Persönliche PDF-Datei für
Michaela Christenn, Christoph Fiehn

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag www.thieme.de

Frühe Diagnostik und Therapie – rheumatoide Arthritis

DOI 10.1055/a-1577-5387
arthritis + rheuma 2021; 41: 342–347

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2021. Thieme.
All rights reserved.
Die *arthritis + rheuma - Zeitschrift für Orthopädie und Rheumatologie* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart,
Germany
ISSN 0176-5167

Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags

Thieme

Schattauer

Frühe Diagnostik und Therapie – rheumatoide Arthritis

Early diagnostics and treatment – rheumatoid arthritis

Autorin/Autor
Michaela Christenn, Christoph Fiehn

Institut
Rheumatologie Baden-Baden

Schlüsselwörter
Rheumatoide Arthritis, Frühdiagnose, Klassifikationskriterien, Bildgebung, Früharthritis-Sprechstunden

Keywords
Rheumatoid arthritis, early diagnostics, classification criteria, imaging, early arthritis consultation

Bibliografie
arthritis + rheuma 2021; 41: 342–347
DOI 10.1055/a-1577-5387
ISSN 0176-5167
© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Dr. med. Michaela Christenn
Rheumatologie Baden-Baden
Beethovenstr. 2, 76530 Baden-Baden
Deutschland
m.christenn@rheuma-badenbaden.de

ZUSAMMENFASSUNG

Der frühe Therapiebeginn der rheumatoiden Arthritis (RA) ist ein entscheidender Faktor für die weitere Prognose der Erkrankung. Um diese zu ermöglichen existieren seit 2010 die ACR-EULAR-Klassifikationskriterien der RA, welche klinische Kriterien und Laborbefunde verbinden und in einem Punktesystem die frühe Klassifikation ermöglichen. Vorausetzung ist der mindestens einmalige Nachweis einer Synovitis. Aber auch eine Stufe früher, also wenn der Patient z. B. nur Arthralgien hat, ist es möglich, Kriterien anzuwenden, welche die für eine entzündliche Erkrankung suspekten Patienten identifizieren können. Sowohl der Nachweis von Antikörpern gegen anti-citrullinierte Peptide (Anti-CCP) im Serum wie auch Methoden der Bildgebung wie Sonografie, Magnetresonanztomografie und auch noch die 3-Phasenskelettszintigrafie können wesentlich für die frühe Diagnose sein. Schließlich spielen die versorgungsmedizinischen Aspekte eine wichtige Rolle. Eine frühe Diagnose ist nur möglich, wenn dem Patienten der frühe Zugang zu Rheumatolog*innen ermöglicht wird. Die größte Herausforderung dafür ist es, geeignete Strukturen zu schaffen, welche die Auswahl der richtigen Patient*innen ermöglichen und damit die rheumatologischen Ressourcen entlasten. Verschiedene Screeningmodelle unter Nutzung von rheumatologischen Fachassistent*innen, Fragebogensystemen oder aber ärztlichen Kurzsprechstunden werden in Deutschland dafür erprobt. Jedes hat seine spezifischen Vor- und Nachteile, alle können aber die frühe Diagnose und Therapie ermöglichen.

ABSTRACT

Early treatment of rheumatoid arthritis (RA) is decisive for providing a further prognosis of the disease. The ACR-EULAR classification criteria for RA, introduced in 2010 and combining clinical criteria with laboratory test results facilitating an early classification system based on scores, allow us to do so. Proof of synovitis is required at least once. Already in earlier stages, e. g. in cases of patients suffering from just arthralgia, it is however possible to apply criteria that are able to identify patients that can be suspected to develop inflammatory diseases. Anti-citrullinated peptides (anti-CCP) in serum as well as imaging methods such as sonographies, MRI and three phase bone scans can be vital in early diagnostics; and, in addition, healthcare itself comes into play as an important aspect. An early diagnosis is only possible if patients have early access to rheumatologist care. The major challenge therefore remains to set up structures capable of choosing the right patients and relieve the strain on resources in rheumatology. In Germany, a variety of screening models using rheumatologist assistants, questionnaires or short specialist consultation hours are currently tested. Each of these models has its specific advantages as well as disadvantages; all of them, however, are able to facilitate early diagnostics and treatment.

