

Hilfe, meine Patientin ist hypermobil!

Dr. med. Aylin Canbek
Oberärztin Rheumatologie

Rheuma-Workshop, 8. Januar 2026

Hypermobilität?

= Erhöhter Bewegungsumfang von Gelenken

Erworben (Traumatisch, Training)

➔ Angeboren (strukturelle Überdehnbarkeit des Bindegewebe)



Bild: «Der Knotenmensch», 2017, Künstler: MYNT @myntsatre,
www.schlafendehundewecken, - © bei schlafendehundewecken

Stellen Sie sich vor...

- 24-jährige Patientin
- Vorstellung wegen unklaren Beschwerden am **Bewegungsapparat**
- Schon im Turnunterricht **Hypermobilität** aufgefallen



Was nun???

- Kommen die Beschwerden von der Hypermobilität?
- Können wir sie beruhigt nach Hause schicken?
- Könnte sie ein Ehlers-Danlos-Syndrom haben? Müsste sie dann nicht Gefäßrupturen haben?
- Soll sie einfach Krafttraining machen?

Fragen über Fragen...



reddit.com, r/MemeRestoration

Heutige Ziele

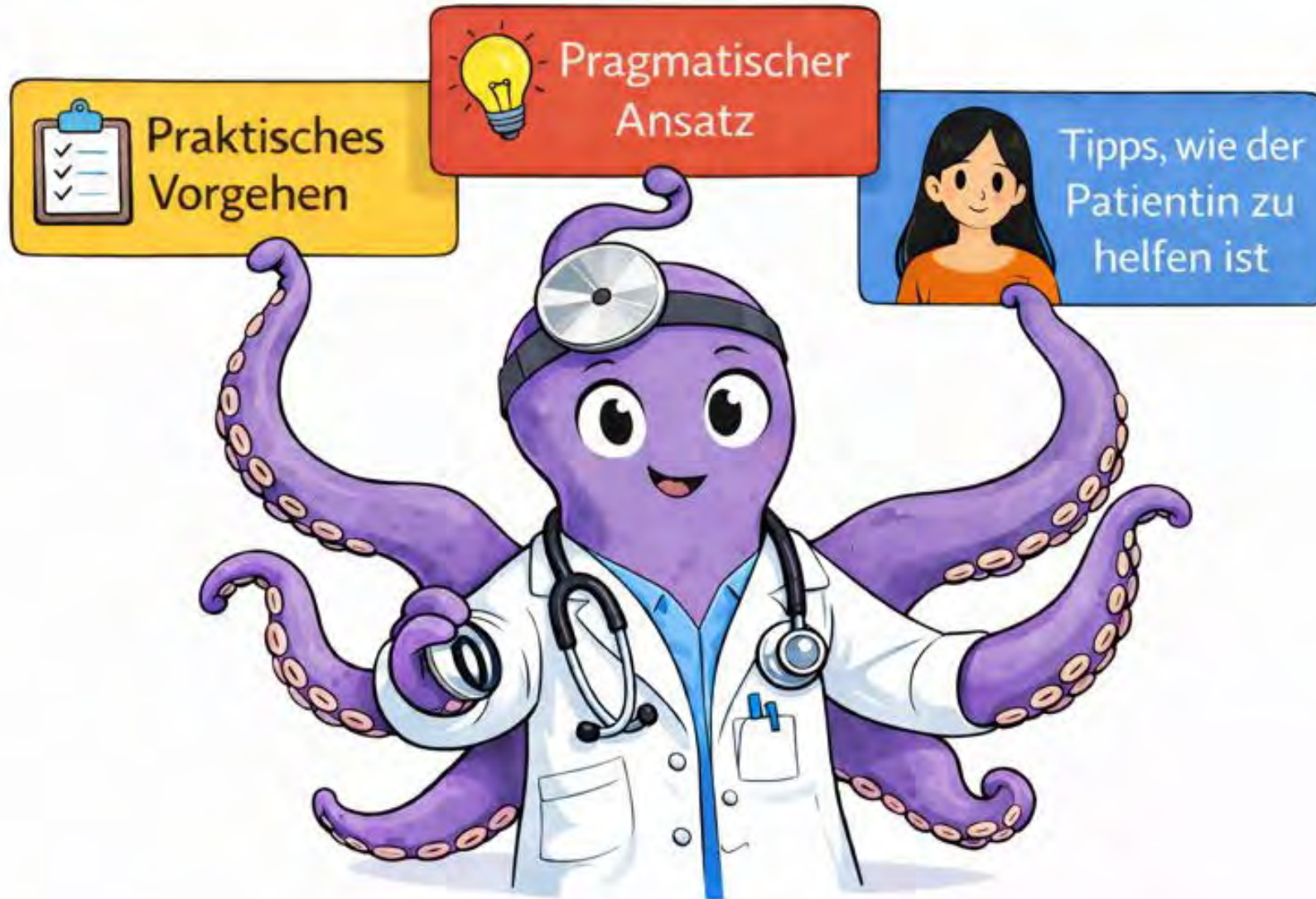


Bild: erstellt mit ChatGPT (OpenAI)

