belastung /Bewegungsausmaß	Bemerkung
Bewegungsstabil	bis 6. Wo	Erweiterte Aktivierung	<ul style="list-style-type: none"> • Passives/Assistives Bewegen • Scapulamobilisation/-stabilisierung • Statische Muskelarbeit/ Zentrierung Oberarmkopf • Sturzprävention • CPM Schulter • ADL-Training • Motorisch funktionelles Training 	Bewegung Limit 90° für Flexion und Abduktion der Schulter Ruhigstellung in Schultergelenkorthese zur Immobilisierung (ggf. Orthesenwechsel 3. Wo.)	Tägliche Therapie empfehlenswert
Belastungsstabil	bis 8. Wo 	Physiologisches Bewegungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Assistives/Aktives Bewegen • Aktives Bewegen • Koordinationstraining • Gleichgewichtstraining • Muskelaufbautraining • Ausdauertraining • Bewegungsbad 	Bewegung ohne Limit	Weitere notwendige ambulante Therapie-maßnahmen Entwöhnung vom Hilfsmittel ggf. Abklärung Knochendichte und evtl. Einleitung einer Therapie bei Osteoporose
	bis 10. Wo 	Bewegung und Belastung unter Alltagsbedingungen Arbeitsfähigkeit bei leichten Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Muskelaufbautraining unter Einsatz von Geräten 	Belastungssteigerung nach individueller Fähigkeit bis zur Vollbelastung unter Alltagsbedingungen	Stationäre/ ambulante medizinische Rehabilitation
Trainingsstabil	Übergang zur Trainingsstabilität in Abhängigkeit von klinischen- und Röntgenbefunden Erkennen von Störungen im Heilverlauf und Einleiten geeigneter Maßnahmen Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Rehabilitative Maßnahmen im Rahmen der Trainingsstabilität und der beruflichen Wiedereingliederung sind ggf. bei erwerbsfähigen Patienten notwendig				
	bis 12. Wo	Teilhabe: Wiedereingliederung Alltag, Gesellschaft und Beruf Arbeitsfähigkeit bei mittelschweren bis schweren Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionstraining Rehasport • Rehanachsorge • ggf. Belastungserprobung, Arbeitstherapie 	Bewegung und Belastung ohne Limit	Ggf. medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
	ab 4. Mo	Sportfähigkeit für low impact-Sportarten	<ul style="list-style-type: none"> • Zyklische Sportarten erlaubt 		Sportärztliche Beratung empfohlen
	ab 6. Mo	Sportfähigkeit für high impact-Sportarten	<ul style="list-style-type: none"> • Azyklische Sportarten erlaubt 		Sportärztliche Beratung empfohlen