Die Prognose der rheumatoiden Arthritis (RA), der häufigsten entzündlich rheumatischen Erkrankung, hängt wesentlich von einer frühzeitigen adäquaten Therapie ab. Diese sollte in den ersten 3 Monaten nach Krankheitsbeginn beginnen, da im Frühstadium die Chancen auf den bestmöglichen Therapieerfolg sehr hoch sind und mit zunehmender Erkrankungsdauer schnell absinken. Dank moderner Therapiestrategien gelingt es bei einer Diagnose im Frühstadium der Erkrankung weit besser als bei späterer Diagnose, eine

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

▶ **Tab. 1** Die ACR-EULAR-Klassifikationskriterien 2010 für rheumatoide Arthritis [3]. Die Ergebnisse der Punkte A–D werden addiert. Die Diagnose der rheumatoiden Arthritis ist bei Vorliegen von mindestens 6 Punkten definiert. Voraussetzung ist der mindestens einmalige Nachweis einer Synovitis. Bei dem Vorliegen von typischen radiologisch erosiven Veränderungen einer RA gelten die Kriterien als erfüllt.

ACR-EULAR-Klassifikationskriterien 2010	
Gelenkbeteiligung: Schwellung durch Synovialitis bzw. druckschmerzhafte Gelenke	
1 großes Gelenk	0 Punkte
2–10 große Gelenke	1 Punkt
1–3 kleine Gelenke mit/ohne Beteiligung großer Gelenke	2 Punkte
4–10 kleine Gelenke mit/ohne Beteiligung großer Gelenke	3 Punkte
>10 Gelenke, davon mindestens ein kleines Gelenk	5 Punkte
Serologie	
Negativer Rheumafaktor und negative ACPA	0 Punkte
Niedrig positiver Rheumafaktor oder niedrig positiver ACPA	2 Punkte
Hoch positiver Rheumafaktor oder hoch positiver ACPA	3 Punkte
Akute-Phase-Reaktion	
Normales CRP und normale BSG	0 Punkte
Erhöhtes CRP oder beschleunigte BSG	1 Punkt
Dauer der Symptome	
Weniger als 6 Wochen	0 Punkte
Länger als 6 Wochen	1 Punkt

Remission der Erkrankung zu erreichen und damit die entzündliche Gelenkdestruktion nachhaltig zu verhindern. Man spricht von einem „Window of Opportunity" für den optimalen Therapiebeginn bis 12 Wochen nach Krankheitsbeginn [1, 20, 21, 24].

So wichtig die frühe Diagnose ist, so schwierig ist es oft, sie zu stellen: Die Symptomatik ist unspezifisch und sehr breit, Labor und bildgebende Verfahren oft nicht eindeutig. Zudem gehen viele Patient*innen in dieser wichtigen Zeitspanne gar nicht zur Ärztin/zum Arzt, da die Beschwerden häufig als typische Alterserscheinung betrachtet werden. Tatsächlich vergingen in Deutschland noch 2014 durchschnittlich 14 Monate von Beginn der Erkrankung bis zur Erstvorstellung bei der Rheumatologin/dem Rheumatologen [22].

Klinische und laborchemische Kriterien für die Frühdiagnose der RA

ACR/EULAR-Kriterien 2010 und Prädiktionsmodell für eine frühe RA

Die Klassifikationskriterien für die rheumatoide Arthritis des American College of Rheumatology (ACR) und der European League Against Rheumatism (EULAR) wurden im Jahr 2010 nach intensiven Studien überarbeitet, um eine frühere Diagnose der Erkrankung zu ermöglichen (▶ **Tab. 1**) [3]. Die überarbeiteten Klassifikationskriterien lösten die aus dem Jahr 1987 ab, die durch die Tatsache limitiert waren, dass sie erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien erfüllt wurden [4]. Gerade chronische Gelenkschädigungen galten über lange Zeit als Erkennungsmerkmal einer rheumatoiden Arthritis. Deren Entstehung durch die Behandlung der Erkrankung in den frühen Stadien zu verhindern wurde jedoch erst mit dem Beginn der Ära der Biologika als realistisches therapeutisches Ziel erkannt.

