

Leben mit Arthrose

Ein Ratgeber für Betroffene



Deutsche | RHEUMA-LIGA

• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •



Vorwort	3
1 Arthrose – eine Krankheit, die jeden treffen kann	4
1.1 Der Gelenkaufbau	4
1.2 So entsteht Arthrose	6
1.3 Ursachen und Risikofaktoren	7
2 So macht sich Arthrose bemerkbar	8
2.1 Typische Symptome und Beschwerden	8
2.2 So erkennen Ärztinnen und Ärzte eine Arthrose	9
2.3 Die Stadien der Arthrose	9
3 Diese Therapien helfen bei Arthrose	11
3.1 Physikalische Therapieformen	11
3.1.1 Aktive Maßnahmen	11
3.1.2 Passive Maßnahmen	13
3.2 Medikamentöse Therapien	13
3.3 Ergotherapie	16
3.4 Ergänzende Therapien	16
3.5 Operationen	18
3.6 Operation – muss das sein?	20
3.7 Rehabilitation	22
4 Von der Hüfte bis zum Zeh – Arthrosen der Bein- und Fußgelenke	23
4.1 Hüftgelenk	23
4.2 Kniegelenk	27
4.3 Sprunggelenk	31
4.4 Großzehengrundgelenk	33
5 Von der Schulter bis zum Daumen – Arthrosen in Armen und Fingern	34
5.1 Schultergelenk	34
5.2 Ellbogengelenk	35
5.3 Handgelenk	36
5.4 Daumensattelgelenk	37
5.5 Fingergelenke	37
6 Den Alltag mit Arthrose erleichtern – das können Sie selbst tun	38
6.1 Sport und Bewegung	38
6.2 Funktionstraining – Entspannung und Schmerzbewältigung	39
6.3 Gelenkschutz im Alltag und Selbstmanagement-Kurse	40
Im Einsatz für rheumakranke Menschen	42
Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga	44
Sechs hilfreiche Angebote auf einen Blick	46
Impressum	47

Liebe Leserinnen und Leser,

Arthrose kann jeden treffen. Die Erkrankung führt zu einer Zerstörung der Gelenke. In der Umgangssprache wird sie oft auch als „Verschleiß-erkrankung“ bezeichnet. Sie schreitet mit zunehmendem Alter immer weiter voran, denn der Gelenkknorpel nutzt sich im Laufe des Lebens mehr und mehr ab.

Die Bezeichnung „Verschleiß“ könnte den Schluss nahelegen, dass Betroffene die Gelenke nur ausreichend schonen müssen, um nicht an Arthrose zu erkranken. Das ist jedoch grundlegend falsch. Warum – das haben wir in der Broschüre „Leben mit Arthrose“ für Sie zusammengefasst.

Wir beleuchten: Arthrose – was steckt hinter der Erkrankung? Zu Beginn treten häufig nur ein leichter Schmerz oder eine gewisse Steifigkeit beim Bewegen der Gelenke auf. Im Laufe der Zeit können die Schmerzen stärker werden und Bewegungseinschränkungen sowie Mühe bei der Bewältigung des Alltags schränken die Betroffenen zunehmend ein. Vielfach sind die lasttragenden Gelenke betroffen, also Hüft- und Kniegelenke, aber auch die Fingerpolyarthrose ist äußerst belastend. Die häufigsten Risikofaktoren neben dem Alter selbst sind genetische Faktoren (Vererbung), Übergewicht, Fehlbelastungen und Stoffwechselerkrankungen.

Es existieren vielfältige konservative Therapiemöglichkeiten, die zuerst genutzt werden können und es ist definitiv nicht nötig, mit der Arthrose „leben zu müssen“, weil man nichts tun könne.

Die Deutsche Rheuma-Liga möchte den Betroffenen mit der vorliegenden Broschüre Mut machen: Gehen Sie Ihre Erkrankung aktiv an! Um den Schmerz, den Arthrosen verursachen, zu lindern, sind unter anderem neben Medikamenten viel Bewegung, Muskeltraining und Funktionstraining wichtig. Nutzen Sie Bewegungsangebote, die Ihre Gelenke in Schwung bringen, ohne sie zu belasten.

Die Angebote der Deutschen Rheuma-Liga, zum Beispiel Bewegungsangebote, Ratgeber, Bewegungsvideos und Selbstmanagementkurse, helfen, um Ihr Leben mit Arthrose zu meistern. Tauschen Sie sich in unseren Selbsthilfegruppen mit anderen Betroffenen aus. Wir sind gerne für Sie da!

Corinna Elling-Audersch
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga
Bundesverband e. V.



1 Arthrose – eine Krankheit, die jeden treffen kann

1.1 Der Gelenkaufbau

Arthrose ist die häufigste Gelenkerkrankung weltweit. In Deutschland sind mindestens fünf Millionen Menschen aktiv daran erkrankt und benötigen Hilfe sowie Behandlung. Bis zum mittleren Lebensalter betrifft die Arthrose vorwiegend Männer, jenseits des 55. Lebensjahres überwiegend Frauen. Insgesamt haben 75 Prozent aller über 50-jährigen und 90 Prozent aller über 70-jährigen Menschen Arthrosebeschwerden.

Betroffen sind vor allem die großen lasttragenden Gelenke der unteren Extremität, also Hüft- und Kniegelenke. Das Sprunggelenk, obwohl es insgesamt die Hauptlast des Körpers trägt, erkrankt meist nur nach Verletzungen oder als Folge einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung und auch dann oft Jahre später. Am Fuß selbst kommt die Arthrose des Großzehengrundgelenkes häufiger vor. Häufig ist auch die Fingerpolyarthrose, also die Arthrose der kleinen Fingergelenke, vor allem bei Frauen nach der Menopause.

Umgangssprachlich wird Arthrose auch als Gelenkverschleiß bezeichnet. Damit wird einerseits zutreffend eine Erkrankung bezeichnet, deren Haupt-Risikofaktor das Alter ist und die von unwiederbringlichem Verlust von Knorpelgewebe gekennzeichnet ist. Andererseits ist die Bezeichnung „Verschleiß“ unzureichend, da dies den Schluss nahelegt, man müsse ein Gelenk nur ausreichend schonen, dann bekäme man keine Arthrose.

Diese Folgerung ist falsch. Wie unter 1.2 erläutert, ist das Gegenteil der Fall: Geeignete Bewegung ernährt und stärkt den Knorpel. Körperlich aktive Menschen erkranken seltener und eher später an Arthrose, als Menschen, die sich körperlich ungewöhnlich schonen.

Der Gelenkknorpel

Die Entstehung einer Arthrose wird bei der Betrachtung des Gelenkaufbaus nachvollziehbar. Der Knorpelüberzug der beiden knöchernen Gelenkanteile ist das „Herz“ eines gesunden Gelenkes. Er gewährleistet zum Gelenkspalt hin glatte und reibungsarme Oberflächen, darunter ist er mit dem Knochen fest verwachsen. Im Gegensatz zu den Knochen aber wird der Knorpel nicht über Blutgefäße versorgt, sondern über die Gelenkschleimhaut mit Nährstoffen versorgt. Er ist das einzige Gewebe im Körper, das ohne direkte Sauerstoffzufuhr auskommen muss, quasi ein „Hungerleider“, der erst versorgt wird, wenn alle anderen Strukturen bereits ihren Anteil erhalten haben und dessen Versorgung über lange Transportwege läuft. Sein Wiederherstellungsvermögen ist deshalb – anders als beim Knochen, der ein sehr lebendiges Gewebe ist – gering. Einmal untergegangene Knorpelzellen können nicht mehr ersetzt werden. Stattdessen baut der Körper beim Tod einer Knorpelzelle minderwertige Kollagenfasern in den Gelenküberzug ein.

Die Knorpelsubstanz

Die Knorpelsubstanz besteht aus Bindegewebsfasern, die arkadenförmig angeordnet sind. So können sie die Last ähnlich wie ein gotischer Torbogen tragen. Miteinander vernetzt, bilden diese Fasern zusammen mit Zuckereiweißmolekülen eine sehr wasserbindungsfähige Substanz, in deren Verbund sich vereinzelt die Knorpelzellen befinden. Diese selbst stellen sowohl die Bindegewebsfasern als auch die Zuckereiweißmoleküle her. Die Bausteine dazu beziehen sie vor allem aus der Gelenkinnenhaut über die Gelenkflüssigkeit und aus der Knorpelsubstanz. Bei Kindern, deren Wachstumsfugen noch offen sind, besteht zusätzlich eine direkte Gefäß- und damit Blutverbindung zum Knochen.

Eine wichtige Substanz bei der Bildung von Knorpelmasse ist die Hyaluronsäure, die in der Knorpelzelle gebildet wird. Wie ein Klebstoff ist sie in der Lage, Zuckermoleküle miteinander zu verbinden (mehr zum Thema Hyaluronsäure siehe Seite 17).

Die Gelenkinnenhaut („Synovialis“)

Die Gelenkinnenhaut kleidet das gesamte Gelenk -mit Ausnahme der Knorpeloberflächen selbst- aus und produziert die Gelenkflüssigkeit (Synovia). Alle dazu erforderlichen Substanzen erhält sie über ihre Blutversorgung.

Die Gelenkflüssigkeit („Synovia“)

Die Gelenkflüssigkeit dient der Gelenkschmierung und sorgt für den Stoffwechseltransport. Sie übergibt Nährstoffe aus dem Blut an die Knorpelzelle, nimmt

Stoffwechselendprodukte (Abfall) aus der Knorpelzelle auf und entsorgt sie in das Blut. Für diesen Vorgang presst der auf den Gelenkflächen lastende Druck (Körpergewicht und Muskelbetätigung) die Gelenkflüssigkeit durch die kompakte Knorpelsubstanz in die Knorpelzelle hinein.

Laborversuche haben gezeigt, dass Knorpelzellen nur wachsen, wenn bestimmte Stoffwechselbedingungen erfüllt sind und ausreichend hohe Druckverhältnisse bei der Be- und Entlastung auf den Knorpel erreicht werden, vor allem durch Bewegung. Bewegung führt zudem zu einer vermehrten Produktion von Nährstoffen.

Die Konsistenz der Gelenkflüssigkeit ist von der Temperatur abhängig. Wie Motorenöl wird sie bei Wärme dünnflüssiger und schmierfähiger.



1.2 So entsteht Arthrose

Kommt es wegen Überlastung, mangelnder Ernährung oder Überalterung zu einem Untergang von Knorpelzellen im Gelenk, weicht die Knorpelsubstanz durch Freisetzung intrazellulärer Substanzen auf. Ein insgesamt aufgeweichter Knorpel ist dann den Belastungen im Alltag nicht mehr gut genug gewachsen und es kommt im zweiten Schritt zum Knorpelabrieb, das heißt, zum mechanischen „Verschleiß“. Ursächlich für den mechanischen Abrieb ist hauptsächlich eine Schädigung der Knorpelzelle, wenn nicht schon ein massives Trauma oder entzündlich-rheumatische Prozesse den Knorpelverbund bereits anderweitig geschädigt haben.

Auf Dauer führen Reibung und Abrieb, in Verbindung mit Stoffwechselsubstanzen der Knorpelzelle, zu einer Entzündung der Gelenkinnenhaut. Diese setzt dabei Entzündungsboten (Mediatoren, Cytokine) frei, die schmerzauslösend und überwärmend wirken. Zusammen mit der sich ergebenden, ergussbedingten Minderversorgung der Gelenkinnenhaut und dem schmerzbedingten Bewegungsmangel führt dies zu einer weiteren Verschlechterung der Ernährungssituation der Knorpelzelle. Aus einer „chronischen“ oder „stummen“ Arthrose ist dann eine „aktivierte“ oder „akute“, schmerzhafte Arthrose geworden. Diese Unterscheidung spielt für die Therapie eine wichtige Rolle.

Behandlung von Knorpelschäden

Eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) kann unter direkter Sicht zahlreiche, lokal begrenzte Knorpelschäden nachweisen, die früher gar nicht erkannt werden konnten, da sie im Röntgenbild nicht sichtbar waren. Diese lokalen Knorpelschäden sind Anfangsstadien einer Arthrose, betreffen das Gelenk aber zunächst nicht als Ganzes. Sie machen meist keine dauerhaften Beschwerden, es sei denn, sie sind sehr groß oder herausgelöste Knorpelanteile geraten (z.B. als „Gelenkmaus“) zwischen die Gelenkflächen oder führen zu einer Entzündung.

Zunächst werden solche Knorpelschäden als beginnende Arthrosen konservativ behandelt. Operative Therapien sind in Abhängigkeit vom Patientenalter, dem Befund, den Beschwerden und der individuellen Prognose denkbar. Anfangs ist es jedoch nicht notwendig, Endoprothesen zu implantieren, da der Knorpel im übrigen Gelenk noch gesund genug ist.

Die Möglichkeiten, Knorpeldefekte zu adressieren, sind heute mannigfaltig, so kann körpereigener Knorpel entnommen, angereichert und angezüchtet werden und zum Beispiel unter die Knochenhaut in sehr lokale Defekte eingespritzt werden. Es können auch intakte Knorpelareale aus nicht belasteten Anteilen anderer Gelenke entnommen werden und per Stanze in einen definierten Defekt eingefügt werden.

Dabei entwickelt sich aber immer nur eine Art von „Ersatzknorpel“, für den meistens mehrere operative Eingriffe mit den jeweiligen, dazugehörigen Operationsrisiken benötigt werden. Patientinnen und Patienten sollten sich solchen Operationen, die zudem keine Kassenleistungen sind, nicht leichtfertig unterziehen, sondern mehrere Meinungen einholen und sich seriös beraten lassen.

Bei diesem Thema ist die Wissenschaft im Fluss. Möglicherweise werden in Zukunft solche Prozesse der Knorpelregeneration mit zunehmenden Erkenntnissen eine größere Rolle spielen.

1.3 Ursachen und Risikofaktoren

Ganz allgemein ausgedrückt wird ein Gelenk immer dann arthrotisch, wenn die Knorpelzellen absterben. Dies ist der Fall, wenn sie nicht ausreichend ernährt werden oder wenn sie den Belastungen nicht (mehr) gewachsen sind. Der Hauptrisikofaktor für Arthrose ist daher das höhere Lebensalter. Wer nur alt genug wird, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine Arthrose erleben.

Neueren Erkenntnissen zufolge existieren zudem arthrose-spezifische Gene, die gezielt auf das jeweilige Gelenk einwirken. Demnach gibt es ein Gen, welches für die Hüftarthrose zuständig ist, ein anderes begünstigt Kniearthrosen und wiederum ein weiteres die Arthrose der kleinen Fingergelenke. Von einer direkten Vererbbarkeit der Arthrose kann man jedoch nicht sprechen. Zur genetischen Veranlagung müssen weitere Faktoren hinzukommen, damit ein Mensch an einer Arthrose erkrankt.

Überlastung der Gelenke

Ein bedeutsamer Risikofaktor sind Gelenkfehlstellungen, die überhöhte punktuelle Belastungen im Gelenk zur Folge haben; das gleiche gilt auch für das Übergewicht, wenn es erhebliche Ausmaße annimmt. Der Druck auf das Knorpelgewebe wird dann so groß, dass der Schmierfilm reißt und das Knorpelgewebe mit den Knorpelzellen einbricht, so dass der vorher beschriebene Mechanismus aus Abrieb und Verdauung des Knorpels angestoßen wird. Daneben scheint das Fettgewebe auch eine niedrig-entzündliche Stoffwechsellage des gesamten Organismus zu induzieren, die über Entzündungsenzyme die Arthroseprozesse in den Gelenken begünstigen.

Stoffwechselstörungen wie Gicht oder Pseudogicht schädigen das Gelenk ebenfalls schon rein mechanisch durch Ablagerung spitzer, harter Kristalle, die wie Sand im Getriebe wirken. Dazu induzieren auch sie sowohl lokale als auch allgemein-körperliche entzündliche Begleitreaktionen (Entzündungsmediatoren).

