

Aktualisierte Auflage 2005

# Leben mit Arthrose

Ein Leitfaden für Betroffene



**Herausgeber**

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

**Projektentwicklung**

Susanne Walia, Christa Dahm

**Fachliche Beratung**

Christel Kalesse

**Gestaltung**

diller. corporate, Köln  
[www.diller-corporate.de](http://www.diller-corporate.de)

**Druck**

Warlich Druck, Meckenheim

Überarbeitete Auflage -

20.000 Exemplare, 2005

Drucknummer: A 12/BV/05/05

**Bildnachweis**

PhotoDisc (Titel);

AMGEN, München;

Sulzer Orthopedics GmbH



*Liebe Leserinnen und Leser,*

mit Arthrose leben wir eigentlich fast alle, wenn wir die 40 überschritten haben. Die meisten aber merken gar nichts davon oder die Beschwerden kommen erst nach und nach im Alter.

Für viele Menschen entwickelt sich die Arthrose jedoch zu einem grausamen Peiniger: Jeder Schritt wird zur Qual, das Aufstehen zur Tortur, die Finger können nichts mehr halten, ohne dass der Schmerz dazwischenfunkt.

Was also tun, wenn die Arthrose aus dem Leben nicht mehr wegzudenken ist? Ganz gewiss sollten Sie sich nicht resignierend mit den Schmerzen oder der Behinderung abfinden. Sie können selbst viel tun, um die Beweglichkeit zu erhalten oder sogar zu verbessern. Arthrose braucht Bewegung ohne zu große Belastung. Die Deutsche Rheuma-Liga bietet hierzu in ihren Gruppen vielfältige Möglichkeiten.

Mit dieser umfassenden Broschüre wollen wir Ihnen wichtige Informationen zum Verständnis Ihrer Krankheit an die Hand geben, Therapiemöglichkeiten aufzeigen und über Chancen und Risiken von Gelenkoperationen aufklären.

Mein besonderer Dank gilt dem Autor, Dr. Martin Quarz, der mit großer Sachkunde und viel Verständnis für die Sorgen und Fragen der Arthrose-Patienten diese Broschüre verfasst und aktualisiert hat.

Allen Betroffenen möchten wir an dieser Stelle Mut machen: Mit Arthrose lässt sich leben!

Ihre  
Prof. Dr. Ing. habil. Christine Jakob  
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga



	Vorwort	5
<b>1</b>	<b>Arthrose – eine Krankheit, die jeden treffen kann</b>	<b>9</b>
	Was ist Arthrose und wie entsteht sie?	10
	Gelenkaufbau	10
	Der Knorpel – glatt und reibungsarm	10
	Der kranke Knorpel – ein Hungerleider	10
	Die Gelenkinnenhaut – schmiert und ernährt	10
	Der Knorpelaufbau – eine ausgeklügelte Architektur	12
	Abrieb und Selbstandauung – ein Teufelskreis	12
	Von der stummen zur akuten Arthrose	12
<b>2</b>	<b>Wer erkrankt an Arthrose?</b>	<b>15</b>
	Manche Berufe fördern Arthrose	16
	Die Stadieneinteilung im Röntgenbild	17
	Stadien der Erkrankung	17
<b>3</b>	<b>Wie macht sich Arthrose bemerkbar?</b>	<b>19</b>
	Was tun bei Verdacht auf Arthrose?	19
	Woran erkennt man eine Arthrose?	20
	Wege zur Vorbeugung	20
	Arthrose braucht Bewegung!	21
<b>4</b>	<b>Ist Arthrose heilbar?</b>	<b>23</b>
	Die Physikalische Therapie – immer an erster Stelle	23
	Hilfsmittel – Erleichterung im Alltag	24
	Schmerzmedikamente zum Auftragen	24
	Schmerzmedikamente zum Einnehmen	25
	Vorsicht bei freiverkäuflichen Schmerzmedikamenten	25
	NSAR nicht als Dauereinnahme!	26
	Schutz für den Magen	26
	Cox-2-Hemmer – die Magenfreundlichen	27
	Begründete Hoffnung auf Vitamin E?	27
	Übersicht: Nicht steroide Antirheumatika (NSAR)	28
	Pflanzliche Medikamente – eine Alternative	32
	Keine Wirkung ohne Nebenwirkung	32
	Spritzen in die Muskeln – nur ausnahmsweise!	33
	Cortison – besser als sein Ruf	34
	Hyaluronsäure – Hoffnung aus Hahnenkämmen?	35
	PST (Pulsierende Signaltherapie)	35
	Wie wirksam ist Akupunktur in der Therapie der Arthrose?	36
	Wie muss man sich die Wirkungsweise vorstellen?	36
	Wie erfolgreich ist Akupunktur bei chronischen Schmerzen?	36

