

Nachbehandlungsschema: Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes (HKB)

Beweglichkeitslimite: Phase 1 und 2 (mind. 4 Wochen) Flexion/Extension 60/0/0
 Phase 3 (mind. 2 Wochen) Flexion/Extension 90/0/0
 Phase 1 bis 3: konsequentes Unterlagern der proximalen Tibia in Rückenlage zur Verhinderung der hinteren Schublade

Orthese: konsequentes Tragen der Medi PTS (Tag und Nacht) für 6 Wochen

*Die Evaluations- und Progressionskriterien werden jeweils am Ende der Rehabilitationsphase erhoben.
 Werden die Evaluations- und Progressionskriterien ab Phase 2 nicht erfüllt, verzögert sich der gesamte Rehabilitationsverlauf.

Phase	Ziele nach ICF	Behandlungsmassnahmen	Evaluations- und Progressionskriterien*
Phase 1 (Woche 1 und 2)	Struktur Reduktion der Schmerzen Reduktion der Schwellung Funktion Beweglichkeit Knie Flexion/Extension (60/0/0) Isometrische Aktivierung m. quadriceps femoris Aktivität Sicheres Gehen inkl. Treppe an Stöcken	Schmerzmanagement Abschwellende Massnahmen Passive Kniemobilisation in Bauchlage Mobilisation der Patella Isometrische Aktivierung m. quadriceps femoris SLR in Medi PTS Brace Gangschulung (3-Punkte Gang an Stöcken, inkl. Treppe)	Ergusstest ¹ Entzündungszeichen Sicheres Gangbild an Stöcken
Phase 2 (ca. Woche 3 und 4)	Struktur Reduktion der Schmerzen Funktion Beweglichkeit Knie Flexion/Extension (60/0/0) Verbesserte Muskelkoordination Aktivität Sicheres Gehen ohne Stöcke	Abschwellende Massnahmen Passive Kniemobilisation in Bauchlage Narbenmobilisation Proprioceptive Übungen beidbeinig in Extension Beginn Kraftaufbau Rumpf und obere Extremität	Ergusstest ¹ Entzündungszeichen Beweglichkeit Knie Flexion/Extension 60/0/0 Normales Gangbild
Phase 3 (ca. Woche 5 bis 6)	Funktion Beweglichkeit Knie Flexion/Extension (90/0/0)	Passive Kniemobilisation in Bauchlage Narbenmobilisation Proprioceptive Übungen in Extension	Beweglichkeit Knie Flexion/Extension 90/0/0
Phase 4 (ca. Woche 7 bis 12)	Funktion Seitengleiche Knie-Beweglichkeit Aktivität Flexionsbelastung bis maximal 90° Alternierendes Treppensteigen	Aktive und passive Kniemobilisation Narbenmobilisation Intensivierung proprioceptiver Übungen Beginn Kraftaufbau (Maximalkraft) in geschlossener Kette max. 90° Knieflexion Fahrradergometer	annähernd seitengleiche Knie-Beweglichkeit



Phase	Ziele nach ICF	Behandlungsmassnahmen	Evaluations- und Progressionskriterien*
Phase 5 (ab ca. 4. Monat)	Funktion Seitengleiche Knie-Beweglichkeit Aktivität Fahrradfahren draussen Crawl und Rückenschwimmen	Aktive und passive Kniemobilisation Intensivierung propriozeptiver Übungen Lauf und Sprung-ABC mit stabiler Beinachse Weiterführung Kraftaufbau (Maximalkraft) in geschlossener Kette Training der ischiocruralen Muskulatur in offener Kette Fahrradergometer	Volle Beweglichkeit Kniegelenk Abgeschlossener Maximalkraftaufbau (mindestens bis Hypertrophie/KRS 4)
Phase 6 (ab ca. 5. Monat)	Aktivität Schmerzfreier Dehnungsverkürzungszyklus Partizipation Joggen outdoor	Schnellkraft inkl. Sprünge (Squat Jump, Drop Jump, Countermovement Jump) Joggen (Beginn wenn Lauf- und Sprung-ABC beschwerdefrei)	
Phase 7 (ab ca. 9. Monat)	Aktivität Sportartspezifische Bewegungsabläufe Partizipation Kontinuierlicher Wiedereinstieg in Sport	Stop and Go Belastungen Sportart-spezifische Bewegungen Kontinuierlicher Wiedereinstieg in Sport	

¹ Modified Stroke Test (Ergusstest): Erguss wird eingeteilt in fünf Stufen (0. minim, +, ++, +++)

Literatur:

Diemer, F., & Sutor, V. (2011). Praxis der medizinischen Trainingstherapie I: Lendenwirbelsäule, Sakroiliakgelenk und untere Extremität.

Kim, J. G., Lee, Y. S., Yang, B.S., Oh, S.J., & Yang S.J. (2013). Rehabilitation after posterior cruciate ligament reconstruction: a review of the literature and theoretical support. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, S. 1687-1695.

Reid, A., Birmingham, T., Stratford, P., Alcock, G., & Giffin, J. (20. February 2007). Hop testing provides a reliable and valid outcome measure during rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. Physical Therapy, S. 337-49.

Sturgill, L. P., Snyder-Mackler, L., Manal, T. J., & Axe, M. J. (2009). Interrater reliability of a clinical scale to assess knee joint effusion. Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy, S. 513-518.