Die rheumatoide Arthritis (als immunologisch bedingte entzündliche Systemerkrankung) führt ebenfalls häufig zur Gelenkdestruktion. Wenn der eigentliche Entzündungsprozess über die gezielte Basismedikation ge-

stoppt wurde, das Gelenk aber bereits schwer geschädigt wurde, kann der zunehmende Verschleiß der beschädigten Gelenkoberflächen (zusammen mit der Instabilität) die Zerstörung eines Gelenks weiterführen. An Fingergelenkpolyarthrose erkranken zu 95 Prozent Frauen. Dies lässt den Schluss zu, dass hormonelle Faktoren beteiligt sein müssen. Auch die Arthrose des Daumensattelgelenkes trifft vornehmlich Frauen. Zudem fördern manche Berufe eine Arthrose. Statistiken aus den USA belegen, dass Landwirtinnen und -wirte ein neunmal höheres Erkrankungsrisiko haben als die Durchschnittsbevölkerung. Welche Körper- und Arbeitshaltungen konkret gelenkschädigend wirken, konnte noch nicht herausgefunden werden. Bei Landwirtinnen und -wirten beispielsweise ist langes Arbeiten im Stehen mit zusätzlichem Anheben von Gewichten (etwa beim Schaufeln oder Hacken) als Auslöser genauso denkbar wie anhaltendes Sitzen auf Maschinen mit einem ausgeprägtem Vibrationsverhalten (Traktoren, Erntemaschinen).

Risikofaktoren für Arthrose

- Höheres Lebensalter
- Angeborene und erworbene Gelenkfehlstellungen
- Übergewicht
- Direkte Gelenkverletzungen
- Mangelnde Bewegung
- Körperliche Überlastung (Beruf und Sport)
- Genetische Vorbelastung

! TIPP

Viele weitere Informationen über Arthrose gibt es auch auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

👉 www.rheuma-liga.de/arthrose

2 So macht sich Arthrose bemerkbar

2.1 Typische Symptome und Beschwerden

Das führende Symptom für Betroffene bei der Arthrose ist der Schmerz, wobei die Intensität und Häufigkeit sehr unterschiedlich ist.

Anfangs treten die Schmerzen eher sporadisch und flüchtig auf, oft nur bei Belastungen und extremen Bewegungen. Später können sie unerträglich werden und zeitweise bis hin zur Bewegungsunfähigkeit führen. Sie werden zuletzt häufig auch in Ruhe empfunden, etwa nach längerem Gehen oder Belasten des Gelenkes, oder nachts, insbesondere beim Drehen im Schlaf.

Typisch für eine Arthrose ist zudem der Anlaufschmerz, also ein Schmerz, der bei den ersten Schritten oder Gelenkbewegungen auftritt, sich aber wieder verliert, um nach unterschiedlicher Zeit als Ermüdungsschmerz wieder aufzutreten. Genaue Symptomschilderungen folgen in den Abschnitten über das jeweilige betroffene Gelenk (Kapitel 4 und 5).

Grundsätzlich ist der Schmerz an Gelenken als Alarmsymptom zu werten, denn er deutet auf eine gewisse Schädigung hin und die gelenkbildenden Strukturen sind gereizt. Der Knorpel selbst empfindet den Schmerz nicht, da er keine Nervenfasern besitzt. Schon kleine Defekte können die Entzündungskaskade in Gang setzen und damit Schmerzen verursachen, das gilt auch für große Knorpeldefekte, die tief genug sind oder in einer Hauptlastzone liegen.

Bei einer Arthrose ist nicht nur der Gelenkknorpel betroffen, sondern auch die Gelenkschleimhaut und alle gelenkbildenden Strukturen (Gefäße, Sehnen, Kapseln, Ligamente, Nerven, Haut) um das Gelenk herum.

Es gibt Erkrankungen, die zu ähnlichen Beschwerden wie eine Arthrose führen. Dazu gehören – wenn auch selten – sehr bedrohliche Erkrankungen wie bösartige Tumore. Deshalb empfiehlt es sich in jedem Fall, bei

Typische Arthrose-Beschwerden der Gelenke der unteren Gliedmaßen

Schmerzen

- beim Start (Anlaufschmerz)
- bei Ruhe
- beim Treppen hinuntergehen
- beim Treppen hinaufgehen (seltener)
- nach längerem Laufen

Typische Symptome eines arthrotischen Gelenkes

- Schmerz
- Bewegungseinschränkung
- Schwellung
- Überwärmung
- Defizite bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Beschwerden an Gelenken oder dem muskulo-skeletalen System eine Orthopädin/einen Orthopäden aufzusuchen. Grundsätzlich gibt es auch Erkrankungen der Muskeln und Sehnen, die zwar schmerzhaft, aber harmlos sind, und bei denen eine allmähliche Zerstörung eines Gelenkes nicht zu befürchten ist.

2.2 So erkennen Ärztinnen und Ärzte eine Arthrose

Am Anfang steht die Untersuchung mit der intensiven Anamneseerhebung (dem Erfragen der Krankengeschichte) und eine gute klinische Untersuchung. Im Regelfall haben Ärztinnen und Ärzte mit der Diagnose keine Schwierigkeiten. Ein Röntgenbild wird gemacht, um das Ausmaß der Erkrankung feststellen zu können. In manchen Fällen ist dann noch eine weiterführende diagnostische Abklärung erforderlich.

Blut- und Ultraschalluntersuchungen werden in der Regel durchgeführt, um eine entzündlich-rheumatische Erkrankung auszuschließen. Mit der Ultraschalluntersuchung können Sehnen, Muskeln, Schleimbeutelentzündungen, Zysten und Gelenkergüsse und arthrotische Knochenanbauten beurteilt werden. Es handelt sich dabei um eine ergänzende und nicht um eine das Röntgenbild ersetzende Untersuchungsmethode.

Zur Beurteilung des Knorpels und der Weichteile hat sich das Magnetresonanztomogramm (MRT) bewährt. Auch bei Knochennekrosen (Absterben von Knochengewebe), die ähnliche Beschwerden wie Arthrosen verursachen können, führt die Kernspintomographie früher als das Röntgenbild zum diagnostischen Beweis. Bei speziellen Fragestellungen kann auch das Computertomogramm wertvolle Hilfe leisten.

Eine Arthroskopie wird in frühen Stadien der Arthrose bei jungen Menschen oder bei Begleiterkrankungen wie Meniskus- und Kreuzbandschäden genutzt. In der reinen Arthrose-Therapie spielt die Arthroskopie keine wirklich große Rolle mehr. Prinzipiell ist eine Gelenkspiegelung aber an allen Gelenken möglich.

Arthroskopien sind nicht indiziert, wenn es ausschließlich darum geht, die Diagnose „Arthrose“ zu stellen. Arthroskopien sollten gezielt eingesetzt werden, wenn

es eine Indikation dafür gibt und dabei eine therapeutische Handlung ausgeführt werden kann.

Arthroskopien können auch zu Spülungen, Glättungen des Knorpels oder Entfernen von Knorpelteilchen eingesetzt werden. Dazu sind die Indikationen aber sehr begrenzt. So hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in einer Nutzenbewertung keinen Hinweis auf oder Beleg für einen Nutzen der therapeutischen Arthroskopie bei Kniearthrose in späteren Stadien gefunden.

Der Abschlussbericht wurde 2014 und 2025 veröffentlicht:

 www.iqwig.de

2.3 Die Stadien der Arthrose

Anhand des Röntgenbildes kann die Arthrose nach Kellgren-Lawrence in fünf Stadien eingeteilt werden:

- Stadium 0 bedeutet, im Röntgenbild sind keine beweisenden Veränderungen erkennbar.
- Stadium 1 und 2 kennzeichnen leichte bis deutliche krankhafte Veränderungen.
- Stadium 3 kennzeichnet schwere arthrotische Schäden.
- Stadium 4 kennzeichnet fortgeschrittene Gelenkzerstörungen.

Diese röntgenologische Einteilung sagt aber nur bedingt etwas über die Leiden des Betroffenen aus. Oft werden schwere Röntgenveränderungen von den Betroffenen recht gut toleriert, während manche Patientinnen und Patienten in einem niedrigeren Röntgenstadium bereits erheblich leiden.

Nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung ist der Geschwindigkeit, mit der die Erkrankung fortschreitet, die größere Bedeutung beizumessen. Keinesfalls dient das Röntgenbild als alleiniges Kriterium für weiterführende therapeutische Überlegungen. Klinisch, das heißt vom Erscheinungsbild her, unterscheidet man:

- Das klinisch stumme Stadium (Arthrose im Röntgenbild ohne Beschwerden)
- Das chronische Stadium (gelegentliche Schmerzen, eher nach größeren Belastungen, aber nicht ständig)
- Die aktivierte oder gereizte Arthrose mit Gelenkschwellung, Überwärmung und Ergussbildung sowie Schmerzen, oft akut. Diese kann zu einer deutlichen Bewegungseinschränkung des betroffenen Gelenkes führen.



3 Diese Therapien helfen bei Arthrose

Die Therapie der Arthrose umfasst mehrere Bausteine: Die Gesamtheit der physikalischen Therapie, Medikamente und Bewegung, unter anderem Krankengymnastik und das Funktionstraining, sind für Betroffene sehr sinnvoll. Patientinnen und Patienten mit Arthrose sollten auf Alkohol und Rauchen verzichten (direkte Knorpelschädigung) sowie ein normales Körpergewicht anstreben. Insbesondere zu Beginn, wenn die Arthrose aktiviert ist, reicht eine Maßnahme allein möglicherweise nicht aus. Verschiedene Methoden sollten, sich ergänzend, in Ansatz gebracht werden.

Leitlinien für die Arthrose-Therapie

Wenn man die Arthrose über die bereits vorhandenen krankhaften Gewebeveränderungen her definiert, ist sie grundsätzlich nicht heilbar. Sprechen wir jedoch erst dann von einer Erkrankung, wenn abnutzende Gelenkveränderungen mit Beschwerden einhergehen, kann schon eine gewisse „Heilung“ erzielt werden. Die Arthrose-Therapie kann sehr viel bewirken, wenn es darum geht, Schmerzen zu beseitigen und Bewegungsausmaße zu verbessern.

Für die Diagnose und Therapie der Arthrose gibt es wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Leitlinien. Sie dienen als Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte, die in begründeten Fällen oder in Absprache mit Betroffenen davon abweichen können. Für die Schmerztherapie gibt es Leitlinien unterschiedlicher medizinischer Fachgesellschaften, etwa der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft oder internationaler Organisationen. Im Wesentlichen kommen diese Leitlinien zu ähnlichen Ergebnissen und unterscheiden sich allenfalls beim Setzen der Schwerpunkte:

🔗 www.rheuma-liga.de/leitlinie

3.1 Physikalische Therapieformen

Die physikalische Therapie ist der Oberbegriff für alle konservativen Therapien am Gelenk. Dazu zählen Wärme- und Kältetherapien, Bewegung, Salben, Elektrotherapie und vieles mehr; diese Maßnahmen stehen an erster Stelle, weil sie besonders am Anfang der Erkrankung eine gute Wirkung zeigen, vorbeugend sogar schon vor dem Eintreten von Symptomen. Außerdem sollte die physikalische Therapie die Erkrankung dauerhaft begleiten, da sie immer wieder Beschwerden lindern und ein Fortschreiten verlangsamen kann.

3.1.1 Aktive Maßnahmen

Sport und Bewegung

Bewegung stellt einen zentralen Baustein in der konservativen Behandlung von Arthrose dar. Ziel der Bewegung ist die Verbesserung bzw. der Erhalt der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit der betroffenen Gelenke. Durch gezielte indikationsspezifische Übungen unter fachlicher Anleitung kann die Muskulatur gestärkt und die Gelenkstabilität verbessert werden. Darüber hinaus kann regelmäßige körperliche Aktivität dazu beitragen, funktionelle Einschränkungen im Alltag zu verringern und die Selbstständigkeit im Alltag zu erhalten. Die Bewegungstherapie kann sowohl in der Gruppe als auch als individuelles Training durchgeführt werden.

Bewegung und Sport sind für Arthrose-Betroffene wichtig. Daher sollte ein wesentliches Ziel darin bestehen, regelmäßige Bewegung nachhaltig in den Alltag zu integrieren. Dabei eignen sich besonders gleichmäßige Bewegungsabläufe wie beim Radfahren (Heimfahrrad-Ergometer), Schwimmen, Tanzen oder Nordic Walking. Sportarten mit hoher Stoßbelastung und schnellen Richtungswechseln wie bei vielen Ballsportarten sollten bei Arthrose vermieden oder angepasst werden.

Ist Bewegung im schmerzintensiven Intervall nicht oder nur bedingt möglich, kann vorübergehend die Einnahme von Schmerzmedikamenten in Verbindung mit passiven und medikamentösen Maßnahmen sinnvoll sein, um die Bewegungsfähigkeit wiederherzustellen. Die Anwendung sollte jedoch in vorheriger ärztlicher Absprache erfolgen.

Weitere Informationen rund um das Thema Sport und Bewegung im Alltag mit Arthrose finden Sie im Kapitel 6.1.



Krankengymnastik

In einem schmerzintensiven Arthrose-Intervall hat sich die ärztliche Verordnung von Krankengymnastik bewährt. Physiotherapeutinnen und -therapeuten können schmerzhafte Bewegung zunächst passiv geführt in schmerzärmere Bewegungsmuster überführen und eine Ausbalancierung der Muskulatur erwirken.

Ziel ist die aktive Bewegung. Eine Krankengymnastik, die dauerhaft nur passiv durchbewegt, verfehlt ihr Ziel. Krankengymnastik sollte Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln, werden die Übungen beherrscht, sind diese am besten täglich von den Betroffenen auszuführen. Das Ableisten von Krankengymnastik ohne selbstständiges Üben verfehlt das therapeutische Ziel.

Medizinische Trainingstherapie

Die medizinische Trainingstherapie (MTT) ist ein gezieltes, therapeutisch begleitetes Trainingskonzept, das den strukturierten Aufbau von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination fördert. Sie wird individuell an das Beschwerdebild angepasst. Bei Arthrose kann die medizinische Trainingstherapie besonders für ein gezieltes Muskeltraining zur Stärkung der gelenkumgebenden Muskulatur sinnvoll sein. Im Vordergrund steht das aktive gerätegestützte oder funktionelle Training mit dem Ziel, die körperliche Leistungsfähigkeit nachhaltig zu verbessern. Die Durchführung erfolgt durch entsprechend qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten.

Funktionstraining

Funktionstraining ist eine ganzheitliche Bewegungstherapie, bei der krankheitsspezifisch und alltagsnah gemeinsam in der Gruppe trainiert wird. Beim Funktionstraining ist Wasser- als auch Trockengymnastik möglich.

Funktionstraining wird ärztlich verordnet. Funktionstraining ist eine ergänzende Leistung zur Rehabilitation und kein Heilmittel. Ziel ist es, die Beweglichkeit zu erhalten, Schmerzen zu reduzieren und die körperliche Belastbarkeit im Alltag zu verbessern.

3.1.2 Passive Maßnahmen

Passive Maßnahmen sind insbesondere während schmerzhafter Intervalle hilfreich. Sie dienen dazu, den Betroffenen zügig in die Lage zu versetzen, wieder eine aktive Bewegungstherapie ausüben zu können.

Die gängigste physikalische Behandlung ist die mit unterschiedlichen Temperaturen. Ihre Grenzen liegen in der Eindringtiefe, die für Kälte ein bis zwei Zentimeter, für Wärme drei bis vier Zentimeter beträgt. Zu hohe oder tiefe Temperaturen führen zu Hautschädigungen, ohne dass in der Tiefe Temperaturveränderungen wirksam werden.

Kältetherapie (akutes Stadium)

Kältetherapie ist immer dann sinnvoll, wenn eine Gewebsschädigung, beispielsweise ein Erguss, erkennbar ist oder isolierte schmerzende Gewebestrukturen dicht unter der Haut liegen. Kälte wirkt unmittelbar hemmend auf die schmerzleitenden Nervenfasern und sorgt für einen rascheren Austausch zwischen den Zellen, dem interstitiellen Gewebe und den Blutgefäßen.

Als Kälteüberträger dienen meist Eis, Kryopacks oder kalte Moorpackungen.

Wärmetherapie (chronisches Stadium)

Wärme wirkt entspannend und durchblutungsfördernd auf die umgebende, oft verspannte Muskulatur und somit indirekt schmerzlindernd. Sehr geeignet für die Wärmeübertragung ist Wasser in Form von Bädern, welches darüber hinaus auch noch auftriebsbedingte Effekte hat.

