

**Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet**

**Definition/Behandlungsanlass**

Behandlungsanlass ist der Knieschmerz in der Hausarztpraxis bei Zeichen der Kniearthrose. Die Ätiologie schließt sowohl normale als auch besondere Belastungen der Knie ein, wie z. B. längere Wanderungen oder Zwangshaltungen, Fehltritt oder Sprung aus geringer Höhe. Die Leitlinie thematisiert nicht Schwellungen und Schmerzen des unverbrauchten Knies Jugendlicher und junger Erwachsener, nicht Sport- oder Rasantraumata mit heftigem Kniegelenksanprall und befasst sich nicht mit entzündlichen Mono- oder Oligoarthritiden. Früharthrosen sind Folgen von Verletzungen, anlagebedingten knöchernen Abweichungen, rheumatischen Gelenkveränderungen oder früheren Einblutungen.

**Epidemiologie / Versorgungsproblem**

Verschleiß bedingte Kniegelenkschmerzen in der Allgemeinpraxis nehmen von 0,8 % aller Beratungsanlässe auf bis zu 6 % ab dem 65. Lebensjahr zu. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes errechnet eine Lebenszeitprävalenz aller Arthrosen von 25 % (w) und 17 % (m). Gonarthrosen machten 2010 in Deutschland 48,4 % aller 202.500 durch Arthrose veranlassten Krankenhausfälle aus. Knie-Endoprothesen nahmen zwischen 2003-2009 um 43 % zu – stärker als die Arthroserate und ähnlich wie z. B. in den USA, GB und in Skandinavien. Dies wird mit der zunehmenden Alters- und Körpergewichtsentwicklung wie auch mit der Verfügbarkeit des operativen Gelenkersatzes erklärt.

**Diagnostik**

Zeichen einer Kniearthrose sind u.a. häufigere Knieschmerzen, Morgensteifigkeit und Funktionseinschränkungen. Bei der klinischen Untersuchung finden sich Bewegungseinschränkungen, Reibegeräusche bei Bewegung und eine vergrößerte/vergrößerte, manchmal druckschmerzhaft Gelenkkontur (EULARKriterien). Überwärmung und Gelenkerguss signalisieren eine sog. aktivierte Arthrose aufgrund einer (sterilen) Synovitis mit auch sonografisch nachweisbarer Schwellung. Mit einer Arthrose als wahrscheinlichster Ursache reicht ein natives Röntgenbild diagnostisch aus. Eine weitere Bildgebung incl. MRT ist nur indiziert, wenn die Beschwerden sich nicht ausreichend bessern und evtl. Schäden der Knieinnenstruktur differentialtherapeutische Maßnahmen erforderlich machen. Ein MRT ermöglicht die detaillierte Darstellung von Matrixveränderungen und strukturellen Schäden. Ohne wesentliche Änderung des klinischen Befundes und der Beschwerden ist eine erneute Bildgebung bei rezidivierenden Knieschmerzen nicht notwendig.

**Einteilung**

Als Röntgenzeichen eines arthrotischen Gelenkumbaus nach Kellgren und Lawrence gelten verschmälertes Gelenkspalt, Osteophyten – initial an der Eminentia intercondylica – und vermehrte subchondrale Sklerosierung des Knorpel-Knochenübergangs der Gelenkflächen. Später zeigen sich Osteophyten an den Gelenk-Außenseiten sowie Aufbrauch des Gelenkknorpels mit Zystenbildung im gelenknahen Knochen.

**Prognose/Verlauf**

Kniearthrosen verschlechtern sich im Sinne einer chronischen fortschreitenden Erkrankung. Durch regelmäßige Behandlungsmaßnahmen unter Kontrollen des Gelenkstatus kann die Zunahme der Arthrose verlangsamt und Beschwerden gelindert werden.

**Abwendbar gefährliche Verläufe**

entstehen durch zusätzliche Erkrankungen sowie Verletzungen des arthrotischen Knies, durch Osteochondrosis dissecans, durch Gonagra oder septische Arthritiden, z.B. nach Gelenkpunktionen.

**Therapie**

Zu den physikalischen Anwendungen zählen Ruhigstellung bzw. Belastungsminderung, Anwendung von Kälte und Wärme, Applikation von Orthesen, Strom und Hautreizen sowie Muskeltraining (Tab. 1). Zu den medikamentösen zählen orale, topische und intraartikuläre arzneiliche Applikationen (Tab. 2 und 3). Chirurgische Verfahren am Knie gehören nicht in die Hausarztmedizin, sind jedoch eine späte Behandlungsoption.

**Hinweise für Hausärzte**

Trauma, Rheuma und Gelenkinfekte sind primär auszuschließen. Zur Linderung der akuten Beschwerden sollten NSAR unter Beachtung der UAW, lokale Maßnahmen sowie nicht medikamentöse Therapien eingesetzt werden (Tab. 1), intraartikuläre Injektionen nur in Ausnahmefällen. Vor chirurgischen Verfahren sollte eine Zweitmeinung bevorzugt durch einen nichtoperativen Orthopäden eingeholt werden. Arthroscopien sollen unterbleiben.

**Tab.1: Nichtmedikamentöse Therapie d. Gonarthrose**

Therapie	Empfehlung*
■ (Angeleitete) Übungen für Ausdauer und Krafttraining	starke Empfehlung
■ Physiotherapie	Empfehlung
■ Wärmebehandlung (z.B. Fango)	
■ Balneo- und Hydrotherapie	schwache Empfehlung
■ Gewichtsreduktion	
■ Akupunktur	negative Empfehlung
■ Qi Gong/Tai Chi/Yoga	
■ Orthesen und Einlegesohlen	schwache Empfehlung
■ Blutegeltherapie	
■ Elektrische Stimulation (TENS)	
■ Lasertherapie	negative Empfehlung
■ Magnetfeldtherapie	

**Tab.2: Medikamentöse Therapie der Gonarthrose**

Therapie	Empfehlung*
■ Topische NSAR	starke Empfehlung
■ Systemische NSAR*	Empfehlung
■ Niedrigdosierte orale Glucocorticoide	schwache Empfehlung
■ Intraartikuläre Glucocorticoide	
■ Intraartikuläre Hyaluronsäure	schwache Empfehlung
■ Ingwer/Curcuma/Harpagophytum procumbens	
■ Chondroitinsulfat/Glucosamine	
■ Chondroitinsulfat/Glucosamine	negative Empfehlung

**Tab.3: Therapie der aktivierten Gonarthrose**

Therapie	Empfehlung*
■ Systemische NSAR*	starke Empfehlung
■ Topische NSAR	schwache Empfehlung
■ Ruhigstellung des Gelenks	
■ Lokale Kälteapplikation	schwache Empfehlung
■ Intraartikuläre Glucocorticoide	

Anmerkungen: Intraartikuläre Hyaluronsäure: Schwache Bewertung, da firmenunabhängige Evidenz gegeben; Intraartikuläre Glucocorticoide: Schwache Bewertung, da bei aktivierter Arthrose wirksam; Pflanzliche Medikamente: Schwache Bewertung, da zwar schwächer wirksam, aber auch weniger UAW als NSAR; \* Empfehlung n. AWM-Kriterien; # Cave: Kreatinin bzw. GFR!