Zurück zu unserer Patientin

- Wir erfassen die Beschwerden **anamnestisch**
- Wir evaluieren mögliche **Differentialdiagnosen**
- Dabei überlegen wir, ob die Beschwerden prinzipiell durch eine **Hypermobilität** bedingt sein könnten

→ **Daraus resultiert als allererstes die Frage...**



Gretchenfrage Nr. 1

Welche Symptome erwarten wir überhaupt,
wenn jemand hypermobil ist?



Asymptomatische Hypermobilität
1:5 Personen



Symptomatische Hypermobilität
= Hypermobility Spectrum Disorder
1:500 Personen

Ehlers-Danlos-Syndrome
1:5000 Personen

Fazit



- Hypermobilität hat nicht per se einen Krankheitswert
- Wenn wir immer eine Hypermobilität suchen: Gefahr von Überdiagnostik
- Wenn wir nie eine Hypermobilität suchen: Gefahr von Unterdiagnostik

→ **Hypermobilität nur suchen, wenn die Symptomatik passt**

Gretchenfrage Nr. 2

Ok, aber wann passt denn nun die Symptomatik?



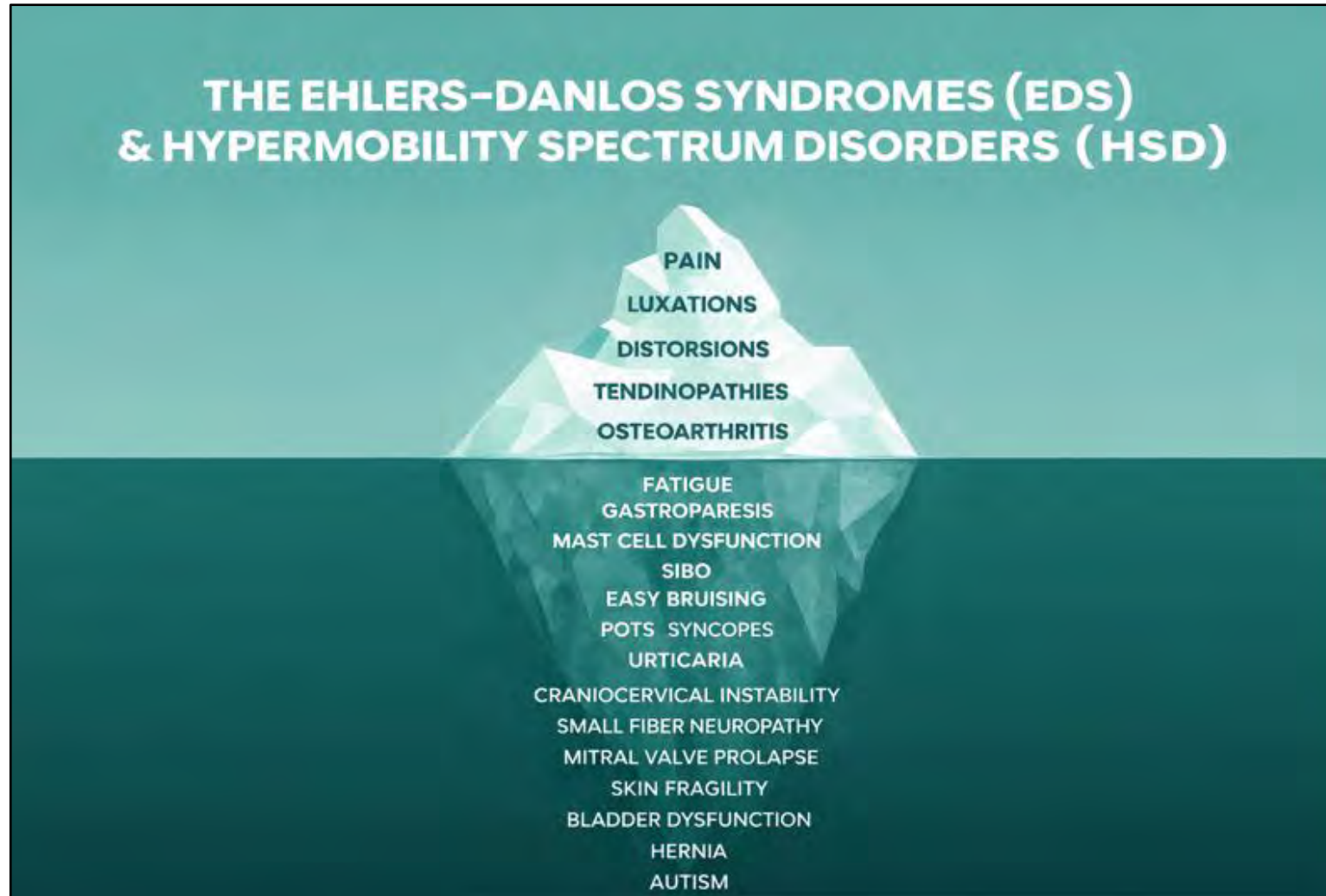
Hinweise für eine symptomatische Hypermobilität