Undifferenzierte Arthritiden, Vorstufen der RA, Prädiktoren für den Übergang

Liegen bereits Arthralgien oder undifferenzierte Gelenkbeschwerden vor, ohne dass jedoch klinisch eindeutige Zeichen einer Arthritis bestehen, so kann zur Risikoabschätzung hinsichtlich der Entwicklung einer RA die Identifikation derjenigen Patienten helfen, die ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko tragen. Anhand von 7 Kriterien wird der Begriff der „clinically suspect arthralgia" (CSA) definiert, der mit einem erhöhten Risiko für eine chronische Arthritis mit Synovitis bzw. einer manifesten RA mit Gelenkdestruktion einhergeht. Es handelt sich hier nicht um eine eigenständige Erkrankung, sondern vielmehr um einen Symptomkomplex [5, 6].

KRITERIEN DER CSA

- Dauer der Symptome unter 1 Jahr
- Beschwerden an den MCP-Gelenken
- Morgensteifigkeit ≥ 60 Minuten
- stärkste Beschwerden in den Morgenstunden
- Familienangehörige 1. Grades mit RA
- Schwierigkeiten beim Faustschluss
- positiver „Querdruckschmerz" an den MCP-Gelenken (Gaenslen-Zeichen)

Ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer manifesten RA besteht ab 3 positiven Kriterien. Die Sensitivität beträgt 90 %. Liegen 4 Kriterien vor, so liegt auch die Spezifität bei 90 %.

Ein Prädiktionsmodell für eine frühe RA aus dem Jahr 2002, das auch in der S3-Leitlinie zum Management der frühen RA genützt wird, sieht abhängig von verschiedenen Diagnosekriterien Wahrscheinlichkeiten für die Entwicklung des Krankheitsbildes vor (▶ **Tab. 2**) [2, 7]. An diesem ist gut zu erkennen, welch großer prädiktiver Wert der Unterscheidung zwischen seropositiver und seronegativer RA gerade im Hinblick auf die Prognose eines erosiven Verlaufs zukommt.

Serologie der frühen rheumatoiden Arthritis – CCP-Ak gehen der Diagnose voraus

Die Bestimmung von Antikörpern gegen cyclische citrullinierte Peptide oder Proteine (ACPA) im Blut stellt die wichtigste laborchemische Untersuchung für die Diagnose einer RA dar. Dabei werden anti-cyclische citrullinierte Peptide (CCP)-Antikörper am häufigsten genutzt. Sie sind für die Diagnose der RA ähnlich sensitiv (62–76 %) wie der Rheumafaktor (64–86 %), ihre Spezifität ist jedoch ungleich höher (>95 %) als die des Rheumafaktors (84–90 %) [5, 8].

Teilweise geht der Nachweis von CCP-Ak dem Symptombeginn bei Patienten mit RA um Jahre voraus und besitzt somit bei undifferenzierten Arthritiden und suspekten Arthralgien einen hohen prädiktiven Wert für die Entwicklung einer RA. Zudem stellen positive CCP-Ak bei der frühen RA einen Indikator für einen schwereren und erosiv destruierenden Verlauf der Erkrankung und eine höhere serologische Entzündungsaktivität dar [8].

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

▶ **Tab. 2** Prädiktionsmodell für frühe RA mit Wahrscheinlichkeiten für die Entwicklung einer RA [7].

