

Z Rheumatol 2018 · 77:844–849
<https://doi.org/10.1007/s00393-018-0540-4>
 Online publiziert: 25. September 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Redaktion

E. Edelmann, Bad Aibling
 W. Graninger, Graz
 W. Mau, Halle/Saale
 P.M. Villiger, Bern



CrossMark

A. Voigt · E. Seipelt · H. Bastian · A. Juche · A. Krause

Standort Berlin Buch, Immanuel Krankenhaus Berlin, Berlin, Deutschland

Verbesserte Frühdiagnostik rheumatischer Erkrankungen

Monozentrische Erfahrungen mit einer offenen fachärztlich rheumatologischen Sprechstunde

Entzündlich rheumatische Erkrankungen sind mit einer erheblichen Morbidität und Mortalität verbunden. Ohne effektive Langzeittherapie verlaufen viele Erkrankungen chronisch progredient und führen zu irreversiblen Veränderungen mit anhaltenden Funktionseinschränkungen und Organschäden. Die frühe Diagnosestellung und Einleitung einer effektiven entzündungshemmenden oder immunsuppressiven Behandlung sind daher für den Langzeitverlauf der Erkrankung und den Therapieerfolg besonders wichtig. Die Leitlinien und Empfehlungen zum Management z. B. der rheumatoiden Arthritis und der Spondyloarthritiden fordern daher auch eine möglichst frühe Krankheitserkennung und die sofortige Einleitung einer medikamentösen Basistherapie nach Diagnosestellung [3, 7].

In diesem Zusammenhang wird auch häufig von einem „window of opportunity“ gesprochen, um so bildlich den engen zeitlichen Korridor zwischen Beginn einer rheumatischen Erkrankung und der Chance auf eine vollständige Kontrolle der Krankheitsmanifestation vor Eintreten irreversibler Veränderungen zu beschreiben.

Leider vergehen aber in der Regel viele Monate, bis bei Patienten mit rheumatischen Symptomen die Diagnose gestellt und eine den Krankheitsverlauf modifizierende Therapie eingeleitet wird. Während die S3-Leitlinie zum Management der frühen rheumatoiden Arthritis eine fachärztliche rheumatologische Diagnostik nach 6-wöchiger Symptombdauer

und die Einleitung einer Basistherapie innerhalb der ersten 3 Erkrankungsmonate empfiehlt [3], vergehen immer noch zwischen 0,7 und 1,5 Jahre von Symptombeginn bis zur Diagnosestellung. Die diagnostische Latenz ist nach Daten der Kerndokumentation aus dem Jahr 2015 für andere rheumatische Erkrankungen noch deutlich länger und beträgt bei der Psoriasisarthritis 1,2 Jahre (Median 2,7), bei der Spondyloarthritis 4,6 Jahre (Median 1,3) und bei dem systemischen Lupus erythematodes 3,7 Jahre (Median 2,7) [1].

Ein entscheidender Faktor ist die zu geringe Zahl von Rheumatologen in Deutschland, die derzeit unter 800 liegt. Laut Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie werden derzeit 1350 Rheumatologen gebraucht, wobei in dieser Berechnung ein erheblicher Zeitbedarf für die Abklärung von Symptomen einfließt, die letztlich nicht auf eine rheumatische Erkrankung zurückzuführen sind [8].

Da eine Erhöhung der Zahl an ausgebildeten Rheumatologen kurzfristig nicht erreichbar ist, wäre ein Weg zur Verbesserung der rheumatologischen Versorgung die effektivere Nutzung der zur Verfügung stehenden internistisch rheumatologischen Kapazität über eine Vorselektion der Patienten, um nur diejenigen mit begründetem Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung einer weiteren fachärztlich rheumatologischen Frühdiagnostik zuzuweisen.

So gibt es verschiedene Modelle, wie Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit

einfach auf eine rheumatische Erkrankung hin identifiziert werden sollen. Hierzu gehören u. a. telefonische Vorgespräche, Anmeldung der Patienten per Fax mit Nennung wichtiger klinischer und laborchemischer Parameter und der Aufbau von Netzwerken mit Schulung potenzieller Zuweiser. Die bisherigen Bemühungen waren aber nur teilweise erfolgreich und gehen trotz Verkürzung diagnostischer Latenzzeiten zwischen frühdiagnostischem Anspruch und Wirklichkeit in den letzten Jahren noch Monate bis Jahre auseinander.

