

1 Einleitung

Wie aus verschiedenen Untersuchungen, beispielsweise dem Mikrozensus von 1982, hervorgeht, nehmen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in der Häufigkeitsverteilung der erstellten Krankheitsdiagnosen den dritten Platz ein (Schach 1989). In der Zwischenzeit sind rheumatische Beschwerden häufigster Anlaß für die Konsultation niedergelassener Ärzte und sie stehen an erster Stelle als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten in Deutschland mit zunehmender Tendenz in bezug auf den Anteil des dadurch verursachten Krankenstandes (Krasemann 1989). Auch in Bezug der Therapiekosten, insbesondere im Bereich der medikamentösen Therapie, spielen die rheumatischen Krankheitsbilder eine wesentliche Rolle wie aus der EVaS-Studie (Schach et al. 1982) hervorgeht. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die rheumatischen Erkrankungen vielschichtig ein zentrales gesundheitliches und ökonomisches Problem präsentieren.

Des weiteren wird seit den achtziger Jahren vermehrt beklagt, daß die Patienten mit rheumatischen Erkrankungen unzureichend versorgt werden (Raspe/Wasmus 1990, Ambs-Dappenberger/Senn 1992). Defizite werden dabei sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Behandlungsregime beobachtet (Aeschlimann 1994, Raspe/Wasmus 1986). Als einen wesentlichen Faktor betrachten viele Experten die mangelnde interdisziplinäre Kooperation mit spezialisierten Facharztgruppen wie den internistischen Rheumatologen oder den rheumatologisch ausgebildeten Orthopäden (Raspe 1994). Die Kooperation mit einem rheumatologisch-spezialisierten Facharzt sollte erfolgen, da ein Arzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin nicht mehr als 10 Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung betreut. Diese Zahl ist zu groß, um vernachlässigt werden zu können, und zu klein, um eine sichere Routinebildung im Umgang mit allen Problemen der Kranken zu ermöglichen (Mau/Wasmus/Raspe 1992). Eine Lösung dieses scheinbaren Dilemmas stellt die Kooperation mit spezialisierten Fachärzten dar (Ambs-Dappenberger/Senn 1992). Andererseits ist der Bedarf an rheumatologischen Spezialisten nicht annähernd gedeckt, so daß diese Fachärzte nicht überall für die primärbehandelnden Hausärzte in erforderlichem Maße erreichbar sind (Raspe 1994).

In diesem Kontext entstand die Fragestellung nach der Versorgung von rheumatischen Patienten, die im Verlauf ihrer Behandlung eine Überweisung erhalten hatten und somit von mehreren Facharztgruppen interdisziplinär versorgt wurden. Dabei sollte sich das Hauptaugenmerk darauf richten, wie sich die Behandlung der Patienten vor der Überweisung gestaltete und welche Wandlung im Behandlungsablauf durch die Überweisung beobachtet werden konnte. Des Weiteren lag ein Betrachtungsschwerpunkt auf der Frage, welche Modalitäten eine Überweisung beeinflussen. Daß dieser Aspekt eine ernsthafte Problematik beinhaltet, wurde bereits in anderen Studien, die sich speziell mit dem Überweisungsverhalten von Ärzten beschäftigten, ausführlich dargestellt (Thieß-Zajonc et al. 1993). Dort wird deutlich, daß nicht nur fachliche Argumente, sondern auch persönliche, ärztliche Faktoren wie beispielsweise die Angst vor dem Verlust des Patienten an den Spezialisten (Senn et al. 1990) wichtige Bestandteile einer Kooperation mit anderen Fachkollegen darstellen.

Die Aufgabe dieser Studie besteht somit zum einen in der Beschreibung der Versorgungssituation von Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung, die im Behandlungsverlauf eine Überweisung erhielten. Zum anderen sollen bestimmte Behandlungsmuster und -abläufe transparent gemacht werden, um möglicherweise Ansatzpunkte für eine Verbesserung im Behandlungsregime von Rheumakranken aufzuzeigen.