Klinische Symptome		Serologie		
Synovitiden in mehr als 2 Gelenkregionen Dauer > 6 Wochen Morgensteifigkeit ≥ 60 Minuten		RF-positiv	CCP-Ak-positiv	RF- und CCP-Ak-positiv
Wahrscheinlichkeit für eine persistierende Arthritis	46 %	71 %	80 %	92 %
Davon entwickeln einen erosiven Verlauf	52 %	78 %	86 %	95 %

Mehrere Studien konnten zeigen, dass sich die Höhe des CCP-Ak-Titers nicht als Verlaufsparameter der Krankheitsaktivität beispielsweise zur Einschätzung der Therapieeffektivität eignet [8].

Bildgebung in der Frühdiagnose

Sonografie

Die Sonografie stellt eine niederschwellig verfügbare und einfach durchführbare Methode in der Diagnostik der frühen rheumatoiden Arthritis dar. In der Bildgebung der Bewegungsorgane steht sie gemeinsam mit dem Röntgen an erster Stelle, ist allerdings limitiert durch die Abhängigkeit von der Erfahrung des Untersuchers. Sie ist kostengünstig und bedeutet keine Strahlenbelastung für Patient und Untersucher, zudem können die anatomischen Strukturen nicht nur statisch, sondern auch dynamisch-funktionell untersucht werden. Vor allem besteht die Möglichkeit, mit der Powerdoppler-Sonografie die Neoangiogenese innerhalb der Synovia darzustellen, die im Rahmen der Entzündung abläuft, oft schon bevor ein klinischer Befund besteht: Der Nachweis einer Hypervaskularisierung in der proliferierten Gelenkschleimhaut in der Powerdoppler-Sonografie gilt als frühestes Zeichen einer noch reversiblen strukturellen Veränderung bei rheumatoider Arthritis [5, 9, 10]. Doch auch mittels der einfachen B-Mode-Sonografie können oft Befunde erhoben werden, die bei der Untersuchung noch nicht ertastet werden können, wie beispielsweise eine Schwellung der Synovia auf der palmaren Seite der Fingergelenke, kleine Gelenkergüsse sowie Tenovaginitiden.

MRT

Die Magnetresonanztomografie gilt als das sensitivste der bildgebenden Verfahren in der Diagnostik der frühen rheumatoiden Arthritis und ist in der Lage, die Struktur und Funktion von Knochen, Sehnen und Muskeln hochauflösend darzustellen. Der Nachweis eines gelenknahen Knochenmarködems in der MRT gilt neben der Darstellung der Hypervaskularisierung der Synovia in der Powerdoppler-Sonografie als das früheste Zeichen der noch reversiblen strukturellen Veränderungen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis [5, 11]. Das Rheumatoid Arthritis MRI Scoring System (RAMRIS) stellt einen standardisierten Auswertungsalgorithmus für das Ausmaß der Synovialitis und des Knochenmarködems dar, dessen Ergebnis als unabhängiger Prädiktor für den radiologischen Progress der RA gilt [11].

Limitiert wird die Methode durch den vergleichsweise hohen Untersuchungsaufwand und die oft schlechte Verfügbarkeit, sodass unter Umständen Wartezeiten auf einen Untersuchungstermin auftreten können. Zudem werden aufgrund der hohen Sensitivität auch bei Gesunden hohe Raten an Auffälligkeiten erkannt, ohne dass diese Ausdruck eines Krankheitsgeschehens sind [12, 24]. Wichtig ist daher, dass die Bilder von in der rheumatologischen Diagnostik geschulten Radiolog*innen ausgewertet werden.

Röntgen

Die dorsovolare Aufnahme beider Hände und Füße in 2 Ebenen ist wesentlicher Bestandteil der Diagnostik der RA. Liegen mindestens 3 typische erosive Veränderungen an Prädilektionsstellen von Gelenken vor, so ist dies beweisend für die Diagnose [3]. Allerdings vergehen selbst bei einem aggressiven Krankheitsverlauf im Durchschnitt 6–24 Monate nach Erkrankungsbeginn bis zum Nachweis von konventionell röntgenologisch erfassbaren Erosionen [25]. Ein unauffälliger Röntgenbefund schließt also das Vorliegen einer frühen RA keinesfalls aus.