Wärme kann aber auch durch Sonnenlicht und Wärmestrahler übertragen werden.

Röntgenreizbestrahlung

Die Röntgenreizbestrahlung ist in den frühen Stadien der aktivierten Arthrose eine bewährte Methode.

Elektrotherapie

Bei der Elektrotherapie werden mit Hilfe von Strom unterschiedliche elektromagnetische Wellen erzeugt, die je nach Körperregion und beabsichtigter Wirtktiefe lindernde Wärme erzeugen.

Massagen

Massagen sind keine erstrangigen Therapieinstrumente in der Behandlung von Arthrosen. Massagen werden allgemein als sehr angenehm empfunden und können kurzfristig verabreicht, helfen, begleitende Muskelverspannungen zu beseitigen. Sie werden oft in Ergänzung zur Wärmetherapie angeboten und erleichtern dem Betroffenen, sich zu bewegen und somit das eigentliche Therapieziel zu erreichen.

3.2 Medikamentöse Therapien

Wirksame Medikamente zum Einnehmen gibt es bei Arthrose für die Schmerzen, die Überwärmungen und die Schwellungen. Die Schädigungen des Knorpels selbst werden dadurch nicht beeinflusst. Eine erfolgreiche medikamentöse Schmerzbehandlung ist jedoch ein wesentlicher Aspekt der Arthrose-Therapie.

Erst bei weitgehender Schmerzfreiheit ist eine Bewegungstherapie sinnvollerweise möglich. Bewegung ist erforderlich, um den Knorpelstoffwechsel zu verbessern. Somit werden durch eine erfolgreiche medikamentöse Schmerztherapie die Arthrosefolgen indirekt gebessert. Es sollten Retard-Medikamente bevorzugt werden, die über einen längeren Zeitraum, das heißt 12 bis 24 Stunden (retardiert = verzögert) wirken, da der Arthrose-Schmerz selten auf wenige Stunden begrenzt bleibt. Kurzwirksame Medikamente werden häufig wegen vermeintlich fehlender bzw. zu kurzer Wirkung abgesetzt.

Ein Medikament sollte grundsätzlich wegen der erwarteten Wirkung eingenommen werden. Auch wenn alle Medikamente mögliche Nebenwirkungen haben können, sollten diese nicht über die Wirkung selbst gestellt werden. Medikamente sollten nur nach Ab-

sprache mit einer verordnenden Ärztin oder einem verordnenden Arzt eingenommen werden. Diese prüfen auch, ob es bei der Kombination mit anderen Medikamenten zu Wechsel- oder Nebenwirkungen kommen könnte.

Salben

Es gibt viele Schmerzmedikamente zum Auftragen auf die Haut. Viele enthalten nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), also die klassischen Rheumaschmerzmittel, wie sie auch zum Einnehmen angeboten werden. Andere enthalten den Aspirin-Wirkstoff Acetylsalicylsäure oder biologische Substanzen, etwa Wurzelextrakte. Allen gemeinsam ist, dass sie nur wenig mehr als ein bis zwei Zentimeter eindringen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass dadurch keine wirksamen Konzentrationen in der Gelenkflüssigkeit erreicht werden konnten. Die Anwendung dieser Präparate bleibt folglich Arthrosen an den Gelenken vorbehalten, die nicht tief unter der Haut liegen, beispielsweise Knie-, Hand- und Ellbogengelenken. Bei Arthrosen von Hüft- oder Schultergelenken zeigen sie weniger Wirkung, es sei denn, dass das umgebende Muskel- und Sehngewebe wesentlichen Anteil an der Schmerzentstehung hat.

Salbenverbände haben den Vorteil, dass ein ausreichend großer Anteil des Wirkstoffs als Depot auf der Haut verbleibt und somit für Nachschub gesorgt ist. Ein anderer Trick, die Eindringtiefe und die Wirkweise zu verbessern, ist die Iontophorese. Dabei wird ein Medikament mit Hilfe von Gleichstrom in das Gewebe geschleust. Grob geschätzt, lässt sich der Schmerz bei Schmerztherapie bei ungefähr der Hälfte der Betroffenen mit äußerlich aufgetragenen Schmerzmitteln ausreichend beeinflussen.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Am wirksamsten bei Schmerzen des Bewegungsapparates sind Medikamente aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), zum Beispiel Diclofenac, Ibuprofen und Naproxen.

NSAR wirken nicht nur schmerzlindernd, sondern auch entzündungshemmend und temperatursenkend, was bei Gewebsschwellungen zum Abschwellen verhilft. Medikamente sollten gezielt, möglichst nur gelegentlich und in Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt eingenommen werden. Zu den potenziellen Nebenwirkungen von NSAR gehören unter anderem Magen-Darm-Probleme, Bluthochdruck und andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Präparate dieser Wirkstoffgruppe haben sich in der Praxis sehr bewährt und werden weltweit milliardenfach angewendet. Werden mehrere nichtsteroidale Antirheumatika nicht vertragen, bestehen Gegenanzeigen (beispielsweise Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre in der Vorgeschichte) oder muss wegen anderer Erkrankungen ein blutverdünnendes Präparat (z.B. Marcumar) eingenommen werden, so sollte auf Präparate ausgewichen werden, denen ein gänzlich anderes Wirkprinzip zugrunde liegt.

Bei Langzeiteinnahme oder bei Vorhandensein von Risikofaktoren sollte zusätzlich zum NSAR ein Magenschutzpräparat eingenommen werden. Als Risikofaktor gelten ein höheres Alter, ein bereits erlittenes Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür sowie die gleichzeitige Einnahme von Kortison oder Blutverdünnungsmedikamenten (Antikoagulantien). Ein Magenschutzpräparat sollte nicht als „heilige Maßnahme“ gesehen werden. Auch ein solches Präparat bringt Risiken mit sich.

Vor einer Dauereinnahme von NSAR muss immer gewarnt werden: Es gibt Hinweise, dass NSAR eventuell eine Osteoporose und auch die Arthrose selbst fördern können. Dies könnte dann eintreten, wenn eine Arthrose ausschließlich medikamentös nach dem Motto „Schlucken und ignorieren“ behandelt wird, zum Beispiel ohne die unbedingt gleichzeitig durchzuführende physikalische Therapie. Möglicherweise können NSAR auf Dauer aber auch den Knorpel selbst schädigen.

Cox-2-Hemmer

Cox-2-Hemmer oder Coxibe sind eine Weiterentwicklung der NSAR. Sie greifen anders in den Stoffwechsel ein. Sie haben etwa 50 Prozent weniger unerwünschte Nebenwirkungen auf den Magen-Darm-Trakt, besitzen aber die gleiche Wirksamkeit wie herkömmliche NSAR. Die Einnahme von Magenschutzpräparaten ist daher bei Cox-2-Hemmern in der Regel nicht erforderlich.

Da Cox-2-Hemmer für Patientinnen und Patienten ohne besonderes Risiko für Magen-Darm-Geschwüre aber keinen wesentlichen Vorteil bringen und viel teurer sind als herkömmliche NSAR, sollten sie nur bei entsprechenden Risikopatientinnen und -patienten eingesetzt werden.

Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder auch Raucherinnen und Raucher sollten Cox-2-Hemmer grundsätzlich nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung einnehmen. Ältere Menschen sollten NSAR und Cox-2-Hemmer so wenig und so kurz wie möglich einnehmen.

Vorsicht

Schmerztherapie bei Arthrose sollte nicht in Eigenregie mit freiverkäuflichen Medikamenten betrieben werden. Sie gehört in die Hand der Ärztin/des Arztes. Ungefähr ein Viertel aller Dialysepatientinnen und -patienten sind Menschen, die über längeren Zeitraum Schmerzmittelmissbrauch auf eigene Rechnung betrieben haben.

Nicht oft genug gewarnt werden kann vor Kombinationspräparaten, die mehrere schmerzhemmende Wirkstoffe in einer Tablette enthalten.

Eine grundsätzliche Vorsicht ist geboten bei der Einnahme von Metamizol (Novalgin) aufgrund einer potenziellen allergischen Agranulozytose, dieses wirkt zudem nicht abschwellend. Mögliche Indikationen für das Medikament bestehen bei Nierenschädigungen oder hohem Fieber, ansonsten gibt es genug andere Medikamente für den Einsatz bei einer Arthrose.



Kortison

Kortison ist kein Medikament gegen Arthrose. Vor ungezielter und häufiger Anwendung kann nur gewarnt werden. Trotzdem kann es Situationen geben, in denen eine akute Arthrose die Gelenkinnenhaut dermaßen „entzündet“ hat, dass eine einmalige Injektion mit Kortison zur Beruhigung und zum Abschwellen gute therapeutische Erfolge bringt.

Trotzdem sind Kortisonspritzen in ein Gelenk aus zwei Gründen problematisch: Neben dem Infektionsrisiko, das jede Spritze in ein Gelenk mit sich bringt, hat Kortison auch potenziell knorpelschädigende Eigenschaften. Diese sind gering und werden durch seinen entzündungshemmenden Einfluss auf die Gelenkinnenhaut mehr als ausgeglichen. Dies gilt allerdings nur, solange die Gelenkinnenhaut wirklich deutlich durch den anfangs dargestellten Zerstörungsmechanismus gereizt ist. Dann nämlich führt Kortison zu einer raschen Normalisierung des Gelenkstoffwechsels und damit indirekt zu einer Schonung der Knorpelzelle. Ist die Gelenkinnenhaut nicht nennenswert entzündlich verändert, sollte kein Kortison in ein Gelenk gegeben werden.

! TIPP

Eine ausführliche Zusammenstellung von Schmerzmitteln erhält man auf den Internetseiten der Rheuma-Liga.

➡ www.rheuma-liga.de/schmerzmedikamente

3.3 Ergotherapie

Ergotherapie kann Arthrose-Betroffenen dabei helfen, mit den körperlichen Einschränkungen im Leben mit der Erkrankung besser zurecht zu kommen. Dabei geht es auch um die Frage, wie Gelenke entlastet werden können. Ergotherapeutinnen und -therapeuten zeigen geeignete Hilfsmittel für den Alltag. So kann Ergotherapie insbesondere in der Behandlung von Finger- und Handgelenkarthrosen wertvolle Hilfen leisten.

3.4 Ergänzende Therapien

Wer Suchmaschinen mit Begriffen wie „Arthrose-Medikamente“ füttert, bekommt Hinweise im siebenstelligen Bereich. Anbieter sagen vielen Substanzen einen therapeutischen Nutzen nach, der nicht bewiesen ist. Die Palette reicht von Kümmel, Muskat, Ingwer und Koriander bis hin zu indischem Ayurveda und chinesischem TCM.

Wem Kümmel und Muskat schmeckt, der sollte dies unbedingt zu einem angemessenen Preis beim Gemüsehändler oder im Supermarkt kaufen und sich an dessen Geschmack erfreuen, er ist aber schlecht beraten, wenn er Gewürze mit Heilungsversprechen im Internet überteuert bestellt.

Auch für die schmerzlindernde Wirkung von Vitamin E-Präparaten gibt es bislang keine wissenschaftlichen Nachweise. Für pflanzliche Präparate wie Weidenrindenextrakt gibt es keine Evidenz. Teufelskralle (*Harpagophytum procumbens*) bewertet das „Arzneimitteltelegramm“ als „zweifelhaft mit unzureichender Datenlage“. Medikamente zum Einnehmen, die versprechen, den Knorpel wieder aufzubauen, sind den wissenschaftlichen Beweis ihrer Wirksamkeit bislang schuldig geblieben. Dies gilt für Grünlipp-Muschel-Extrakte, für Glukosaminsulfat und Chondroitin.

Hyaluronsäure

Hyaluronsäure ist ein gentechnologisch hochgereinigter Wirkstoff. Eine Evidenz in der Arthrose-Therapie liegt bislang nicht vor. Wenn alle anderen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind und eine Patientin/ ein Patient sich gut informiert hat, kann Hyaluronsäure über eine Gelenkinjektion probatorisch eingesetzt werden.

Als wesentliche Komplikation von Gelenkspritzen jeglicher Art ist die Gelenkinfektion zu nennen, mit der in einem von 10.000 Fällen gerechnet werden muss. Eine Gelenkinfektion ist eine wahrhaftige Katastrophe und bedeutet meist einen längeren Krankenhausaufenthalt mit operativer Intervention, so zum Beispiel (mehrfachen) arthroskopischen Eingriffen oder offenen Operationen des Gelenks, eventuell mit der Notwendigkeit des Einlegens von Spülschläuchen. Zurück bleibt meist ein mehr oder weniger bewegungseingeschränktes Gelenk mit einer zusätzlichen Knorpelschädigung.

Pulsierende Signaltherapie (PST)

Die Pulsierende Signaltherapie hat bislang keine Evidenz für ihre Wirksamkeit erbracht. Bei der PST soll mit einem elektrischen Feld die Knorpelzellen zur Regeneration angeregt werden.

Akupunktur

Akupunktur ist bei der Kniearthrose eine Kassenerleistung, da hier die Evidenz nachgewiesen ist. Bei anderen Arthrose-Arten ist dem nicht so. Bei einer Kniearthrose Stadium 3 kann man die Akupunktur zur Linderung nutzen.



3.5 Operationen

Knorpelersatztherapie

Die Möglichkeit, defekten Knorpel durch im Labor gezüchteten zu ersetzen, kommt bisher nur für wenige Patientinnen und Patienten infrage. Möglich ist dies nur bei kleineren Defekten an isolierten Gelenken, bei denen man aber noch nicht von Arthrose spricht. Solche Defekte können unter anderem als Folge eines Sportunfalls auftreten.

Für Betroffene, die Arthrose und dazu in mehreren Gelenken haben, ist die Knorpelersatztherapie leider noch Zukunftsmusik.

Auf dem Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes sind in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte gelungen. Dabei wird aber vielfach vergessen, dass es nach wie vor Operationen gibt, die sehr segensreich sein können, ohne dass gleich künstliches Material eingesetzt werden muss.

Häufig sind solche Methoden potenziell mit Komplikationen behaftet und für Patientinnen und Patienten sehr kostenintensiv.

Gelenkerhaltende Eingriffe

Gelenkerhaltende Operationen sind gleichzeitig Vorbeugung und Therapie. Der Zeitpunkt hierfür sollte deshalb nicht verpasst werden. Sie kommen allerdings nur infrage, wenn durch sie ein oder mehrere Risikofaktoren für das Entstehen der Arthrose beseitigt werden können.

Meist handelt es sich bei den gelenkerhaltenden Eingriffen um Umstellungsosteotomien, also Operationen, bei denen ein X- oder O-Bein begradigt wird oder der Hüftkopf durch eine Pfannenschwenkung besser überdacht wird. Diese sind diskutabel, da eine endoprothetische Versorgung später beeinträchtigt werden könnte. Es gibt nur wenige (jüngere) Patientinnen und Patienten, bei denen eine Umstellungsosteotomie Sinn macht.

Auch Gelenktoiletten, bei denen lose Meniskus- oder Knorpelteile, die das Gelenk durch Einklemmungen schädigen, entfernt und Knochenanbauten abgetragen werden oder der Knorpel zur Wachstumsanregung angebohrt wird, gehören dazu.

Gerechtfertigt sind diese Eingriffe nur, wenn die Patientin/der Patient noch relativ jung ist und sich die Arthrose im Anfangsstadium befindet. Der Operationserfolg tritt leider keineswegs so zuverlässig ein, wie wir das von den Gelenkprothesen gewohnt sind. Dies bestätigen neuere Studien der letzten Jahre.

Lange Zeit wurden Arthroskopien in nennenswertem Umfang an der Hüfte nicht durchgeführt. Dies hängt mit der vom Knie grundverschiedenen Anatomie zusammen. Das Hüftgelenk ist deutlich schwerer zugänglich, es gibt keine Menisken, die einer Operation bedürften. Allerdings gibt es eine knorpelige „Hüftlippe“ (Labrum), welche einreißen und sogar einschlagen kann und somit Schmerzen beispielsweise beim Abspreizen verursachen kann.