In der vorliegenden Studie sollte daher untersucht werden, ob es mit einer offenen rheumatologischen Sprechstunde („walk-in-Sprechstunde“) gelingt, mehr Patienten mit frühen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kurz nach Symptombeginn zu identifizieren und einer raschen fachärztlichen Behandlung zuzuführen.

Methoden

Die Studie wurde monozentrisch in der rheumatologischen Ambulanz des Immanuel Krankenhauses Berlin am Standort Berlin-Buch durchgeführt. Hierbei handelt es sich um eine sog. Dispensaire-Ambulanz nach § 311 SGB V, eine organisatorisch einem medizinischen Versorgungszentrum vergleichbare Einrichtung mit 3,0 rheumatologischen Facharztstellen, in der ca. 4000 Patienten pro Quartal versorgt werden. Bis 2015 erfolgte die Anmeldung von Patienten, die nach Auffassung der behandelnden Ärzte

Tab. 1 Charakteristika der Patienten

Parameter	Ergebnis
Alter (Mittelwert in Jahren)	
Männer	55,0
Frauen	53,1
Geschlecht (n, %)	
Männlich	422 (33 %)
Weiblich	840 (67 %)
Herkunft (n; %)	
Berlin	630 (50 %)
Brandenburg	620 (49 %)
Andere Bundesländer/ Ausland	12 (1 %)

einen baldigen rheumatologischen Untersuchungstermin brauchten, entweder direkt telefonisch oder mit einem Fax-Formular für die sog. rheumatologische Akutsprechstunde, das über die Homepage der Klinik herunterzuladen war. In dem Formular wurden einige Symptome und Befunde abgefragt, die aus der klinischen Erfahrung heraus Hinweise auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung geben. Das Verfahren erwies sich als unzureichend, u. a. da die Telefonate die Abläufe in der Ambulanz störten und die Verarbeitung der Fax-Anmeldungen zu zeitaufwendig war. Zudem waren die Kapazitäten für Neuvorstellungen rasch erschöpft, was wiederum mehrwöchige Wartezeiten zur Folge hatte.

Daher wurde zunächst als zusätzliches, seit 2015 ausschließliches frühdiagnostisches Angebot eine offene rheumatologische Sprechstunde eingerichtet.

Diese soll dazu dienen, im Rahmen einer kurzen rheumatologischen Untersuchung zu entscheiden, ob eine entzündlich rheumatische Erkrankung vorliegt und, wenn ja, direkt und je nach Dringlichkeit die weitere rheumatologische Diagnostik und Therapie zu veranlassen.

Patienten mit Hinweisen auf eine rheumatische Erkrankung können sich jeden Dienstag zwischen 8:30 Uhr und 9:30 Uhr mit einer Überweisung des Primärarztes in der Fachambulanz vorstellen. Vorherige Anrufe von Überweisern und Patienten sind nicht erforderlich und nicht gewünscht, da ein niedrigschwelliges, mit möglichst wenig Aufwand verbundenes Versorgungsangebot angestrebt wird. Die Patienten

Tab. 2 Auflistung der am häufigsten gestellten Diagnosen und Anzahl der Patienten

Diagnose	Anzahl der Patienten
Seronegative chronische Polyarthrit	107
Seropositive rheumatoide Arthritis	80
Spondyloarthritis	81
Polymyalgia rheumatica	67
Kollagenosen	54
Gichtarthritis	35
Psoriasisarthritis	37
Riesenzellarteriitis	11
Löfgren-Syndrom/ Sarkoidose	21
Granulomatose mit Polyangiitis	5
Morbus Behçet	6

sollten allerdings mindestens eins der nachfolgenden klinischen oder immunologischen Kriterien erfüllen, die eine rheumatische Erkrankung vermuten lassen:

1. Erhöhung des C-reaktiven Proteins (CRP),
2. positive Rheumafaktoren (RF), Antikörper gegen cyclisch citrullinierte Peptide (Anti CCP-Antikörper) oder antinukleäre Antikörper (ANA),
3. Gelenkschmerzen oder Rückenschmerzen seit mehr als 3 Monaten,
4. Gelenkschwellung,
5. unklares Fieber,
6. akute Myalgien mit oder ohne Kopfschmerzen unklarer Ursache.