Skelettszintigrafie

Die Mehrphasen-Skelettszintigrafie mit ^{99}mTc-Diphosphonaten ist ein nuklearmedizinisches bildgebendes Verfahren, das nach intravenöser Gabe des Tracers vermehrte Osteoblastenaktivität, also Knochenumbau als Mehrspeicherung in den entsprechenden Regionen darzustellen vermag. Charakteristisch für die Entzündung ist die frühe Anreicherung in der Blutpoolphase 2 Minuten post injektionem. Die Szintigrafie hat den Vorteil, dass das gesamte Skelett in einer Untersuchung dargestellt wird. Der Nachteil ist, dass die Differenzierung zwischen entzündlich aktivierten degenerativen und primär entzündlichen Prozessen schwierig ist und im Gegensatz zum MRT Weichteile nicht abgebildet werden. Die Szintigrafie hat daher in der Frühdiagnostik der RA an Bedeutung verloren [5]. Insbesondere bei jüngeren Patient*innen, bei denen aktivierte Arthrosen die Bildinterpretation nicht erschweren, kann sie aber nach wie vor eine wichtige diagnostische Maßnahme sein.

Die Bedeutung der Frühdiagnose für die Versorgung der Patienten mit RA

Das Ziel der Behandlung der RA ist die Remission, da deren Erreichen wesentlich die Prognose der Erkrankung beeinflusst [14]. Ob eine Remission erreicht wird hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ein gut belegter Prädiktor für das Erreichen einer Remission ist dabei der Zeitpunkt des Therapiebeginns. In einer Beobachtungsstudie wurden 481 Patienten mit RA ab Diagnosestellung nachverfolgt und die Prädiktoren für das Erreichen einer (DAS)-Remission nach 12 Monaten untersucht [15]. Es fanden sich überraschenderweise keine signifikanten negativen prädiktiven Werte für sonstige bekannte Risikofaktoren eines schweren Verlaufs, wie z. B.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

▶ **Tab. 3** Übersicht verschiedener Screening-Konzepte zur Steuerung der Zuweisung zu Rheumatolog*innen.

Bezeichnung	Erstselektion	Voraussetzung	Vorteile	Potenzielle Limitierungen	Ausmaß der Vorselektion
Telefonscreening	RFA	geschultes Personal, telefonische Erreichbarkeit	individuelle Auswahl, Zugang für seltene Erkrankungen, Berücksichtigung von Vorbefunden	zeitliche Ressourcen der RFAs, Überforderung der medizinischen Urteilskraft der RFA, Diskussionen am Telefon	++
Fragebogenscreening	Patientenfragebogen (analog oder digital)	möglichst validierte Fragebögen, Personal für Auswertung	objektive Kriterien für Terminvergabe, ressourcenschonende Abläufe	Screening nur für häufige rheumatische Erkrankungen, setzt kognitive Fähigkeiten und Sprachkenntnisse der Patient*innen voraus	++
Externes Screening	geschulte primär-versorgende Ärzt*innen	Schulung von Allgemeinärzt*innen, Internist*innen und Orthopäd*innen	Auslagern des Screenings, Entlastung der rheumatologischen Ressourcen	fehlende Identifikation der zuweisenden Ärzt*innen mit knappen rheumatologischen Terminen, evtl. unrichtige Angaben	+
Kurz-(Screening)-sprechstunde mit Termin	Rheumatolog*in	ausreichend Ressourcen von Ärzt*innen und MFAs	Screening wird bereits honoriert, höhere Zufriedenheit bei Zuweiser*innen und Patient*innen, hohe Sensitivität für entzündliche Diagnose	hoher Zeitaufwand, kurze Arzttermine	–
Run-in-Sprechstunden	Rheumatolog*in			hoher Zeitaufwand, regionale Beschränkung nötig, u. U. lange Wartezeiten bei Termin, kurze Arzttermine	–

Anti-CCP-Status, Vorhandensein von radiologisch nachweisbaren Erosionen oder schlechter Funktionsstatus zum Studieneinschluss. Einen signifikanten positiven prädiktiven Wert für die Erreichung einer Remission hatten jedoch ein Symptombeginn von < 12 Wochen vor der Diagnose (very early rheumatoid arthritis = VERA) und DMARD-Beginn innerhalb 3 Monate nach Symptombeginn. Die Patienten hatten alle Methotrexat als erstes DMARD erhalten.