1. Bestehen **Schmerzen** am Bewegungsapparat?*
2. Besteht ein **mechanischer** Schmerzcharakter (belastungsabhängig, besser in Ruhe)
3. **Korrelieren** die Schmerzen mit den hypermobilen Gelenken?
4. Sind sie in **jungem Alter** aufgetreten (Kindes- bis junges Erwachsenenalter)?

*Beschränkung auf Bewegungsapparat, da wichtiges Leitplanke bei Hypermobilität

Cave: HSD und EDS sind multisystemische Erkrankungen



Gretchenfrage Nr. 3

Warum führt Hypermobilität eigentlich zu Schmerzen?



(Sub-)Luxationen



Bild: quora.com

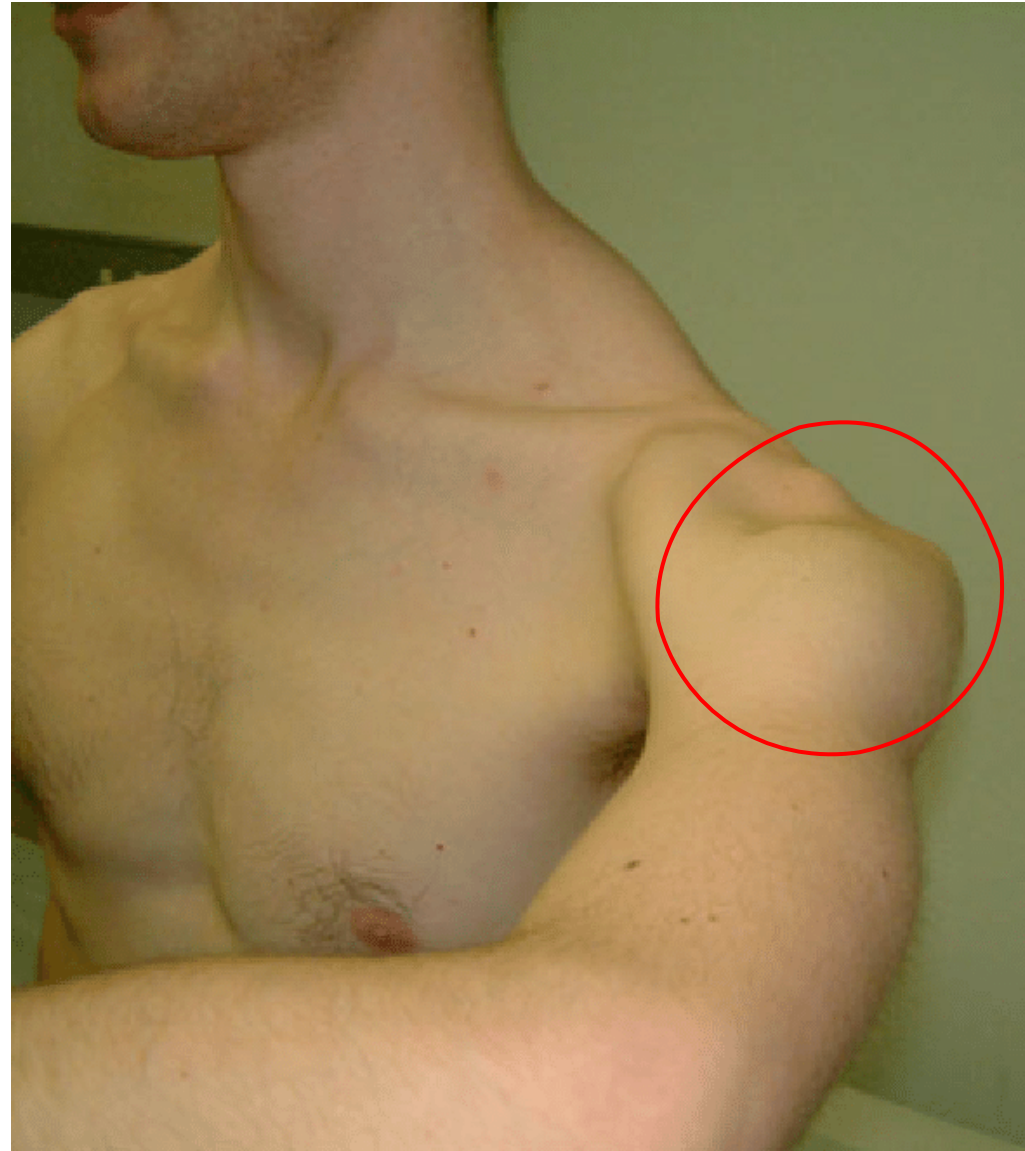


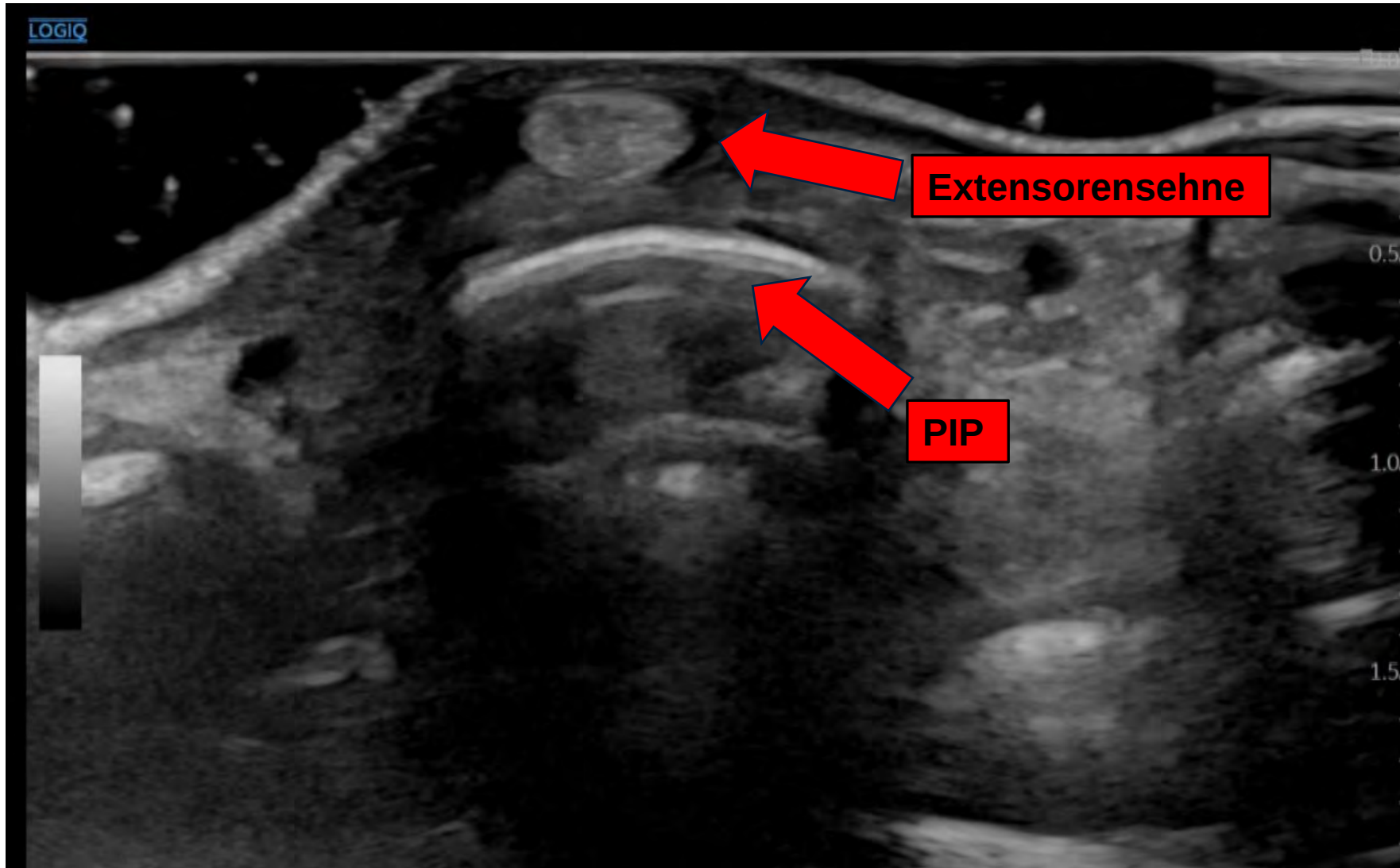
Bild: Posterior Shoulder Instability, Kovacic et al, 2016, DO - 10.1007/978-3-662-49376-2_37



