

Evidenz- und konsensbasierte  
Indikation Totalendoprothese

# EKIT-Knie

---

## Patientenversion

### Leitlinie: S2k-LL Indikation Knieendoprothese (AWMF Registernummer: 033-052)

Federführende Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)

In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Koordinator: Prof. Dr. med. J. Lützner

Moderator: Prof. Dr. med. J. Schmitt

## **Beteiligte Fachgesellschaften/Organisationen**

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)  
Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V. (AE)  
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie e.V. (DGORh)  
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)  
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh)  
Deutsche Kniegesellschaft e.V. (DKG)  
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)  
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.  
Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)  
Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie (DGOU)

### Beteiligte Patientenvertretungen:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.  
Deutsche Arthrose-Hilfe e.V.

### Beteiligte Kostenträger:

AOK Bundesverband

### Autoren der Patientenversion:

Für die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.:  
Dr. Jürgen Clausen  
Corinna Elling-Audersch  
Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle  
Annegret Jürgenliemke

## Einleitung

Die Arthrose des Kniegelenks ist eine häufige Erkrankung. Sie kann das Leben der Betroffenen stark beeinflussen und stellt eine hohe finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar.

Je nach Schweregrad äußert sich eine Kniearthrose durch Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Probleme bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben. All diese Faktoren haben eine verringerte Lebensqualität zur Folge. Bei der Behandlung einer Kniearthrose wird vor allem versucht, die Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit zu erhöhen. Sollten diese Maßnahmen nicht mehr ausreichen, bleibt nur noch der Ersatz des Kniegelenks durch ein künstliches Kniegelenk.

Der Einsatz eines künstlichen Kniegelenks ist eine der häufigsten Operationen in der Orthopädie und Unfallchirurgie. 2015 wurden in Deutschland 173 304 künstliche Kniegelenke eingesetzt. Damit gehörte der Kniegelenkersatz zu den 20 häufigsten Operationen überhaupt.

Allerdings sind ca. 10 – 20% der Patienten mit dem Ergebnis der Operation mehr oder weniger unzufrieden. Dies liegt vor allem daran, dass vor der Operation hohe Erwartungen an das Leben nach der Operation gestellt werden, die sich nicht immer erfüllen lassen. Es ist also wichtig, dass Arzt und Patient vor einer Operation gemeinsam besprechen, was der Patient von der Operation erwartet: Der Patient sollte seine Ziele nennen, die er sich von einer eventuellen Operation erhofft. Der Arzt sollte dem Patienten erklären, wie realistisch es ist, diese Ziele zu erreichen. Denn das Ergebnis einer Operation hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, wie z.B. der Schwere der Arthrose, den Vorbehandlungen und den Begleiterkrankungen, die neben der Arthrose vorliegen. In einem gemeinsamen Entscheidungsprozess bewerten dann Arzt und Patient, ob eine Operation zum gegenwärtigen Zeitpunkt Sinn ergibt oder nicht.

Die vorliegende Leitlinie gibt wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen darüber ab, wann die Notwendigkeit besteht, ein künstliches Kniegelenk einzusetzen und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen. Die Empfehlungen sind das Resultat einer intensiven Zusammenarbeit von Ärzten, Patientenvertretern und Vertretern der Krankenkassen.

## Empfehlungen

Die Empfehlungen der Leitlinie sind so formuliert, dass sie für die große Mehrheit der Patienten relevant sind (ca. 90%). Außergewöhnlich schwere und schnell verlaufende Kniegelenksarthrosen oder besondere Begleiterkrankungen können ein Abweichen von diesen allgemeinen Empfehlungen erfordern.

### **Hauptkriterien für ein künstliches Kniegelenk**

Bevor ein künstliches Kniegelenk in Erwägung gezogen wird, sollen folgende **Hauptkriterien** als Mindestvoraussetzung erfüllt sein:

#### **1. Schmerzen**

Die Schmerzen im Knie müssen seit mindestens 3 – 6 Monaten bestehen. Sie müssen entweder dauerhaft (z.B. dauerhafter Ruhe- / Nachtschmerz) vorhanden sein oder mehrfach wöchentlich auftreten (z.B. immer bei Belastung) und durch die bisherige Therapie nicht zu beheben sein. Der Arzt soll den Patienten darüber informieren, inwieweit Schmerzverminderung oder Schmerzfreiheit nach dem Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks erwartet werden können.

#### **2. Schädigung des Kniegelenks**

Die Schädigung des Kniegelenks muss im Röntgenbild eindeutig sichtbar sein.

#### **3. Die bisherige Behandlung reicht nicht mehr aus**

Verschiedene Medikamente und nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Bewegung und Krankengymnastik haben über einen Zeitraum von 3 – 6 Monaten keine ausreichende Wirkung gezeigt.