Arthroskopisch ausgeführte Operationen an der „Hüftlippe“ bei der „eingeklemmten Hüfte“ oder dem femoro-acetabulären Impingement beispielsweise, behandeln Krankheitsbilder, bei denen ein zu groß ausgebildeter Hüftkopf an den knorpeligen Anteilen der Hüftlippe beim Hüftabspreizen anschlägt oder die lädierte Hüftlippe in den Gelenkspalt einschlagen wird.

Die operativen Mittel- bis Langzeitergebnisse der Hüftspiegelung werden aber allgemein vorsichtig bewertet. So liegt beispielsweise eine Zwei-Jahres-Studie vor, die konservative Maßnahmen mit Hüftspiegelungen vergleicht und keine Erfolgsunterschiede misst. Vor Durchführung einer Hüftspiegelung sollten Patientinnen und Patienten auf jeden Fall eine Zweitmeinung einholen. Von Vorteil ist, dass Betroffene ihre natürlichen Gelenke behalten.

Gelenkersetzende Eingriffe

Gelingt es auf Dauer nicht, mit konservativen Therapien die Arthrose an einem Fortschreiten zu hindern und kommen gelenkerhaltende Eingriffe nicht in Frage oder wurden bereits mit nur begrenztem Erfolg durchgeführt und erlebt der Betroffene das Endstadium der Erkrankung, so bleibt irgendwann nur die gelenkersetzende Operation, also das künstliche Gelenk. Es gibt mittlerweile kein Gelenk mehr, das sich nicht endoprothetisch ersetzen ließe. Die Ergebnisse sind allerdings nicht einheitlich.

Während sich die Endoprothesen-Standzeiten bei Hüften und Knien bei über 90 Prozent nach zehn Jahren einpendeln und oftmals deutlich über 25 Jahren gut funktionieren, bleiben Endoprothesen bei Arthrosen der Hand- oder Sprunggelenke ausgewählten Fällen vorbehalten.

Eine mögliche Komplikation beim Gelenkersatz ist die Neubildung von knochenharten Veränderungen in den Weichteilen der unmittelbaren Umgebung des künstlichen Gelenks („periartikuläre Ossifikationen“). Im seltenen Extremfall kann eine weitgehende Bewegungsunfähigkeit eintreten. Die therapeutischen Möglichkeiten sind begrenzt, denn wenn dieser Knochen abgetragen wird, bildet er sich erneut. In vielen Kliniken werden deshalb nach dem Einsetzen eines Hüftgelenkes für zwei Wochen nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) in niedrigen Dosierungen zur Vorbeugung gegeben, da ein gewisser schützender Effekt nachgewiesen werden konnte. Als sicherstes Gegenmittel gelten jedoch eine gewebeschonende Operationstechnik und eine angepasste Bewegungstherapie nach der Operation. Sowohl zu intensives Üben als auch zu wenig Bewegung sollen mit Verknöcherungen in Zusammenhang stehen.

Eine weitere mögliche Komplikation ist das Herausspringen der Prothese aus ihren Anteilen (Prothesenluxation), dies kann vor allem an der Hüfte passieren.

Versteifungsoperationen

Bei Gelenken, die sich nur schwer dauerhaft endoprothetisch ersetzen lassen, sind Versteifungsoperationen oft keine schlechte Lösung, da sie oft gute funktionelle Ergebnisse bringen. So kann beispielsweise eine Versteifung eines oberen Sprunggelenkes oder eines Handgelenkes Schmerzen nehmen, ohne dass dies mit einer wesentlichen Beeinträchtigung bei Alltagsverrichtungen einhergeht.

An anderen Gelenken wie Hüften oder Kniegelenken spielen Versteifungsoperationen heute keine Rolle mehr.

Fragen vor der Entscheidung für oder gegen eine Operation

- Ist der Aktionsradius durch die Erkrankung eingeschränkt?
- Mussten Sie sich der Erkrankung bereits anpassen, indem Sie auf körperliche Aktivität verzichten?
- Leidet die Lebensqualität durch die Erkrankung?
- Was können Sie nach der Operation, was Sie jetzt nicht können?
- Wie sehen Ihre Zukunftspläne aus?
- Werden Sie durch Ihre Arthroseeinschränkungen von anderen abhängig?
- Leiden Sie an anderen Erkrankungen, zum Beispiel Stoffwechselstörungen, die sich durch den arthrosebedingten Bewegungsmangel verschlechtern?

3.6 Operation – muss das sein?

Ob man sich als Patientin/Patient operieren lassen sollte, ist eine individuelle Entscheidung. Die überwiegende Zahl von Operationen in der Orthopädie sind „elektive“ Eingriffe, das heißt, Betroffene haben die Wahl, ob sie sich erstens überhaupt operieren lassen wollen, und zweitens, wann dies geschehen soll. Diese Entscheidung kann ihnen kein Arzt/keine Ärztin abnehmen. Diese können höchstens Hilfestellung leisten, denn der Untersuchungsbefund und die Bildung stellen nur einige Aspekte der Entscheidungsgrundlagen dar. Darüber hinaus sind die sehr persönlichen Ansprüche der Betroffenen selbst an Bewegung im Besonderen und das Leben im Allgemeinen zu berücksichtigen.



Folgende Fragen sollte man dem Arzt/der Ärztin stellen, bevor man sich zu einem Einbau einer Endoprothese entscheidet:

- Welche Operationsrisiken gibt es?
- Gibt es Erkrankungen, die das Operationsrisiko deutlich steigen lassen?
- Muss zu einem späteren Zeitpunkt mit weiteren Operationen gerechnet werden?
- Welche Einschränkungen gibt es nach der Operation?
- Gibt es Erkrankungen, die durch diese Operation gleichzeitig gebessert würden, weil man sich dann besser bewegen kann (z. B. Blutzuckerkrankheit)?
- Wie lange muss man nach der Operation im Krankenhaus bleiben?
- Wie sieht die Nachbehandlung aus?

Endoprothesenimplantationen sind gut planbare, von hoch spezialisierten Teams routiniert und standardmäßig durchgeführte Eingriffe geworden, die wenig Raum für böse Überraschungen lassen. Trotzdem gibt es (seltene) Komplikationen, die bei jeder Operation zu bedenken sind. Infektionen des implantierten Kunstgelenkst sind sehr gravierend und führen zu weiteren operativen Interventionen. Thrombosen, Lungenembolien, Schlaganfälle, Herzstillstände oder Herzinfarkte treten eher bei Vorschädigungen des Organismus auf. Im Operationsbereich kann es zu Nervenschädigungen, Wundheilungsstörungen, Blutergüssen, Nachblutungen, Knochenentzündungen oder Prothesenverknöcherungen kommen. Man sollte sich daher zuvor eingehend bei der operierenden Ärztin/dem operierenden Arzt und der Anästhesistin/dem Anästhesisten über alle Risiken informieren.

Was bedeutet das alles für Menschen, die vor einer Operation stehen?

Um Missverständnissen vorzubeugen, gilt zunächst:

1. Ärztinnen und Ärzte können nur Therapiemöglichkeiten aufzeigen, die Abwägung Schmerzbeseitigung gegen eventuelle zusätzliche Einschränkungen und deren mögliche Konsequenzen für den jeweiligen Alltag können nur die Betroffenen selbst treffen. Von daher sind Sätze wie „der Doktor hat gesagt, ich soll mich operieren lassen“ definitiv kein Entscheidungskriterium.
2. Werden Sie sich über Ihre persönlichen Erwartungen im Klaren.
3. Eine Gelenkendoprothese ist kein „neues natürliches Gelenk“, das Leben wird nach der Operation nicht mehr so wie als junger Mensch werden.
4. Wie groß sind Ihre Erwartungen im Hinblick auf Bewegung im Beruf und Alltag?
5. Treiben Sie Sport, wenn ja welchen? Bestimmte Sportarten (Ballsportarten wie Tennis, Volleyball, Kontaktsport etc.) sind nicht zu empfehlen.
6. Was machen Sie beruflich? Körperlich fordernde Berufe wie Maurer, Pfisterer, Dachdecker, Kfz-Mechaniker etc. sind eher ungeeignet.
7. Manche Zufriedenheitsraten stimmen nachdenklich – nur 43 Prozent der Patientinnen und Patienten sind nach einer Studie der Barmer GEK mit ihrer Knie-Endoprothese zufrieden.
8. Auch sechs Jahre nach der Knieoperation nehmen 30 Prozent noch Schmerzmedikamente.
9. Lassen Sie sich Zeit mit der Entscheidung.
10. Sie haben das Recht auf eine Zweitmeinung. Nutzen Sie es.

Haben Sie alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten über einen längeren Zeitraum ausgeschöpft?

Konservative Behandlungsmöglichkeiten bedeuten:

1. Wahrnehmung geeigneter aktiver Bewegungstherapie zunächst unter krankengymnastischer Anleitung, dann in Eigenregie am besten täglich
2. Häufige Bewegungstherapie und Schwimmen, vorzugsweise im warmen Wasser
3. Einnahme von Schmerzmedikamenten vorübergehend im Bedarfsfalle
4. Alltagsaktivitäten betonen wie zu Fuß gehen (siehe WHO-Empfehlungen)

Typisch für eine Arthrose ist der Intervallschmerz, was bedeutet, dass es zwischenzeitlich Phasen mit geringen oder gar keinen Schmerzen gibt. Faktisch ist es zudem nicht möglich, Schmerzintensitäten oder Lebensqualitätseinschränkungen direkt am Röntgenbild abzulesen. Auch kann nicht sicher vorhergesagt werden, dass Schmerzen und Bewegungsdefizite zwangsläufig immer schlimmer werden. Niemand kann den Verlauf der Erkrankung sicher vorhersehen, unter anderem auch deshalb, weil dieser vom eigenen Umgang mit der Erkrankung abhängt.

- Bewegen Sie sich viel oder wenig (Mindestmaß WHO-Empfehlungen, siehe Seite 39)?
- Von welcher Art ist Ihre Bewegung, ist sie beruflich erzwungen (z. B. ständiges Stehen oder gar Knien)?
- Bestimmen Sie die Bewegung maßgeblich selbst?
- Haben Sie die Möglichkeit, schmerzhaften Tätigkeiten auszuweichen?
- Ändert sich der Schmerz an arbeits- oder belastungsfreien Tagen?

- Gibt es jahreszeitliche oder klimatische Schwankungen?
- Gibt es beschwerdearme oder beschwerdefreie Intervalle?
- Wird der Schmerz nach dem Radfahren oder dem Schwimmen besser?
- Helfen Ihnen Schmerzmittel?

Erst wenn klar wird, dass Sie dem Schmerz und den Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten nicht ausweichen können und alle oben genannten Maßnahmen auch über einen längeren Zeitraum keine Besserung bringen, sollten Sie grundsätzlich über eine Operation mit einem Gelenkersatz nachdenken.

3.7 Rehabilitation

Der Aufenthalt im Krankenhaus nach endoprothetischer Versorgung dauert heute meist nur noch fünf bis sieben Tage. Danach wird in der Regel eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen – ob ambulant oder stationär, hängt im Wesentlichen vom Allgemeinzustand der Patientin/des Patienten, den häuslichen Bedingungen und der Entfernung vom Wohnort zu einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung ab.

Handelt es sich um ältere Patientinnen und Patienten, die möglicherweise auch noch an Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden oder ohnehin nicht gut zu Fuß sind, haben diese zu Hause Treppen zu gehen oder leben gar allein, wird man der stationären Rehabilitation in einer Klinik den Vorzug geben. Sind die Bedingungen günstiger, kommt eher eine ambulante Behandlung infrage.

Die Rehabilitation ist kein Muss, aber eine starke Empfehlung und ein Angebot, das die meisten Patientin-

nen und Patienten nach einer so großen Operation gerne in Anspruch nehmen. Aufgrund der mangelnden Bewegungsfähigkeit eines Beines ist man für fremde Hilfe dankbar. Man lernt, sich im Alltag wieder zurecht zu finden und Vertrauen zu seinen Möglichkeiten zu finden. Auch Alltägliches wie das Anziehen von Strümpfen ist anfangs allein nur schwer möglich. Rehabilitationseinrichtungen bieten Prothesenschulungen an, in denen das Leben mit der Prothese geübt und grundlegendes Wissen zum Leben mit einer Prothese vermittelt wird. Anfangs notwendige Hilfsmittel werden dort gestellt. Darüber hinaus kümmern sich diese Einrichtungen auch um Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes und vermitteln Kenntnisse, wie Erkrankungen vermeidbar sind.

Folgende Bewegungen sind mit Hüftendoprothesen tabu: Überschlagen der Beine sowie Beugen und Heranziehen des Beines mit Einwärtsdrehen der Fußspitzen. In den ersten Wochen nach der Hüftoperation: eher nicht auf der Seite liegen, nicht zu stark beugen.

Ist man nach der Operation gesund?

Nein, in den ersten Wochen und Monaten muss zunächst das Einwachsen des Knochens in die raue Prothesenoberfläche abgewartet werden. Erst dann ist die volle Stabilität gegeben. Die meisten Operateure geben für die erste Zeit nach der Operation konkrete Belastungsvorgaben. In dieser Zeit sind Gehstützen sinnvoll.

Lebenslang gilt bei Hüftprothesen, dass bestimmte Bewegungen wie das Überschlagen der Beine oder das tiefe Hocken zu vermeiden sind, da das zur Entkopplung der Prothese führen kann. Eine Entkopplung einer Knieprothese ist hingegen selten. Gewisse Bewegungseinschränkungen gelten für alle implantierten Gelenkprothesen.

4 Von der Hüfte bis zum Zeh – Arthrosen der Bein- und Fußgelenke

4.1 Hüftgelenk

Beschwerden

Wie bei Arthrosen anderer Gelenke auch, ist bei der Hüftgelenk- oder Coxarthrose (Coxa = Hüfte) der Schmerz das führende Symptom. Lehrbuchmäßig bedeutet der Anlaufschmerz: Nach längerem Sitzen oder Liegen sind die ersten Schritte besonders schmerzhaft.

Typisch sind im Verlauf auch der Ruheschmerz und der nächtliche Schmerz beim Herumdrehen im Bett. Anfänglich kommt es jedoch meist beim Treppab- oder Bergabgehen und nach längeren Spaziergängen zu Beschwerden. Patientinnen und Patienten nennen feuchtnasse Witterung oft als wesentlichen Schmerauslöser.

Typisch ist, dass sich die Erkrankung bei vielen Menschen anfangs nur zeitweise bemerkbar macht und dazwischen lange beschwerdefreie Intervalle liegen. Im Laufe der Zeit werden die schmerzhaften Episoden länger und die schmerzfreien Phasen kürzer, bis zum Schluss nahezu ständig Schmerzen bestehen. Dazu kommt allmählich eine zunehmende Bewegungseinschränkung.

Das Bein kann im Hüftgelenk nicht mehr ausreichend gebeugt oder gestreckt werden, was das aufrechte Sitzen ebenso stark einschränkt wie das normale Laufen. Im Alltag fallen Tätigkeiten wie Schuhe binden oder Fußnägel schneiden schwer. Manchmal kann man schon mit bloßem Auge einen Muskelschwund am betroffenen Bein erkennen.

Aber: Nicht jeder Schmerz im Bereich des Hüftgelenks muss von einer Arthrose stammen. Auch andere Erkrankungen sind denkbar. Dazu zählen unter anderem Bandscheibenvorfälle, Bänderdehnungen, Blockierungen des Kreuzdarmbeingelenkes, Leistenbrüche oder Reizzustände der Muskelsehnenansätze.

Nicht zu vergessen sind Hüftgelenkentzündungen als Ausdruck unterschiedlicher Krankheiten (z.B. rheumatische Erkrankungen), in seltenen Fällen Hüftkopfnekrosen, noch seltener muss an Tumore gedacht werden.



Ursachen

Eine Hüftgelenkarthrose kann auch bei jüngeren Betroffenen auftreten, etwa als Folge einer zuvor erlittenen anderen Erkrankung mit Beteiligung des Hüftgelenkes, beispielsweise einer Hüftdysplasie (angeborene mangelhafte Ausbildung der Hüftgelenkpfanne), einer kindlichen Hüftkopferkrankung, einer Hüftgelenkentzündung oder eines Knochenbruchs. In der überwiegenden Zahl der Fälle ist eine offensichtliche anderweitige Ursache aber nicht erkennbar; die hiervon betroffenen Patientinnen und Patienten sind meist über 65 Jahre alt.