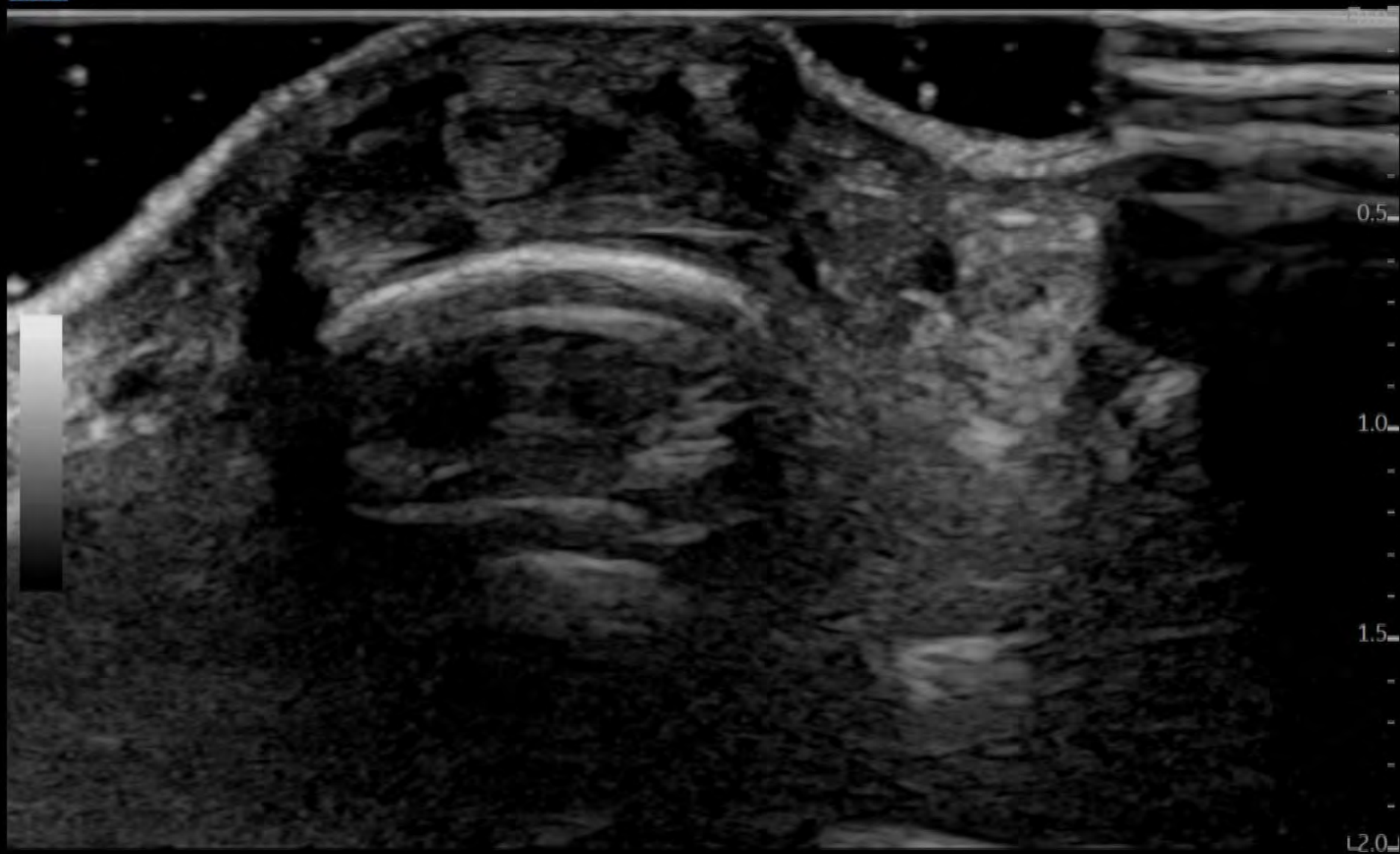


Gehäufte und vorzeitige degenerative Veränderungen





LOGIQ



HAND LI PIP; DIP V

Zurück zu unserer Patientin...

- ✓ Die Patientin hat **mechanische** Schmerzen am Bewegungsapparat
- ✓ EM mit ca. **13 Jahren**

→ Könnte durchaus zu einer symptomatischen Hypermobilität passen!

Wie stellen wir klinisch nun fest, ob sie hypermobil ist?



Beighton-Score: generalisierte Hypermobilität?