<b>5</b>	<b>Am Ende die Operation – das Ende der Arthrose</b>	<b>39</b>
	Gelenkerhaltende Eingriffe	39
	Gelenkersetzende Operationen	39
	Mögliche Komplikationen beim Gelenkersatz	39
	Prothesenverknöcherung	39
	Herausspringen der Prothese (Prothesenluxation)	40
	Bei wenigen Gelenken: Versteifung als Mittel der Wahl	40
	Operation – muss das sein?	40
<b>6</b>	<b>Von der Hüfte bis zum Zeh – Arthrosen der Bein- und Fußgelenke</b>	<b>43</b>
	Hüftgelenk (Coxarthrose)	43
	Kniegelenk (Gonarthrose)	51
	Sprunggelenk	60
	Großzehengrundgelenk	62
<b>7</b>	<b>Von der Schulter bis zum Daumen – Arthrosen in Armen und Fingern</b>	<b>65</b>
	Schultergelenk (Omarthrose)	65
	Ellbogengelenk (Cubitalarthrose)	66
	Handgelenk	67
	Daumenwurzelgelenk (Rhizarthrose)	68
	Fingergelenk	68
	Das Netzwerk der Deutschen Rheuma-Liga	70
	Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga	72
	Informationsmaterial der Deutschen Rheuma-Liga	74



1

KAPITEL

8

# ARTHROSE – EINE KRANKHEIT, DIE JEDEN TREFFEN KANN

*Ein kurzes Hupen ertönt. Darauf hat Frau S. bereits im Mantel gewartet. Sie will den Taxifahrer nicht so lange warten lassen, denn das Treppen hinabgehen fällt ihr besonders schwer. Seit Wochen hat sie zunehmend Schmerzen. Anfangs war es nur das »Gefühl einer Zerrung«, jetzt gibt ihr ein dumpfes Ziehen im gesamten Oberschenkel das Gefühl, ihr Bein sei schwerer und deutlich schwächer als das andere. Morgens nach dem Aufstehen sind die ersten Schritte eine Qual – ein Stechen und Reißen wütet dann in ihrer Leiste – danach geht es allmählich besser, so dass sie die Schmerzen über ihren Haushalt vergisst.*

*Nachts weckt sie oft ein Stechen, wenn sie sich herumdreht. Endlich hat Frau S. einen Termin bei einem Orthopäden bekommen. Beim Aussteigen schmerzt das Anziehen des Beines, der Gang über die Straße ist länger als gedacht, und sie merkt, wie sie unwillkürlich zu hinken beginnt, um das Bein zu entlasten.*

*Der Arzt untersucht sie, ein Röntgenbild wird gemacht und man erklärt ihr, sie habe Arthrose.*

Arthrose ist die häufigste Gelenkerkrankung überhaupt. Sie kennt keine Klassen- oder Kulturunterschiede und ist auf der ganzen Welt vertreten. Bis zum mittleren Lebensalter betrifft sie vorwiegend Männer, jenseits des 55. Lebensjahres überwiegend Frauen.

Grundsätzlich können alle Gelenke befallen werden, jedoch erkranken fast nie wie beim entzündlichen Rheuma mehrere Gelenke symmetrisch, gleichzeitig und gleichermaßen an Arthrose.

Am häufigsten sind die lasttragenden Gelenke, also Hüft- und Kniegelenke, betroffen. Eigenartigerweise erkrankt das Gelenk, welches die Hauptlast des Körpers trägt, nämlich das Sprunggelenk, meist nur nach Verletzungen und oft dann Jahre später. Warum dies so ist, ist bislang ungeklärt. Am

Fuß kommt jedoch häufiger die Arthrose des Großzehengrundgelenkes vor. Ursache dafür ist meist eine Fehlstellung oder mehrere vorausgegangene Gichtanfälle.

Auch die Fingergelenkspolyarthrose, also die Arthrose der kleinen Fingergelenke, die in 95 % der Fälle Frauen jenseits der Wechseljahre betrifft, spricht gegen eine rein mechanische Erklärung dieser Erkrankung. Veränderungen im Hormonhaushalt gelten gemeinhin als Ursache.

### Was ist Arthrose und wie entsteht sie?

Umgangssprachlich wird im Zusammenhang mit Arthrose auch von **Gelenkverschleiß** gesprochen. Damit wird einerseits zutreffend eine Erkrankung bezeichnet, deren Hauptrisiko­faktor das Alter ist und die von unwiederbringlichem Verlust von Knorpel­gewebe gekennzeichnet ist. Andererseits ist die Bezeichnung »Verschleiß« unzureichend, da sie den Schluss nahe legt, man müsse ein Gelenk nur ausreichend schonen, um keinen Gelenkverschleiß zu bekommen.

Die allgemeinärztliche Erfahrung lehrt jedoch genau das Gegenteil. Demnach erkranken körperlich aktive Menschen weniger häufig und wenn dann später an Arthrose als Menschen, die sich körperlich schonen. Mehr dazu im Abschnitt »Wer erkrankt an Arthrose?«.