#### **4. Lebensqualität und 5. Leidensdruck**

Die Kniearthrose ist so weit fortgeschritten, dass das tägliche Leben durch Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen stark beeinträchtigt ist. Die Beeinträchtigungen sind für den Patienten derart stark, dass die Gesamtsituation für ihn nicht mehr tragbar ist, er also nicht mehr bereit ist, sich mit den Einschränkungen abzufinden. Der Arzt soll den Patienten darüber informieren, inwieweit ein künstliches Kniegelenk dazu beitragen kann, dass sich die Gesamtsituation nach der Operation verbessert.

**Nebenkriterien für ein künstliches Kniegelenk**

Es gibt weitere Kriterien, die einzelne Symptome als Folge der Kniearthrose beschreiben und die bei einzelnen Patienten besonders stark ausgeprägt sein können. Sie verstärken die oben genannten Hauptkriterien und stehen mit ihnen im Zusammenhang (besonders Nr. 1 und 4). Sie stellen aber keine zwingende Voraussetzung dar, das heißt, nicht alle dieser Nebenkriterien müssen erfüllt sein, damit die Entscheidung für ein künstliches Kniegelenk getroffen werden kann.

Die Entscheidung für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks kann somit bestärkt werden durch deutliche Einschränkungen

- bei der Gehstrecke, die man ohne Pause zurücklegen kann
- bei der Dauer, wie lang man stehen kann
- beim Treppensteigen
- in der Beweglichkeit des Kniegelenks
- der Kraft in den Beinen
- beim Hinsetzen, Knien oder bei der Körperhygiene (z.B. Fußpflege)
- bei der Erledigung von Tätigkeiten im Haushalt
- beim Autofahren oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- im sozialen Leben (z.B. Absage von gemeinsamen Aktivitäten mit Freunden)
- bei der Ausübung des Berufs
- beim Sport.

Darüber hinaus kann der Umstand, dass man im täglichen Leben zunehmend Hilfe von anderen benötigt und seine Selbständigkeit verliert, die Entscheidung zugunsten einer Operation verlagern.

Aus ärztlicher Sicht können eine durch die Kniearthrose verursachte deutliche Fehlstellung des Beins (X- oder O-Bein) und ein insgesamt geschwächtes Kniegelenk den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks unterstützen.

Der Arzt soll den Patienten darüber informieren, mit welcher Wahrscheinlichkeit er nach der Operation Verbesserungen bei den genannten Einschränkungen erwarten darf.

### Risikofaktoren für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Komplikationen oder Unzufriedenheit beim Patienten nach der Operation

Es gibt weitere Kriterien, sogenannte Risikofaktoren, die eher gegen den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks sprechen. Solche Risikofaktoren können entweder Verlauf und Ergebnis der eigentlichen Operation verschlechtern oder die Wahrscheinlichkeit verringern, dass der Patient nach der Operation mit dem Operationsergebnis zufrieden ist. Die Argumente für und gegen ein künstliches Kniegelenk müssen sorgsam von Arzt und Patient gegeneinander abgewogen werden.

Die Entscheidung für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks wird abgeschwächt durch

- frühere, aber verheilte, Infektionen im Kniegelenk
- ein erhöhtes allgemeines Infektionsrisiko (z.B. bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem)
- einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand oder hohe Gebrechlichkeit
- psychiatrische Begleiterkrankungen
- neurologische (das Nervensystem betreffende) Störungen
- Suchtmittelabhängigkeit.

Darüber hinaus sind einige Patienten zwingend notwendig auf bestimmte Medikamente angewiesen, die sie nicht absetzen dürfen, die aber auf der anderen Seite das Operationsrisiko erhöhen.

### Wann darf kein künstliches Kniegelenk eingesetzt werden?

Wenn eine akute Infektion durch Bakterien im Kniegelenk vorliegt, darf kein künstliches Kniegelenk eingesetzt werden. Dasselbe gilt für akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie beispielsweise ein gerade aufgetretener Herzinfarkt oder Schlaganfall oder für eine akute bakterielle oder virale Infektion überhaupt. Es gibt weitere schwere Erkrankungen, die der Arzt im Rahmen der Entscheidungsfindung ausschließen muss. Bei leichteren akuten Erkrankungen muss individuell entschieden werden, ob die Operation durchgeführt werden kann oder nicht.

Ein starkes Übergewicht (Body-Maß-Index größer als 40) oder eine deutlich verkürzte Lebenserwartung aufgrund von Begleiterkrankungen lassen eher vom Einsatz eines künstlichen Kniegelenks absehen. In begründeten Fällen können hier jedoch Ausnahmen gemacht werden.

Erstveröffentlichung: 01/2018

Nächste Überprüfung geplant: 12/2022

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**