MCP-V kann $>90^\circ$
überstreckt werden



Daumen kann bis
zum Vorderarm
flektiert werden



Ellbogen kann $>10^\circ$
überstreckt werden



Knie kann $>10^\circ$
überstreckt werden



Handflächen
können auf Boden
aufgelegt werden

Pubertät bis 50. Lebensjahr: generalisierte Gelenkshypermobilität ab 5/9 Punkten

Gretchenfrage Nr. 4

Der Beighton-Score ist 4/9 – was nun?



Achtung:

- Beighton-Score sagt aus, ob eine generalisierte Hypermobilität vorliegt
→ Auch eine **partielle** Hypermobilität kann symptomatisch sein!
- Gute Intra- und Inter-Observer-Reliabilität, aber fragliche Validität zur Identifizierung einer generalisierten Hypermobilität*
→ Beighton-Score bildet **mehrere Gelenke** nicht ab (z.B. Schulter, Hüfte, OSG, PIP, DIP)
→ Beighton-Score bildet nur **Flexion und Extension** ab



Symptomatisches Gelenk, welches nicht im Beighton-Score abgebildet ist?

- **separat** untersuchen
- Alle **Bewegungsachsen** prüfen

Zurück zu unserer Patientin...

- ✓ Die Patientin hat einen Beighton-Score von 6/9
- ✓ Somit generalisierte Hypermobilität

...damit ergibt sich die Frage:



Gretchenfrage Nr. 5

Könnte sie ein Ehlers-Danlos-Syndrom haben?



Die Ehlers-Danlos-Syndrome

Hereditäre Bindegewebserkrankung

12/13 Subtypen:

- Monogenetisch → molekulargenetische Diagnostik
- Gefäßrupturen: vaskuläres und kyphoskoliotisches EDS

1/13 Subtypen: hypermobiles EDS (hEDS)

- Häufigster Subtyp (≈ 90%)
- Whs. polygenetisch → keine molekulargenetische Diagnostik
- Obligat: generalisierte Hypermobilität + Schmerzen
- Keine Gefäßrupturen (aber multisystemische Manifestationen!)



Pragmatischer Ansatz



Das **hypermobile Ehlers-Danlos-Syndrom** (hEDS) als häufigsten Subtyp suchen!

Klinische Diagnosekriterien hEDS

 The International Consortium on Ehlers-Danlos Syndromes & Related Disorders
In Partnership with The Ehlers-Danlos Society

Diagnostic Criteria for Hypermobile Ehlers-Danlos Syndrome (hEDS)
This diagnostic checklist is for doctors across all disciplines to be able to diagnose EDS

 Distributed by The Ehlers-Danlos Society

Patient name: _____ DOB: _____ DOV: _____ Evaluator: _____

The clinical diagnosis of hypermobile EDS needs the simultaneous presence of all criteria, 1 and 2 and 3.

CRITERION 1 – Generalized Joint Hypermobility

One of the following selected:

- ☐ ≥6 pre-pubertal children and adolescents
- ☐ ≥5 pubertal men and women to age 50
- ☐ ≥4 men and women over the age of 50

Beighton Score: /9



If Beighton Score is one point below age- and sex-specific cut off, two or more of the following must also be selected to meet criterion:

- ☐ Can you now (or could you ever) place your hands flat on the floor without bending your knees?
- ☐ Can you now (or could you ever) bend your thumb to touch your forearm?
- ☐ As a child, did you amuse your friends by contorting your body into strange shapes or could you do the splits?
- ☐ As a child or teenager, did your shoulder or kneecap dislocate on more than one occasion?
- ☐ Do you consider yourself "double jointed"?

CRITERION 2 – Two or more of the following features (A, B, or C) must be present

Feature A (five must be present)

- ☐ Unusually soft or velvety skin
- ☐ Mild skin hyperextensibility
- ☐ Unexplained striae distensae or rubae at the back, groins, thighs, breasts and/or abdomen in adolescents, men or pre-pubertal women without a history of significant gain or loss of body fat or weight
- ☐ Bilateral piezogenic papules of the heel
- ☐ Recurrent or multiple abdominal hernia(s)
- ☐ Atrophic scarring involving at least two sites and without the formation of truly papyraceous and/or hemisclerotic scars as seen in classical EDS
- ☐ Pelvic floor, rectal, and/or uterine prolapse in children, men or nulliparous women without a history of morbid obesity or other known predisposing medical condition
- ☐ Dental crowding and high or narrow palate
- ☐ Arachnodactyly, as defined in one or more of the following:
 - (i) positive wrist sign (Walker sign) on both sides; (ii) positive thumb sign (Steinberg sign) on both sides
- ☐ Arm span-to-height ratio ≥1.05
- ☐ Mitral valve prolapse (MVP) mild or greater based on strict echocardiographic criteria
- ☐ Aortic root dilatation with Z-score >+2

