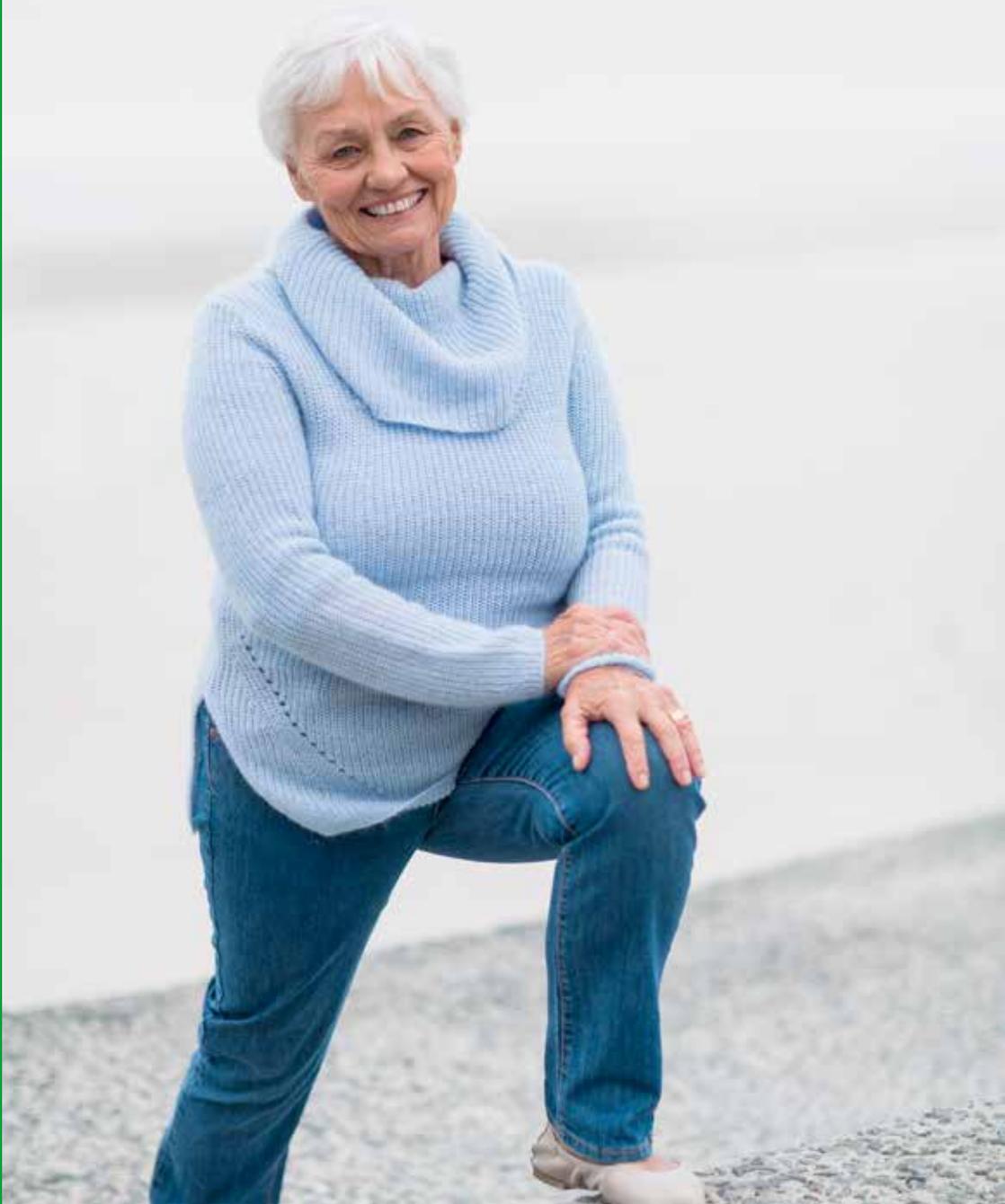


Leben mit Arthrose

Ein Ratgeber für Betroffene



Deutsche | RHEUMA-LIGA

• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •



Rheumatische Erkrankungen

Leben mit Arthrose

Ein Ratgeber für Betroffene



Herausgeber

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband. e.V.
Maximilianstr. 14, 53111 Bonn

Autorin

Dagmar Wolf

Redaktion

Dr. med. Martin Quarz
Dagmar Wolf
Susanne Walia

Projektabwicklung

Sabine Neumann

Fachliche Beratung

Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle
Christel Kalesse †

Gestaltung

KonzeptQuartier® GmbH, Fürth

Druck

Druckerei Engelhardt, Neunkirchen

11. Auflage – 20.000 Exemplare, 2018
Drucknummer A12/BV/11/18

Bilder

Deutsche Rheuma-Liga
Adobe Stock: WavebreakMediaMicro
iStock: BakiBG, GlobalStock, JodiJacobson, romaset, ronstik, Spotmatik,
Steve Debenport, vladans, Wavebreakmedia
Shutterstock: Image Point Fr

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Bei allen Bezeichnungen, die sich auf Personen beziehen, haben wir aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form gewählt. Mit der gewählten Formulierung sprechen wir aber ausdrücklich alle Geschlechter an.

