

AE: Oft lässt sich das eigene Gelenk länger erhalten

Wenn die Hüfte in der Leiste schmerzt, schnappt oder bei bestimmten Bewegungen blockiert, steckt mitunter mehr dahinter als eine vorübergehende Überlastung. Gerade bei jüngeren Menschen weisen solche Beschwerden manchmal auf angeborene oder durch Verletzungen erworbene Fehlförmigkeiten der Hüfte hin. Dann spielen Hüftkopf und Hüftpfanne nicht optimal zusammen. Bleibt die Ursache unerkannt, drohen Schäden an Gelenkknorpel und Knorpel - und langfristig eine Hüftarthrose.

Die AE - Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. weist anlässlich ihrer Online-Pressekonferenz am 16. Juni 2026 im Vorfeld des 28. AE-Kongresses darauf hin: Hüftschmerzen sollten frühzeitig abgeklärt werden. Denn bei geeigneten Patientinnen und Patienten können moderne Verfahren Fehlbelastungen korrigieren, Knorpelschäden begrenzen und eine spätere Hüftprothese hinauszögern. Gleichzeitig ist nicht jeder Befund behandlungsbedürftig - aber auch nicht jede OP verhindert eine Arthrose.

Hüftbeschwerden treten auch bei jüngeren und sportlich aktiven Menschen auf. Doch nicht jeder Hüftschmerz ist Arthrose. Gerade bei jüngeren Menschen kann ein sogenanntes femoroacetabuläres Impingement, kurz FAI, dahinterstecken. Eine Metaanalyse zu Patientinnen und Patienten mit Hüftschmerzen, aber ohne fortgeschrittene Arthrose, fand bei rund 61 Prozent Hinweise auf ein FAI (1). Beim FAI stoßen Hüftkopf und Hüftpfanne bei bestimmten Bewegungen ungünstig aneinander. Dies kann den Gelenkknorpel und die Gelenkknorpel, das sogenannte Labrum, schädigen: „Unbehandelt kann es in eine Hüftgelenksarthrose münden“, sagt AE-Generalsekretär Professor Dr. med. Georgi Wassilew, Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin der Universitätsmedizin Greifswald.

Zu den angeborenen Gründen für eine Hüftarthrose zählt auch die Hüftgelenkdysplasie (HD). Dabei ist der Hüftkopf nicht ausreichend von der Hüftpfanne überdacht. Von einer HD sind laut einer aktuellen Studie, die Röntgenbilder auswertete, etwa 2,3 Prozent der Erwachsenen betroffen (2). Auf Deutschland übertragen entspräche das rechnerisch mehr als 1,5 Millionen Erwachsenen mit radiologischen Zeichen einer Hüftgelenkdysplasie.

Fehlstellungen früh behandeln, bevor die Arthrose fortschreitet

„Wenn solche Fehlstellungen rechtzeitig erkannt werden, lässt sich die Entwicklung einer Arthrose in ausgewählten Fällen deutlich bremsen“, erklärt Wassilew. „Wir können heute früher und individueller eingreifen als noch vor einigen Jahren.“

Im Mittelpunkt moderner Hüftchirurgie steht heute zunehmend der möglichst lange Gelenkerhalt. Ziel ist es, die Ursache der Fehlbelastung möglichst früh zu korrigieren und weitere Knorpelschäden zu vermeiden.

Nicht immer ist eine OP notwendig

„Nicht immer ist sofort eine Operation notwendig“, betont der Orthopäde und Unfallchirurg. Am Anfang stehen eine genaue klinische Untersuchung, bildgebende Diagnostik und - je nach Befund - konservative Maßnahmen wie Physiotherapie, Belastungsanpassung und Schmerztherapie. Entscheidend ist, die Ursache der Beschwerden zu erkennen und das weitere Vorgehen individuell

festzulegen. Je nach Befund kommen dafür unterschiedliche Verfahren infrage. Bei einer HD kann etwa eine periazetabuläre Osteotomie, kurz PAO, durchgeführt werden. Dabei wird die Hüftpfanne operativ so ausgerichtet, dass der Hüftkopf wieder besser überdacht und die Belastung im Gelenk gleichmäßiger verteilt wird. Bei einem FAI können arthroskopische Eingriffe helfen, knöcherne Engstellen zu korrigieren und Schäden am Knorpel und Labrum zu behandeln.

Biologische Knorpelverfahren: Welche Rolle spielen sie an der Hüfte?

Auch biologische und knorpelregenerative Verfahren gewinnen an Bedeutung. Sie sollen lokale Knorpelschäden behandeln und die Funktion des natürlichen Gelenks möglichst lange erhalten. Dabei geht es nicht darum, eine fortgeschrittene Arthrose rückgängig zu machen, sondern begrenzte Schäden frühzeitig zu adressieren.