Feature A total: /12

Feature B

- ☐ Positive family history; one or more first-degree relatives independently meeting the current criteria for hEDS

Feature C (must have at least one)

- ☐ Musculoskeletal pain in two or more limbs, recurring daily for at least 3 months
- ☐ Chronic, widespread pain for ≥3 months
- ☐ Recurrent joint dislocations or frank joint instability, in the absence of trauma

CRITERION 3 – All of the following prerequisites MUST be met

1. Absence of unusual skin fragility, which should prompt consideration of other types of EDS
2. Exclusion of other heritable and acquired connective tissue disorders, including autoimmune rheumatologic conditions. In patients with an acquired CTD (e.g. Lupus, Rheumatoid Arthritis, etc.), additional diagnosis of hEDS requires meeting both Features A and B of Criterion 2. Feature C of Criterion 2 (chronic pain and/or instability) cannot be counted toward a diagnosis of hEDS in this situation.
3. Exclusion of alternative diagnoses that may also include joint hypermobility by means of hypotonia and/or connective tissue laxity. Alternative diagnoses and diagnostic categories include, but are not limited to, neuromuscular disorders (e.g. Bethlem myopathy), other hereditary disorders of the connective tissue (e.g. other types of EDS, Loys-Dietz syndrome, Marfan syndrome), and skeletal dysplasias (e.g. osteogenesis imperfecta). Exclusion of these considerations may be based upon history, physical examination, and/or molecular genetic testing, as indicated.

Download unter:
www.ehlers-danlos.com/heds-diagnostic-checklist



Gretchenfrage Nr. 5

hEDS-Diagnosekriterien nicht erfüllt – was nun?



Hypermobility Spectrum Disorder (HSD)



- Beschwerden trotzdem durch die Hypermobilität erklärt?
→ Diagnosestellung **Hypermobility Spectrum Disorder**
- Hinweise für selbe **Pathophysiologie** wie hEDS
(Biopsien, Biomarker)
- Wird mit **neuen EDS-Kriterien** whs. mit hEDS
zusammengelegt

Gretchenfrage Nr. 7

Wann braucht es eine genetische Abklärung?



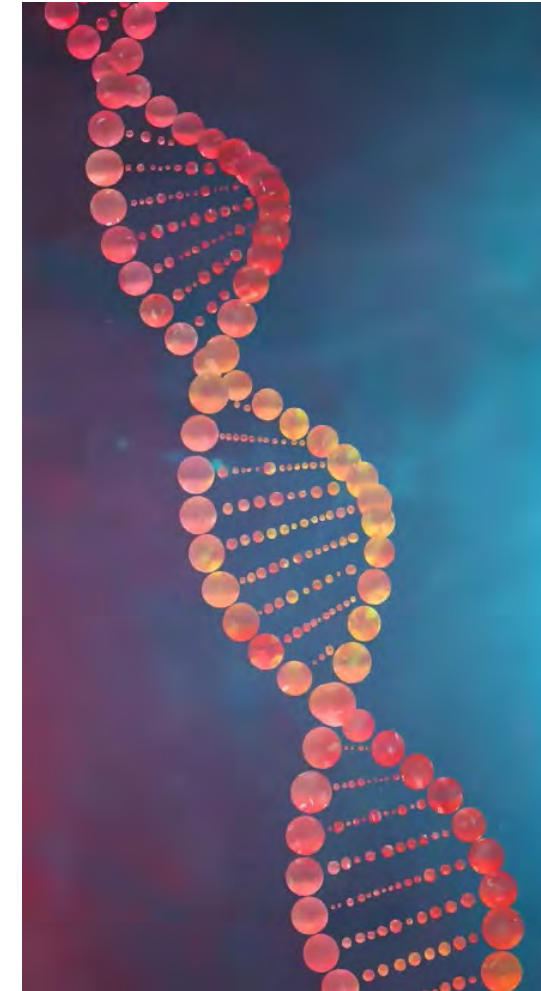
Hinweise auf ein monogenetisches Ehlers-Danlos-Syndrom

Generalisierte Hypermobilität + mind. 1 der folgenden Red Flags:

- Arterielle Dissektion <40 J.
- Aortendilatation (DD Marfan-Syndrom)
- Unerklärte Organrupturen (z.B. Uterusruptur, Sigmaperforation)
- Ectopia lentis, Keratoconus
- Starke Überdehnbarkeit der Haut mit atropher Narbenbildung
- Spontaner/rezidivierender Pneumothorax

→ Dann Zuweisung in **Genetik**

→ Im Zweifelsfall: **EDS-Sprechstunde, USZ**



Zurück zu unserer Patientin...

