

Sport als Ursache – Arthrose – Sport als Therapie

Die Osteoarthritis sowie der endoprothetische Gelenkersatz haben volkswirtschaftlich eine große Bedeutung erlangt. Insgesamt betragen die Ausgaben für die Gesundheit in Deutschland fast 10 % des Bruttosozialproduktes, die degenerativen Erkrankungen bis zu 2,5 %. Bei knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen wird die Behandlung dieser chronisch kranken Patienten zunehmend Einschränkungen erfahren. Demgegenüber wollen die heutigen Alten jedoch trotz ihrer Handicaps weiterhin aktiv und mobil am Leben teilnehmen, auch über das Berufsleben hinaus. Die Lebensqualität wird zum großen Teil über die Bewegungsqualität definiert.

Zunehmende Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit, die Abnahme der Muskelkraft, Kraftausdauer und Koordination sowie die Zunahme der Schmerzen münden in Inaktivität und Gewichtszunahme der Patienten. Darüber hinaus führt die zunehmende Bewegungsarmut der Osteoarthrotiker zur allgemeinen Dekonditionierung des Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Systems, die mit der Schwere der Arthrose und der funktionellen Einschränkung einhergeht (5). Atrophierte und schnell ermüdende Muskeln erhöhen die Gelenkbelastung, die der rezidivierenden Gelenkentzündung und dem Schmerz Vorschub leistet. Es liegt deshalb nahe, Muskelkräftigung, Ermüdungswiderstandsfähigkeit, Koordination und Dehnfähigkeit der gelenkumgreifenden Muskulatur bei der Rehabilitation der Osteoarthritis eine große Bedeutung zuzuordnen.

Der Erfolg von ambulantem Training konnte zunächst vor allem bei Kniearthrose- und Knieprothesen-Patienten in den letzten Jahren, aber auch bei Hüftarthrose nachgewiesen werden (1, 2, 6). So können Kraft- und Kraftausdauerdefizite von 50-100 % zu Gleichaltrigen, die über die postoperative Reha-Phase hinaus bestehen bleiben, deutlich gebessert werden (4). Ein gezieltes Training bis kurz vor der Prothesenoperation konnte 30%ige Verbesserungen bis 1 Jahr postoperativ erzielen (3). Präoperativ steht über eine Kräftigung und damit Stabilisierung der Gelenke die deutliche Abnahme der Schmerzen im Vordergrund. Ein Aufschub der Operation kann teilweise um Jahre hinaus geschoben werden.

=> Mit der Diagnose einer Arthrose sollte nicht das Leid, sondern das Training beginnen.

Außerordentlich wichtig ist die gute Anleitung und Dosierung der Übungen und Aktivitäten. Gut geschulte Therapeuten und Übungsleiter für Anfänger- und Fortgeschrittenen-Gruppen von 12-15 Personen sind eine Grundvoraussetzung. Gewisse anatomische und trainingswissenschaftliche Grundlagen müssen vermittelt und entscheidende funktionelle Zusammenhänge aufgezeigt werden. Hiermit fällt es dem Teilnehmer langfristig leichter, selbständig, effektiv und richtig zu belasten und sich beim Üben und im Alltag selber zu kontrollieren und zu korrigieren. Durch das freudvolle Bewegen in der Gruppe, den direkten Erfahrungsaustausch und ein offenes, vertrauensvolles Klima innerhalb der Gruppe und gegenüber der Kursleitung ist eine hohe Compliance zu errei-

chen. Als anerkannte Behindertensportgruppe können über den Rehasportbogen Zuschüsse der Krankenkasse bewilligt werden, außerhalb der Budgetierung. Die Patienten können somit einer kostengünstigen und für sie effektiven Behandlung zugeführt werden. Diese Kurse finden nicht nur in Deutschland zunehmende Verbreitung, auch das benachbarte Ausland



Prof. Dr. Thomas Horstmann
Ärztlicher Leiter Sportorthopädie, Medizinische
Universitätsklinik Tübingen

und die USA haben das Programm übernommen (4, 7).

Die Angebote solcher qualifizierten Gruppen müssen von Physiotherapeuten, Vereinen und Institutionen (Rheumaliga, VHS) bereit gestellt werden, der Impuls für den Patienten muss jedoch von seinem Arzt ausgehen. Schon einmal haben vornehmlich die Sportmediziner eine Initiative flächendeckend erfolgreich in das ganze Land getragen – die Herzgruppen. Für ein kostengünstiges, zielgerichtetes Training in Gruppen zur sekundären Prävention der Osteoarthritis wären diesmal die eher orthopädisch ausgerichteten Sportmediziner gefordert! Infos zu Gruppen und zertifizierten Ausbildungen unter: www.hueftschule.de

1. Bennell K, Hinman R: Exercise as a treatment for osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 17 (2005), 634-640.
2. Frost KL, Bertocci GE, Wassinger CA, Munin MC, Burdett RG, Fitzgerald SG: Isometric performance following total hip arthroplasty and rehabilitation. *JRRD* 43 (2006), 435-444.
3. Gilbey HJ, Ackland TR, Wang AW, Morton AR, Troughet T, Tapper J: Exercise improves early functional recovery after Total Hip Arthroplasty. *Clin Orthop Rel Res* 408 (2003), 193-200.
4. Horstmann T, Jörger G, Heitkamp HC, Mayer F, Winter E, Dickhuth H-H: Auswirkungen von Hüftsport auf Gangbild, Kraftverhalten und Lebensqualität von Koxarthrotikern. *Akt Rheumatol* 26 (2001), 162-168.
5. Horstmann T, Röcker K, Vornholt S, Niess AM, Heitkamp HC, Dickhuth H-H: Konditionelle Defizite bei Coxarthrose- und Hüftprothesen-Patienten. *Dtsch Z Sportmed* 53 (2002), 17-21.
6. Klässbo M, Larsson G, Harms-Ringdahl K: Promising outcome of a hip school for patients with hip dysfunction. *Arthr Rheum* 49 (2003), 321-327.
7. Page P, Rogers ME: Hip School Improves Function in Hip Patients. A scientifically based exercise program addresses the characteristic impairments of hip osteoarthritis and hip replacement surgery. *J Act Aging.* 5 (2006), 42-51.

Prof. Dr. med. Thomas Horstmann
Ärztlicher Leiter Sportorthopädie
Abteilung Sportmedizin,
Medizinische Universitätsklinik Tübingen
Silcherstr.5
72076 Tübingen
e-Mail: thomas.horstmann@med.uni-tuebingen.de