

Welche Empfehlungen geben die internationalen Leitlinien zum konservativen Management?

Ein Beitrag von Bernhard Reichert

Arthrose

Arthrose ist eine Erkrankung, die sich vornehmlich durch progressive Zerstörung des Gelenkknorpels und die Schädigung angrenzender Strukturen wie Knochen, Muskeln, Kapseln und Bändern auszeichnet. Die Veränderungen führen vor allem bei fortgeschrittenen Stadien zu Schmerzen und Bewegungseinbußen mit Behinderungen und Einschränkungen bei alltäglichen Aufgaben – und damit zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen. Die Lebenszeitprävalenz der Arthrose lag bei Frauen im Jahr 2010 bei 27,1 Prozent, bei Männern waren es 17,9 Prozent (1).

Die Komplexität der degenerativen Gelenkerkrankung im Sinne einer Arthrose zeigt sich an einem internistischen Marker, dem Interleukin 6 (IL-6), einem inflammatorischen Zytokin. IL-6 spielt bei der Rheumatoiden Arthritis eine Rolle bei der Knorpelzerstörung. Die Rolle von IL-6 bei Arthrose bleibt jedoch umstritten. IL-6 ist in der Synovialflüssigkeit von arthrotischen Gelenken im Vergleich zu gesunden Gelenken erhöht, doch Berichte über seine Auswirkungen auf den Metabolismus der Knorpelmatrix sind widersprüchlich. Die erhöhten Konzentrationen könnten auf Hochregulation bei aktivierten Formen von arthrotischen Gelenken zurückzuführen sein (2).

Leitlinien

Leitlinien (englisch: guidelines) sind eine Schnittstelle zwischen dem Forschungswissen aus Primärforschung und praktischer Umsetzung (3). Die evidenzorientierten und im Expertenkonsens abgewogenen Aussagen sollen die Entscheidungsfindung von allen im Gesundheitssystem tätigen Personen unterstützen (4). Ferreira et al. (5) publizierten 2018 einen Review von systematischen Reviews zu konservativem, nicht pharmakologischem Management von Patienten mit Kniearthrose auf der Basis von 35 Übersichtsarbeiten. Die Forscher erstellten somit eine Zusammenfassung der Evidenz, die auch als Grundlage in der Entwicklung einer Leitlinie dienen könnte. Den letzten Review zu Leitlinien und Empfehlungen veröffentlichten zuvor Nelson et al. im Jahr 2014 (6). Insofern

ist es notwendig, einen kritischen Blick auf die aktuellen internationalen Leitlinien zu werfen.

Leitlinienempfehlungen

Prinzipiell werden die Empfehlungen in drei Gruppen zusammengefasst (8–11):

- konservative, nicht pharmakologische Behandlung
- pharmakologische Behandlung
- Operationen

Dieser Artikel beschreibt ausschließlich Empfehlungen für ein konservatives, nicht pharmakologisches Management. Die sieben eingeschlossenen Leitlinien beinhalten einmal das Hüftgelenk (13), dreimal das Kniegelenk (8–10) und zweimal Hüft- und Kniegelenk (7, 14). Bei einer Leitlinie wird keine Spezifizierung angegeben (15). Innerhalb der eingeschlossenen Leitlinien wird über verschiedene Aspekte des Managements von Hüft- und Kniearthrose berichtet (Abb. 1). >>

Für Eilige

Der Autor erstellte einen narrativen Review zur konservativen Therapie bei Hüft- und Kniearthrose. Dazu recherchierte er in den aktuellen internationalen Leitlinien und fasst in diesem Beitrag die wichtigsten Details für Sie zusammen. Wirksam sind demnach die Patientenschulung, Training und Gewichtsreduktion. Bernhard Reichert stellte sich außerdem den Fragen der pt im Interview – schauen Sie doch mal rein ...