Die Kriterien wurden auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen in einer Gruppe von 6 erfahrenen Rheumatologen konsentiert. Die Evaluation der prädiktiven Werte dieser Einschlusskriterien ist Teil dieses Projektes.

An diesem Sprechstundenprojekt sind 2 erfahrene Rheumatologen und 4 speziell eingewiesene rheumatologische Fachassistentinnen (RFA) beteiligt. Die Zahl der zeitgleich in einer Sprechstunde eingesetzten Mitarbeiter betrug je nach Bedarf 1 oder 2 Rheumatologen und maximal 2 RFAs. Bei der Anmeldung erhalten alle Patienten einen Anamnesebogen und ein Informationsschreiben, in dem darauf hingewiesen wird, dass

die Konsultation den Charakter einer Sichtungssprechstunde hat, um eine frühe Diagnose zu stellen und die weitere Versorgung festzulegen.

Idealerweise führt die Fachassistentin das Erstgespräch durch, sichtet die mitgebrachten Befunde und den Anamnesebogen und erstellt einen Gelenkstatus. Im Anschluss folgen ein ärztliches Gespräch und eine problemorientierte rheumatologische Untersuchung. Nach diesem ca. 10-minütigen Kontakt wird die ärztliche Einschätzung getroffen, ob der Patient an einer rheumatischen Systemerkrankung leidet und ggf. weitere Maßnahmen eingeleitet werden müssen oder nicht. Es folgen die schriftliche Dokumentation in einer elektronischen Ambulanzakte und die Erstellung eines Arztbriefes mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Die regelmäßig zuweisenden Ärzte wurden über dieses neue Sprechstundenangebot zur Frühdiagnostik einschließlich Eingangskriterien per Post informiert. Zudem wurde die offene Sprechstunde auf Fortbildungsveranstaltungen im Raum Berlin-Brandenburg vorgestellt.

Ergebnisse

Ausgewertet wurde der Zeitraum Juli 2015 bis Juni 2017.

In den ersten 24 Monaten der offenen Rheumasprechstunde wurden 1262 Patienten behandelt.

Die 422 Männer und die 840 Frauen stammten, der Stadtrandlage unserer Klinik entsprechend, etwa zur Hälfte aus Berlin und Brandenburg, vereinzelt aus anderen Bundesländern. Die Männer waren im Mittel 55,0 Jahre, die Frauen 53,1 Jahre alt (s. auch [Tab. 1](#)).

Die Überweisung erfolgte vorwiegend durch Ärzte für Allgemeinmedizin, Internisten und Orthopäden, sehr viel seltener von Ärzten anderer Disziplinen ([Abb. 1](#)).

Durchschnittlich stellten sich pro Sprechstunde 10 bis 20, maximal 25 Patienten vor.

Der durchschnittliche ärztliche Zeitaufwand pro Patient betrug für einen erfahrenen Rheumatologen am Sprechstundentag etwa 10 min. Der wöchentliche Zeitbedarf einschließlich Nacharbei-

Z Rheumatol 2018 · 77:844–849 <https://doi.org/10.1007/s00393-018-0540-4>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

A. Voigt · E. Seipelt · H. Bastian · A. Juche · A. Krause

Verbesserte Frühdiagnostik rheumatischer Erkrankungen. Monozentrische Erfahrungen mit einer offenen fachärztlich rheumatologischen Sprechstunde

Zusammenfassung

Ziel der Arbeit. Etablierung einer offenen rheumatologischen Sprechstunde zur Früherkennung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen und Einleitung einer weiteren Diagnostik und Therapie.

Methoden. 2015 wurde eine offene rheumatologische Sprechstunde eingerichtet, die Patienten mit Hinweisen auf eine rheumatische Erkrankung nach Überweisung durch den primär versorgenden Arzt und ohne Voranmeldung 1-mal wöchentlich aufsuchen können. Eines der folgenden Überweisungskriterien sollte erfüllt sein: CRP-Erhöhung; positive Rheumafaktoren, Anti-CCP-Antikörper oder antinukleäre Antikörper; Gelenkschmerzen oder Rückenschmerzen seit mehr als 3 Monaten; Gelenkschwellung; unklares Fieber oder akute Myalgien mit oder ohne Kopfschmerzen unklarer Ursache.

Es erfolgte die retrospektive, deskriptive Auswertung der in den ersten 2 Jahren erhobenen Daten.

