

Tag 1:

- Klinische und sonographische Diagnose der Achillessehnenruptur.
- Mobilisation an Unterarmgehstützen und Immobilisation des oberen Sprunggelenks im Unterschenkelspaltgips in 30° Plantarflexion oder Orthese (z.B. Aircastwalker)

Tag 1–7:

- Hochlagerung, Schonung, Kältetherapie, postoperative primäre Wundheilung
- Thrombembolieprophylaxe für Dauer der Immobilisation (regelmäßige Blutbildkontrolle; CAVE: HIT-Syndrom)
- ggfs. nach Abschwellen definitives Anpassen einer Orthese und Mobilisation unter Vollbelastung. Durchgängiges Tragen der Orthese (Tag und Nacht, zur Nacht Anlage einer Lagerungsschiene in 30° Plantarflexion möglich; wichtig: immer 30° Plantarflexion beibehalten! Abnahme Orthese nur zur Körperpflege, Duschen im Sitzen mit Hocker, Gegenseite Absatzerhöhung zum Beinlängenausgleich)

Tag 7– 21:

- ambulante Physiotherapie (Gangschulung, Maßnahmen zum Vermeiden von Verklebungen des Sehnengleitlagers, Massage, Muskelstimulation durch Elektrotherapie, manuelle Lymphdrainage, Kältetherapie)

Ab 3 Wochen:

- zusätzlich isokinetisches Training auf dem Ergometer mit Fersenkontakt, Weichteilmobilisation/Friktion im Narbenbereich

Ab 4 Wochen:

- zusätzlich Leg-Press mit Fersenkontakt, propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation, Koordinations- und Stabilitätstraining in Orthese

Ab 6 Wochen:

- Reduktion der Plantarflexion auf 15° in Orthese
- Schwimmen, Aquajogging

Ab 8 Wochen:

- **Abnahme der Orthese**
- Mobilisation der Dorsalextension im oberen Sprunggelenk bei Knieflexion, Freihalten des Sehnengleitlagers, propriozeptives Training auf stabiler Unterlage, Kräftigung der Wadenmuskulatur ohne Dehnung, Laufbandtraining ohne Steigung, Gangschulung
- beidseitiges Anpassen von knöchelhohen Konfektionsschuhen mit 1cm Pufferabsatzerhöhung bis zum bis zum 6. Monat.

Ab 3 Monaten:

- weiterhin 1cm Absatzerhöhung beidseits
- Aufbau der Sportfähigkeit (Jogging auf gerader Ebene, Fahrradfahren auch mit Zehenballenkontakt, Kräftigung Beinmuskulatur ohne Wadendehnung).

Ab 4 Monaten:

- weiterhin 1cm Absatzerhöhung beidseits
- Jogging auf ungerader Ebene (Waldlauf)
- Kräftigung Wadenmuskulatur mit Dehnung
- sportartspezifische Belastungssteigerung

Ab 6 Monaten:

- Entfernung der Absatzerhöhung
- Belastungssteigerung Ballsportarten ohne Körperkontakt
- Ohne vollen Einsatz: Tennis, Badminton, Handball, Basketball, Volleyball, Springen, abrupte und schnelle Richtungswechsel vermeiden

Ab 9 Monaten:

- Volle Sportfähigkeit erreicht
- Springen und abrupte Richtungswechsel erlaubt (Squash, Fußball, Leichtathletik)

Bei Therapie mit Gerinnungshemmern: Re-Marcumarisierung frühestens nach 4 Wochen postoperativ unter Bridging, Gabe von NOAKs ab der 3. postoperativen Woche ohne Bridging (Wunde muss trocken sein!)