

Seit &gt; 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

**2014: S2-Leitlinie Rotatorenmanschette****Empfehlungen/Statements - 2. Abstimmungsrunde****3. Klassifikation - Bewertungssysteme (Scores)****Empfehlung 9: Die Anwendung folgender Scores kann empfohlen werden:**

Constant Score:






Retest-Reliabilität Constant Score:  $r = 0,675$ 

VAS:

Retest-Reliabilität VAS:  $r = 0,98$ **Expertenmeinung**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:****Antwortverteilung:**

	ja:	9 von 9	100.00 %	
	eher ja:	0 von 9	0.00 %	
	unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
	eher nein:	0 von 9	0.00 %	
	nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

- Keine Kommentare



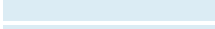
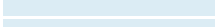

**7. Therapie****7.2 Indikation/Operationszeitpunkt****Statement 12****Degenerative Läsionen**

- Grundsätzlich elektiver Eingriff bei degenerativen Läsionen, in der Regel nach Versagen der konservativen Therapie
- Indikationen individuell abhängig von:
  - Klinischer Symptomatik: Schmerz, ROM, Funktion, Kraft
  - Rupturmorphologie (US/MRT): Retraktionsgrad, Fettige Infiltration, Atrophie
  - Funktionellem Anspruch
  - Perioperative Compliance
- Akute Läsionen[72-77]:
  - Akute RM-Läsionen sind eher selten (5-10%)
  - Verzögerte Rekonstruktion von akuten RM-Läsionen kann zu Sehnenretraktion, fettiger Degeneration und Atrophie der RM-Muskulatur führen
  - Chance, gesünderes Gewebe mit besserem Heilungspotential vorzufinden bei früher Rekonstruktion
  - Level IV Fallserien mit Focus auf früher Rekonstruktion:
  - In einer Studie sind Resultate der RM-Läsionen, die innerhalb von 3 Wochen nach Trauma versorgt wurden, besser als später versorgte

**Evidenzlevel 4**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:****Antwortverteilung:**

	ja:	9 von 9	100.00 %	
	eher ja:	0 von 9	0.00 %	
	unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
	eher nein:	0 von 9	0.00 %	
	nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

- Keine Kommentare

**Empfehlung 13**

**Akute Rupturen, v.a. der Subscapularissehne, und Rupturen ohne Anzeichen von Humeruskopfkränialisierung und fortgeschrittener Atrophie sollten zeitnah versorgt werden, dann ggf. auch Histologie-Gewinnung zur Unterscheidung akut/chronisch (Unfall vs. Krankheit). Expertenmeinung**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:**

**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

- Keine Kommentare

**8.5 Häufigste Verfahren****Statement 18**

**Arthroskopische/mini-open/offene Operation[1-8]:**

- Keine Studien, die alle drei Verfahren direkt vergleichen; bei verfügbaren Studien heterogene Aussagen bezüglich der klinischen und strukturellen Ergebnisse, direkt postoperativ zeigen die offenen- Zugänge ein höheres Schmerzniveau.

**Evidenzlevel 3**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:**

**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	8 von 9	88.89 %	
eher ja:	1 von 9	11.11 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

1

**Kommentare:**

- Keine Kommentare

**Empfehlung 19**

**Verfahren ist je nach Erfahrung des Operateurs, in Abhängigkeit der Pathologie und Patientenwunsch anzuwenden. Expertenmeinung**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:**

**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	8 von 9	88.89 %	
eher ja:	1 von 9	11.11 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

zu Antwort  
'eher ja'

- Die arthroskopischen minimal-invasiven Techniken sollten favorisiert werden.






**Statement 20**

**Fadenankertechnik vs. transossäre Nähte[9-10]:**

- **Offene Operation und Mini-open-Technik: keine Unterschiede im funktionellen Outcome**  
**Evidenzlevel 2, Empfehlungsgrad B**
- **Arthroskopische Technik: Aufgrund des operationstechnisch limitierten Zugangs ist die Fadenankertechnik als Standardverfahren anzusehen. Klinische Vergleichsstudien zwischen Fadenanker- und transossärer Technik fehlen.**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:****Antwortverteilung:**

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

- Keine Kommentare

**Statement 23**


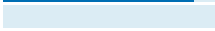


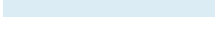
**Akromioplastik in Kombination mit der Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion oder isoliert bei Partialläsionen der Rotatorenmanschette [25-29]:**

- **keine generelle Empfehlung zur begleitenden Akromioplastik bei Akromion I-III, keine Unterschiede im klinischen Outcome bei Rotatorenmanschettenrekonstruktion mit vs ohne Akromioplastik**

**Evidenzlevel 1a, Empfehlungsgrad A**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:****Antwortverteilung:**

	9		
ja:	8 von 9	88.89 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	1 von 9	11.11 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

zu Antwort  
'unentschieden'


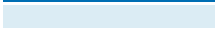


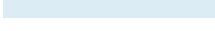
- Cave: Es gibt keine Langzeitstudien mit VS ohne Akromioplastik aber gute Langzeitregister MIT Akromioplastik

**Statement 26**

**Sehr sparsame ACG-Resektion (max.1 Shaverbreite/ ca. 6mm) bei klinisch präoperativ vorhandener symptomatischer ACG-Arthrose (cave: Instabilität. Keine ACG-Resektion bei asymptomatischer ACG-Arthrose).**  
**Expertenempfehlung**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:****Antwortverteilung:**

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

- Keine Kommentare




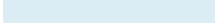
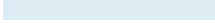
**Statement 27****LBS-Tenotomie, -dese [38-42]:**

- **Keine Unterschiede im endgültigen klinischen Ergebnis, auch nicht bzgl. Supinations-/Flexionskraft im Ellbogengelenk,**
- **Tenotomie: wird eher bei älteren Patienten mit niedrigerem funktionellen Anspruch angewendet, einfache Nachbehandlung, kosmetische Deformität durch Distalisierung des M. biceps**
- **Tenodese: wird eher bei jungen Patienten mit hohem funktionellen Anspruch angewendet, aufwendigere**

**Nachbehandlung, geringere kosmetische Deformität****Evidenzlevel 2, Empfehlungsgrad B**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:****Antwortverteilung:**

	ja:	9 von 9	100.00 %	
	eher ja:	0 von 9	0.00 %	
	unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
	eher nein:	0 von 9	0.00 %	
	nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**





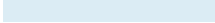
- Keine Kommentare

**Expertenempfehlung.**

Die Indikation zur Tenotomie/Tenodese der langen Bicepssehne (LBS) ist in Abhängigkeit des Patientenalters, funktionellen Anspruchs und der vorliegenden Pathologie gewählt werden.

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

**Abgegebene Stimmen:****Antwortverteilung:**

	ja:	9 von 9	100.00 %	
	eher ja:	0 von 9	0.00 %	
	unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
	eher nein:	0 von 9	0.00 %	
	nein:	0 von 9	0.00 %	

**Enthaltungen:**

0

**Kommentare:**

- Keine Kommentare

**Allgemeiner Kommentar zum Fragebogen.**

Haben Sie weitere Kommentare/Ergänzungen bzgl. des Fragebogens? Gibt es Themenbereiche, die Sie vermissen?

**Abgegebene Stimmen:** 1**Antworten:**

- Nein. Vielen Dank, dass ich mitmachen durfte. Danke Dennis.