Ergebnisse. Insgesamt wurden 1262 Patienten behandelt. Durchschnittlich stellten sich ca. 20 Patienten pro Sprechstunde vor. Bei knapp der Hälfte der Patienten konnte eine entzündlich rheumatische Erkrankung diagnostiziert und die weitere Versorgung unmittelbar eingeleitet werden. Die diagnostische Latenz betrug bei Patienten mit rheumatoider Arthritis 12 Wochen, bei Patienten mit Polymyalgia rheumatica 11 Wochen und bei Patienten mit Arthritis psoriatica bzw. axialer Spondyloarthritis 18 bzw. 44 Wochen. Der Zeitaufwand betrug insgesamt etwa 4–5 h pro Woche für einen erfahrenen Rheumatologen und eine rheumatologische Fachassistentin.

Schlussfolgerung. Durch die offene rheumatologische Sprechstunde konnte ein niedrighschwelliges Versorgungsangebot zur Frühdiagnostik rheumatischer Erkrankungen etabliert werden. Hierdurch wurde die diagnostische Latenzzeit für zahlreiche rheumatische Erkrankungen erheblich verkürzt. Die Kooperation mit niedergelassenen Rheumatologen gewährleistet die fachärztlich rheumatologische Weiterversorgung der identifizierten Patienten im frühen Stadium ihrer Erkrankung.

Schlüsselwörter

Walk-in-Sprechstunde · Frühdiagnostik · Window of opportunity · Entzündlich rheumatische Erkrankung · Akutsprechstunde

Improved early diagnostics of rheumatic diseases. Monocentric experiences with an open rheumatological specialist consultation

Abstract

Aim of the project. To establish an open rheumatological outpatient consultation service for early diagnosis of inflammatory rheumatic diseases and initiation of further diagnostics and treatment.

Methods. In 2015 an open consultation service was initiated for patients with signs of an early rheumatic disease after referral by primary care physicians. Patients could attend once a week without the need for a prior appointment if they fulfilled at least one of the following criteria: positive rheumatoid factor, increased CRP, anti-CCP antibody or antinuclear antibody, joint pain or back pain for over 3 months, swollen joints, fever of unknown origin or acute muscle pain with or without headache of unknown origin. This

article presents the results of the retrospective descriptive data analysis of the first 2 years of this project.

Results. A total of 1262 patients were treated with an average of approximately 20 patients per consultation. In nearly half of the patients an inflammatory rheumatological disease could be diagnosed and immediate diagnostic and treatment measures could be initiated. The diagnostic delay for patients with rheumatoid arthritis was 12 weeks, for patients with polymyalgia rheumatica 11 weeks and for patients with psoriatic arthritis or axial spondylarthritis 18 and 44 weeks, respectively. The time expenditure was a total of 4–5 h per week for an experienced rheumatologist and a specialized rheumatology nurse.

Conclusion. Through this open rheumatological outpatient consultation a low threshold opportunity for the early diagnosis of rheumatologic diseases could be established. The diagnostic delay for many rheumatological diseases could be considerably shortened. Cooperation with rheumatologists in private practice guaranteed the subsequent specialized rheumatological care of the identified patients in the early stages of their illness.

Keywords

Outpatient consultation service · Early diagnostics · Window of opportunity · Inflammatory rheumatic disease · Acute consultation service

ten wie Befundauswertung, erneute Berichterstattung, Organisation der Weiterversorgung und das Abhalten der Sprechstunde selbst betrug ärztlicherseits wöchentlich 3–4 h für den Rheumatologen und etwa 1 h für die RFA. In aller Regel waren 1 Rheumatologe und 1 RFA ausreichend, um die sich akut vorstellenden Patienten zu versorgen, nur selten mussten aufgrund von hohen Patienten-

zahlen weitere Mitarbeiter hinzugezogen werden.

748 Patienten (59,3 %) brachten bereits Blutergebnisse mit. Bei 836 Patienten (66,2 %) wurden Blutentnahmen für die erstmalige oder ergänzende Laboranalyse veranlasst. Eine unmittelbare apparative Diagnostik (Röntgen, Sonographie) war nur in Ausnahmefällen erforderlich.

Bei 615 (48,7 %), somit knapp bei der Hälfte der Patienten konnte direkt in der Sprechstunde eine entzündlich rheumatische Erkrankung diagnostiziert werden.