Abb. 1 Wichtigste Leitlinienempfehlungen zum konservativen Management von Hüft- und Kniearthrose

Literatursuche

Am 2. Mai 2018 erfolgte in der Datenbank PubMed eine Suchanfrage mit dem Schlagwort „osteoarthritis“ und den Filtern „date range = 01.01.2011–02.05.2018“, „article type = guideline“ und „search filed = title“. Die 26 Treffer wurden nach den Einschlusskriterien auf der Ebene des Abstracts geprüft: Zum einen musste es sich tatsächlich um eine Leitlinie handeln; darüber hinaus mussten Empfehlungen für konservative und nicht pharmakologische Behandlung gegeben werden und es sollte eine primäre Veröffentlichung und keine Teilpublikation sein. Inhalte sollten sich auf die Behandlung bei gegebener Arthrose und nicht auf eine postoperative Behandlung beziehen.

Letztlich wurden sieben Leitlinien in die Analyse einbezogen (Tab. 1). Eine erneute Suchanfrage am 1. Dezember 2018 ergab keinen weiteren Treffer. Die methodologische Beurteilung erfolgte mit dem AGREE-II-Instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) (12). In den sechs Domänen dieses Bewertungstools werden in insgesamt 23 Items ein bis sieben Punkte vergeben (entschiedenes Widersprechen bis völlige Zustimmung). Die minimale Punktzahl bei schlechtester Bewertung aller Items beträgt 23, die maximale Punktzahl 161. Über alle eingeschlossenen Leitlinien hinweg konnten folgende Kennzahlen errechnet werden: Mittelwert 102,71 / 161, Standardabweichung $\pm 24,67$ Punkte; Minimum 51 / 161, Maximum 132 / 161 (Tab. 1).

Tab. 1 Übersicht der eingeschlossenen Leitlinien

Autor	Publikations-jahr	Gesellschaft	Gelenk	Volumen in Seiten	AGREE-II-Score
Brosseau	2016	Ottawa Panel Group	Hüfte	12	104 / 161
Fernandes	2012	EULAR	Hüfte und Knie	11	107 / 161
AAOS	2013	AAOS	Knie	1.234	125 / 161
McAlindon	2014	OARSI	Knie	26	91 / 161
NCGC	2014	NCGC	Knie	505	132 / 161
ESCEO	2018	ESCEO	nicht spezifiziert	112	51 / 161
Peter	2011	private niederländische PT-Gruppe	Hüfte und Knie	14	109 / 161

Abkürzungen: EULAR = European League Against Rheumatism (7); AAOS = American Academy of Orthopaedic Surgeons (8); OARSI = Osteoarthritis Research Society International (9); NCGC = National Clinical Guideline Centre (10); ESCEO = European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (11)

Leitlinien dienen der Entscheidungsfindung.

Untersuchung

Peter et al. (14) berichten in ihrer Aktualisierung der niederländischen Leitlinie zum Management von Hüft- und Kniearthrose ausführlich über einen einleitenden Assessmentprozess. Die Betonung liegt auf einer umfassenden Untersuchung unter Berücksichtigung der ICF-Core-Sets für Arthrose. Eine Kombination von Fragebogen – vorzugsweise die patientenspezifische Beschwerdeliste (PSK) – und Leistungstests (Timed-Up-and-Go-Test –TUG) wird bei der Erstuntersuchung und nachfolgenden Bewertung der Behandlungsziele empfohlen. Die EULAR-Leitlinie (7) berichtet, dass bei peripherer beziehungsweise leichter Arthrose ein zeitnaher Besuch beim Spezialisten und frühe Intervention die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage senken. Patienten sollten auch hinsichtlich Kontraindikationen untersucht werden:

- ungeklärte Temperaturerhöhung, Schwellung und Rötung des Kniegelenks
- ungeklärte (schwere) Schmerzen im Hüft- / Kniegelenk

- Schwellung in der Leiste
- starke Blockierung des Kniegelenks
- Schmerzen in Ruhe und Schwellungen ohne Trauma

