

Sportverletzungen – häufig unterschätzt

Wenn der Orthopäde gefragt ist

Dass sportliche Betätigung Spaß macht und wichtig ist, um gesund zu bleiben, ist unbestritten. Die Kehrseite des Sportvergnügens: Pro Jahr verletzt sich jeder fünfte Deutsche beim Sport so schwer, dass er ärztlich behandelt werden muss. Oft wird erst einmal abgewartet, bevor der Orthopäde konsultiert wird. Allerdings: »Je früher die Therapie einsetzt, desto besser sind die Aussichten auf einen raschen, unkomplizierten Heilungsprozess«, betont der Münchner Orthopäde und Sportmediziner Dr. med. Werner Zirngibl vom MVZ im Helios.

Von Dr. Nicole Schaezler

Herr Dr. Zirngibl, Fußball gehört zu den beliebtesten Sommersportarten. Welche Körperpartien sind besonders verletzungsgefährdet?

Dr. Zirngibl: Fußball und andere Ballsportarten, bei denen es zu Körperkontakten mit dem Gegner kommt, bergen eine überdurchschnittlich hohe Verletzungsgefahr für das Kniegelenk. Anlass können äußere Einwirkungen wie Stürze oder Zusammenstöße sein,

aber auch durch eine unphysiologische Gelenkbeanspruchung, z.B. eine Verdrehung des Knies bei gleichzeitig fest stehendem Unterschenkel, oder durch abrupte Bewegungswechsel, etwa vom Sprint zum Stopp, kann es zu Verletzungen kommen. Dabei reicht das Spektrum von Verstauchungen und Zerrungen bis hin zu schweren Meniskusverletzungen, Kreuzbandrissen, ausgeprägten Schäden am Gelenkknorpel oder Frakturen der Kniescheibe – Verletzungen, die auf keinen Fall bagatellisiert werden sollten. Schmerzt das Knie bei Belastung, erscheint es instabil oder kann man nicht mehr auftreten, sollte möglichst umgehend der Orthopäde aufgesucht werden.

Stichwort »Bänderriss« am Kniegelenk. Muss immer operiert werden?

Dr. Zirngibl: Entscheidend ist, welche Bänder betroffen sind und ob Begleitverletzungen vorliegen. Beispielsweise behandeln wir einen Innenbandriss am Knie im Allgemeinen konservativ: Der Patient trägt vier bis sechs Wochen eine Schiene, wodurch das Knie bei Beugung und Streckung stabilisiert wird. Anders verhält es sich bei einem Kreuzbandriss: Hier greift eine konservative Therapie oft zu kurz, um eine dauerhafte Stabilität des Knies zu gewährleisten. Deshalb befürworten wir vor allem bei jüngeren, sportlich aktiven Patienten meist die operative Versorgung des Kreuzbandrisses.

Bei Kontaktsportarten wie Fußball, Handball oder Basketball wird auch das Sprunggelenk stark belastet. Wie wird z. B. ein Außenbandriss am Sprunggelenk behandelt?

Dr. Zirngibl: In der Regel genügt es, das betroffene Sprunggelenk für etwa sechs Wochen, z.B. mithilfe einer Orthese, zu stabilisieren; in manchen Fällen empfiehlt sich in der Anfangszeit zusätzlich der Einsatz von Unterarmgehstützen. Ebenso tragen etwa



Magnetfeld-, Elektro- oder Ultraschalltherapie und eine kontrollierte Frühmobilisation durch den Physiotherapeuten zur rascheren Genesung bei. Wichtig ist, dass die Bandverletzung vollständig ausheilt – nur so können eine Umknickneigung bzw. eine Instabilität des Sprunggelenks und damit auch eine Arthrose vermieden werden.

Besonders gefürchtet ist ein Achillessehnenriss ...

Dr. Zirngibl: ... ja, ein Achillessehnenriss ist eine schwerwiegende Verletzung, die rasch orthopädisch behandelt werden muss. Oft ist sogar eine operative Naht der Sehne notwendig, vor allem wenn die Rissenden sehr stark auseinanderklaffen. Bei einer ausgedehnten verschleißbedingten Vorschädigung kommt auch eine Sehnenplastik in Betracht. Nach der Operation muss die Sehne mindestens sechs Wochen lang weitgehend entlastet werden, etwa mithilfe eines Gehgipses oder durch einen Spezialschuh mit Fersenerhöhung. Krankengymnastik und später ein spezielles Kraft-

und Koordinationstraining unterstützen den schrittweisen Aufbau der normalen Belastung.