Am häufigsten litten die Patienten unter einer rheumatoiden Arthritis oder einer Spondyloarthritis, aber auch Polymyalgia rheumatica mit und ohne begleitende Riesenzellarteriitis, Arthritis

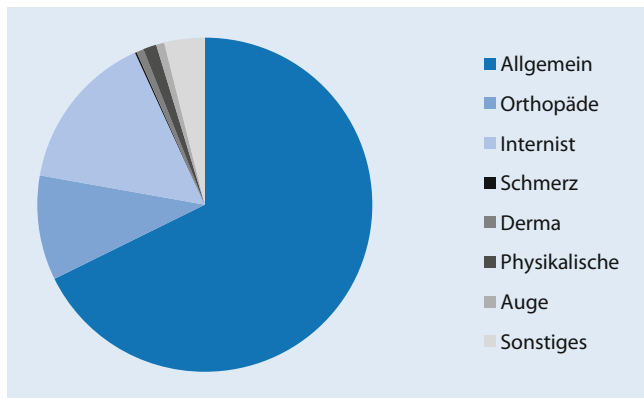


Abb. 1 ◀ Aufteilung der Zuweiser nach Fachrichtung

psoriatica und Gicht waren unter den primär am häufigsten gestellten Diagnosen (■ **Tab. 2**). Darüber hinaus konnten, im Rahmen einer weiteren ambulanten oder stationären Behandlung, seltenere rheumatische Erkrankungen wie Morbus Whipple, Sweet-Syndrom, chronisch rekurrende multifokale Osteomyelitis, rheumatisches Fieber, Morbus Still und Polychondritis diagnostiziert werden. Zudem kamen infektiöse Ursachen wie Mykobakterien, Parvovirus-B19-Infektionen, septische Arthritiden und auch Spontanfrakturen vor. Insgesamt umfasste das Diagnosespektrum 65 verschiedene Erkrankungen.

162 Patienten (12,8%) erfüllten die Zugangskriterien zur offenen Sprechstunde, indem sie Autoantikörper aufwiesen oder HLA-B27 positiv waren (ANA: $n=79$, Rheumafaktoren/Anti-CCP-Antikörper: $n=49$, HLA-B27: $n=34$), jedoch ohne dass eine hiermit assoziierte rheumatische Erkrankung bestand.

Trotz der Beachtung der Eingangskriterien war der Anteil an Patienten mit nichtentzündlichen Erkrankungen relativ hoch. So litten 155 Patienten (12,2%) an einer chronischen Schmerzkrankung bzw. an einem Fibromyalgiesyndrom und 120 (9,5%) unter einer Polyarthrose. Zudem stellten sich auch vereinzelt Patienten mit bereits diagnostizierter rheumatischer Erkrankung zur Einholung einer Zweitmeinung vor.

Die Latenz zwischen Auftreten der Symptome und Vorstellung in der offenen Sprechstunde ist für die häufigsten Diagnosen in ■ **Tab. 3** aufgeführt. Es dauerte durchschnittlich 12 Wochen, bis eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert

werden konnte, wobei die Hälfte der Patienten höchstens 8 Wochen gewartet hat, bis sie sich bei uns vorstellten.

Etwas schneller wurden Patienten mit Polymyalgia rheumatica zugewiesen, während Patienten mit Arthritis psoriatica zum Zeitpunkt der Erstvorstellung durchschnittlich einen Monat länger erkrankt waren. Am längsten litten Patienten mit einer Spondylarthritiden unter Beschwerden, in dieser Gruppe betrug die Symptombdauer über 40 Wochen bis zur Diagnosestellung.

Bei 149 Patienten (11,8%) waren noch ein oder mehrere Wiedervorstellungen bei einem Rheumatologen notwendig, bevor eine abschließende Beurteilung möglich war. Bei 204 (16,1%) wurden Nachberichte und Abschlussberichte verfasst, in denen die ergänzende Diagnostik ausgewertet wurde (Blutwerte, Ultraschall/MRT/Röntgen). 45 Patienten wurde bei nicht ganz sicherem Ausschluss einer rheumatischen Systemerkrankung ein E-Mail-Kontakt angeboten, wenn es zur Verschlechterung des Zustandes kommen sollte.

278 Patienten (22%) wurden aufgrund der Schwere der Erkrankung oder bei unklarem entzündlichem Krankheitsbild trotz umfangreicher Vordiagnostik akut stationär aufgenommen. 292 (23%, meist schwer betroffene) Patienten werden von uns ambulant weiter betreut. 42 Patienten wurde eine weitere Betreuung bei uns angeboten, dieses Angebot aber nicht angenommen.