Diagnose

Die typischen Zeichen einer Hüftgelenkarthrose lassen sich im Röntgenbild gut darstellen. Ergänzend werden, insbesondere im Frühstadium, andere Techniken eingesetzt, etwa Ultraschalluntersuchungen und Magnetresonanztomografien (Kernspintomografien). Sie bleiben eher speziellen Fragestellungen vorbehalten und werden insbesondere eingesetzt, wenn nicht klar ist, ob es sich wirklich um eine Arthrose handelt. In diesem Zusammenhang können auch Laboruntersuchungen erforderlich sein.

Typische Beschwerden bei Hüftgelenkarthrose

- Vorwiegend dumpfe, ziehende, reißende, selten stechende Schmerzen
- Bewegungsdefizit
- Oft im Oberschenkel, manchmal bis zum Knie ausstrahlende Schmerzen, so dass gelegentlich zunächst Knieerkrankungen vermutet werden
- Oft rasche Ermüdbarkeit und Beinschwäche in Hüfte, Leiste, Gesäß, selten Rücken
- Oft rasche Ermüdbarkeit und Schwäche des betroffenen Beins

Therapie

Sind die Schmerzen akut, müssen diese zunächst behandelt werden, damit anschließend eine Bewegungstherapie einsetzen kann. Schmerzlindernd wirken Wärme und Kälte, je nach Aktivierungsgrad. Gleichzeitig empfiehlt sich die Einnahme von Medikamenten (siehe dazu Kapitel 3.1.1).

Ist die akute Schmerzphase abgeklungen, sollte mit der Bewegungstherapie begonnen werden. Vor allem zu Beginn empfiehlt sich eine Behandlungsserie bei einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten, dann auch Funktionstraining in den Gruppen der Deutschen Rheuma-Liga. Wichtig ist, dass man die Übungen regelmäßig (täglich) macht. Gleichzeitig empfiehlt sich Fahrradfahren, anfangs möglichst in der Ebene und im kleineren Gang, um den Widerstand und damit den Druck im Gelenk möglichst niedrig zu halten (alternativ: Heimfahrrad-Ergometer). Mindestens gleichwertig sind Bewegungsübungen im Wasser, wobei Scherbewegungen anfänglich meist als schmerzhaft empfunden werden und deshalb nicht ausgeführt werden sollten. Paddelbewegungen sind deshalb beim Schwimmen gegenüber den „Froschbewegungen“ beim Brustschwimmen der Vorzug zu geben.

Künstliche Hüfte = Total-Endoprothese (TEP)

Gelenkerhaltende (präventive) Eingriffe sind dann sinnvoll, wenn in erster Linie eine Hüftgelenkdysplasie früh korrigiert werden soll, die früher oder später zur Arthrose führt.

Ist die Arthrose erst einmal eingetreten, kommt eine solche Operation zu spät. Ist die Arthrose fortgeschritten, bleibt chirurgisch nur der endoprothetische Ersatz. In Deutschland werden jährlich mehr als 150.000 Hüftprothesen eingesetzt. Es handelt sich also um ein hochgradig standardisiertes Operationsverfahren. Die möglichen Komplikationen (siehe dazu Kapitel 3.3) sind, gemessen an der Größe des Eingriffs, als gering zu bezeichnen.

Alle Endoprothesen (das gilt auch für die später erwähnten) werden jeweils aus Komponenten verschiedener Größe individuell angepasst. So wird gewährleistet, dass das neue Gelenk auch wirklich passt.

Bei Hüftgelenkprothesen unterscheidet man grundsätzlich zwei Implantationstechniken: eine zementierte und eine zementfreie. Die zementierte Technik existiert schon länger. Sie bewährt sich bei älteren Patientinnen und Patienten, bei denen zu erwarten ist, dass eine spätere Wechseloperation nicht mehr sehr wahrscheinlich ist. Sollte bei zementierten Anteilen später eine Wechseloperation drohen, kann das Herauslösen des Zementes aus dem Knochen schwierig sei und dazu noch knöcherne Defekte induzieren.



Beide Prothesenanteile werden vor allem dann zementfrei angebracht, wenn Wechseloperationen zu erwarten sind, also vor allem bei jüngeren Patientinnen und Patienten. Beide Verfahren können auch kombiniert werden, man spricht dann von einer Hybrid-Technik. Bei einer Hybrid-TEP ist einer der beiden Anteile, Pfanne oder Schaft, zementfrei, der andere zementiert eingebracht. Üblicherweise werden dabei heutzutage der Schaft eher zementiert und der Pfannenanteil zementfrei implantiert.

Der Trend der letzten Jahre zu immer kleineren Prothesen mit der Möglichkeit, beim ersten Protheseneinbau weniger Knochen zu opfern, hat sich etwas verlangsamt. Einige sehr kleine Prothesenmodelle haben sich nicht bewährt, die ganz überwiegende Zahl der Prothesenmodelle jedoch schon. Optimierungen finden aktuell eher auf der Ebene der Implantationstechnik statt. Die Entwicklungen bei den computergestützten Knochensägen und Fräsen und deren Bedeutung für die Prothesen-Standzeiten erscheint noch nicht abgeschlossen.

Hüftprothesenmaßanfertigungen bedeuten einen erheblichen technischen und damit kostenmäßigen Mehraufwand, der sich derzeit angesichts der gut individuell anpassbaren, konfektionierten Prothesenmodulbaukästen nicht zu lohnen scheint.

Allgemein sind Menschen mit Hüftgelenkarthrosen nach dem Einsetzen von Endoprothesen in der Regel zufriedener als Menschen, die eine Knieprothesenimplantation hinter sich gebracht haben. Das hängt wahrscheinlich mit der einfacheren Anatomie des Hüftgelenkes zusammen. Trotzdem gelten die auf Seite 31 formulierten Empfehlungen für Hüftoperationen gleichermaßen.

Die Größe der Operationsnarbe hat auf die zu nutzende Prothesengröße keinen Einfluss. Bei einem erforderlichen operativen Prothesenwechsel können initial kleinere Prothesen jedoch einfacher ausgetauscht

und verankert werden. Deshalb werden kleine Prothesen vorzugsweise bei jüngeren Patientinnen und Patienten eingesetzt. In den letzten Jahren haben einige wenige dieser Prothesenmodelle die in sie gestellten hohen Erwartungen nicht erfüllt und wurden vom Markt genommen.

Allen Prothesen gemeinsam ist das Problem des Abriebs. Die meisten Prothesen werden aus Metall-Kunststoffkomponenten zusammengesetzt, sodass immer eine Metallfläche auf einer Kunststofffläche bewegt wird. Kunststoff (Polyäthylen) ist in seinem Elastizitätsverhalten dem Knorpel ähnlich. Leider erzeugt er einen recht hohen Abrieb, der im Laufe der Jahre einige Millimeter betragen und für die Lockerung der Prothese verantwortlich sein kann. Deshalb werden von manchen Herstellern Metall-Metall-Paarungen angeboten, die allerdings in den letzten Jahren wegen Abriebblockierungen und einer potentiellen Metallüberladung im Körper in die Diskussion gerieten. Ihr Nachteil ist die mangelnde Stoßdämpfung, was ebenfalls zu einer frühen Lockerung führen kann. Bislang hat sich keine der Varianten als eindeutig überlegen erwiesen.

4.2 Kniegelenk

Beschwerden

Typisch für die Arthrose des Kniegelenkes sind Schmerzen, die beim Bergab- oder Treppabgehen beginnen oder die sich als Anlaufschmerz beim Aufrichten aus einem Sessel, während der ersten Schritte bemerkbar machen. Im Gegensatz zu Hüftgelenksbeschwerden kann der Betroffene die Schmerzen sehr genau auf das Knie eingrenzen.

Die Ursache ist damit aber keineswegs klar, denn längst nicht jeder Knieschmerz ist gleichbedeutend mit einer Kniearthrose (Gonarthrose). Auch harmlose Überlastungssyndrome der Weichgewebe um das Knie herum können Symptome verursachen, die dem Kniegelenkverschleiß im Anfangsstadium täuschend ähnlich sind. Im Einzelfall sind präzise Angaben der Betroffenen und eine umfassende, genaue Untersuchung erforderlich, um die unterschiedlichen Krankheitsbilder gegeneinander abzugrenzen.

Bei einer aktivierten Kniegelenkarthrose kann es schon früh zu ausgeprägten Kniegelenkergüssen kommen. In diesem Stadium bestehen massive Schmerzen und das Gelenk ist dick und heiß. Oft ist eine Punktion erforderlich, um das Gelenk von zu hohem Gelenkinnendruck zu entlasten. Zu diesem Zeitpunkt ist möglicherweise noch gar nicht klar, dass es sich um eine aktivierte Arthrose handelt, denn die Symptomatik ist von einer Gelenkentzündung, einem Gichtanfall oder einem Infekt oft nicht zu unterscheiden.

Ein aktiviertes Stadium ist eher selten und wird gefolgt von mehr oder minder langen beschwerdearmen oder -freien Intervallen. Im Laufe der Erkrankung verkürzen sich diese Zeiträume, so dass zum Schluss meist ein Dauerschmerz oder ein ständiger Schmerz bei jeder Bewegung besteht.

Als Sonderform der Arthrose im Kniegelenk gilt die Retropatellararthrose (retro = zurück, patella = Kniescheibe). Typische Beschwerden sind Schmerzen



unmittelbar hinter der Kniescheibe, die sich bei Beugung verstärken oder dann erst auftreten. Meist geht die Retropatellararthrose mit einer Arthrose auch der anderen tragenden Kniegelenkflächen einher.

Ursachen

Als Ursachen kommen an erster Stelle Fehlstellungen wie X- oder O-Beine infrage, die zu einer vermehrten Druckbelastung der äußeren oder inneren Gelenkfläche führen. Diese Fehlstellungen können angeboren sein und sich durch lasche Seitenbänder oder einen erlittenen Riss eines vorderen Kreuzbandes verstärken.

Auch Meniskusschäden führen häufig, wenn auch erst Jahrzehnte später, zur Arthrose. Deshalb haben Fußballspielerinnen und -spieler häufig eine Kniegelenkarthrose. Übergewicht hingegen gilt heute eher als Risikofaktor, nicht als Ursache. Auch können Ablagerungen von Kristallen bei einer Pseudogicht oder einer echten Gicht ebenfalls zur mechanischen Zerstörung des Knorpels und damit auch zur Arthrose führen. Während die Pseudogicht weniger dramatisch, dafür chronisch verläuft, ist ein Gichtanfall eine akute Gelenkerkrankung mit Schmerzen, die man sein Leben lang nicht mehr vergessen wird. Sehr selten sind Tumore die Ursache für Knieschmerzen.

Typische Beschwerden bei Kniegelenkarthrose

- Dumpfer, ziehender, reißender, gelegentlich stechender Schmerz im Knie (manchmal mehr außen oder innen, gelegentlich hinter der Kniescheibe, manchmal mit Spannungsgefühl in der Kniekehle) beim Hinunter- oder Hinaufgehen von Steigungen oder Treppen
- Bewegungsdefizit
- Anlaufschmerz
- Belastungsschmerz nach längeren Gehstrecken
- Schmerzreiche Episoden werden von symptomfreien oder -armen Intervallen abgelöst

Auch Überlastungssyndrome der Kniesehne oder Meniskusschäden können Symptome verursachen, die dem Kniegelenkverschleiß im Anfangsstadium täuschend ähnlich sind. Andere Erkrankungen, die ebenfalls Knieschmerzen verursachen, sind entzündliche Gelenkerkrankungen wie rheumatoide Arthritis und Morbus Bechterew. Diagnostische Probleme ergeben sich aber nur dann, wenn nicht andere, für diese Erkrankungen typische Symptome vorhanden sind und das Leiden mit dem Knie beginnt.

Therapie

Aus anatomischen Gründen ist das Kniegelenk im Gegensatz zum Hüftgelenk der Diagnostik und Therapie wesentlich besser zugänglich. Größere Gelenkergüsse können gesehen oder mit den bloßen Händen diagnostiziert werden, während kleinere am einfachsten sonografisch nachzuweisen sind. Salben wirken am Knie besser, weil die Distanz von der Haut zum Gelenk deutlich kürzer ist, und eine Punktion gestaltet sich ebenfalls einfacher.

Ist die Arthrose aktiviert, besteht also ein Gelenkerguss und ist dieser so groß, dass er ein Spannungsgefühl erzeugt und die Bewegung behindert, so sollte er punktiert werden (die dabei gewonnene Flüssigkeit sollte für das Erkennen der Ursache untersucht werden). Was Hilfsmittel, Medikamente und Bewegung angeht, so gilt dasselbe wie unter dem Abschnitt Hüftgelenkarthrose beschrieben.

Gelenkerhaltende Operationen

Bei den arthroskopisch, also mit Kniespiegelung durchgeführten Eingriffen wird das Knie gespült, Knorpelabrieb dadurch entfernt und ausgefranzte Menisken begradigt. Kleinere freie Knorpelstückchen werden reseziert. Dünne Knorpelareale können angebohrt und so zur Bildung eines neuen (grundsätzlich minderwertigen) Knorpels angeregt werden. In einer offenen Operation werden diese Maßnahmen mit einem kleinen Sögeschnitt in den Knochen durchgeführt.

Bei Kniegelenkarthrosen, die auf einer Fehlstellung beruhen, kann man eine Umstellungsosteotomie durch-

führen. Für diese Operation kommen Patientinnen und Patienten infrage, bei denen die Arthrose noch nicht allzu weit fortgeschritten ist und die für eine Prothese zu jung sind. Die Chancen, dass später nach dem Eingriff keine Schmerzen bestehen, liegen bei 60 bis 70 Prozent. Nach Eingriffen ist eine Sportausübung grundsätzlich erwünscht: Diese sollte der Situation der Patientin/des Patienten und der Operation angepasst sein.

TIPP

Wurde Ihnen ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk eingesetzt, lassen Sie sich einen Endoprothesen-Pass in der Klinik geben. Dieser ist besonders wichtig, wenn Folgeoperationen anstehen oder bei Verletzungen. So wissen behandelnde Ärztinnen und Ärzte, welche Endoprothese eingebracht wurde. Zudem können Betroffene diesen am Flughafen vorzeigen, wenn der Metalldetektor bei der Flughafen-Sicherheitskontrolle Alarm schlagen sollte.

Gelenkersetzende Operationen

Steht ein Gelenkersatz an, kommen im Knie je nach Befund drei verschiedene Prothesentypen infrage.

Jüngere Patientinnen und Patienten sowie isolierte Defekte von Gelenkkompartimenten können von Schlittenprothesen profitieren.

Bei ausgedehnter Befall von Destruktionen an dem Kniegelenk, bei hoher Belastung und aufgrund der hohen Standzeiten von Oberflächenersatzprothesen sollte man sich sehr gut überlegen, ob eine Schlittenprothese sinnvoll ist.

Die zementiert eingebrachte Oberflächenersatzprothese, die beide Gelenkflächenanteile ersetzt, ist die am häufigsten eingesetzte Endoprothese. Auch hier geht ein gewisser Trend wie bei der Hüfte zur zement-

freien Implantationstechnik. Verwendung findet die Oberflächenersatzprothese insbesondere dann, wenn beide Gelenkflächenhälften ersetzt werden müssen, die Seitenbänder aber noch eine ausreichende Stabilität gewährleisten.

Metallgelenkflächen mit Kunststoffpuffern (Inlays) ersetzen „verschlissene Knorpelflächen“ und somit die eigentliche Ursache der Schmerzen, gleichzeitig werden das vordere (oder beide) Kreuzbänder entfernt und somit wichtige Gelenkrezeptoren gleich mit, so dass die Propriozeption, das „Eigenwahrnehmungsgefühl“ für Gelenk und Bewegung, Schaden nimmt.