Patientenschulung und Anleitung zum Eigenmanagement

Das Ottawa-Gremium (13) empfiehlt ein anfängliches Patienten-Schulungsprogramm von drei Therapieeinheiten und die Weiterführung der Edukation während des Trainingsprogramms. Die Leitlinie der AAOS (8) geht noch weiter: Mit einem starken Grad der Empfehlung wird die Teilnahme an Selbstmanagement-Programmen über sechs Wochen angeregt, die zur statistisch signifikanten Verbesserung von Schmerz und Funktion und zum Erreichen der kleinsten klinisch bedeutenden Verbesserung (Minimal Clinically Important Improvement – MCII) führt. Zu einer ähnlich positiven Bewertung der Wirkung von Schulungsprogrammen kommen auch weitere Leitlinien: Basierend auf Meta-Analysen konstatiert die OARSI-Leitlinie (9)

hier eine gute Evidenzlage und gibt Schätzungen für den Behandlungseffekt für Schmerz mit 0,06 (0,02–0,10) bis 0,29 (0,17–0,41) an. Nach Cohen (15) handelt es sich um einen kleinen Effekt bei 0,0–0,2, einen mittleren Effekt bei 0,3–0,5 und einen großen Effekt ab 0,6. Die Autoren der ESCEO-Leitlinie (11) schätzen den Effekt von Patientenschulung auf Schmerzen auf 20 bis 30 Prozent des Effektes von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAID).

Muskelkräftigung

Aktivierende Therapieformen sind ein Kernelement im Management von Arthrose-Patienten und werden von allen hier besprochenen Leitlinien in den Vordergrund gestellt. Global, aber deutlich äußert sich auch die NCGC-Leitlinie(10): Ermutigen Sie Arthrose-Patienten, Übungstherapie als Kernbehandlung zu betrachten – unabhängig von Alter, Co-Morbidität, Stärke der Schmerzen oder Behinderung. Prinzipiell ist es auch unerheblich, welche Berufsgruppe die Übungen anleitet (8). Die Sicherung der Teilnahme an Übungen hängt von mehreren Faktoren ab: behandelnder Arzt, Verfügbarkeit von Einrichtungen, individuelle Bedürfnisse, zeitliche und finanzielle Umstände sowie Eigenmotivation des Patienten. In der OARSI-Leitlinie (9) wird deutlich, dass kein spezifisches Konzept signifikant überlegen ist. Basierend auf Meta-Analysen werden in dieser Leitlinie folgende Schätzwerte für den Behandlungseffekt angegeben: SMD für Schmerz = 0,34 (0,19–0,49) bis 0,63 (0,39–0,87); SMD für Funktion = 0,25 (0,03–0,48). Somit handelt es sich um einen mittleren Behandlungseffekt.

Hüft- und Kniegelenk

Bei Patienten mit Hüft- und / oder Kniearthrose konnte gezeigt werden, dass wasserbasiertes Training die Schmerzen signifikant reduziert (Effektgröße: 95 Prozent CI 0,19; 0,04 bis 0,35) und die Funktion verbessert (EG: 95 Prozent CI 0,26; 0,11 bis 0,42) im Vergleich zu Patienteninformation, Telefonanrufen oder keiner Intervention (7). Progressives Krafttraining mit den wichtigsten Muskelgruppen außerhalb des Wassers sollte mindestens zweimal wöchentlich bei mäßiger bis kräftiger Intensität (60 bis 80 Prozent der willkürlichen Maximalkraft – MVC) für acht bis zwölf Wiederholungen je Muskelgruppe durchgeführt werden. Als Start in das Training werden mindestens zwölf angeleitete Einheiten empfohlen.