Allen anderen Patienten mit neu diagnostizierter rheumatischer Erkrankung wurde empfohlen, sich wohnortnah einem Rheumatologen vorzustellen. Hierzu gab es vor Etablierung der offenen

Sprechstunde mündliche Verabredungen mit einigen kooperierenden Rheumatologen.

Die Einleitung einer antientzündlichen Therapie wurde durch uns bei bestehender Indikation sofort begonnen, entweder in der ersten Sitzung oder während der stationären Behandlung. Als Beispiel sei erwähnt, dass bei 102 Patienten mit rheumatoider Arthritis unmittelbar eine DMARD-Therapie („disease-modifying anti-rheumatic drug“) begonnen wurde.

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass es mithilfe einer offenen rheumatologischen Sprechstunde möglich ist, mehr Patienten einer raschen rheumatologischen Diagnostik zuzuführen und die diagnostische Latenzzeit zwischen Auftreten erster rheumatischer Symptome und Diagnosestellung bzw. Einleitung einer effektiven Therapie entscheidend zu verkürzen. Mithilfe weniger einfacher Zugangskriterien erfolgt bereits eine effektive Vorselektion, sodass unter den zugewiesenen Patienten der Anteil derer mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung bei fast 50% lag. Zudem konnte durch die Zugangsbedingungen in dem hier vorliegenden Setting eine quantitative Überlastung der offenen Sprechstunde verhindert werden. Der Anteil der Patienten, die die vorab gewählten Eingangskriterien nicht erfüllen, war mit knapp 40% allerdings relativ hoch; hier besteht die Möglichkeit, durch striktere Zugangsbedingungen den Anteil an Patienten mit rheumatischer Erkrankung noch zu erhöhen. Die Anbindung an eine rheumatologische Akutklinik und der vorherige Aufbau eines Netzwerkes mit niedergelassenen Rheumatologen garantieren die nahtlose rheumatologische Weiterbehandlung der in der offenen Sprechstunde identifizierten Rheumapatienten.

Unsere Ergebnisse bestätigen somit die Erfahrung anderer Autoren. So berichteten Sander et al. über ähnliche Erfahrungen mit einer offenen Sprechstunde und dass Patienten mit rheumatoider Arthritis nach im Median 2 Monaten ei-

Tab. 3 Bestimmung der Symptombdauer bei den häufigsten rheumatischen Erkrankungen. Latenz zwischen Auftreten erster rheumatischer Symptome und Diagnosestellung in der offenen Sprechstunde

Diagnose	Durchschnittliche Symptombdauer vor Diagnosestellung (in Wochen)	Median (in Wochen)
Seronegative rheumatoide Arthritis	12,0	8
Seropositive rheumatoide Arthritis ^a	11,8	8
Polymyalgia rheumatica	10,9	6
Gichtarthritis	6,8	4
Löfgren-Syndrom	4,6	4
Psoriasisarthritis	17,9	12
Axiale Spondyloarthritis	43,7	24

^aRF und/oder Anti-CCP-Ak positiv

ne medikamentöse Behandlung erhielten [5].

Da sich Patienten mit neu aufgetretenen Beschwerden in der Regel zunächst beim Hausarzt, im Falle von Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates auch beim Orthopäden vorstellen, liegt der Schlüssel zur frühen Diagnose in der Identifikation von Patienten mit möglichen rheumatischen Erkrankungen in den Händen der primär versorgenden Ärzte. Eine Verbesserung der Versorgung könnte also durch Schulungen der Primärversorger oder durch Bereitstellung von Selektionskriterien erreicht werden. An entsprechenden Versuchen hat es nicht gefehlt. Seit Jahren werden Frühsymptome verschiedener rheumatischer Erkrankungen oder wegweisende Symptome mit hohem prädiktivem Wert (z. B. Kriterien für entzündlichen Rückenschmerz) zur Frühdiagnose publiziert [2, 4].