Liebe Leserinnen und Leser,

Arthrose ist eine Krankheit, die jeden treffen kann. In der Umgangssprache wird sie oft auch als „Gelenkverschleiß“ bezeichnet. Natürlich ist da etwas Wahres dran, denn Arthrose ist eine Erkrankung, deren Haupt-Risikofaktor das Alter ist. Und bei älteren Menschen nutzt sich das Knorpelgewebe unwiederbringlich ab.

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

Wir beleuchten: Arthrose – was steckt hinter der Erkrankung? Zu Beginn häufig nur ein leichter Schmerz oder einer gewisse Steife beim Aufstehen. Sobald der Schmerz dann aber stärker wird, kommen die Betroffenen oftmals kaum noch zur Ruhe. Hauptsächlich sind vor allem die lasttragenden Gelenke betroffen, also Hüft- und Kniegelenke. Dabei sind die häufigsten Risikofaktoren neben dem Alter selbst Stoffwechselerkrankungen, Übergewicht, Fehlbelastungen und Erbfaktoren.

Häufig werden aber die vielfältigen Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft und Patienten hören beim Arzt, dass sie mit ihrer Arthrose leben müssen, man könne eben nichts tun.

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, ist neben Medikamenten viel Bewegung, Muskeltraining und Funktionstraining wichtig. Nutzen Sie Bewegungsangebote, die Ihre Gelenke in Schwung bringen, ohne sie zu belasten. Lassen Sie sich keine vermeintlichen Wundermittel oder Apparaturen aufschwätzen.

Mit unserer Broschüre erfahren Sie alles, was erwiesenermaßen und frei von kommerziellen Interessen hilft, um Ihr Leben mit Arthrose zu meistern.



Rotraut Schmale-Grede
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga
Bundesverband e. V.





Vorwort	5
1 Arthrose – eine Krankheit, die jeden treffen kann	8
1.1 Der Gelenkaufbau	9
1.2 Abrieb und Selbstandauung – So entsteht Arthrose	10
1.3 Mögliche Ursachen und Risikofaktoren	11
2 So macht sich Arthrose bemerkbar	12
2.1 Typische Symptome und Beschwerden	13
2.2 So erkennt der Arzt eine Arthrose	14
2.3 Die Stadien der Arthrose	15
3 Diese Therapien helfen bei Arthrose	16
3.1 Leitlinien für die Arthrose-Therapie	17
3.2 Physikalische Therapien	17
3.3 Medikamentöse Therapien	19
3.4 Ergänzende Therapien	23
3.5 Operationen	26
3.6 Operation – muss das sein?	28
4 Von der Hüfte bis zum Zeh – Arthrosen der Bein- und Fußgelenke	30
4.1 Hüftgelenk	31
4.2 Kniegelenk	34
4.3 Sprunggelenk	41
4.4 Grosszehengrundgelenk	43
5 Von der Schulter bis zum Daumen – Arthrosen in Armen und Fingern	44
5.1 Schultergelenk	45
5.2 Ellbogengelenk	45
5.3 Handgelenk	46
5.4 Daumenwurzelgelenk	47
5.5 Fingergelenke	47
6 Den Alltag mit Arthrose erleichtern – das können Sie selber tun	48
6.1 Sport und Bewegung	49
6.2 Funktionstraining – Entspannung und Schmerzbewältigung	50
6.3 Gelenkschutz im Alltag Selbstmanagement-Kurse	50
Im Einsatz für rheumakranke Menschen	52
Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga	54
Informationsmaterial der Deutschen Rheuma-Liga	56

1 Arthrose – eine Krankheit, die jeden treffen kann



1.1 Der Gelenkaufbau

Arthrose ist die häufigste Gelenkerkrankung weltweit. Allein in Deutschland sind fünf bis sechs Millionen Menschen derart daran erkrankt, dass sie Hilfe und Behandlung benötigen. Das sind sechs Prozent der Bevölkerung. Bis zum mittleren Lebensalter betrifft Arthrose vorwiegend Männer, jenseits des 55. Lebensjahres überwiegend Frauen. Insgesamt haben 75 Prozent aller über 50-Jährigen und 90 Prozent aller über 70-Jährigen Arthrosebeschwerden.