Hüftgelenk

Das Ottawa-Gremium (13) empfiehlt mindestens acht Wochen betreutes Krafttraining in Gruppen, in Verbindung mit unbeaufsichtigten Heimübungen bei einer schmerzhaften Hüftarthrose. Gehen Schmerzen mit einer Behinderung einher, werden mindestens 20 Wochen Training empfohlen: einmal

Patientenziele

Die Formulierung von Patientenzielen sollte sich an das ICF-Prinzip anlehnen und im SMART-Style ausgedrückt werden (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, and Timed). Peter et al. (14) beschreiben, wie ein Ziel formuliert sein könnte: Die 800 Meter lange Strecke von zu Hause bis zum Supermarkt und zurück soll zweimal wöchentlich in sechs Wochen gegangen werden. Die Bildung und Förderung des Eigenmanagements von Patienten sollte insbesondere Folgendes beinhalten (14):

- Wissen und Verständnis von Arthrose
- Auswirkungen von Arthrose auf Funktionen, Aktivitäten und Partizipation
- Beziehung zwischen der geistigen und körperlichen Belastung und der Belastbarkeit
- die Art, mit Beschwerden umzugehen, die von Arthrose verursacht wurden
- eine aktive und gesunde Lebensweise (Bewegung, Pflege, Übergewicht)
- Änderung des Bewegungsverhaltens
- Gelenkschutz und Verwendung von Gehhilfen



Grafik: OLYVIA / Shutterstock.com

wöchentlich 30- bis 60-minütige Übungen zur Kräftigung und Dehnung, Beweglichkeits- oder Ausdauerverbesserung mit oder ohne gerätegestütztes Training.

Kniegelenk

Mit einem starken Grad der Empfehlung wird die Durchführung von Krafttraining bei Kniegelenk-arthrose von der AAOS-Leitlinie (8) angeregt: Vorteile sind für belastetes und unbelastetes Krafttraining beschrieben, die Langzeitergebnisse sind unabhängig von der Art der Muskelkräftigung gut, Krafttraining mit hohem Widerstand führt schneller zu höherer Gehgeschwindigkeit im Vergleich zu Training mit geringem Widerstand und Aquatraining ist eine geeignete Alternative. Peter et al. (14) empfehlen das Taping der Patella bei Muskelkräftigungsübungen und Schmerzen infolge funktioneller Aktivitäten des Kniegelenks. Es wird betont, dass diese Empfehlung in sonstigen internationalen Leitlinien fehlt. Auch die OARSI-Leitlinie (9) stuft Krafttraining als angemessen ein, mit Effektgrößen für Schmerz = 0,38 (0,23–0,54) sowie für Funktion = 0,41 (0,17–0,66).

Den besonderen Vorteil von Gewichtsreduktion plus Übungen für Patienten mit Kniearthrose betont die ESCEO-Leitlinie (11): Ein Gewichtsverlust von 11,4 Prozent – was für die Probanden etwa zehn Kilogramm Körpergewicht bedeutete – bewirkte nach 18 Monaten eine Verbesserung der Symptome (Schmerzen und Funktionsverlust) um etwa 50 Prozent. Diese Ergebnisse waren größer im Vergleich zu den Kontrollgruppen, die nur geübt oder eine Diät eingehalten hatten. Die Kombination von Diät und Übungen erbrachte auch eine >>

deutlichere Verringerung der Kompressionskräfte als in den Kontrollgruppen. Weiterhin senkten sich die Konzentrationen von IL-6 in der Gruppe mit Diät und Übungen, außerdem steigerte sich hier die gesundheitsbezogene Lebensqualität deutlicher als in den Kontrollgruppen.

Steigerung der aeroben Kapazität

Laut Ottawa-Group (13) sollten aerobe Kapazität und allgemeine körperliche Funktionen nach insgesamt 40 Wochen besser sein. Walking und Schwimmen sind dafür geeignet. Das aerobe Training (zum Beispiel Walking) sollte bei mittlerer Intensität für mindestens 30 bis zu 60 Minuten täglich ausgeübt werden, wie den EULAR-Empfehlungen (7) zu entnehmen ist.