Im Gegensatz zu Gegenständen wie Textilien oder Autos, deren Alterungsprozess aus sich heraus unumkehrbar verläuft, besitzen biologische Systeme immer ein Bestreben zur Selbstheilung. Leider ist diese bei arthrotischen Gelenken nicht sehr groß. Um die Frage nach der Entstehung beantworten zu können, muss zunächst einmal der Gelenkaufbau erklärt werden.

### Gelenkaufbau

Jedes Gelenk hat seinen besonderen anatomischen Aufbau. So sind Hüft- und Kniegelenke sehr unterschiedlich in Anatomie und Funktion. Trotzdem verfügen sie über gemeinsame Strukturen, die nachfolgend erläutert werden sollen.

### Der Knorpel – glatt und reibungsarm

Knorpel gewährleistet zum Gelenkspalt hin glatte und reibungsarme Gelenkoberflächen, auf der Unterseite ist er mit dem darunter

liegenden Knochen fest verwachsen. Der Knochen wird im Gegensatz zum Knorpel über Blutgefäße versorgt und ist entgegen landläufigen Vorstellungen ein sehr lebendiges Gewebe, das sich im ständigen Auf- und Abbau befindet. Knochen heilt bei einem Bruch deshalb auch folgenlos aus, wenn er nur richtig zusammengefügt wurde.

### Der kranke Knorpel – ein Hungerleider

Knorpel hingegen wird nicht von Blutgefäßen, sondern von der Gelenkinnenhaut mit Nährstoffen versorgt. Er ist das einzige Gewebe im Körper, das ohne direkte Sauerstoffzufuhr auskommen muss, quasi ein »Hungerleider« – immer existentiell bedroht –, der immer erst dann bekommt, wenn alle anderen schon hatten und dessen Versorgung über lange Transportwege läuft. Sein Wiederherstellungsvermögen ist deshalb extrem gering. Einmal untergegangene **Knorpelzellen** können nicht mehr ersetzt werden. Untergegangenes Knorpelgewebe wird durch Kollagenfasern minderer Festigkeit ersetzt.

### Die Gelenkinnenhaut – schmiert und ernährt

Von temperaturabhängiger Konsistenz ist die **Gelenkflüssigkeit**. Wie beispielsweise Motorenöl wird die Gelenkflüssigkeit oder Schmiere bei Wärme dünnflüssiger, d.h. ihre Viskosität (Physikalisches Maß für das Schmiervermögen von Flüssigkeiten) verringert sich bei steigender Temperatur und verbessert somit ihre Schmierfähigkeit.

Die Gelenkflüssigkeit wird von der Gelenkinnenhaut aus dem Blut gebildet und dient zum einen der Gelenkschmierung. Zum anderen sorgt sie für den Stoffwechseltransport, d.h. sie übergibt Nährstoffe aus dem Blut an die Knorpelzelle.

Im Gegenzug nimmt sie Stoffwechselprodukte (Abfall) aus der Knorpelzelle auf und »entsorgt« diese ins Blut. Dabei 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 Stoffwechsel- und Druckbedingungen erfüllt sind. So wuchsen Knorpel-

zellen in der richtigen Nährlösung ohne vergleichbaren Druck nicht in der erhofften Weise, so dass mit künstlichen druckerzeugenden Apparaturen nachgeholfen werden musste.

In der Gelenkinnenhaut werden alle erforderlichen Substanzen aus dem Blut geholt, um daraus **Gelenkschmiere** (Synovia) herzustellen. Dazu hat sie eine durch Zotten vergrößerte riesige Oberfläche, die das gesamte Gelenk mit Ausnahme der Gelenkflächen auskleidet und sich wie Samt anfühlt.

Bewegung führt übrigens zu einer vermehrten Produktion von Nährstoffen.



Nebenstehende Grafik zeigt, wie Schmerz und Bewegungsmangel sich auf einen geschädigten Knorpel auswirken bzw. die Schädigung des Knorpels auslösen können. Wichtig dabei ist, dass es nicht nur eine mechanische, sondern gleichzeitig eine biochemische Wirkung gibt.

# DIE AUTOREN



Dr. med. Martin Quarz, Chefarzt

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues  
Rehabilitationsklinik für Orthopädie  
Kueser Plateau • 54470 Bernkastel-Kues  
Telefon 06531 – 92 10 00 • Fax 06531 – 92 18 40  
www.rehadrmrx.de • www.median-kliniken.de

Heike Tischendorf

*Fachliche Beratung:*

Christel Kalesse, Vorstandsmitglied der  
Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Deutsche **RHEUMA-LIGA**  
Bundesverband e.V.



Konto-Nr. 0 105 999 111 | BLZ 370 606 15  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
[www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de) | Telefon 0228 – 7 66 06-0

DER ALLTAG SCHMERZT. IHRE SPENDE HILFT.