

Nachbehandlung nach Ringbandersatzplastik (operativ)

Woche 1-2	bis Abschluss Wundheilung palmare Gipsschiene in intrinsic plus Stellung, Verbandswechsel heimatnah 2x wöchentlich, Fadenzug nach 2 Wochen.
Woche 3-6	Übungsstabilität, unter Ringbandschutzring aktive Bewegung ohne Widerstand erlaubt. Krankengymnastik, Ergotherapie (geführte Bewegungen, Vermeidung eines Streckdefizits), ab der vierten Woche Beginn mit vorsichtigen Übungen mit z.B. dem Thera-Handexerciser (gelb) oder QiGong-Kugeln und Beginn mit allgemeinem Krafttraining unter weitgehender Schonung des operierten Fingers, dabei Ringbandschutz mittels H-Tape oder Ringbandschutzring. Narbenmobilisation.
Woche 7-12	Freies Bewegen ohne Ringbandschutz
ab Woche 7	Vorsichtige Kräftigung der Finger unter Ringbandschutz mit z.B. Gogor (Muskers Climbing) unter schrittweiser Steigerung des Widerstandes.
ab Woche 9	zusätzliche leichte statische Halteübungen an Griffleiste aber noch kein Hängen am Griffboard.
ab Woche 12	vorsichtige Hängeübungen am Griffboard mittels Slopergriffen und Entlastung mittels Elastikband, Klimmzüge an der Stange
ab 4 Monate	Vorsichtiges Klettern, Belastungssteigerung bis zur absoluten Vollbelastung über 3 Monate, Ringbandschutz mittels H-Tape
ab 6 Monate	Vollbelastung, Wettkampffähigkeit, weiterhin Taping für mindestens ein Jahr, besser auf Dauer

Allgemein gilt: Kein Klettern mit dem Ringbandschutzring (erhebliche Verletzungsgefahr!)

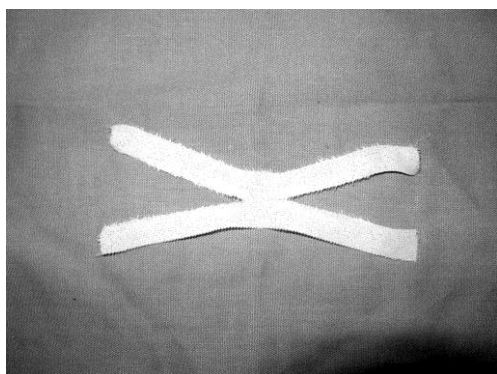
Prof. Dr. Peter Strohm
Chefarzt

Prof. Dr. Volker Schöffl
Leiter der Sektion
Sportorthopädie, Sporttraumatologie,
Sportmedizin, Chirurgie der oberen Extremität

Ringbandverletzung Behandlungsschema

	Grad I	Grad II	Grad III	Grad IV a	Grad IV b
Verletzung	Ringbandzerrung	Komplette Ruptur A3 oder A4, oder Teilruptur A2	Komplette Ruptur A2	Multiple Rupturen: A2/A3 bzw. A3/A4 Ruptur wenn: - kein deutliches klinisches Bowstring - sonografische Repositionsmöglichkeit der Sehne zum Knochen - Therapiebeginn < 10 Tage zum Trauma - keine Kontraktur	Multiple Rupturen: - A2/A3 bzw. A3/4 mit deutlichem klinischem Bowstring - A2/A3/A4 Ruptur - singuläre Ruptur mit FLIP-Phänomen - singuläre Ruptur mit zunehmender Kontraktur - singuläre Ruptur mit sekundärer therapieresistenter Tenosynovitis
Therapie	konservativ	konservativ	Konservativ	Konservativ, falls Auftreten einer Kontraktur im PIP >20° sekundär operativ	operativ
Immobilisation	nein	fakultativ, < 5 Tage	fakultativ, < 5 Tage	fakultativ, < 5 Tage	postoperativ 14 Tage
Funktionelle Therapie mit Ringbandschutz (Art)	2-4 Wochen H- Tape (untertags) oder thermoplastischer Ring	6 Wochen thermoplastischer Ring	6-8 Wochen Thermoplastischer Ring	8 Wochen thermoplastischer Ring	4 Wochen thermoplastischer Ring (nach 2 Wochen Immobilisierung)
Leichte sportartspezifische Aktivität	nach 4 Wochen	nach 6 Wochen	nach 8 Wochen	nach 10 Wochen	nach 4 Monaten
Volle sportartspezifische Aktivität	nach 6 Wochen	nach 8-10 Wochen	nach 3 Monaten	nach 4 Monaten	nach 6 Monaten
H-Tapeschutz während sportartspezifischer Aktivität	3 Monate	3 Monate	6 Monate	>12 Monate	>12 Monate

H-Tape:



Ein ca. 1,5 cm breites Tape mit einer Länge von 8-10 cm (fingerdickenabhängig) wird von beiden Enden her eingerissen, so dass in der Mitte ein Steg von ca. 1 cm Breite stehen bleibt und jeweils zwei 0,75 cm starke Zügel auf jeder Seite des Steges stehen bleiben. Zwei dieser Zügel werden dann unter dem Gelenk durchgeführt und stramm festgeklebt. Dann wird das Gelenk gebeugt und die zwei verbleibenden Zügel werden über dem Gelenk durchgeführt und dort stramm festgeklebt.

(Schöffl I, Einwag F, Strecker W, Hennig F, Schöffl V (2007)

Impact of „Taping“ after Finger Flexor Tendon Pulley Ruptures in Rock Climbers J Appl Biomech 23(1) 52-62.

Stand 10/2025