Multimodale Trainingsansätze

Dauer und Art der Übungsprogramme, die in den Leitlinien betrachtet wurden, sind sehr unterschiedlich: Krafttraining, aktive Bewegungstherapie und Steigerung der aeroben Aktivität. Eine ähnliche Feststellung zur kompakten multimodalen Empfehlung formulieren Peter et al. (14) in ihrer physiotherapeutisch spezifischen Leitlinie: aerobes Training, Muskelkräftigung, Gangtraining, Beweglichkeits- und Funktionsübungen, gegebenenfalls Propriozeptions- und Balancetraining sowie Empfehlungen zu gesundheitsförderlichen oder sportlichen Aktivitäten.

Die Leitlinie der AAOS (8) diskutiert die Vorteile von neuromuskulären Übungen: Kinästhesie, Balance und propriozeptives Training mit Krafttraining. Die Kombination mit Krafttraining gegenüber alleinigem Krafttraining ist wirkungsvoller. Übungen im Wasser sind eine Alternative bei Patienten mit stark schmerzhafter Kniearthrose oder als Vorbereitung für ein Übungsprogramm

(14). Dem schließen sich die Autoren der OARSI-Leitlinie (9) an: Sie stufen ebenso Übungen im Wasser als angemessen ein.

Gewichtsmanagement

Übergewichtigen oder adipösen Personen ab einem BMI von 26,4 sollten Methoden zur Gewichtsreduktion als eine Kernbehandlung des Arthrosemanagements angeboten werden (10). Bezüglich der Evidenzlage zum Effekt eines Gewichtsverlusts differenziert die EULAR-Leitlinie (7): Es gibt viel Evidenz bei Knie-, aber keine Evidenz bei Hüftarthrose – obwohl ein leicht erhöhtes Risiko beschrieben wird. Hinsichtlich der Wirkung bezogen auf das Kniegelenk konstatiert die OARSI-Leitlinie (9): Basierend auf einem systematischen Review mit Meta-Analyse werden folgende Schätzungen für den Behandlungseffekt für Schmerz = 0,20 (0,0–0,39) und Funktion = 0,23 (0,04–0,42) abgegeben. Basierend auf einer moderaten Stärke der Empfehlung empfiehlt die AAOS-Leitlinie (8) Patienten mit symptomatischer Arthrose des Knies und einem BMI ab 25 eine Gewichtsreduzierung. Als effektiv betrachtet die OARSI-Leitlinie (9) einen Gewichtsverlust von fünf Prozent Körpergewicht binnen 20 Wochen.

Formen manueller Behandlung

Mobilisationen und Dehnungen können als Begleitbehandlungen insbesondere bei Arthrose des Hüftgelenkes in Betracht gezogen werden (10). Bei Patienten mit symptomatischer Osteoarthritis des Knies ist die Wirksamkeit der Manuellen Therapie kontrovers. Peter et al. (14) sehen die Rolle der Manuellen Therapie in der Vorbereitung und Begleitung der Übungsbehandlung. Darunter werden Manipulation, manuelle Traktion und Muskeldehnungsübungen bei Hüftarthrose sowie anteriore / posteriore femorotibiale oder patellofemorale

Gewichtsreduktion ist ein zentraler Punkt bei Übergewicht.

Mobilisation und Dehnung sind Begleitbehandlungen bei Koxarthrose.

Rehabilitation

Die ESCEO-Leitlinie (11) betont, dass Übungen zur Muskelkräftigung unabdingbar bei der Bekämpfung von Schmerzen und Funktionsverlust sind. Die Wichtigkeit von hochintensivem Training und kontinuierlicher Beibehaltung wird herausgestellt. Es wird auf die starke Korrelation zwischen Quadrizepskraft und körperlicher Funktion hingewiesen. Eine Auflistung von Ratschlägen zur Muskelrehabilitation lautet:

- Betreute Gruppen- oder Einzelbehandlungen sind Eigenübungen zur Schmerzreduktion überlegen.
- Übungen zu Hause begleiten die angeleiteten Gruppenübungen.
- Das Ziel des Trainings ist die Stärkung von Quadrizeps, Hamstrings und Hüftabduktoren.
- Das klinische Ergebnis wird nicht durch die Art der Kräftigungsübung beeinflusst.
- Nutzen Sie ein kombiniertes Programm aus Kräftigung, Flexibilität und funktionellen Übungen.
- Übungsunterlagen oder audiovisuelles Material allein sind wirkungslos.
- Verwenden Sie Strategien, um die langfristige Compliance des Patienten mit Sport zu maximieren.