Wie kann man einer Sprunggelenksverletzung vorbeugen?

Dr. Zirngibl: Vor allem bei den Risikosportarten ist es wichtig, richtiges Schuhwerk zu tragen. Sinnvoll sind Schuhe mit Profil, die über den Knöchel hinaus reichen und so das Sprunggelenk z.B. vor einer Umknickverletzung schützen; einen ähnlichen Effekt haben prophylaktisch angelegte Stützverbände. Eines muss man allerdings beachten: Eine äußere Stabilisierung durch Spezialschuhe oder Stützverbände ist niemals so wirkungsvoll wie eine gut trainierte Muskulatur. Deshalb ist z.B. ein gezieltes Bewegungstraining, vor allem der Wadenmuskulatur, meist die beste Prophylaxe.

Das Interview zum Thema



Dr. med. Werner Zirngibl ist als Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin im Münchner MVZ im Helios niedergelassen. Als ehemaliger Profi-Tennispieler war er 14-mal Deutscher Tennismeister, er spielte beim Daviscup und anderen international renommierten Turnieren. Heute gehören zu Dr. Zirngibls Leistungsspektrum u. a. die konventionelle und operative Therapie von Knie- und Sprunggelenksverletzungen. Außerdem nimmt er minimal-invasive Wirbelsäuleingriffe vor und arbeitet mit innovativen schmerztherapeutischen Verfahren.

Nähere Infos unter www.mvz-im-helios.de



Tennis- und Golfspieler klagen oft über Schmerzen im Ellenbogen ...

Dr. Zirngibl: ... das stimmt; meist lautet die Diagnose dann »Tennisarm« oder »Golferarm«. Von diesem Krankheitsbild kann jedoch letztlich jeder betroffen sein, der mit seiner Hand bei gebeugtem Ellenbogen mit Kraft einseitige Bewegungsabläufe ausführt, etwa bei länger andauerndem Schraubendrehen, Tackern, Hämmern oder Wändestreichen. Oder auch infolge einer falschen Armhaltung während der Arbeit am Computer. Viele Patienten haben niemals in ihrem Leben Tennis gespielt, leiden aber dennoch unter den typischen Beschwerden eines Tennisarms.

Ein Tennis- oder Golferarm entsteht also durch Überlastung?

Dr. Zirngibl: Genau. Deshalb trifft es Hobbysportler besonders oft. Viele von ihnen nutzen vor allem den Sommer, um zu spielen – und dies oft nur am Wochenende. Ohne große Vorbereitung werden dann an einem einzigen Tag drei Stunden und länger Tennis oder Golf gespielt. Die plötzliche Anstrengung überfordert die untrainierte Muskulatur jedoch – mit der Folge, dass am Abend der Arm schmerzt. Speziell im Tennissport kommen aber noch andere begünstigende Faktoren hinzu, z.B. eine ungünstige Schlagtechnik, etwa eine falsche Belastung des Arms beim Aufschlag, aber auch ein falscher Griff, ein neuer Schläger bzw. eine zu harte Bespannung oder zu harte Bälle. Allgemein lässt

sich zum Thema »Tennissport« sagen, dass durch die mechanischen Stoß- und Vibrationsbelastungen, die durch die Aufprallenergie des Tennisballs auf den Schläger entstehen, insbesondere die Streckmuskulaturgruppe und deren Sehnenansatz am Ellenbogen stark beansprucht werden. Veränderte Schlagtechniken, verbesserte Materialien und Bälle, die

Pluspunkte des MVZ im Helios

- **Qualitätsgesicherte Präventionskonzepte** helfen dabei, orthopädische Erkrankungsrisiken zu erkennen, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern, hinauszuzögern oder abzuschwächen.
- **Zur umfassenden Diagnostik** gehören eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte, die sorgfältige körperliche Untersuchung und der Einsatz hochwertiger, innovativer Medizintechnik.
- **Gut abgestimmte diagnostisch-therapeutische Vorgehensweisen** ermöglichen den Ärzten ein effizientes Arbeiten auf hohem wissenschaftlichen Niveau (evidenzbasierte Medizin). Aus Patientensicht sind die komfortablen Abläufe mit geringen Wartezeiten wichtig, bei denen unnötige Doppeluntersuchungen von Praxis und Klinik entfallen.
- **Eine ganzheitliche Sichtweise der Patientenprobleme** ermöglicht es, akute Beschwerden mit Augenmaß zu behandeln, ohne die langfristigen Therapieergebnisse aus dem Auge zu verlieren.

die Aufprallwucht auf den Schläger dämpfen, haben aber dazu geführt, dass gut trainierte Tennisspieler mit regelmäßiger Spielpraxis heute nur noch selten von einem Tennisarm betroffen sind.