Neben der konsequenten Befolgung des Therapieprinzips des Treat-To-Target (T2T) ist also die frühe Diagnose und Therapie ein zweiter von der Ärztin/vom Arzt beeinflussbarer Faktor, der die Prognose der RA bestimmt. In 2 aktuellen Leitlinien wurden die Ziele des zeitlichen Ablaufs der Erstvorstellung neu definiert. Die neue S3-Leitlinie zur frühen rheumatoiden Arthritis [5] formuliert das Ziel, dass Patient*innen möglichst innerhalb von 2 Wochen einer Rheumatologin oder einem Rheumatologen vorgestellt werden sollte, wenn bei neu aufgetretenen Gelenkschwellungen innerhalb von 6 Wochen keine Diagnose gesichert ist. In der S2e-Leitlinie zur Behandlung der RA mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten wird gefordert, dass der Beginn einer DMARD-Therapie innerhalb von 12 Wochen nach Beschwerdebeginn erfolgen sollte [14]. Dies macht es notwendig, dass die strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden, damit alle RA-Patient*innen den frühen Zugang zur Rheumatologien/zum Rheumatologen bekommen.

Früh- und Screeningsprechstunden

In einem aktuellen Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh) wurden Standards für ambulante rheumatologische Einheiten formuliert [16]. Der rasche Zugang zur Rheumatologien/zum Rheumatologen im Falle einer frühen Arthritis und die Therapie nach den Regeln des T2T sind dabei als übergeordnete Prinzipien einer jeden rheumatologischen Einheit genannt. Die Verwirklichung der Ziele ist jedoch in Gefahr, in der Versorgungsrealität an begrenzten Ressourcen zu scheitern. Dies liegt auch daran, dass die Auswahl der Patient*innen, die zu Rheumatolog*innen überwiesen werden, oft nicht ausreichend auf entzündlich rheumatische Erkrankungen ausgerichtet ist.

Um den Zugang zu einer ausführlichen rheumatologischen Abklärung zu steuern, muss daher jede ambulante rheumatologische Einheit ein Screening-Tool nutzen [1]. Ein Goldstandard für die Methodik der Screeningsprechstunden existiert nicht. In ▶ **Tab. 3** sind verschiedene in Deutschland verwirklichte Konzepte zusammengefasst. Diese sind auch ausführlich von Benesova et al. 2019 [17] beschrieben worden. Gemeinsam ist diesen Modellen, dass – mit Ausnahme der Run-in-Sprechstunden – bereits vor der persönlichen Vorstellung bei der Rheumatologin/dem Rheumatologen Patient*innen mit entzündlichen Krankheitsbildern von denen mit nicht entzündlichen, meist degenerativen oder Schmerzstörungen, herausgefiltert werden. Dafür werden verschiedene Werkzeuge eingesetzt. In dem Konzept des Telefonscreenings sind dies die speziell geschulten RFAs [18], welche die erste Auswahl treffen. Diese spezifische Aufgabe, von der Ärztin/dem Arzt an diese delegiert, wurde gerade in einer aktuellen Stellungnahme der DGRh als der RFA zugehörig definiert [19]. Andere Konzepte setzen auf online oder analog ausgegebene Fragebogensysteme, welche durch eine strukturierte Auswertung z. B. unter Zuhilfenahme validierter Scores, die Wahrscheinlichkeit für entzündlich rheumatische Krankheitsbilder erhöhen. Auch systematisch geschulte und angeleitete nicht rheumatologische Ärztinnen und Ärzte können als Zuweisende zu Rheumatolog*innen Screeningfunktionen übernehmen. Schließlich können auch die Rheumatolog*innen selbst, entweder in terminierten Schnell- oder nicht terminierten Run-in-Sprechstunden, die Triage von Patient*innen mit entzündlichen und nicht entzündlichen Erkrankungen übernehmen. Sehr häufig haben die regional oder überregional etablierten Programme Komponenten aus verschiedenen Modellen integriert. So z. B. das Telefonscreening durch RFAs mit anschließender Terminierung der Pati-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