Gelenkmobilisation und Muskeldehnungsübungen bei Kniearthrose verstanden. Weiterhin empfiehlt die AAOS-Leitlinie (8) die Kombination von Übungsbehandlungen mit Manueller Therapie bei Schmerzen und reversiblen Bewegungsdefiziten.

Nach Peter et al. (14) kommt Massagetherapie aufgrund der Rahmenbedingungen in den Niederlanden nicht zum Einsatz, obwohl sie ihr geringe Evidenz zugestehen. Das Ergebnis eigener Recherche zeigt, dass seit 2006 weitere neun Primärstudien zum Thema Massage bei Arthrose von Knie- oder Hüftgelenk publiziert wurden.

Physikalische Therapie

Auf Basis von neun methodologisch moderaten bis schlechten Studien kann die AAOS-Leitlinie (8) keine Empfehlung für oder gegen die Anwendung verschiedener elektrotherapeutischer Verfahren aussprechen, ausgenommen Ultraschall versus Placebo. Die Empfehlung des Einsatzes von Ultraschalltherapie bei Kniearthrose-Patienten wird jedoch von der OARSI-Leitlinie (9) sehr vorsichtig gegeben, denn die methodologische Grundlage dieser Übersichtsarbeiten war gering. Zudem gibt sie nur eine unsichere Empfehlung für die Anwendung von Balneotherapie / SPA-Therapie.

Die OARSI-Leitlinie (9) spricht sich auch unsicher bezüglich der Anwendung von transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS) bei Kniearthrose aus. Ebenso konstatiert die Leitlinie von Peter et al.

(14) widersprüchliche Evidenz. Die Empfehlung für TENS gilt in dem Fall, wenn Medikation und Übungen nicht wirken.

Thermische Anwendungen in Form von Hitze oder Kälte können als zusätzliche Maßnahmen in Erwägung gezogen werden (10). Peter et al. (14) verweisen auf den Vorteil von Eismassage zur Schmerzlinderung bei Kniearthrose. Dagegen sollen Wärmebehandlungen vor Übungen bei starker Gelenksteifigkeit und schwer zu entspannenden Muskeln hilfreich sein.

Akupunktur, Magnetfeld- und Lasertherapie

Basierend auf einer moderaten Stärke der Empfehlung kann die Anwendung von Akupunktur bei Patienten mit symptomatischer Arthrose des Knies nicht unterstützt werden (8). Aufgrund fehlender Evidenz findet man in den eingeschlossenen Leitlinien zudem kaum Unterstützung für den Einsatz elektromagnetischer Felder sowie von Low-Level-Lasertherapie (LLLT).

Biomechanische Interventionen

Auch wenn Gehstöcke oder -stützen von Hüft- (65 Prozent) und Kniepatienten (90 Prozent) häufig benutzt werden (7), erscheint die Evidenz unklar (9). Pragmatisch sieht das die NCGC-Leitlinie (10): Stöcke und Stützen sollten Personen empfohlen werden, die spezifische Probleme mit der Bewältigung bestimmter Aktivitäten des täglichen Lebens haben. >>



MANUELLE THERAPIE NACH TYPALDOS

FASZIENDISTORSIONSMODELL (FDM)