Die Propriozeption ist eine wesentliche Voraussetzung für die Stabilität des Gelenkes, die im Übrigen durch Muskeln, Sehnen und Bänder gewährleistet wird. Krankheitsbedingt ist bei einer Gelenkerkrankung die Stabilität ohnehin schon vor der Operation beeinträchtigt. Wenn es nicht gelingt, diese nach der Operation durch Rehamaßnahmen hinreichend zu bessern sind dauerhafte Probleme vorprogrammiert. Deshalb macht es Sinn, durch ein intensives Bewegungstraining vor der Operation die Ausgangslage zu verbessern. Nicht selten erübrigt sich somit sogar die Operation vorerst. Allerdings muss der Betroffene die Kraft und die Zeit finden und den Schmerz überwinden, um ein solches Programm durchzustehen.

Wenn nicht nur die Gelenkflächen arthrotisch zerstört sind, sondern auch die Seitenbänder gar keinen Halt bieten, muss zusätzlich zum Gelenkflächenersatz eine Kopplung der Prothese mit einem zentralen Zapfen ungefähr an der alten Position der Kreuzbänder erfolgen. Dies vermindert zwar die Beweglichkeit bei maximaler Beugung, erhöht aber die Stabilität des Gelenkes als Ganzes. Solche Prothesen ergeben eine deutlich kürzere Standzeit als die normalen, ungekoppelten. Bei ihnen werden ebenfalls beide Gelenkflächen ersetzt, zusätzlich besteht aber noch eine innere Führung mit einem Scharnier oder mit einem drehfähigen Zapfen.

Auf diese Weise kann die Stabilität des Kniegelenks wieder hergestellt werden, allerdings um den Preis,

dass die Bewegung wie bei einem Scharnier um einen festen Drehpunkt abläuft. Ein gesundes Knie bewegt sich hingegen mit variablem Drehpunkt im Sinne eines Gleit-Roll-Mechanismus. Diese gekoppelten Prothesen werden mit einem längeren Stiel im Ober- und Unterschenkel verankert.

Die Erfahrungen mit Kniegelenkprothesen sind noch nicht so alt wie die mit Hüftgelenkprothesen. Es zeichnen sich aber ähnlich hohe Standzeiten ab. Innerhalb der ersten zehn Jahre müssen lediglich rund zehn Prozent der Prothesen gewechselt werden.

Künstliche Gelenke und Sport

Mit einer Gelenkprothese ist auch Sport wieder möglich. Unbedenklich sind Wandern, Nordic Walking, Schwimmen und Radfahren. Problematisch können Sportarten sein, die mit plötzlichen Lastwechseln verbunden sind. Dazu gehören Tennis, alle Ball- und Sprungsportarten oder Ski-Abfahrtslauf. Bewegung ist zur Stabilität des Knochens unentbehrlich, so dass Sport oder Bewegung allgemein unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkungen unbedingt ratsam ist.

Gelenkversteifende Operationen

Eine Versteifung des Kniegelenkes stellt eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung dar und wird heute als primärer Eingriff zur Behandlung der Arthrose nicht mehr durchgeführt. Infrage kommt eine Versteifung eigentlich nur bei sehr ungünstigen Verhältnissen, nach Unfällen oder nicht sanierbaren bakteriellen Knocheninfekten.

Komplikationen einer Kniegelenkoperation

Die wichtigste und gefährlichste Komplikation ist die bakterielle Infektion. Aufgrund dessen sollte eine Operation auch nie leichtfertig durchgeführt werden.

Prothesenluxationen sind bei Knieprothesen anatomisch bedingt selten. Auch Verkalkungen oder Verknöcherungen treten mangels kräftigem, das Gelenk umgebendem Weichteilmantel so gut wie nicht auf.

Nervenverletzungen führen im Vergleich zum Hüftgelenk zu geringeren Schäden, da aus anatomischen Gründen die zu versorgende Endstrecke geringer ist. Es dominieren, wenn es zu Verletzungen kommt, Lähmungen der Fuß- und Zehenheber. Weitere mögliche Komplikationen sind im allgemeinen Teil und im Abschnitt Hüftgelenkarthrose ausführlich dargestellt.

Wie geht es nach der Operation weiter?

Was unter dem entsprechenden Abschnitt Hüftgelenkprothese steht, gilt analog für die Kniegelenkprothese. Da allerdings die Luxationsgefahr sehr gering

Leben mit einer Gelenkprothese (6. bis 12. Woche nach der Operation)

- Schlafen mit Spreizkissen (bei Hüftprothese)
- Tendenz zu Beinschwellungen - Lymphdrainage
- Selbstständiges Üben zu Hause oder im Schwimmbad
- Eventuell nochmals Krankengymnastik unter fachlicher Anleitung
- Krankschreibung in der Regel bis zur 12. Woche nach Operation

Beginn mit

- Auto fahren
- regelmäßigem Sport (Bewegung im Wasser, Wandern, Rad fahren)
- leichten Gartenarbeiten

Erst nach 12 Wochen ist eine zementfreie Prothese im Knochen einigermaßen fest eingewachsen.

ist, sind Toilettensitzerhöhen nur dann erforderlich, wenn nach der Operation eine schlechte Beugung besteht. Keilkissen sind ebenfalls nicht notwendig.

In Einzelfällen kommt es nach den Operationen zu Verklebungen der Gelenkkapsel oder der Gelenkkapsel mit der Kniesehne und dadurch Einschränkungen bei der Beugung und Streckung. Falls auch intensive Physiotherapie nicht hilft, ist ein erneutes Durchbewegen in Narkose erforderlich (Narkosemobilisation). Oft werden die Verklebungen auch mit Hilfe einer Knie-spiegelung gelöst.

Leben mit einer Gelenkprothese (6 bis 12 Monate nach der Operation)

- Geeigneter Sport
- Mittelschwere Gartenarbeiten
- Heben und Tragen von mittelschweren Gegenständen (über 20 kg) sollten vermieden werden
- Es bleibt dauerhaft eine Einschränkung der Beweglichkeit, z. B. Hocken und Knien

Prothese und Beruf

Gelenkprothesen schränken die Leistungsfähigkeit in Berufen mit schwerer körperlicher Belastung ein, wie

- Dachdecker
- Maurer
- Fliesenleger
- Gas- und Wasserinstallateur
- Gärtner
- LKW-Fahrer mit schweren Ladetätigkeiten

Gelenkprothesen sind vereinbar mit Berufen in gehender, stehender und sitzender Körperstellung.

4.3 Sprunggelenk

Das Sprunggelenk besteht aus mehreren Gelenken, unter anderem dem oberen und den unteren Sprunggelenken. Das obere Sprunggelenk ist funktionell bedeutender. Es erlaubt beispielsweise die Abrollbewegung beim Gehen oder den Zehenspitzenstand. Im unteren Sprunggelenk geschieht das Ein- und Auswärtskippen.

Ursachen

Obwohl das Sprunggelenk die größte Last tragen muss, erkrankt es selten an einer degenerativen Arthrose. Ursache einer Sprunggelenkdestruktion sind meist entzündlich-rheumatische Erkrankungen mit Beteiligung des Sprunggelenkes oder Jahre zuvor erlittene Unfälle mit Bruch des Unterschenkels oder des Knöchels. Handelte es sich um einen Bruch mit Beteiligung der Gelenkfläche und gelang es nicht, eine möglicherweise bestehende Stufe in der Gelenkfläche zu beseitigen, so genügen oft nur wenige Jahre, um das Gelenk zu zerstören.

Therapie

Auch hier gilt wie bei allen Arthrosen der Grundsatz: Bewegen, ohne allzu sehr zu belasten. Hinsichtlich geeigneter Medikamente und deren Dosierungen wird auf die entsprechenden Ausführungen im allgemeinen Teil verwiesen.

Als Hilfsmittel kommen Pufferabsätze infrage, bei eingeschränkter Beweglichkeit auch Abrollhilfen. Orthopädische Schuhe mit einem hohen, festen Schaft können bewegungsabhängige Schmerzen vermindern.

Operationen

Die chirurgische Methode der Wahl ist für das obere wie für die unteren Sprunggelenke die Versteifung. Mit Schuhzurichtungen wie Abrollsohlen ermöglichen diese bei mittlerem Gehtempo ein praktisch normales Gangbild. Nur bei höheren Gehgeschwindigkeiten ist ein leichtes Hinken nicht völlig zu vermeiden. Die Langzeitergebnisse von Versteifungsoperationen werden im Allgemeinen als zuverlässig eingeschätzt.

Im Alltag können Endoprothesenversorgungen am oberen Sprunggelenk dennoch von Vorteil sein, beispielsweise beim Autofahren (Gas geben), auch wenn mit ihnen nur die Hälfte der ursprünglichen Beweglichkeit in diesem Gelenk erreicht wird.

Obwohl die moderne Endoprothetik bei verschlissenen Fußgelenken zunehmend bessere Ergebnisse erzielt, werden deutlich weniger Sprunggelenkprothesen implantiert als Hüft- und Knieprothesen und zudem vor allem in orthopädischen und rheumaorthopädischen Spezial-Zentren. Dafür gibt es drei Gründe:

- Erkrankungen des oberen Sprunggelenkes sind selten, die Erfahrung mit dieser Operation ist also recht gering.
- Bewegungseinschränkungen im Sprunggelenk werden oft als nicht so gravierend empfunden.
- Die Komplikationsrate nach Sprunggelenkprothesenversorgungen ist relativ hoch.

Bei den in Deutschland am meisten verwendeten Sprunggelenkprothesen handelt es sich um Metall-Polyäthylen-Metall-Paarungen. Die zementfreie Verankerung im Knochen wird oben, wie unten durch Zapfen gewährleistet.

Wesentliche Risiken der Operation

Wie bei jeder Operation können Thrombosen und Wundinfektionen auftreten. Letztere sind am Sprunggelenk häufiger. Zudem ist es tendenziell so, dass eine Wunde umso langsamer heilt, je weiter sie vom Herzen entfernt ist. Deswegen heilen Wunden nach einer Sprunggelenkprothese eher langsamer als nach einem Eingriff am Hüftgelenk. Typisch ist eine langandauernde Schwellneigung des Fußes und Unterschenkels, welche ein häufiges Hochlagern erfordert.

Bei Versteifungen wie bei Prothesen kann es zu Metallausbruch kommen, dann muss erneut operiert werden. In der Regel treten nach dem Eingriff über einige Wochen starke Beinschwellungen auf, weswegen das Bein häufig über Beckenniveau hochgelagert werden sollte.

Nachbehandlung

Patientinnen und Patienten erhalten nach dem Einsetzen einer Sprunggelenkprothese einen speziellen „Stiefel“, damit eine gewisse Führung für das Sprunggelenk da ist und es nicht zur Seite abkippt. Die sofortige Vollbelastung ist möglich. Ansonsten gibt es aber nur noch wenige Einschränkung nach der Operation.



4.4 Grosszehengrundgelenk

Eine Arthrose des Großzehengrundgelenkes (Hallux rigidus) kommt häufig vor.

Beschwerden

Schmerzen werden zunächst nach längerem Laufen empfunden. Vor allem das Abrollen verursacht Beschwerden aufgrund der Bewegungseinschränkung. Der Krankheitsverlauf steht in Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Erkrankung. Wird etwa eine Gicht nicht ausreichend behandelt oder entwickelt sich die Fehlstellung rasch weiter, so verläuft die Arthrose schmerzhaft und rasch. Schließlich kommt es zu einer erheblichen Bewegungseinschränkung in der eigentlichen Bewegungsrichtung fußsohlenwärts-fußrückwärts, gegebenenfalls auch noch verbunden mit einer seitlichen Fehlstellung der Großzehe.

Diese zwingen die Nachbarzehen entweder auch in eine Fehlstellung oder sie unterkreuzen sie, so dass zuletzt oft nur noch Filzpantoffeln, Sandalen oder sehr weiche Schuhe getragen werden können. Der ganze Fuß wird breiter. An der Innenseite des Fußes bilden sich über dem Großzehengrundgelenk schmerzhaft Hühneraugen.

Betroffene leiden schließlich unter drei Erkrankungen: Fehlstellung, Arthrose, Hühneraugen.

Therapie

Glücklicherweise erreichen längst nicht alle Großzehengrundgelenkarthrosen-Betroffene dieses Endstadium, in dem nur noch eine Operation hilft, bei der die Zerstörung des Grundgelenks an der Großzehe korrigiert wird.

Hat sich eine Bewegungseinschränkung der Großzehengrundgelenkarthrose entwickelt, so bedeutet dies, dass die Großzehe nicht mehr ausreichend beim Gehen abgerollt werden kann. Als Ausgleich werden Abrollsohlen in Höhe des Großzehengrundgelenks verordnet. Fußgymnastik und passive Dehnungsübungen runden das Therapieprogramm ab.

Ein stark schmerzendes und den Abrollvorgang behinderndes Großzehengrundgelenk kann über eine Versteifung in günstiger Position endgültig saniert werden, allerdings bleibt es dann für immer unbeweglich. Auch für das Großzehengrundgelenk gibt es Endoprothesen, die man als Silastikprothese bei einem Rigidus im Endstadium oder bei rheumatischen Gelenkdestruktionen einsetzt. Bei einer reinen Arthrose des Großzehengrundgelenks haben diese nicht so Anklang gefunden, aber bei endgradigen Arthrosen und älteren Patientinnen und Patienten zum Erhalt der Beweglichkeit ist eine Silastikprothese auch eine gute Indikation.

5 Von der Schulter bis zum Daumen – Arthrosen in Armen und Fingern

5.1 Schultergelenk

Schulterarthrosen sind selten, schließlich müssen sie keine Last tragen. Insgesamt machen Arthrosen an Schulter-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenken weniger als zehn Prozent aller Arthrosen aus. In der Regel verursachen sie auch weniger Beschwerden.

So häufig schmerzhafte Schultererkrankungen auch sind, so selten sind echte Schultergelenkarthrosen (Omarthrosen). Dies hängt mit der enormen Beweglichkeit dieses Gelenkes zusammen.

Genau genommen sind es drei Gelenke: Außer dem eigentlichen Schultergelenk, das der Oberarmkopf mit der Schultergelenkpfanne bildet, gibt es ein zweites dort, wo sich das Schlüsselbein am Brustbein abstützt, und ein drittes dort, wo das Schulterblatt über den Brustkorb gleitet. Ist eine Versteifung im eigentlichen Schultergelenk eingetreten, so ermöglichen die beiden anderen Gelenke immer noch einen beträchtlichen Aktionsradius.

Um ein derart großes Bewegungsausmaß zu gewährleisten, sind viele Muskeln erforderlich, die koordinativ aufeinander abgestimmt sein müssen. Die Gelenkflächen kommen dabei nur selten richtig unter Druck. Auch wenn die Diagnose „Omarthrose“ recht häufig gestellt wird, ein echter Gelenkflächenverschleiß steckt meist nicht dahinter. Die Schmerzsache ist in der Regel in den Muskeln, Sehnen und Schleimbeuteln zu finden. Oft führt auch erst ein Verschleiß von Muskeln und Sehnen zu einer Überlastung der Gelenkflächen und damit zur Arthrose.

Therapie

Krankengymnastik ist auch bei Schulterarthrosen ein wichtiger Therapiebaustein. Die Schmerzen beeinflussen den Bewegungsablauf negativ und begünstigen dadurch das Fortbestehen der Bewegungseinschrän-

kungen. Schmerzmittel können dabei unterstützen, dass Betroffene in Bewegung kommen. Die Therapie kann Monate dauern. Ausdauer ist bei den Betroffenen gefragt.

Operationen

Eine Operation wegen einer Schulterarthrose ist nur selten erforderlich. Meist ist hier ein Unfall vorausgegangen oder es liegt eine rheumatische Erkrankung vor. Dann kann eine Endoprothese eingesetzt werden. Je nach Grad der Zerstörung wird die Pfanne als Vollprothese mit ersetzt. Ansonsten kann man sogar über einen Oberflächenersatz (Kappe) nachdenken, wenn die Pfanne noch gut und die Muskelmanschette intakt ist.

Voraussetzung für eine anatomische Prothese oder eine Oberflächenersatzprothese ist immer eine intakte Rotatorenmanschette. Wenn aber die Rotatorenmanschette unwiderruflich zerstört ist, kann man nur noch eine inverse Prothese einsetzen.

Der volle Umfang einer normalen Beweglichkeit im gesunden Schultergelenk wird dadurch nicht mehr erreicht.

Wie geht es nach der Operation weiter?