Worin besteht der Unterschied zwischen einem Tennis- und einem Golferarm?

Dr. Zirngibl: Ausgangspunkt sind in beiden Fällen Mikroeinrisse im Sehnenansatz der Unterarm-Streckmuskulatur. Dadurch wird eine Reiz- bzw. Entzündungsreaktion in Gang gesetzt, die stark schmerzhaft ist. Typische Anzeichen eines Tennisarms sind Druckschmerzen am äußeren Ellenbogenknochen sowie Schmerzen bei Streckbewegungen des Handgelenks und Drehungen des Unterarms; oft strahlen die Schmerzen im Ellenbogen über die Außenseite bis in die Hand aus. Auch das Heben von Gegenständen oder Händedrücken können dem Betroffenen Probleme bereiten. Beim »Golferarm« treten die Beschwerden verstärkt an der inneren Seite des Ellenbogens – im Ansatzbereich der Unterarmbeugemuskeln – auf.

Welche therapeutischen Maßnahmen helfen?

Dr. Zirngibl: Meist helfen lokale Kälte- bzw. Wärmeanwendungen und/oder Ultraschallbehandlungen, bei ausgeprägten Schmerzen werden zudem Injektionen zur Eindämmung der Entzündung im Sehnenansatzbereich eingesetzt. Bei wiederkehrenden Beschwerden kann die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) wertvolle Dienste leisten. Generell sollte der Arm ausreichend geschont und erst dann wieder belastet werden, wenn die Symptome vollständig abgeklungen sind. Dies kann einige Geduld erfordern, ist aber die wichtigste Maßnahme, um einem chronischen Verlauf vorzubeugen.

Was raten Sie zur Vorbeugung?

Dr. Zirngibl: Wer anfällig ist, sollte sich überlegen, während des Spiels eine spezielle Armbandage, eine Epikondylitisspange, zu tragen. Mit gezielten Dehn- und Kräftigungsübungen stärkt man die Armmuskulatur – geeignete Übungen kann man sich von einem Physiotherapeuten zeigen lassen. Speziell für Tennisspieler ist außerdem ein ausreichendes Warm-up wichtig, bei dem der Arm, der den Schläger hält, mit gezielten Übungen auf die bevorstehende Beanspruchung vorbereitet wird.

RAT AUS DER APOTHEKE

Sportverletzungen werden mit Medikamenten behandelt, die einerseits Schmerzen lindern und andererseits darauf abzielen, die Gewebereaktionen nach der Verletzung zu begrenzen.

- **Paracetamol und Azetylsalicylsäure** in Tablettenform wirken schmerzlindernd, (leicht) entzündungshemmend und eignen sich bei mäßig starken Schmerzen.
- **Nichtsteroidale Antirheumatika** (z.B. Diclofenac, Ibuprofen) hemmen die Bildung entzündungsfördernder und schmerz erzeugender Substanzen und wirken so einer Ausbreitung der Entzündung entgegen. Bei Sportverletzungen kommen sie in Salbenform zur äußeren Anwendung (z.B. Diclofenac-ratiopharm® Gel), bei stärkeren Schmerzen zusätzlich als Tabletten (z.B. Diclofenac-ratiopharm®, Ibuprofen Stada) zum Einsatz.
- **Enzyme**, z.B. das Ananasenzym Bromelain einzeln (z.B. Bromelain-Pos®) oder in Kombination mit anderen Enzymen (z.B. mit dem Pankreasenzym in Wobenzym® N) in Tabletten- oder Pulverform, werden zur Abschwellung und Eindämmung der Entzündungsgeschehens verordnet.
- **Sportgele**, z.B. mit Heparin (z.B. Heparin ratiopharm® Sport Gel) zur Auflösung eines Blutergusses, das aber erst einige Tage nach der Verletzung aufgetragen wird, oder mit Menthol und Salicylaten (z.B. Etrat® Sport Gel), die kühlend und abschwellend wirken.
- **Salben mit Beinwellwurzel-extrakt** (z.B. Kytta® Salbe f) oder Arnika (z.B. Kneipp Arnika Salbe® S) sollen nach Verletzungen schmerzlindernd, abschwellend und entzündungshemmend wirken und sind vor allem bei mäßig schmerzenden Verstauchungen (z.B. des Sprunggelenks) sinnvoll.