Betroffen sind vor allem die lasttragenden Gelenke, also Hüft- und Kniegelenke. Das Sprunggelenk, obwohl es 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 kommt jedoch häufiger die Arthrose des Großzehengrundgelenkes vor, meist als Ergebnis einer Zehenfehlstellung (Hallux valgus). Häufig ist auch die Fingergelenkspolyarthrose, also die Arthrose der kleinen Fingergelenke.

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 nahe legt, 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: Bewegung stärkt den Knorpel. Körperlich aktive Menschen erkranken weniger häufig und wenn, dann später an Arthrose, als Menschen, die sich körperlich schonen.

Der Gelenkknorpel

Die Frage nach der Entstehung einer Arthrose lässt sich einfacher beantworten, wenn man sich den Gelenkaufbau anschaut. Der Gelenkknorpel ist das „Herz“ eines gesunden Gelenkes. Er gewährleistet zum Gelenkspalt hin glatte und reibungsarme Gelenkoberflächen, auf der Unterseite ist er mit dem darunter liegenden Knochen fest verwachsen. Im Gegensatz

zum Knochen wird Knorpel nicht über Blutgefäße versorgt, sondern von der Gelenkinnenhaut mit Nährstoffen versorgt. Er ist das einzige Gewebe im Körper, das ohne direkte Sauerstoffzufuhr auskommen muss, quasi ein „Hungerleider“, der erst dann bekommt, wenn alle anderen schon hatten und dessen Versorgung über lange Transportwege läuft. Sein Wiederherstellungsvermögen ist deshalb – anders als beim Knochen, der ein sehr lebendiges Gewebe ist – extrem gering. Einmal untergegangene Knorpelzellen können nicht mehr ersetzt werden. Stattdessen baut der Körper Kollagenfasern minderer Festigkeit 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 Mitte sich vereinzelt Knorpelzellen befinden. Diese Zellen stellen sowohl die Bindegewebsfasern wie auch die Zuckereiweißmoleküle her. Die Bausteine beziehen sie aus dem Blut, aus der Gelenkinnenhaut, über die Gelenkflüssigkeit und aus der Knorpelsubstanz. Bei Kindern, deren Wachstumsfugen noch offen sind, besteht zusätzlich eine direkte Gefäßverbindung 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 (zur therapeutischen Bedeutung von Hyaluronsäure siehe Seite 24).

Die Gelenkinnenhaut

Die Gelenkinnenhaut kleidet das gesamte Gelenk mit Ausnahme der Gelenkflächen aus und bildet die Gelenkflüssigkeit (Synovia). Alle dazu erforderlichen Substanzen holt sie aus dem Blut.

Die Gelenkflüssigkeit

Die Gelenkflüssigkeit dient zum einen der Gelenkschmierung. Zum anderen sorgt sie für den Stoffwechseltransport: Sie übergibt Nährstoffe aus dem Blut an die Knorpelzelle und nimmt Stoffwechselprodukte (Abfall) aus der Knorpelzelle auf und entsorgt sie ins Blut. Dazu presst der auf den Gelenkflächen lastende Druck die Gelenkflüssigkeit durch die kompakte Knorpelsubstanz regelrecht in die Knorpelzelle hinein.

Laborversuche haben gezeigt, dass Knorpelzellen nur wachsen, wenn bestimmte Stoffwechselbedingungen erfüllt sind und ausreichend hohe Drücke erreicht werden, etwa durch Bewegung. Bewegung führt übrigens auch 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 Abrieb und Selbstandauung – So entsteht Arthrose

Kommt es wegen Überlastung, mangelnder Ernährung oder Überalterung zu einem Untergang von Knorpelzellen, so führt dies durch Freisetzung intrazellulärer Substanzen zum Aufweichen der Knorpelmatrix, d. h. der eigentlichen Knorpelsubstanz. Ein aufgeweichter Knorpel ist dann den Belastungen nicht mehr gewachsen und es kommt im zweiten Schritt zum Knorpelabrieb, d. h. zum eigentlichen mechanischen „Verschleiß“. Ursächlich für den mechanischen Abrieb ist jedoch immer eine Schädigung der Knorpelzelle, wenn nicht ein massives Trauma den Knorpel geschädigt hat.