- ✓ hEDS-Diagnosekriterien nicht erfüllt
- ✓ Keine Hinweise für monogenetisches EDS
- ✓ Beschwerden durch Hypermobilität adäquat erklärt

**Wir stellen die Diagnose einer
Hypermobility Spectrum Disorder!**



Gretchenfrage Nr. 8

Wie helfen wir nun der Patientin?



Tipp: Wahl der aktiven Therapie



- **MTT / Gerätetraining** führt häufig zu Verschlechterung
- Besser **stabilisierendes** und **Bodyweight-Training** (z.B. Einzelphysio, Pilates, Schwimmen)
- Trick 17: **Propriozeptionstraining**

Ziel der Behandlung:	Physiotherapeutische Massnahmen: (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)
☐ Analgesie/Entzündungsbehandlung	
☐ Verbesserung der Gelenkfunktion	
☐ Verbesserung der Muskelfunktion	
☒ Propriozeption/Koordination	
☐ Verbesserung der cardio-pulmonalen Funktion	
☐ Entstauung	
☐ Anderes:	
☐ Spezielles:	
☐ Funktioneller Verband (Tape)	
☐ Instruktion	

Tipp: angepasstes Pilatesprogramm



Jeannie Di Bon
@JeannieDiBonHypermobility · 26.700 Abonnenten · 298 Videos
Welcome to Jeannie Di Bon's Hypermobility Youtube channel! ...mehr
jeanniedibon.com und 3 weitere Links
Abonnieren

Übersicht Videos Shorts Live Podcasts Playlists Community

Neueste Beliebt Älteste



5 Hypermobility Exercises With a Block: A Movement Snack for Stability
681 Aufrufe · vor 1 Monat



Hypermobility Stability Class: 5 Moves With a Band
947 Aufrufe · vor 1 Monat



Ten Minute Fun Hypermobility Stability Class with Pilates Ball
1236 Aufrufe · vor 2 Monaten



Hypermobility Stability Class: 6 Exercises with a Tennis Ball in 10 minutes!
1234 Aufrufe · vor 3 Monaten

Auf EDS/HSD angepasstes
Online-Pilatesprogramm

Tipp: Ergotherapie



- **Handtherapie**
- **Gelenksschutz**
- **Ergonomie**
- **Chronische Schmerzen:** Edukation, Bewältigungsstrategien
- **Hilfsmittel:**
 - Z.B. Schienen, Hilfsmittel für Haushalt/Alltag

Tipp: orthopädische Hilfsmittel

Bandagen



- **Flexibles/elastisches** Material
- Schränkt **Bewegung** nicht ein = kein Muskelabbau
- Verbessert **Propriozeption** → neuromuskuläre Ansteuerung

Im Alltag/bei Aktivität verwenden

Orthesen



- **Härteres** Material (strafferes Gestrück, Schienen, Stäbe)
- Schränkt **Bewegungsumfang** ein = führt zu Muskelabbau
- Kurzzeitiger Einsatz bei **Verletzung / Schmerzspitzen**

Zum Ruhigstellen verwenden

Zusammenfassung

Welche Symptome erwarten wir überhaupt, wenn jemand hypermobil ist?

Wir erwarten nicht per se eine Symptomatik (asymptomatische Hypermobilität möglich).
Symptomatik nur, wenn HSD oder EDS vorliegt.

Ok, aber wann passt denn nun die Symptomatik?

Mechanische Schmerzen, EM in jungem Alter

Warum führt Hypermobilität eigentlich zu Schmerzen?

Instabilitäten und deren Folgeerscheinungen

Der Beighton-Score ist 4/9 – was nun?

Es besteht eine partielle Gelenkhypermobilität (die symptomatisch sein kann)

Könnte sie ein Ehlers-Danlos-Syndrom haben?

Ja, bei symptomatischer Hypermobilität sollte an ein EDS gedacht werden

hEDS-Diagnosekriterien nicht erfüllt – was nun?

Falls symptomatische Hypermobilität: Diagnosestellung «Hypermobility Spectrum Disorder»

Wann braucht es eine genetische Abklärung?

Bei «Red Flags» für einen monogenetischen EDS-Subtyp

Wie helfen wir nun der Patientin?

Stabilisationstraining, Propriozeptionstraining, Ergotherapie, orthopädische Hilfsmittel





**Vielen Dank für Ihr Interesse
und Ihre Aufmerksamkeit!**