WWW.IFDMO.COM

PHYSIOCORE Personal Fitness Trainer

Intensivseminare
universitätsgeprüft und lizenziert

WWW.TOP-PHYSIO.COM



PILATES

Mattenprogramm-Ausbildung
mit Zertifikat



WWW.TOP-PHYSIO.COM

KG KG-GERÄT

KG-Gerät und
KGG Zertifikatskurs

WWW.TOP-PHYSIO.COM



EUROPEAN COLLEGE OF OSTEOPATHIC MEDICINE

WWW.ECOM-OSTEOPATHIESCHULE.DE

MEMOMED

Heilpraktikerausbildung durch
Mnemotechnik

Konzept mit
Gedächtnisweltmeisterschaften

WWW.ALEJANDROLORENTE.COM



BOBATH-GRUNDKURS

IBITA anerkannte Ausbildung zum
zertifizierten Bobath-Therapeuten

WWW.TOP-PHYSIO.COM



KINESIOLOGISCHES TAPING ITA

Nach der Original-Methode (ITA)
Ausbildung zum zertifizierten
Tapingtherapeuten

WWW.TOP-PHYSIO.COM

Ohne eine Grundlage durch Forschungswissen sprechen sich die EULAR- (7) und NCGC-Leitlinien (10) für den Gebrauch von Einlagen und Sportschuhen zur Dämpfung und Pronationskontrolle aus. Die AAOS-Leitlinie (8) vermeidet aufgrund von Studien unterschiedlicher Qualität mit fehlender Signifikanz für Schmerz und Funktion die Empfehlung bei Kniearthrose.

Die ESCEO-Leitlinie (11) unterstützt hingegen den Einsatz von Valgus-Bandagen. Das Tragen der Orthesen hat statistisch und klinisch signifikante Vorteile: Reduktion von Schmerzen und Verbesserung der Funktion im Vergleich zu Gruppen, die keine Knieorthese trugen.

Was bedeuten die Ergebnisse?

Je umfangreicher eine Leitlinie ist, umso ausführlicher kann auf viele Aspekte des Managements eingegangen werden. So berichtet die AAOS-Leitlinie (8) von 2013 mit 1.234 Seiten sehr ausführlich über zwölf Teilbereiche und die NCGC-Leitlinie (10) von 2014 sehr ausführlich über acht Teilbereiche des Arthrosemagements. Aus der Häufigkeit der Aspekte des Managements lassen sich vorsichtig die Bedeutung des Themas und der Umfang der Artikellage der Primärstudien ableiten. Je allgemeiner eine Leitlinie gehalten wird, umso weniger tauchen physiotherapeutisch spezifische Behandlungshinweise auf. Lediglich Peter et al. (14) publizierten 2011 eine physiotherapeutisch spezifische Leitlinie, die auf zwölf verschiedene konservative Therapieformen zusammenfassend eingeht. Zu den Kernbehandlungen des Arthrosemagements gehören Patientenschulung, Muskelkräftigung, Verbesserung der aeroben Kapazität und Gewichtsverlust (Abb. 1).

Über die Leitlinien hinweg wird deutlich, dass

- Arthroesebehandlung ein langfristiges Management ist,
- die Behandlung besonders dann erfolgreich ist, wenn sie facettenreich ist und nicht ausschließlich auf einer Intervention basiert (7),
- Patienten in dieser Zeit begleitet werden müssen (10),
- Arthroesebehandlung individualisiert werden soll (7) und insofern kein standardisiertes Konzept überlegen ist (7), weshalb die Empfehlungen für die optimale Trainingsdosierung und Progressionsrate unsicher bleiben und letztlich nicht festgelegt werden können,
- körperliches Training hinsichtlich Dauer und Intensität progressiv gestaltet werden soll (7) und
- formulierte Empfehlungen schriftlich zur Verfügung gestellt werden sollen.