Auf Dauer führen Reibung und Abrieb in Verbindung mit den Stoffwechselsubstanzen der Knorpelzelle zu einer **Entzündung** der Gelenkinnenhaut. Diese setzt Stoffe frei, die schmerz auslösend wirken. Zusammen mit der 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**“ Arthrose geworden. Diese Unterscheidung spielt für die Therapie eine wichtige Rolle.

Behandlung von nicht-arthrotischen Knorpelschäden

Die **Gelenkspiegelung (Arthroskopie)** zeigt, dass es zahlreiche lokal begrenzte Knorpelschäden gibt, die früher gar nicht erkannt werden konnten, da sie im Röntgenbild nicht sichtbar waren. Diese lokalen Knorpelschäden sind eigentlich keine Arthrose, da sie nicht das Gelenk als Ganzes betreffen. Sie machen meist keine dauerhaften Beschwerden, es sei denn, sie sind sehr groß oder herausgelöste Knorpelanteile geraten zwischen die Gelenkflächen.

Konservativ werden solche Knorpelschäden wie Arthrosen behandelt. Operativ hingegen gibt es abweichende Therapien. So werden keine Prothesen implantiert, da der Knorpel im übrigen Gelenk noch gesund ist.

Am Erfolgversprechendsten ist, den Knorpeldefekt mit Knochenhaut abzudecken und mit eigenen, außerhalb des Körpers gezüchteten Knorpelzellen zu unterspritzen. Möglich ist auch, Knorpel aus geringer belasteten Arealen des gleichen oder eines anderen Gelenkes heraus zu stanzen und damit den Defekt aufzufüllen. Dabei bleiben jedoch immer Unebenheiten an der Gelenkfläche zurück.

1.3 Mögliche Ursachen und Risikofaktoren

Ganz allgemein ausgedrückt wird ein Gelenk immer dann arthrotisch, wenn 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 bekommen.

Neueren Erkenntnissen zufolge existieren außerdem arthrosespezifische **Gene**, die gezielt auf das jeweilige Gelenk einwirken. Demnach gibt es ein Gen, welches für die Hüftarthrose zuständig ist, ein zweites bedingt Kniearthrosen und wiederum ein anderes 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 Arthrose erkrankt.

Überlastung der Gelenke

Ein bedeutsamer Risikofaktor sind **Gelenkfehlstellungen**, die überhöhte punktuelle Belastungen im Gelenk zur Folge haben; das gleiche gilt auch für **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 angestoßen wird.

Stoffwechselstörungen wie **Gicht** oder Pseudogicht schädigen das Gelenk rein mechanisch durch Ablagerung spitzer, harter Kristalle, die wie Sand im Getriebe wirken. Auch die **Rheumatoide Arthritis** (entzündliches Gelenkrheuma) führt häufig zur Arthrose – immer dann, wenn der eigentliche Entzündungsprozess gestoppt wurde, das Gelenk aber so schwer geschädigt wurde, dass der beschriebene Verschleißmechanismus den Zerstörungsprozess weiterführt.

An Fingergelenkspolyarthrose erkranken zu 95 Prozent Frauen. Dies lässt den Schluss zu, dass **hormonelle**

Faktoren beteiligt sein müssen. Auch die Arthrose des Daumenwurzelgelenkes trifft vornehmlich Frauen.

Zudem fördern manche Berufe eine Arthrose. Statistiken aus den USA belegen, dass Landwirte ein neunmal höheres Erkrankungsrisiko haben als die Durchschnittsbevölkerung. Welche **Körper- und Arbeitshaltungen** konkret gelenkschädigend sind, konnte noch nicht herausgefunden werden. Bei Landwirten 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
- Fehlstellungen
- Übergewicht
- Verletzungen
- Mangelnde Bewegung
- Körperliche Überlastung
- Krampfadern
- Genetische Belastung

! TIPP

Alles über Arthrose auch im Internet:

 www.rheuma-liga.de/arthrose

2 So macht sich Arthrose bemerkbar



2.1 Typische Symptome und Beschwerden

Das führende Symptom bei 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 sind sie unerträglich und können zeitweise bis zur Bewegungsunfähigkeit führen. Sie werden dann häufig auch in Ruhe empfunden, etwa nach längerem Gehen oder Belasten des Gelenkes, oder nachts, insbesondere beim Herumdrehen.

