

Versorgungspfad für Patienten mit früher Arthritis

Der Hausarzt (im Rahmen dieses Versorgungspfades wird auch der wegen muskulo-skelettaler Beschwerden häufig primär kontaktierte niedergelassene Orthopäde hierunter verstanden) erfüllt in der Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und Beschwerden mehrere unersetzbare Funktionen (2008):

1. Frühzeitige Identifikation und Überweisung der Patienten, die einer spezialisierten Diagnostik und/oder Therapie bedürfen.
2. Fachgerechte Versorgung von Patienten mit unspezifischen Beschwerden des Bewegungsapparates, insbesondere bei Verschleißkrankheiten oder chronischen Schmerzstörungen.
3. Mitbehandlung von Rheumapatienten, deren Versorgung vom Rheumatologen koordiniert wird, bspw. bei der Durchführung notwendiger Kontrollen einer laufenden Behandlung.
4. Erkennung und Erstversorgung von Notfällen und Komplikationen, Beratung von Patienten vor und nach Konsultationen von Spezialisten, Beobachtung und Förderung der Patientencompliance, Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen.

Zu erkennen, wer dem Rheumatologen vorgestellt werden sollte und wie dringlich dies zu erfolgen hat, ist eine wichtige Aufgabe des Hausarztes.

3.1 Zielsetzung

Der Versorgungspfad für die **frühe Arthritis** soll:

1. einen Algorithmus des diagnostischen Vorgehens bei V.a. eine frühe Arthritis anhand von klinischen Symptomen und (einfachen) Zusatzuntersuchungen in der primärärztlichen Versorgung (Hausärzte/Orthopäden) liefern,
2. Indikatoren für die Überweisung zum Spezialisten (Rheumatologen) definieren, einschließlich Kriterien zur notfallmäßigen Vorstellung und
3. Empfehlung zu einer ersten, überbrückenden Therapie geben.

3.2 Vorgehen bei Verdacht auf eine frühe Arthritis

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems können vielfältigste, auch nicht rheumatologische Ursachen haben. Entscheidend für die richtige Erkennung einer frühen Arthritis ist die Unterscheidung zwischen einer Arthritis und einer reinen Arthralgie bei z.B. degenerativen Gelenkveränderungen.

3.3 Anamnese

Anamnestische Differenzierungsmerkmale sind: die Dauer, seit wann eine Gelenkschwellung (nicht nur Gelenkschmerzen) besteht, ob diese undulierend verläuft, nur eines, wenige oder viele Gelenke betrifft, ob sie im Anschluss an ein Trauma und ob sie spontan oder nur nach (übermäßiger) Belastung aufgetreten ist.

Hinweis für eine entzündliche Genese ist eine Morgensteifigkeit von mehr als 60 Minuten Dauer.

3.4 Problemorientierte Untersuchung

Auch wenn nur ein einzelnes Gelenk als betroffen geschildert wird, sollte auf Pathologika anderer Gelenke oder anderer Organsysteme (z.B. der Haut) geachtet werden, weil über solche Befunde die Einordnung des Krankheitsbildes erleichtert wird.

Typisch für eine Arthritis ist eine palpable, weiche, »elastische« Schwellung eines Gelenkes, die durch Erguss und/oder entzündliche Verdickung der Gelenkschleimhaut (Synovitis, Synovialitis) bedingt ist, begleitet von Schmerzen und Gelenksteife (Combe 2007).

3.5 Ergänzende Diagnostik

Bei jeder Gelenkschwellung sollten Entzündungsparameter (BSG, CRP), ein Blutbild sowie Leber- und Nierenwerte bestimmt werden (ggf. sind auch CK, LDH und Harnsäure sinnvoll). Eine Gelenkschwellung mit humoralen Entzündungszeichen ist ernster zu werten und spricht eher für eine chronische Arthritis, als eine ohne solche Anzeichen (Combe 2007).

Eine Röntgenuntersuchung dient in der frühen Phase einer Gelenkschwellung nur dem Ausschluss von Frakturen oder anderen Knochenprozessen. Radiologisch sind Frühzeichen einer Arthritis nicht zu erkennen.

Bei Verdacht auf eine septische Arthritis (Traumata, vorherige Eingriffe, Diabetiker, immunsupprimierte Patienten, klinischer Befund einer hochfloriden Monarthritis, Fieber) sollte unverzüglich eine diagnostische Gelenkpunktion erfolgen (→ ggfs. hierzu Überweisung zum Orthopäden oder Rheumatologen).

3.6 Überweisungskriterien

Patienten sollten vor allem dann einem internistischen Rheumatologen unter V.a. eine frühe Arthritis vorgestellt werden, wenn die Gelenkschwellung

- mehrere Gelenke betrifft, länger als 6 Wochen besteht und eine andere Genese (z.B. Trauma, Gicht) nicht offensichtlich ist.
- Eine schnelle Überweisung (innerhalb von ca. 2 Wochen), soll erfolgen bei Einschränkung der körperlichen Alltagsbewältigung oder Teilhabe sowie deutlichen humoralen Entzündungszeichen.
- Ein Verlust der Geh- oder Selbstversorgungsfähigkeit sowie ausgeprägte Allgemeinsymptome (Anämie, Fieber, vaskulitische Hautveränderungen) und starke Schmerzen stellen eine Indikation zur stationären Aufnahme in einer rheumatologischen Fachabteilung dar.

3.7 Überbrückende Therapie

Eine symptomatische Therapie mit oralen nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder Analgetika kann bei entsprechenden Beschwerden, z.B. auch überbrückend und bedarfsorientiert eingesetzt werden.

Von der Einleitung einer Corticosteroidtherapie ohne gesicherte Diagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung wird ausdrücklich abgeraten. Eine solche Therapie sollte auch nicht »ex juvantibus« erfolgen, bevor nicht eine spezielle rheumatologische Untersuchung erfolgt ist, da hierdurch die Diagnostik und Differentialdiagnostik behindert werden kann.

3.8 Kooperation zwischen Rheumatologen und Hausarzt/Orthopäden

Wenn durch den Rheumatologen eine Diagnose gestellt und ggf. eine Therapie begonnen oder vorgeschlagen wurde, sollte dieser den Patienten zum Primärarzt zurück überweisen, soweit sich dieser in der Lage sieht, die begonnene Therapie fortzuführen, zu überwachen und den Verlauf der Erkrankung zu kontrollieren.