ent*innen in ärztliche Schnellsprechstunden oder aber die Kombination von Fragebogen- und zuweiserbasierten Systemen. Fast regelhaft zu finden sind weitere Selektionsschritte von Patient*innen in ausführlichere und kürzere Sprechstunden, je nach erwarteter Komplexität des Krankheitsbildes, sowie auch in Notfall-, Früh- und Elektivsprechstunden mit Terminwartezeiten von wenigen Tagen, Wochen bis zu Monaten. Screeningsprechstunden mit zentrumsspezifischen Kombinationen der in ▶ **Tab. 3** dargestellten Komponenten können wesentlich zu einer flächendeckenden rheumatologischen Versorgung unter Wahrung des Ziels der frühen Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen beitragen.

Diskussion

Die frühe Diagnose ist einer der wichtigsten von Ärztinnen und Ärzten beeinflussbaren Faktoren, welche die Prognose der RA bestimmen. Sie ermöglicht die frühe Therapie und hilft dadurch die Gelenkzerstörung zu verhindern. Anamnese, körperliche Untersuchung, Bildgebung und Labortests ermöglichen klinisch tätigen Rheumatolog*innen die frühe Diagnose. Dazu ist es aber notwendig, dass sich Patient*innen beim ersten Auftreten von Symptomen der aktiven Arthritis in einer rheumatologischen Einrichtung vorstellen können. Die Sicherstellung ausreichender Termine für Patient*innen mit Früharthritis braucht daher eine flächendeckende rheumatologische Versorgung, zu der auch neu erkrankte Patient*innen einen raschen Zugang erhalten.

Der Berufsverband der deutschen Rheumatologen (BDRh) hat daher in einem Positionspapier [23] definiert, dass der rasche Zugang zu Rheumatolog*innen im Falle einer frühen Arthritis und die Therapie nach den Regeln des Treat-to-Target-Prinzips die wichtigsten Grundregeln sind, auf die die organisatorischen und personellen Ressourcen einer ambulanten Einheit ausgerichtet sein sollen.

Unsere Übersicht spannt den Bogen von der frühen und korrekten Einordnung neu aufgetretener Gelenkschmerzen über die rasche Anbindung an eine rheumatologisch-fachärztliche Versorgung durch Früh- und Screeningsprechstunden.

Interessenkonflikt

MC: kein Interessenkonflikt

CF: Beraterhonorare von AbbVie, AstraZeneca, Ablynx, BMS, Celgene, Celltrion, Gilead, Janssen, Lilly, MSD, Medac, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, UCB

Literatur

[1] van Nies JA, Tsonaka R, Gaujoux-Viala C et al. Evaluating relationships between symptom duration and persistence of rheumatoid arthritis: Does a window of opportunity exist? Results on the leiden early arthritis clinic and espoir cohorts. Annals of the rheumatic diseases 2015; 74: 806–812

[2] Albrecht K, Huscher D, Eidner T et al. Medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis 2014: Aktuelle Daten der deutschen kooperativen Rheumazentren. Z Rheumatol 2017; 76: 50–57

[3] Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2010; 69: 1580–1588

[4] Arnett FC, Edworthy, SM, Bloch DA et al. The american rheumatism association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism 1988; 31: 315–324

[5] Schneider M, Baseler G, Funken O et al. Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Interdisziplinäre Leitlinie. Z Rheumatol 2020; 79: 1–38. doi: 10.1007/s00393-020-00775-6