Zu guter Letzt

Leitlinien sind evidenzbasierte Konsensempfehlungen und bieten Patienten und Therapeuten Orientierung für die Behandlung. Sie gelten für alle Personen mit Hüft- und Kniearthrose. Es werden darin Empfehlungen für ein Management formuliert, das entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angepasst werden muss (9). Prinzipiell bauen die aktuellen Leitlinien auf früheren Versionen auf und stellen somit ein Update älterer Publikationen dar. Im Mittel beträgt die Dauer bis zur Aktualisierung einer Leitlinie etwa sieben Jahre. Es ist also zu erwarten, dass in den kommenden beiden Jahren eine weitere Überarbeitung der meisten Leitlinien erfolgen wird. Zudem ist die Lektüre der AAOS-Leitlinie von 2017 zum Management von Patienten mit postoperativen Zuständen an der Hüfte sehr empfehlenswert (56). ●

Anmerkung

Diese Publikation ist eine Zusammenfassung des Reviews von Bernhard Reichert: „Konservatives Management von Hüft- und Kniearthrose – ein narratives Review.“



Surftipp

Die ausführliche Version des Reviews mit umfassender Literaturliste stellt der Autor auf seiner Website zur Verfügung:

www.bernhardreichert.de/deutsch/veroeffentlichungen/artikel-in-fachjournals



pt-Interview



Erleben Sie Bernhard Reichert im Gespräch – zu finden auf unserem YouTube-Kanal: www.youtube.com/ptzeitschrift

Literatur

1. RKI. 2013. Arthrose. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/arthrose.html?__blob=publicationFile+am+04.01.2019; Zugriff am 14.1.2019
2. Tsuchida AI, Beekhuizen M, Rutgers M, van Osch GJVM, Bekkers JEJ, et al. 2012. Interleukin-6 is elevated in synovial fluid of patients with focal cartilage defects and stimulates cartilage matrix production in an in vitro regeneration model. *Arthritis Res. Ther.* 14, 6:R262
3. Antes G, Bassler D, Forster J, Egger M, Galandi D, et al. 2003. Evidenz-basierte Medizin (EBM): Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
4. Cochrane Deutschland. 2018. Leitlinien – Definition und Hintergrund. www.cochrane.de/de/leitlinien; Zugriff am 3.1.2019
5. Ferreira RM, Duarte JA, Gonçalves RS. 2018. Non-pharmacological and non-surgical interventions to manage patients with knee osteoarthritis: an umbrella review. *Acta Reumatol. Port.* 43, 3:182–200
6. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, Goode AP, Jordan JM. 2014. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The Chronic Osteoarthritis Management Initiative of the U.S. Bone and Joint Initiative. *Semin. Arthritis Rheum.* 43, 6:701–12
7. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, Andreassen O, Christensen P, et al. 2013. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 72, 7:1125–35
8. Brown GA. 2013. AAOS clinical practice guideline: treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline, 2nd edition. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 21, 9:577–9
9. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, et al. 2014. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthr. Cartil.* 22, 3:363–88
10. National Clinical Guideline Centre, 2014. Osteoarthritis – Care and Management in Adults. London: NICE
11. Arden N, Blanco FJ, Bruyère O, Cooper C, Guermazi A, et al. 2018. Atlas of Osteoarthritis, Second edition. London: Springer Health Care
12. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, et al. 2010. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 182, 18:E839–42
13. Brosseau L, Wells GA, Pugh AG, Smith CAM, Rahman P, et al. 2016. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercise in the management of hip osteoarthritis. *Clin. Rehabil.* 30, 10:935–46
14. Peter WF, Jansen MJ, Hurkmans EJ, Bloo H, Dekker J, et al. 2011. Physiotherapy in hip and knee osteoarthritis. Development of a practice guideline concerning initial assessment, treatment and evaluation. *Physiotherapy* 97, 3:eS18–1415
15. Coe R. 2002. It's the effect size, stupid. Vortrag bei der Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Exeter, England



Bernhard Reichert

Physiotherapeut (B. Sc., M. Sc.), Masseur / med. Bademeister; seit 2016 Promotion an der Deutschen Sporthochschule Köln; seit 1994 leitender Lehrer und Fachlehrer an Massage- und PT-Schulen; seit 1999 MT-Instruktor (IAOM.de); 10 Jahre Selbstständigkeit in eigener Praxis; Lehrbeauftragter für verschiedene Hochschulen; Buchautor.
 Kontakt: b.reichert01@gmx.de