Zu den möglichen Verfahren zählen etwa Mikrofrakturierung, AMIC, autologe Knorpelzelltransplantation/ACT oder matrixgestützte Verfahren. „Welche Methode infrage kommt, hängt unter anderem von Größe und Lage des Knorpelschadens, vom Zustand des übrigen Gelenks und vom Alter sowie Aktivitätsniveau der Patientinnen und Patienten ab“, sagt Wassilew. Knorpelverfahren sind jedoch keine Verjüngungskur für ein zerstörtes Gelenk: „Sie kommen vor allem bei begrenzten Knorpelschäden infrage – häufig nur dann, wenn zugleich die mechanische Ursache der Fehlbelastung behandelt wird“.

„Aktuelle Daten zeigen, dass geeignete gelenkerhaltende Eingriffe die Lebensdauer des eigenen Hüftgelenks in ausgewählten Fällen um 20 bis 30 Jahre verlängern können“ (3-12), sagt Wassilew.

Nicht das Alter allein entscheidet

Gelenkerhaltende Verfahren sind nicht ausschließlich jungen Patientinnen und Patienten vorbehalten. „Auch Menschen über 40 Jahre können profitieren – vorausgesetzt, die Gelenksituation ist geeignet und die Knorpelsubstanz noch ausreichend erhalten.“

Entscheidend sind nach Einschätzung der AE vor allem der Zustand des Knorpels, das Ausmaß der Fehlstellung, das Arthrostadium, die Beweglichkeit, das Aktivitätsniveau und die Erwartungen der Patientinnen und Patienten. Ist die Arthrose bereits weit fortgeschritten, stößt der Gelenkerhalt jedoch an Grenzen.

Wenn Gelenkerhalt nicht mehr sinnvoll ist: moderne Hüftendoprothetik

Wenn Gelenkerhalt nicht mehr sinnvoll ist, bietet moderne Hüftendoprothetik heute sehr gute Langzeitergebnisse. „Die Entscheidung sollte aber individuell fallen – besonders bei jüngeren und aktiven Patientinnen und Patienten.“ Internationale Registerdaten und aktuelle Analysen haben hochgerechnet, dass rund 92 Prozent der modernen Hüftprothesen 30 Jahre halten können (13).

Breites Spektrum statt Einheitslösung

„Die moderne Hüftchirurgie ist heute hochindividualisiert“, so Wassilew. „Entscheidend sind Gelenkzustand, biologische Voraussetzungen, Aktivitätsniveau und die Wünsche unserer Patientinnen und Patienten.“ Die entscheidende Frage lautet deshalb heute nicht mehr nur: „Wann braucht eine Patientin oder ein Patient ein künstliches Gelenk? Sondern: Wie lange können wir das natürliche Gelenk erhalten – und welche Therapie passt individuell am besten?“.

Gelenkerhaltende Maßnahmen von Hüfte und Knie, ihre Versorgung, Herausforderungen, Kontroversen sowie innovativen Strategien sind Gegenstand der Online-Pressekonferenz der AE am 16. Juni 2026. Der 28. AE-Kongress findet vom 18.6.2026 bis 19.6.2026 in München statt.

Serviceinfos:

Wann sollten Hüftschmerzen ärztlich abgeklärt werden?

Patientinnen und Patienten sollten Hüftbeschwerden ärztlich abklären lassen, wenn:

- Schmerzen in Leiste, Gesäß oder seitlicher Hüfte länger anhalten
- Beschwerden beim Sport, Treppensteigen oder längerem Sitzen auftreten
- die Hüfte blockiert, schnappt oder in der Bewegung eingeschränkt ist
- bereits in jüngerem Alter wiederkehrende Hüftschmerzen bestehen
- bekannte Fehlstellungen wie Hüftdysplasie vorliegen.

Wer profitiert vom Gelenkerhalt - und wer nicht?

- frühes Stadium, begrenzter Knorpelschaden, mechanisch korrigierbare Ursache
- weniger geeignet: fortgeschrittene Arthrose, großflächiger Knorpelverlust, stark eingeschränkte Beweglichkeit und präoperativ schlechte Funktion.