Typisch für eine Arthrose ist zudem der **Anlaufschmerz**, also ein Schmerz, der beispielsweise bei den ersten Schritten auftritt, sich aber bald verliert, um nach geraumer Zeit als Ermüdungsschmerz nach mäßiger Belastung wieder aufzutreten. Genauere Symptomschilderungen folgen in den speziellen Arthroseabschnitten, wo auf das jeweilige betroffene Gelenk eingegangen wird (Kapitel 4 und 5).

Grundsätzlich ist der **Schmerz als Alarmsymptom** zu werten, denn er deutet auf eine größere Schädigung hin. Der in erster Linie betroffene Knorpel ist nämlich nicht in der Lage, Schmerzen zu empfinden, da er keine Nervenfasern besitzt. Treten bei Knorpelschäden Schmerzen auf, müssen diese so groß sein, dass die Gelenkkinnenhaut in Mitleidenschaft gezogen und der Teufelskreis der Zerstörung bereits in vollem Gange ist.

Es gibt einige Erkrankungen, die ganz ähnliche Beschwerden wie eine Arthrose machen können. Dazu gehören – wenn auch selten – sehr bedrohliche Erkrankungen, wie bösartige Tumore. Deshalb empfiehlt es sich in jedem Fall, bei Beschwerden einen Arzt aufzusuchen. Andererseits gibt es auch viele **Erkrankungen der Muskeln und Sehnen**, die zwar schmerzhaft, aber **harmlos** sind, und bei denen eine allmähliche Zerstörung eines Gelenkes nicht zu befürchten ist.

Typische Arthrosebeschwerden der unteren Gliedmaßen Gelenke

Schmerzen

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

2.2 So erkennt der Arzt eine Arthrose

Am Anfang steht die Untersuchung mit der Anamneseerhebung, das heißt Erfragen der **Krankengeschichte** durch den Arzt. Im Regelfall hat der erfahrene Arzt mit der Diagnose keine Schwierigkeiten. Ein **Röntgenbild** wird nur gemacht, um das Ausmaß der Erkrankung sehen zu können. In manchen Fällen ist jedoch eine weiterführende diagnostische Abklärung erforderlich.

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

Zur Beurteilung des Knorpels hat sich das **MRT** (Magnetresonanz- oder Kernspintomogramm) 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.

Neben den genannten Diagnoseverfahren gibt es auch solche, die sowohl diagnostisch wie therapeutisch genutzt werden. Als Paradebeispiel dafür gilt die **Arthroskopie der Kniegelenke** (Kniespiegelung). Prinzipiell ist die Gelenkspiegelung bei jedem Gelenk

möglich. Ein Vorteil dieser Methode ist, dass diagnostizierte Schäden eventuell gleichzeitig behoben werden können, abhängig von ihrer Art und dem Umfang. Nachteilig ist, dass es sich dabei um einen operativen Eingriff handelt.

Arthroskopien sind gemeinhin nicht indiziert, wenn es ausschließlich darum geht, die Diagnose „Arthrose“ zu stellen. Sinnvoll und segensreich sind Arthroskopien, wenn im Vorfeld mit anderen (bildgebenden) Verfahren nicht geklärt werden kann, ob nicht beispielsweise ein Meniskusschaden Ursache der Schmerzen sein könnte. Arthroskopisch wird dann der Meniskus operiert.

Arthroskopie ist keine Therapie für's Knie

Die Arthroskopie ist ein Verfahren, um das Gelenk auf Knorpelschäden zu untersuchen. Die Methode wird vielfach auch zu Spülungen, Glättung des Knorpels oder Entfernen von Knorpelteilchen eingesetzt.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat jedoch in einer Nutzenbewertung keinen Hinweis auf oder Beleg für einen Nutzen der therapeutischen Arthroskopie bei Kniearthrose gefunden.

Der Abschlussbericht wurde 2014 veröffentlicht:

 www.iqwig.de

2.3 Die Stadien der Arthrose

Dem **Röntgenbild** nach kann die Arthrose in vier 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 schwerste arthrotische Schäden.

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 Patienten in einem kleinen Röntgenstadium erheblich klagen.

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) vom
- chronischen Stadium (immer mal wieder und dann meist bei größeren Belastungen aber nicht ständig Schmerzen) und von der
- aktivierten oder gereizten Arthrose mit Gelenkschwellung, Überwärmung und Ergussbildung sowie Schmerzen, die fast zur Bewegungsunfähigkeit des betroffenen Gelenkes führen.





Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Maximilianstr. 14
53111 Bonn

Telefon 0800-600 25 25

Fax 02 28-766 06-20

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