Die Nachbehandlung nach Schultergelenkoperationen ist sehr aufwendig, sowohl hinsichtlich der Intensität als auch der Dauer. Weil die Gefahr der Verklebung unmittelbar nach der Operation am größten ist, muss bereits am Tag danach mit dem Üben begonnen werden. Da dann noch Wundschmerzen bestehen, tragen die Patientinnen und Patienten ihren Arm meistens auf einem an ihnen befestigten Lagerungskissen vor sich her.

5.2 Ellbogengelenk

Noch seltener als Schultergelenk- sind Ellenbogenarthrosen (Cubitalarthrosen). Meistens ist ihnen ein Unfall mit einer resultierenden Fehlstellung vorausgegangen. Gelegentlich treten Zerstörungen auch nach jahrelanger belastender körperlicher Tätigkeit oder rheumatoider Arthritis auf.

Beschwerden

Neben Schmerzen beim Beugen und Strecken des Armes im Ellenbogen können diese auch bei Umbewegungen auftreten, also wenn die Handfläche nach unten oder nach oben gedreht wird, was auch im Ellenbogengelenk geschieht.

Bewegungseinschränkungen im Ellenbogengelenk werden im Allgemeinen lange gut toleriert. Im Alltag ist es nicht von Bedeutung, ob der Ellbogen ganz gestreckt werden kann oder nicht. Erst wenn wir die Hand nicht mehr zum Mund führen oder uns nicht mehr kämmen können, besteht ein Leidensdruck.

Therapie

Die physikalische Therapie steht bei der Ellenbogenarthrose an erster Stelle. Falls erforderlich, wird unter gleichzeitiger Schmerzmedikamenteneinnahme mit dem Gelenk geübt. Der Erfolg ist sehr von den individuellen Verhältnissen abhängig. Recht sicher ist die-



ser anhand des klinischen Untersuchungsbefundes vorhersehbar: Schlägt das Gelenk am jeweiligen Bewegungsende hart an, so sind die Erfolgsaussichten nicht gut. Ist der Anschlag jedoch weich oder federnd, so lässt sich in der Regel das Bewegungsausmaß verbessern.

Operative Therapien

Beim Ellenbogengelenk muss die operative Therapie den individuellen Voraussetzungen folgen. Begrenzen knöcherne Wucherungen die Bewegung, so bietet sich an, diese operativ zu entfernen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass das Gelenk durch die Operation nicht instabil wird. Ist eine Fehlstellung das vorrangige Problem, so wird man zunächst diese korrigieren.

Bei ausgeprägten Ellenbogenarthrosen ist eine Versteifung in funktionsgünstiger Stellung, das heißt in mittlerer Beuge- und Umwendstellung, möglich: Sonst und bei Betroffenen mit rheumatoider Arthritis sind Ellenbogenprothesen erfolgreich. Inwieweit diese bei Ellenbogenarthrosen eingesetzt werden können, hängt im Wesentlichen mit den zugrundeliegenden Fehlstellungen zusammen. Diese können dem Einsetzen einer Prothese entgegenstehen.

5.3 Handgelenk

Bei Arthrosen des Handgelenks verhält sich vieles wie bei den Ellenbogenarthrosen. Sie sind selten und meist durch einen Unfall oder langjährige harte körperliche Arbeit entstanden. Eine weitere Ursache von Zerstörungen können rheumatische Erkrankungen oder Osteonekrosen sein. Dies sind Erkrankungen, bei denen ein Handwurzelknochen abstirbt. Die Folge ist oft ein verkleinerter Handwurzelknochen mit unruhiger Gelenkfläche, was wiederum zur schmerzhaften Arthrose führen kann. Die Bewegungseinschränkung ist meist nicht so gravierend oder wird nicht als so störend empfunden. Im Vordergrund stehen die Schmerzen und Bandverletzungen.

Therapien

Leichtere Verlaufsformen überwiegen zahlenmäßig deutlich und machen nur gelegentlich und vorübergehend Beschwerden. Im Anfangsstadium helfen schmerzstillende Salben und Salbenverbände. Handgelenkmanschetten stützen das Gelenk und verhindern schmerzhafte Bewegungen. Oft hilft eine vorübergehende Ruhigstellung im Gips.

Operationen

In den seltenen schweren Verlaufsformen am Handgelenk sind Teilversteifungen, Endoprothesen und Vollversteifungen möglich.

Handgelenkprothesen bewähren sich bei Arthrosen nicht in demselben Maße wie bei Betroffenen mit rheumatoider Arthritis, da aufgrund der größeren Muskelkräfte Verankerungsprobleme bestehen.

Zuverlässigere Ergebnisse bringen operative Versteifungsoperationen, bei denen ein Metallimplantat, meist eine Platte, unter den Strecksehnen über dem Handrücken eingebracht wird. Der Funktionsverlust bei der Bewegung ist bei Alltagsverrichtungen zu verkraften, wenn eine volle Funktionstüchtigkeit der anderen Hand besteht.

5.4 Daumensattelgelenk

Das Daumensattelgelenk ist jenes der drei Daumengelenke, welches den Daumen mit dem Handgelenk beweglich verbindet. Schmerzen beim Faustschluss, beim Wäscheauswringen oder bei vorwiegend kreisenden Bewegungen des Daumens sind daher typisch.

Ausgelöst werden die Schmerzen häufig auch, wenn man sich auf einen Stock oder eine Gehhilfe stützt. An einer Arthrose des Daumensattelgelenkes (Rhizarthrose) erkranken vorwiegend Frauen über 50 Jahren.

Im Frühstadium sind trotz erheblicher Schmerzen im Röntgenbild keine krankhaften Veränderungen zu sehen. Später kommt es zu einem „Herauswandern“ des Gelenkes nach außen, was mit einer verminderten Beweglichkeit einhergeht. Der Verlauf ist wie bei jeder Arthrose geprägt von heftigen Schmerzepisoden, die von schmerzfreien oder schmerzarmen Intervallen abgelöst werden.

Therapien

Die Erkrankung ist insgesamt gutartig, schwere Verlaufsformen sind eher selten, deshalb muss auch eher selten operiert werden. Im Vordergrund stehen nicht-operative Therapien mit schmerzstillenden Salben, Ruhigstellung mit Orthesen, Schienen oder Gips sowie Spritzen in das Gelenk. Je nach Stadium der Erkrankung können auch Bewegungsübungen im warmen Wasser oder warmen Sand hilfreich sein.

Im Spätstadium sind folgende Operationsverfahren möglich: Entfernung des Handwurzelknochens und Ersatz durch eine Sehnenaufhängung (Epping-Plastik) oder eine Versteifung. Eine Endoprothese kommt hier nur in Ausnahmefällen in Frage.

5.5 Fingergelenke

Betroffene mit Fingergelenkpolyarthrose sind zu 95 Prozent Frauen, meist jenseits der Wechseljahre. Betroffen sein können sowohl die Fingerendgelenke (Heberdenarthrosen) als auch die Fingermittelgelenke (Bouchardarthrosen).

Im Laufe der Erkrankung kommt es zu einer massiven Verdickung der Gelenke mit Rötung und Schwellung. Die anfänglich weiche, elastische Gelenkverdickung weicht mit der Zeit einer harten, knöchernen Verdickung.

Die Hände zu einer Faust zu schließen, fällt insbesondere bei der Bouchardarthrose schwer, anfänglich wegen der Schmerzen, später wegen der eingetretenen Bewegungseinschränkung.

Im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis, mit der Fingergelenkpolyarthrosen gerne verwechselt werden, ist der Verlauf dieser Erkrankung eher gutartig. Nach Phasen gelegentlich auch heftiger Schmerzen, ist mit langen beschwerdefreien oder -armen Intervallen zu rechnen.

Therapien

Bei Synovialitis hat sich das Einspritzen von Kortison in die betroffenen Gelenke sehr bewährt. In der Regel reichen wenige Injektionen aus, um Schmerzfreiheit zu erzielen.

Bewährt hat sich außerdem Bewegung im warmen Wasser, Moor oder Sand. Dies wirkt einerseits schmerzlindernd, zum anderen wird so einer drohenden Bewegungseinschränkung vorgebeugt.

Operationen sind selten und nur bei den raren schweren Verlaufsformen erforderlich. Bei den Heberdenarthrosen kommen nur Versteifungsoperationen in Frage, bei Bouchardarthrosen werden gelegentlich auch Prothesen eingesetzt.

6 Den Alltag mit Arthrose erleichtern – das können Sie selbst tun

6.1 Sport und Bewegung

Neben medikamentösen, operativen und physikalischen Therapien, dem Einsatz von gelenkschonenden Hilfsmitteln und der Ergotherapie sollte bei einer Arthrose unbedingt Bewegung in den Alltag gehören.

Nur wer aktiv gegen den Schmerz angeht, kann sich ein gutes Stück Beweglichkeit erhalten oder zurückerobern. Zudem hilft Bewegung, den Knorpel zu ernähren und damit dem Fortschreiten der Arthrose Paroli zu bieten. Ausreichend kräftige Muskeln können zudem Druck von einem Gelenk nehmen und es so schonen.

Neben gezielten Übungen sind alle Bewegungsformen empfehlenswert, die die Gelenke nicht unnötig belasten. Dazu gehören Schwimmen, Radfahren oder

einfach Spaziergehen, aber auch andere Sportarten.

Besonders ein Training im Wasser ist aufgrund der physikalischen Eigenschaften des Wassers bei Arthrose geeignet. Der Stütz- und Bewegungsapparat wird durch Auftrieb geschont und weniger stark belastet. Wassergymnastik und Aquajogging sind daher sinnvolle Bewegungsangebote bei Arthrose. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Bewegungen und Übungen gleich geeignet für das entsprechend betroffene Gelenk sind.

Ruckartige und stark stoßbelastende Bewegungen, wie sie bei vielen Ballsportarten oder alpinem Skilauf auftreten, tun dem geschädigten Gelenk nicht gut.



6.2 Funktionstraining – Entspannung und Schmerzbewältigung

Auch zu Hause kann und sollte man regelmäßig aktiv etwas gegen seine Arthrose tun. Spezielle Gymnastikübungen kräftigen nicht nur die Muskulatur und erhöhen die Beweglichkeit und lindern so die Beschwerden, sie motivieren auch allgemein zu mehr Bewegung im Alltag.

Vorschläge, welche Übungen Sie auch im Wohnzimmer ausführen können, finden Sie beispielsweise im Bewegungsposter „Arthrose – mobil gegen den Rheumasmmerz“. Es ist kostenlos bei den Landes- und Mitgliedsverbänden der Deutschen Rheuma-Liga erhältlich.

Mitmachen!

Die Landes- und Mitgliedsverbände der Deutschen Rheuma-Liga haben ein breites Bewegungsangebot. Dazu gehört beispielsweise:

- Funktionstraining
- Aquajogging
- Ergotherapie
- Zilgrei
- Muskelaufbautraining
- Tanzen
- Walking
- Wandern

Funktionstraining

Beweglichkeit zurückgewinnen, Schmerzen reduzieren, wieder mehr Lebensqualität genießen: Das Funktionstraining der Deutschen Rheuma-Liga ist für Menschen mit Rheuma ein wichtiger Therapiebaustein. Die ganzheitliche Bewegungstherapie unterstützt Sie bei der Krankheitsbewältigung und der Gestaltung eines aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstils. Im Funktionstraining wird krankheitsspezifisch und alltagsbezogen trainiert. Die Übungen werden in Gruppen entweder als Wassergymnastik oder Trockengymnastik durchgeführt. Funktionstraining erfolgt auf ärztliche Verordnung.

👉 www.rheuma-liga.de/funktionstraining

WHO-Empfehlungen

Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern, gelten folgende Mindestempfehlungen:

- Mindestens 150–300 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität (z.B. 5 x 30 Minuten/Woche) oder
- Mindestens 75–150 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit höherer Intensität oder
- Eine entsprechende Kombination aus moderater und höherer Intensität
- Muskelkräftigende körperliche Aktivitäten mit moderater oder höherer Intensität an mindestens zwei Tagen pro Woche: Alle großen Muskelgruppen sollten dabei einbezogen werden.
- Lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und nach Möglichkeit das Sitzen regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrechen.

6.3 Gelenkschutz im Alltag und Selbstmanagement-Kurse

Gelenkschutz im Alltag

- Weitere Gesundheitseffekte können erzielt werden, wenn man Umfang und/oder Intensität der Bewegung über die Mindestempfehlungen hinaus weiter steigert.
- Für Menschen über 65 Jahre mit Mobilitätseinschränkungen sollte die körperliche Aktivität an mindestens drei Tagen der Woche durch Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention ergänzt werden.
- Personen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht entsprechend den Empfehlungen körperlich aktiv sein können, sollen sich so viel bewegen, wie es ihre aktuelle gesundheitliche Situation zulässt.

Entspannung und Schmerzbewältigung

Für viele Arthrose-Betroffene beherrscht der Schmerz den Alltag. Er kann die Lebensqualität so beeinträchtigen, dass die dauerhafte Einnahme von Schmerzmedikamenten der einzige Ausweg zu sein scheint. Neben der Bewegungstherapie können Entspannungstechniken helfen, die Dosis der Schmerzmedikamente zu reduzieren. Geeignet sind Tai-Chi, Autogenes Training, Qi-gong, Yoga oder Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen. Die meisten Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga haben solche Programme im Angebot.

Wenn Schmerz länger als sechs Monate andauert, ist er chronisch. Das Nervensystem meldet dann fortwährend Schmerzen, auch ohne Anlass. Das liegt daran, dass sich der Schmerz ins Schmerzgedächtnis eingebrannt hat. Dort muss er wieder gelöscht werden. Im Schmerzbewältigungstraining lernen die Teilnehmenden unter Anleitung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen, wie sie den Teufelskreis des immer wiederkehrenden Schmerzes durchbrechen können.

Zu allen Kursen und Angeboten beraten die Verbände der Deutschen Rheuma-Liga vor Ort.

 www.rheuma-liga.de/verbaende

Liegt bereits eine erhebliche Funktionsstörung durch Schmerzen oder durch eine Bewegungseinschränkung vor, so können Hilfsmittel sinnvoll sein. Dazu zählen Pufferabsätze oder Visko-Gelkissen bei Arthrosen von Hüft- und Kniegelenken, um das Gelenk vor Stößen beim Gehen zu schützen. Entlastend wirken auch Handstöcke oder Gehstützen. Sie sollten aber bei Schmerzen oder einer Gangunsicherheit benutzt werden, da die Gewöhnung daran auf Dauer ein schlechtes Gangbild bewirkt.

Neben den ärztlich verordneten Hilfsmitteln gibt es viele Hilfsmittel, die den Alltag und Haushalt erleichtern können. Die Broschüre „Gelenkschutz im Alltag – gewusst wie!“ der Deutschen Rheuma-Liga informiert über das Thema Gelenkschutz bei Rheuma, Hilfsmittel und gibt Tipps für den Alltag. Sie ist kostenlos bei allen Mitglieds- und Landesverbänden erhältlich.