Quellen/Literatur

- 1) Jauregui, J.J., Salmons, H.I., Meredith, S.J. et al. Prevalence of femoro-acetabular impingement in non-arthritic patients with hip pain: a meta-analysis. International Orthopaedics (SICOT) 44, 2559-2566 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00264-020-04857-7>
- 2) O'Connor, K. P., Marshall, B. J., Davison, J., Clohisy, J. C., & Willey, M. C. (2024). Prevalence of Radiographic Hip Dysplasia in the General Adult Population: A Systematic Review. The Iowa orthopaedic journal, 44(1), 145-149.
- 3) Steppacher SD, et al. Mean 20-year Followup of Bernese Periacetabular Osteotomy. Clin Orthop Relat Res. 2008 466(7):1633-44 DOI:10.1007/s11999-008-0242-3.
- 4) Tan JHI, Tan SHS, Rajoo MS, Lim AKS, Hui JH. Hip survivorship following the Bernese periacetabular osteotomy for the treatment of acetabular dysplasia: A systematic review and meta-analysis. Orthop Traumatol Surg Res. 2022 Jun;108(4):103283. doi: 10.1016/j.otsr.2022.103283.
- 5) Ziran N et al. Ten- and 20-year Survivorship of the Hip After Periacetabular Osteotomy for Acetabular Dysplasia. The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons November 2018 27(7). DOI:10.5435/JAAOS-D-17-00810.
- 6) Gómez-Verdejo F, et al. Review of femoroacetabular impingement syndrome. J Hip Preserv Surg. October 2024 11(4):315-322 DOI:10.1093/jhps/hnae034.
- 7) Huang HJ, et al. Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement: Mid- to Long-Term Outcomes. Arthroscopy. 2023 Feb;39(2):285-292. DOI: 10.1016/j.arthro.2022.03.024
- 8) Freeman CR, et al. Hip preservation surgery: surgical care for femoroacetabular impingement and the possibility of preventing hip osteoarthritis. J Hip Preserv Surg. 2014 Oct 28;1(2):46-55. DOI: 10.1093/jhps/hnu015.
- 9) Wells J, Schoenecker P, Duncan S, Goss CW, Thomason K, Clohisy JC. Intermediate-term Hip Survivorship and Patient-Reported Outcomes of Periacetabular Osteotomy: The Washington University Experience. J Bone Joint Surg Am. 2018;100(3):218-225. DOI: 10.2106/JBJS.17.00337.
- 10) Wells J, Millis M, Kim YJ, Bulat E, Miller P, Matheney T. Survivorship of the Bernese Periacetabular Osteotomy: What Factors Are Associated With Long-term Failure? Clin Orthop Relat Res. 2017;475(2):396-405. DOI: 10.1007/s11999-016-4887-z.
- 11) Lerch TD, Steppacher SD, Liechti EF, Tannast M, Siebenrock KA. One-third of Hips After Periacetabular Osteotomy Survive 30 Years With Good Clinical Results, No Progression of Arthritis, or Conversion to THA. Clin Orthop Relat Res. 2017;475(4):1154-1168. DOI: 10.1007/s11999-016-5169-5.
- 12) Kristiansen AR, Holsgaard-Larsen A, Bøgehøj M, Overgaard S, Lindberg-Larsen M, Ovesen O. Hip Survival After Periacetabular Osteotomy in Patients With Acetabular Dysplasia, Acetabular

Retroversion, Congenital Dislocation of the Hip, or Legg-Calvé-Perthes Disease: A Cohort Study on 1,501 Hips. Acta Orthopaedica. 2023; 94:250-256. DOI: 10.2340/17453674.2023.12403.

13) Pentland V, Thompson Z, Dayimu A et al. Survivorship of modern total hip replacement to 30 years: systematic review, meta-analysis, and extrapolation of global joint registry data. The Lancet, 407, 855-866.

Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU). Im Verbund der medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands ist die AE für alle Angelegenheiten der Endoprothetik zuständig. Das vorrangige Ziel der AE ist es, die Lebensqualität von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke nachhaltig zu verbessern. Die AE unterstützt sowohl das Endoprothesenregister Deutschlands (EPRD) als auch die EndoCert-Initiative zur Zertifizierung von Endoprothetikzentren.

Online-Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) anlässlich des
28. AE-Kongress in München, Holiday Inn München – City Centre
Motto: „30 Jahre AE: Erfahrung als Fundament. Innovation als Auftrag“

Termin: Dienstag, den 16. Juni 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

Teilnahmelink: <https://events.teams.microsoft.com/event/ad49021b-a686-4edd-a551-f907afc7c4@14...>

Vorläufige Themen und Referenten:

28. AE-Kongress: 30 Jahre AE: Was moderne Endoprothetik heute leisten muss

Professor Dr. med. Georgi Wassilew

AE-Generalsekretär und Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin an der Universitätsmedizin Greifswald

und

Professor Dr. med. Robert Hube

AE-Past-Präsident und Leitender Arzt, Orthopädische Chirurgie München (OCM), Präsident AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

Zurück in den Alltag – oder sogar auf die Skipiste? Welche Möglichkeiten moderne Implantate und OP-Verfahren heute bieten

Professor Dr. med. Robert Hube

Hüftarthrose: Gelenk erhalten oder ersetzen? Moderne Behandlungsmöglichkeiten für jedes Krankheitsstadium

Professor Dr. med. Georgi Wassilew

Endoprothetik beginnt vor der OP und endet nicht mit der Entlassung: Wie Prähabilitation, Reha, Nachsorge und digitales Monitoring zum Qualitätsfaktor werden

Professor Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe

Präsident der AE und Direktor der Klinik für Orthopädie und Sportorthopädie am Klinikum rechts der Isar (TUM), München

Individuelle Implantatwahl und Implantationstechnik beim Kniegelenkersatz: Mit personalisierten Verfahren zum „vergessenen Knie“

Professor Dr. med. Christan Merle

AE-Vizepräsident und Chefarzt des Endoprothetikzentrums III ((EPZmax), Orthopädische Klinik Paulinenhilfe, Diakonie-Klinikum Stuttgart

Qualität unter Druck: Wie viel Regulierung braucht die Endoprothetik?

Professor Dr. med. Bernd Kladny

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle AE