Viele Rheumapraxen bieten heute Akutsprechstunden an, meist sind diese ebenfalls an Zuweisungskriterien gekoppelt. Die Wartezeiten betragen trotzdem oftmals mehrere Monate [6]. Der Erfolg dieser Maßnahmen ist also begrenzt, wie sich an den immer noch zu langen diagnostischen Latenzzeiten zeigt, da die Hinweise entweder von den Zielgruppen nicht wahrgenommen oder nicht angewendet werden und da solche Kriterien ohne Bereitstellung einer daran geknüpften ambulanten Versorgungsstruktur nicht ausreichend funktionieren. In dem durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Rheu-

ma-VOR-Projekt (www.rheuma-vor.de) soll daher nun ein Netzwerk für die „Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation“ aufgebaut werden, u. a. mit dem Ziel der früheren und gezielteren Zuweisung zum Rheumatologen. Hierbei werden kooperierenden Hausärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Orthopäden u. a. Faxformulare zur Verfügung gestellt, die Kriterien zur Identifikation von Patienten mit rheumatoider Arthritis, Spondyloarthritis und Psoriasisarthritis enthalten und nach denen eine Terminvergabe bei Rheumatologen erfolgt. Nachteile dieses Projektes sind der relativ große organisatorische Aufwand und die Verwendung diagnosebezogener Fragebögen. Aus diesem wissenschaftlichen Projekt werden sicher viele wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Versorgung von Rheumapatienten verbessert werden kann.

Nach eigenen, mehr oder weniger erfolglosen Versuchen, eine Vorselektion der Patienten durch Faxformulare oder telefonische Rücksprache mit den Zuweisern zu erreichen (zuletzt lag der Anteil von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in unserer Praxis bei unter 20 %), wurden in der vorliegenden Studie die Zugangskriterien zur Rheumasprechstunde noch einmal deutlich vereinfacht und die weitere Selektion der Patienten durch den Rheumatologen in der offenen Selektionssprechstunde unter Einbeziehung rheumatologischer Fachassistenten durchgeführt. Nach der vorliegenden ersten Auswertung erwies sich die Vorgehensweise als erfolgreich. Die

Durchführbarkeit ist aber an gewisse Bedingungen geknüpft. Die Sprechstunde kann in dem knappen zeitlichen Rahmen sicher nur von erfahrenen Rheumatologen durchgeführt werden. So hat eine interne Auswertung ergeben, dass jüngere Fachärzte deutlich mehr Zeit benötigen als die Kollegen, die mehr als 10 Jahre rheumatologisch tätig sind. Um die wechselnde Zahl von Patienten bewältigen zu können, müssen im Bedarfsfall zusätzlich Rheumatologen und Fachassistenten hinzugezogen werden können; die offene Sprechstunde kann somit am besten in einer rheumatologischen Gemeinschaftspraxis oder Klinikambulanz etabliert werden. Eine der größten Herausforderungen ist die Gewährleistung einer lückenlosen Weiterversorgung der Patienten, nachdem eine Rheumadiagnose gestellt oder mindestens sehr wahrscheinlich gemacht wurde. Hierzu bedarf es der Zusammenarbeit mit einer Rheumaklinik für die schwer kranken Patienten und mit Rheumapraxen für die ambulante Weiterbehandlung. Letztlich übernimmt unsere offene Sprechstunde die Vordiagnostik für die kooperierenden Rheumapraxen, wovon diese ebenfalls profitieren.

In der Fortsetzung des Projektes wird es nun darum gehen, die Zuweisungskriterien zu überarbeiten, um den Anteil von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen schon im Vorfeld zu erhöhen. Danach ist eine Informationskampagne für die zuweisenden Ärzte geplant, um die Zusammenarbeit weiter zu verbessern. Durch eine Nachbefragung der Patienten und der weiter betreuenden Ärzte soll herausgefunden werden, wie hoch der Anteil der in der Sprechstunde richtig gestellten Diagnosen liegt und inwieweit die veranlassten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen adäquat waren. Weitere detaillierte Datenanalysen sollen zur Identifikation von Prognosefaktoren führen. Diese Daten werden als Grundlage für die weitere Verbesserung der Frühversorgung von Rheumapatienten dienen.

Zusammenfassend konnte an einem großen Rheumazentrum eine offene rheumatologische Selektionssprechstunde zur Frühdiagnostik rheumatischer Erkrankungen erfolgreich etabliert wer-

den. Durch einfache Zugangskriterien und persönliche Information der zuweisenden Ärzte wurde ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot geschaffen. Der Anteil der Patienten mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung lag bei annähernd 50%. Die diagnostische Latenzzeit konnte im Vergleich zu Literaturangaben für zahlreiche Erkrankungen einschließlich rheumatoider Arthritis und Spondyloarthritis deutlich verkürzt werden. Durch das Rheumazentrum und kooperierende niedergelassene Rheumatologen wurde die lückenlose fachärztliche Weiterbehandlung der Patienten gewährleistet.