Ausführliche Informationen und Videos zum Gelenkschutz am Arbeitsplatz und zu Hause finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

 www.rheuma-liga.de/gelenkschutz

Selbstmanagement-Kurse der Deutschen Rheuma-Liga

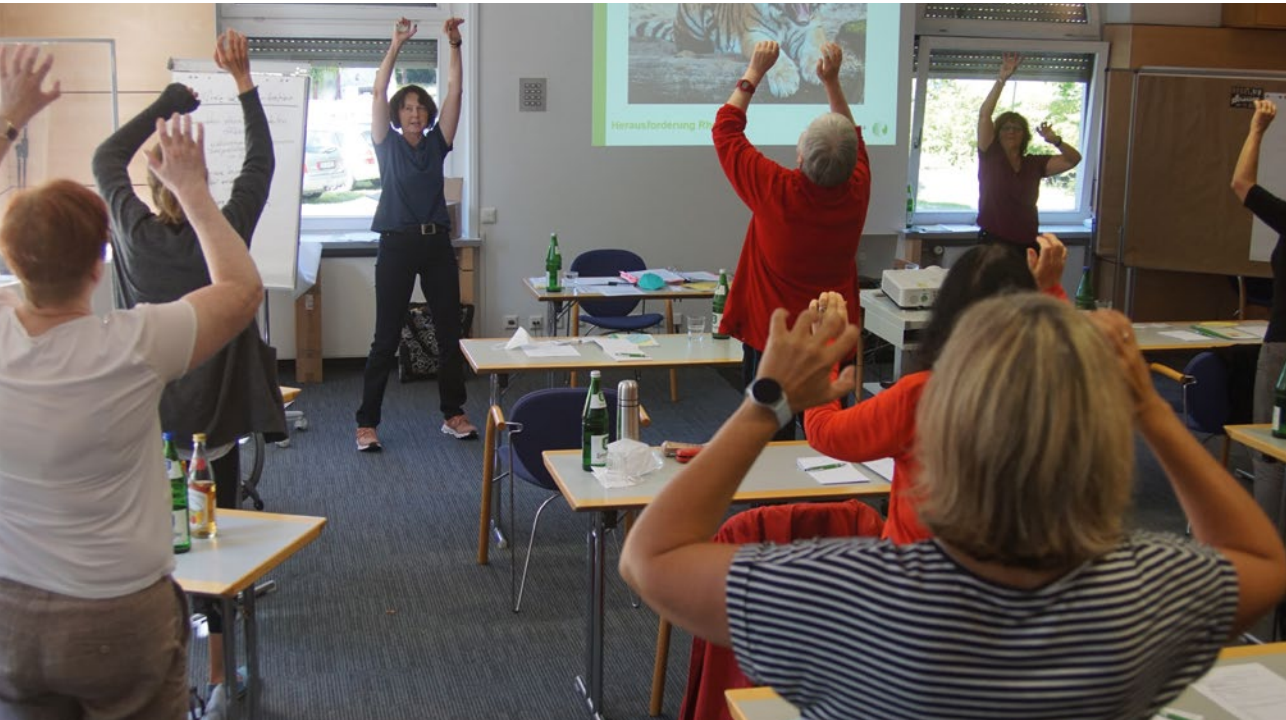
Nehmen Sie Ihr Leben mit Rheuma in die Hand: Die Selbstmanagement-Kurse der Deutschen Rheuma-Liga helfen Ihnen dabei. Sie lernen, Ihr Leben mit den Herausforderungen einer rheumatischen Erkrankung selbst zu gestalten.

Kern der Kurse ist es, den Umgang mit der rheumatischen Erkrankung neu zu lernen – mit dem Ziel, das eigene Leben wieder selbst zu steuern. Neben dem Wissen über rheumatische Erkrankungen geht es in den Kursen auch um Bewegung, Ernährung, Techniken zur Entspannung und zur Schmerzbewältigung sowie medizinische Versorgung.

Das Kursprogramm wurde an der Stanford Universität in den USA entworfen und weltweit angeboten. Es wird von der Deutschen Rheuma-Liga weiterentwickelt.

In einer Gruppe aus bis zu zwölf Betroffenen üben Sie, Veränderungsmöglichkeiten in Ihrem Leben mit Rheuma zu erkennen, Ihr Verhalten und Ihre Sichtweisen in bestimmten Situationen zu ändern und sich neue Möglichkeiten zu erschließen. In den Kursen erfahren die Teilnehmenden, wie sie das Krankheitsgeschehen und den Alltag mit Rheuma aktiv gestalten können.

Erfahrene Trainerinnen und Trainer, die selbst mit einer rheumatischen Erkrankung leben, leiten den Kurs. Das macht die Kurse so besonders: Die Leiterinnen und Leiter wissen aus eigener Erfahrung, wie es ist, mit der Erkrankung umzugehen, und können Wissen aus ihrem Alltag mit einfließen lassen.



Im Einsatz für rheumakranke Menschen



Gemeinsam stark

Mehr als 250.000 Mitglieder machen die Deutsche Rheuma-Liga zum größten deutschen Selbsthilfeverband im Gesundheitswesen. Die Mitglieder legen mit ihrem Engagement das Fundament für das breite Spektrum der Leistungen der Deutschen Rheuma-Liga. Mehr als zehntausend Ehrenamtliche informieren bundesweit neu Erkrankte, schaffen Beratungs- und Betreuungsangebote und organisieren zahlreiche Angebote für Betroffene.

Offen für alle

Es gibt viele rheumatische Erkrankungen: Arthrose, entzündliche Erkrankungen, Fibromyalgie, Rheuma bei Kindern und eher seltene Krankheitsformen. Die Deutsche Rheuma-Liga ist für alle da. Morbus-Bechterew-, Lupus-Erythematodes- und Sklerodermie-Betroffene organisieren sich in eigenen Verbänden unter dem Dach der Deutschen Rheuma-Liga.

An der Seite der Betroffenen

Rund 17 Millionen junge und alte Menschen in Deutschland leben mit einer rheumatischen Erkrankung. Manche Erkrankungen entwickeln sich schleichend über viele Jahre. Andere sind akut lebensbedrohlich und greifen die Organe an. Immer beeinflussen sie die Lebensperspektive der Betroffenen. Das Leben mit Rheuma bringt viele Herausforderungen mit sich: Die Unterstützung der Deutschen Rheuma-Liga kann dabei viel bewirken.

Überall in Deutschland

Das Netz der örtlichen Gruppen und Verbände der Deutschen Rheuma-Liga erstreckt sich von Ost nach West und von Nord nach Süd über ganz Deutschland. So bestehen vor Ort viele Möglichkeiten der Begegnung und Unterstützung im Umgang mit der Krankheit: Bewegungstherapie, ergotherapeutische Behandlung, Schmerzbewältigungskurse, sozialrechtliche Beratung, Betreuung von Schwerstbetroffenen, Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen, Elternkreise, Treffen junger Rheumatiker und viele Freizeitangebote.

Umfassende Aufklärung, aktuelle Information

Die Deutsche Rheuma-Liga bietet Betroffenen und Angehörigen wissenschaftlich, politisch und gesellschaftlich aktuelle Antworten auf ihre Fragen bei Alltagshürden aller Art. Es liegt eine große Auswahl an verständlichen und fachlich geprüften Ratgebern zu verschiedenen Krankheitsformen vor. Die Broschüren und weiteres Informationsmaterial können bei den Landes- und Mitgliedsverbänden und über den Publikationsshop auf der Internetseite bestellt werden.

Informationen zu rheumatischen Erkrankungen und zum Leben mit Rheuma stellt die Deutsche Rheuma-Liga auf ihrer Internetseite bereit. Die „Versorgungslandkarte“ hilft Betroffenen Rheumatologinnen und Rheumatologen sowie Kliniken zu finden. Die Landes- und Mitgliedsverbände informieren über ihre Angebote vor Ort. Die Mitgliederzeitschrift „mobil“ hält Leserinnen und Leser auf dem neuesten Stand der Forschung und gibt viele Anregungen sowie praktische Tipps. Betroffene arbeiten ehrenamtlich an der Mitgliederzeitschrift mit. Alle Informationen werden von ärztlichen Beratern geprüft.

Dialog und Bildung

Die Deutsche Rheuma-Liga und die Verbände unter ihrem Dach setzen auf den Dialog mit Mitgliedern, Betroffenen und Angehörigen. Sie organisieren die Informationsveranstaltungen und Schulungen. Ein Schwerpunkt liegt hier auch auf der Fortbildung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden und im Gesundheitswesen Tätigen. Ebenso hat die Deutsche Rheuma-Liga Patientenschulungsprogramme entwickelt und bietet diese an.

Unterstützung der Forschung

„Rheuma heilbar machen“ ist das Ziel der Rheumastiftung. Auch die Deutsche Rheuma-Liga fördert gezielt die Forschung und vergibt Promotionsstipendien für Forschungsprojekte im Bereich der Selbsthilfe und der Versorgung. Patientenvertreterinnen und -vertreter bringen ihre Anliegen in den entsprechenden Gremien der medizinischen Forschung ein.

Unabhängig, aber parteiisch

Die Deutsche Rheuma-Liga wird von ihren Mitgliedern getragen und ist in ihren Zielen und Handlungen unabhängig und überparteilich. Aber sie ergreift überall da Partei, wo es um die Belange rheumakrank Menschen geht. Deshalb setzt sich die Deutsche Rheuma-Liga auf kommunaler, Landes-, Bundes- und europäischer Ebene für deren bestmögliche medizinische Versorgung und soziale Unterstützung ein.

Vorteile für Mitglieder

Alle Angebote der Deutschen Rheuma-Liga sind speziell auf rheumabetroffene Menschen zugeschnitten. Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich für die Belange ihrer Mitglieder ein, etwa durch gesundheitspolitisches Engagement. Sie bringt ihre Mitglieder zusammen: in Gesprächsgruppen, Elternkreisen und bei Treffen für junge Rheumatiker. Und sie versorgt rheumakranke Menschen mit allen wichtigen Informationen. Eine Jahresmitgliedschaft beinhaltet bei fast allen Landesverbänden den Bezug der Zeitschrift mobil, persönliche Beratung und umfangreiches Informationsmaterial.

**Wir freuen uns auf Sie!
Wir helfen weiter –
die Deutsche Rheuma-Liga**

Tel. 08 00-600 25 25
E-Mail bv@rheuma-liga.de
Internet www.rheuma-liga.de

Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
Welschnonnenstr. 7, 53111 Bonn
Ab August 2026: Haydnstr. 36, 53115 Bonn
Tel. 02 28-766 06-0
bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Rheuma-Liga Baden-Württemberg e. V.
76646 Bruchsal, Tel. 072 51-91 62-0
kontakt@rheuma-liga-bw.de
www.rheuma-liga-bw.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Bayern e. V.**
80686 München, Tel. 089-58 98 85 68-0
info@rheuma-liga-bayern.de
www.rheuma-liga-bayern.de

Deutsche Rheuma-Liga Berlin e. V.
Therapie-, Selbsthilfe- und Begegnungszentrum
12107 Berlin, Tel. 030-3 22 90 29-0
zirp@rheuma-liga-berlin.de
www.rheuma-liga-berlin.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Brandenburg e. V.**
03044 Cottbus, Tel. 03 55-49 48-6 51 oder -6 52
info@rheuma-liga-brandenburg.de
www.rheuma-liga-brandenburg.de

Rheuma-Liga Bremen e. V.
28195 Bremen, Tel.: 04 21-16 89 52 00
info@rheuma-liga-bremen.de
www.rheuma-liga-bremen.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Hamburg e. V.**
22081 Hamburg, Tel. 040-6 69 07 65-0
info@rheuma-liga-hamburg.de
www.rheuma-liga-hamburg.de

Rheuma-Liga Hessen e. V.
63263 Neu-Isenburg, Tel. 061 02-883 66-0
info@rheuma-liga-hessen.de
www.rheuma-liga-hessen.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**
18057 Rostock, Tel. 03 81-26 05 60-0
lv@rheumaligamv.de
www.rheumaligamv.de

Rheuma-Liga Niedersachsen e. V.
30165 Hannover, Tel. 05 11-1 33 74
info@rheuma-liga-nds.de
www.rheuma-liga-nds.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Nordrhein-Westfalen e. V.**
45127 Essen, Tel. 02 01-8 27 97-0
info@rheuma-liga-nrw.de
www.rheuma-liga-nrw.de

**Deutsche Rheuma-Liga Landesverband
Rheinland-Pfalz e. V.**
55543 Bad Kreuznach, Tel. 06 71-83 404-50
info@rheuma-liga-rlp.de
www.rheuma-liga-rlp.de

Deutsche Rheuma-Liga Saar e. V.
66111 Saarbrücken, Tel. 06 81-3 32-71
info@rheuma-liga-saar.de
www.rheuma-liga-saar.de

Rheuma-Liga Sachsen e. V.
04205 Leipzig, Tel. 03 41-3 55 40-17
info@rheumaliga-sachsen.de
www.rheumaliga-sachsen.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.**
06126 Halle/Saale, Tel. 03 45-68 29 60 66
info@rheumaliga-sachsen-anhalt.de
www.rheuma-liga-sachsen-anhalt.de

Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e. V.
24103 Kiel, Tel. 04 31-5 35 49-0
info@rlsh.de
www.rlsh.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Thüringen e. V.**
07407 Rudolstadt, Tel. 0 36 72-4 80 25 55
info@rheumaliga-thueringen.de
www.rheumaliga-thueringen.de

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.
97421 Schweinfurt, Tel. 097 21-7 55 08 0
DVMB@bechterew.de
www.bechterew.de

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e. V.
10117 Berlin Mitte, Tel. 02 02-4 96 87 97
leshg@lupus-rheumanet.org
www.lupus-rheumanet.org

Sklerodermie Selbsthilfe e. V.
74072 Heilbronn, Tel. 0 71 31-3 90 24 25
info@sklerodermie-sh.de
www.sklerodermie-sh.de

**Arbeitskreis Lupus Erythematodes
Ansprechpartner für Fibromyalgiebetroffene
Arbeitskreis Vaskulitis
Osteoporosegruppen
Elternkreise rheumakranker Kinder und Jugendliche
Clubs Junger Rheumatiker**
Auskünfte: beim Bundesverband und
den Landesverbänden

Stand: 04/2026

Besuchen Sie uns auch auf
Facebook, YouTube, Instagram
und LinkedIn:



Sechs hilfreiche Angebote auf einen Blick

Diese Services der Rheuma-Liga machen den Alltag mit einer rheumatischen Erkrankung leichter.

Zusammenhalten

Gemeinsam statt einsam: Lernen Sie andere Betroffene in unseren Selbsthilfegruppen vor Ort kennen. Wir freuen uns auf Sie!
rheuma-liga.de/verbaende

Austauschen

Tauschen Sie sich mit Betroffenen in der App „Team Rheuma“ aus. Profitieren Sie von den Erfahrungen anderer und helfen Sie selbst mit Ihren eigenen Erfahrungen weiter.
team-rheuma.de



Mitmachen

Mit der App „Rheuma Auszeit“ haben Sie Entspannungs- und Bewegungsübungen mit genauen Anleitungen immer auf Ihrem Smartphone dabei.
rheuma-liga.de/app

Informieren

Erfahren Sie mehr über Ihre rheumatische Erkrankung in unseren Broschüren. Unsere Ratgeber helfen auch bei Themen wie Ernährung, Gelenkschutz und Fragen zum Sozialsystem.
rheuma-liga.de/publikationen

Finden

Sie suchen eine Rheumatologin, einen Physiotherapeuten, eine Klinik oder Praxis? Dann nutzen Sie die umfassende Datenbank der Versorgungslandkarte.
versorgungslandkarte.de



Nachlesen

Sechsmal im Jahr erhalten Mitglieder die Zeitschrift „mobil“: Neues aus der Rheumaforschung, Aktuelles aus der Rheuma-Liga, Erfahrungsberichte und vieles mehr.
rheuma-liga.de/mobil

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Welschnonnenstr. 7, 53111 Bonn;

Ab August 2026: Haydnstr. 36, 53115 Bonn

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Dr. Stefan Rehart, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt am Main; Marleen Kerstin, Bewegungsreferentin und Sportwissenschaftlerin, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. **Projektmanagement/Redaktion:** Katja Hinnemann **Gestaltung:** studio-petrol.de **Druck:** Warlich Druck Meckenheim **Bilder:** Deutsche Rheuma-Liga: Sarah Larissa Heuser, Stephan Hoffstadt, Bettina Staub; iStock.com: Brauns, BakiBG, GlobalStock, JodiJacobson, romaset, Spotmatik, Steve Debenport, vladans, Wavebreakmedia; stock.adobe.com: WavebreakMediaMicro; Shutterstock: Image Point Fr
13. Auflage – 20.000 Exemplare, 2026; Drucknummer: A12/BV/03/26

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Wieder voll im Leben!

Trotz Rheuma kann Anna wieder mit zehn Fingern malen.

 IHRE
SPENDE
HILFT!

Spendenkonto
Dt. Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE 33 3006 0601 0005 9991 11

Deutsche | RHEUMA-LIGA

• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •





Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Welschnonnenstr. 7

53111 Bonn

Ab August 2026: Haydnstr. 36, 53115 Bonn

Telefon 02 28-766 06-0

E-Mail bv@rheuma-liga.de

Internet www.rheuma-liga.de

Spendenkonto

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Köln

IBAN: DE33 3006 0601 0005 9991 11

BIC: DAAEDED