

# Basketball & Medizin

# Fersenschmerz



**Unser Autor:**  
**Oliver Pütz, DBB-**  
**Teamarzt Herren,**  
**www.orthopaedie-**  
**am-guerzenich.de**

**D**er Fersenschmerz gehört wohl zu den häufigsten chronischen Beschwerden im Basketball. Als Lauf- und Sprungsportart mit vielen Richtungswechseln auf hartem Hallenboden führt die häufige axiale Stauchung des Fußes zu Beschwerden im Bereich der Ferse. Ein initiales Trauma ist meist nicht erinnerlich. Die Beschwerdesymptomatik baut sich über Wochen auf, bis selbst das morgendliche Aufstehen mit dem sogenannten Anlaufschmerz beginnt. Außer der Diagnose Plantarfasziitis wird auch häufig der Fersensporn (**Bild 1**) als Ursache genannt.

Hierbei handelt sich allerdings eher um eine radiologische Diagnose. Die eigentliche Problematik befindet sich am Übergang der Plantarfaszie zum Fersenbein (**Bild 2**) durch dauerhafte Zugbelastung des Sehnenansatzes. Die Plantarfaszie spannt das Längsgewölbe des Fußes und zieht vom Fersenbein zu den Zehengrundgelenken. Hier kommt es durch eine Fehl- oder Überbelastung zu einer verschleißbedingten Tendinopathie (Sehnenerkrankung), die nicht selten auch

in einer Teilläsion der Plantarfaszie enden kann. Entgegen landläufiger Meinung handelt es sich nicht um eine Entzündung der

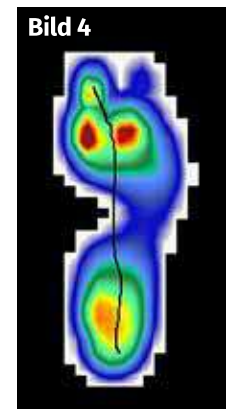
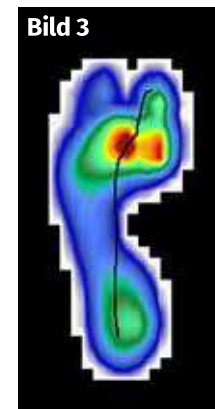


Sehne. Vielmehr besteht eine degenerative (verschleißbedingte) Veränderung des Sehngewebes. Prädisponiert sind vor allem Sportler mit einem Hohl- oder Plattfuß. Im Rahmen der primären Diagnostik erfolgt zunächst eine radiologische Kontrolle sowie eine sonografische Kontrolle der Plantarfaszie. Insbesondere zum Ausschluss einer Teilläsion der Plantarfaszie und eines eventuell bereits bestehenden Knochenödems

der Ferse sollte eine Magnetresonanztherapie (MRT) durchgeführt werden. Dadurch kann man auch die Ausfallzeit besser einschätzen. Der bildgebenden Diagnostik sollte eine funktionelle, biomechanische Diagnostik folgen. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf Instabilitäten der Beinachse und eine gegebenenfalls bestehende Instabilität des oberen Sprunggelenks gelegt, bedingt durch Fußfehlstellungen oder muskuläre Insuffizienzen. Das Abrollverhalten des Fußes wird mittels Pedobarographie

(**Bilder 3 und 4**) und Laufbandanalyse überprüft. Häufig finden sich auch hier bereits Hinweise auf eine Überlastung bzw. Fehlbelastung des Fußes.

In Abhängigkeit des erhobenen Befundes können hier individuell angefertigte Einlagen mit einer zusätzlichen Fersenweichbettung zur Beschwerdereduktion führen. Einlagen und Schuhwerk müssen zwingend kontrolliert werden. Nicht selten führen alte Einlagen oder auch eher modisches als funktionelle Schuhwerk zu einer chronischen Reizung der Plantarfaszie. Die Behandlung erfolgt primär konservativ. In den seltensten Fällen ist eine operative Intervention notwendig. Außer der Behandlung von bestehenden



Dysbalancen bzw. Instabilitäten des Achsenskeletts werden vor allem Injektionstherapien wie zum Beispiel die Injektion mit Eigenblut (ACP/PRP) oder homöopathische, regenerationsfördernde Mittel angewendet. Begleitet wird diese Therapie von einer fokussierten Stoßwellentherapie, die ebenfalls eine regenerierende und reparierende Wirkung entfaltet. Natürlich erfolgen parallel hierzu physiotherapeutische Behandlung sowie eigentätige Übungen, die im Sinne einer Mobilisation der Plantarfaszie durchgeführt werden. Eine komplette Entlastung der Plantarfaszie sollte allerdings nicht erfolgen. Vielmehr sollte die Belastung dem subjektivem Schmerzempfinden angepasst werden.



**Bild 2**

**Bild 1**

**Bild 3**

**Bild 4**