Eine offene rheumatologische Sprechstunde trägt somit wesentlich zur Frühdiagnostik rheumatischer Erkrankungen und zur Verbesserung der Versorgung von Rheumapatienten bei.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Voigt

Standort Berlin Buch, Immanuel Krankenhaus Berlin
Lindenberger Weg 19, 13125 Berlin, Deutschland
a.voigt@immanuel.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Voigt, E. Seipelt, H. Bastian, A. Juche und A. Krause geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Albrecht K, Huscher D, Eidner T, Kleinert S, Späthling-Mestekemper S, Bischoff S, Zink A (2017) Medical treatment of rheumatoid arthritis in 2014: current data from the German Collaborative Arthritis Centers. *Z Rheumatol* 76:50–57
2. Arnbak B, Hendricks O, Hørslev-Petersen K, Jurik AG, Pedersen SJ, Østergaard M, Hermansen LT, Loft AG, Jensen TS, Manniche C (2016) The discriminative value of inflammatory back pain in patients with persistent low back pain. *Scand J Rheumatol* 45:321–328
3. Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, Bakkers M, Brodin N, Burmester GR, Codreanu C, Conway R, Dougados M, Emery P, Ferraccioli G, Fonseca J, Raza K, Silva-Fernández L, Smolen JS, Skingle D, Szekanecz Z, Kvien TK, van der Helm-van Mil A, van Vollenhoven R (2017) 2016 update of the EULAR recommendations for

the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis* 76:948–959

4. Kiltz U, Rudwaleit M, Sieper J, Braun J (2017) Evidence-based recommendations on diagnostics and therapy of axial spondyloarthritis: S3 guidelines of the German Society of Rheumatology (DGRh) in cooperation with the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF). *Z Rheumatol* 76:111–117
5. Lenzen-Schulte M (2016) Früharthritis-Sprechstunde: Freier Zugang zum Facharzt. *Dtsch Arztebl* 113:A-2248
6. Eppinger U (2016) Früharthritis-Sprechstunden sichern eine frühzeitige Diagnose – und verkürzen die Krankheitsdauer signifikant. *Medscape*. <https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4905266>. Zugegriffen: 14.05.2018
7. Raza K, Saber TP, Kvien TK, Tak PP, Gerlag DM (2012) Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 71:1921–1923
8. Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, Krause D, Lakomek HJ, Mau W, Müller-Ladner U, Rautenstrauch J, Specker C, Schneider M (2017) Memorandum of the German Society for Rheumatology on the quality of treatment in rheumatology—update 2016. *Z Rheumatol* 76:195–207

Lesetipp

Neurowissenschaften: Interdisziplinäre Herausforderungen



Moderne Neuromedizin und Neurowissenschaft ist nur im Kontext einer intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit denkbar. Die Notwendigkeit einer

strukturierten Interaktion zwischen den benachbarten Fächern zeigt sich an der aktuellen Diskussion zu den Themen Translation und Transition, sowie an der Förderung interdisziplinärer klinischer und wissenschaftlicher Zentrums- und Netzwerkstrukturen auf nationaler und europäischer Ebene.

Die Beiträge in *Der Nervenarzt* 10/2018, der DGN-Kongressausgabe, illustrieren die Vielfalt der interdisziplinären Schnittstellen in der Neuromedizin sowie die spezifischen Herausforderungen und Chancen einer strukturierten Zusammenarbeit der benachbarten Fächer.

- Tauopathien
- Neuroimmunologie und Rheumatologie
- Neurootologie: Grenzfälle zwischen Ohr und Gehirn
- Hereditäre neuromuskuläre Erkrankungen
- Herausforderung Transition
- Kinderneurologie: Neuronale Plastizität und Neuromodulation

Suchen Sie noch mehr zum Thema?

Mit e.Med – den maßgeschneiderten Fortbildungsabos von Springer Medizin – haben Sie Zugriff auf alle Inhalte von SpringerMedizin.de. Sie können schnell und komfortabel in den für Sie relevanten Zeitschriften recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

Weitere Infos zu e.Med finden Sie auf springermedizin.de unter „Abos“