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

[6] van Steenbergen HW, Aletaha D, Beaart-van de Voorde LJJ, et al. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases 2017; 76: 491–496

[7] Visser H, le Cessie S, Vos K et al. How to diagnose rheumatoid arthritis early: A prediction model for persistent (erosive) arthritis. Arthritis and rheumatism 2002; 46: 357–365

[8] Avouac J, Gossec L, Dougados M. Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. Ann Rheum Dis 2006; 65(7): 845–851

[9] Joshua F, Edmonds J, Lassere M. Power doppler ultrasound in musculoskeletal disease: a systematic review. Semin Arthritis Rheum 2006; 36: 99–108

[10] Strunk J, Backhaus M, Schmidt W, Kellner H. Color doppler sonography for investigation of peripheral joints and ligaments. Z Rheumatol 2010; 69: 164–170

[11] Baker JF, Ostergaard M, Emery P et al. Early mri measures independently predict 1-year and 2-year radiographic progression in rheumatoid arthritis: Secondary analysis from a large clinical trial. Ann Rheum Dis 2014; 73(11): 1968

[12] Mangnus L, Schoones JW, van der Helm-van Mil AHM. What is the prevalence of MRI-detected inflammation and erosions in small joints in the general population? A collation and analysis of published data. RMD Open 2015; 1:e000005. doi: 10.1136/rmdopen-2014-000005

[13] Sanmartí R, Gómez-Centeno A, Ercilla G et al. Prognostic factors of radiographic progression in early rheumatoid arthritis: A two year prospective study after a structured therapeutic strategy using dmards and very low doses of glucocorticoids. Clinical rheumatology 2007; 26: 1111–1118

[14] Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al. S2e-Leitlinie: Behandlung der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. Z Rheumatol 2018; 77(Suppl 2): 35–53

[15] Gremese E, Salaffi F, Bosello SL et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicenter real life prospective study. Ann Rheum Dis 2013; 72: 858–862

[16] Fiehn C, Baraliakos X, Edelmann E et al.. Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh) Z Rheumatol 2020; 79: 770–779

[17] Benesova K, Lorenz HM, Lion V et al. Früh- und Screeningsprechstunden: ein notwendiger Weg zur besseren Frühversorgung in der internistischen Rheumatologie? Rheumatologische Früh- und Screeningsprechstundenmodelle in Deutschland. Z Rheumatol 2019; 78: 722–742

[18] Schuch F, Kern P, Kreher G et al. Das Curriculum „Rheumatologische Fachassistenz DGRh-BDRh“ als Weg der Professionalisierung medizinischer Assistenzberufe – Konzept und Ergebnisse einer Evaluation. Z Rheumatol 2011; 70(8): 670–677

[19] Krause A, Schuch F, Braun J et al. Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie. Z. Rheumatol 2020; 79(Suppl) 2: 47–48

[20] Boers M. Understanding the window of opportunity concept in early rheumatoid arthritis. Arthritis and rheumatism 2003; 48: 1771–1774

[21] O'Dell JR. Treating rheumatoid arthritis early: A window of opportunity? Arthritis and rheumatism 2002; 46: 283–285

[22] Albrecht K, Huscher D, Eidner T et al. Versorgung der rheumatoiden Arthritis 2014. Z Rheumatol 2017; 76, 50–57

[23] Fiehn C, Baraliakos X, Edelmann E et al.. Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh) Z Rheumatol 2020; 79: 770–779

[24] Combe B, Landewe R, Daien CI et al. 2016 update of the eular recommendations for the management of early arthritis. Annals of the rheumatic diseases 2017; 76: 948–959

[25] Sanmartí R, Gómez-Centeno A, Ercilla G et al. Prognostic factors of radiographic progression in early rheumatoid arthritis: A two year prospective study after a structured therapeutic strategy using dmards and very low doses of glucocorticoids. Clinical rheumatology 2007; 26: 1111–1118

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung