



INFORMATIONSBLATT:

NACHBEHANDLUNGSSCHEMA
NACH ARTHROSKOPISCHER VORDERER
LABUMREFIXATION/KAPSELPLASTIK

| ZEIT/WOCHE | BEWEGUNG | BELASTUNG | PHYSIOTHERAPIE/SPORT |
|------------|--|---------------|---|
| 0-2. | nur Pendeln | keine | Gilchrist , Pendeln aktiv und passiv, Kryotherapie |
| 3.-6. | Abduktion < 70° Anteversion < 70° Retroversion < 30° ARO < 0° | keine | Aktiv und passiv nach NN Limitierung, Isometrie, ggf. Massage der umspannenden Muskulatur, Kryotherapie |
| ab 7. | Freies Steigern ohne Spannungsgrenzen zu überschreiten. | Vollbelastung | Alle kontrollierten, nicht beschleunigende Trainingsformen ohne Überschreiten der Spannungsgrenzen, isokinetisches Training, sportartspezifische Therapie, kein Kontaktsport, keine Wurfsporarten |
| ab 12. | frei | Vollbelastung | Alle kontrollierten, nicht beschleunigende Trainingsformen, isokinetisches Training, sportartspezifische Therapie, kein Kontaktsport, Beginn Wurfsportraining, freies Schwimmen |
| ab 24. | frei | Vollbelastung | Freigabe Wettkampf, inklusive Kontaktsport |