

6 *Diskussion*

6.1 *Grundlagen der Überweisungen*

Bezogen auf den Mikrozensus und die EvaS-Studie entfallen 10,7% der Haupt- und 18,5% der Haupt- und Nebendiagnosen auf Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Das bedeutet, daß jeder zehnte ambulante Kontakt aufgrund von rheumabezogenen Beschwerden erfolgt. Zudem stehen rheumatische Krankheitsbilder als Ursache für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an erster Stelle. Diese Zahlen verdeutlichen neben der medizinischen auch die gesundheitsökonomische Relevanz dieser Krankheitsgruppe.

Die Daten, die dieser Studie zugrunde liegen, stammen aus der ersten Hälfte der 80er Jahre, was mit den Schwierigkeiten von der Beantragung bis zu der Bewilligung des Gesamtprojektes zusammenhängt. Deshalb konnte nicht unbedingt davon ausgegangen werden, daß die Behandlung der Rheuma-Patienten in jeder Hinsicht dem heutigen Standard entspricht. Bei der vorliegenden Studie wurde deshalb isoliert die Überweisungspraxis bei diesen Patienten untersucht. Im Besonderen wurde betrachtet, wie sich ihre Behandlung durch die verschiedenen Facharztgruppen vor und nach der Überweisung gestaltete.

An der Versorgung der Patienten mit rheumatischen Erkrankungen waren im wesentlichen drei ärztliche Fachrichtungen beteiligt: Allgemeinärzte, Internisten und Orthopäden. Die Behandlung der Rheumapatienten erfolgte zum überwiegenden Teil durch Allgemeinmediziner; Internisten und Orthopäden waren deutlich seltener an der Behandlung dieser Krankheitsbilder beteiligt. Die Daten korrelieren auch mit späteren Untersuchungen wie der Dortmunder Längsschnittstudie von Krappweis.

Da für die Studie von Interesse war, wie sich der Behandlungsverlauf durch die Mitbehandlung verschiedener Facharztgruppen im Rahmen einer gezielten Überweisung gestaltete, wurden die sogenannten direkten Überweisungen ausgewertet. Diese sind definiert als die Überweisung eines Patienten nach einem direkten Arzt-Patienten-Kontakt und unterscheiden sich gegenüber den indirekten, ungezielten Überweisungen, bei denen kein Kontakt zwischen Arzt und Patient

stattfand (Thies-Zajonc/Köhle/Szecsényi 1992). Mit den indirekten Überweisungen sind häufig Routinebesuche bei Gebietsärzten wie Augenärzten, Gynäkologen oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzten verbunden. Mit 15 Prozent der Behandlungsepisoden wurden sie in dieser Studie wesentlich häufiger ausgestellt als direkte Überweisungen; die Zahlen korrelieren mit anderen Untersuchungen, die zu ähnlichen Größenverhältnissen kamen (Häussler et al. 1996, Thies-Zajonc/Sandholzer/Szecsényi 1993).

In acht Prozent der Behandlungsepisoden kam es zu einer Überweisung von einem Arzt zu einem anderen Kollegen. Diese Daten, bezüglich der Häufigkeit von Überweisungen korrelieren mit mehreren älteren Studien. Bei einer Untersuchung 1966 stellte Häussler fest, daß praktische Ärzte aus einer Untersuchungsklientel 9,34% ihrer Patienten zur ambulanten Diagnostik oder Therapie an Fachärzte überwiesen und 1,61% zur stationären Diagnose oder Therapie in ein Krankenhaus oder in eine Universitätsklinik einwiesen. In einer detaillierteren Analyse stellte er fest, daß die ambulanten Überweisungen zum Facharzt in der Großstadt deutlich höher liegen, dafür aber die stationären Einweisungen wesentlich tiefer. Mittelwerte ergaben sich in der Kleinstadt, wobei die geringste Ziffer von ambulanten Facharztüberweisungen auf dem Lande feststellbar war. Zweifellos wirkte sich die leichtere Erreichbarkeit und die größere Zahl der Fachärzte in der Groß- und Kleinstadt sichtbar aus. Dazu kam aber noch, daß in der Großstadt der Anteil der chronisch-organisch Kranken evident höher war als auf dem Lande (Häussler 1967). Braun, Braun-Nesje et. al. stellten von einer Landpraxis ausgehend einen Vergleich der Überweisungen zwischen den sechziger und achtziger Jahren an. Für die sechziger Jahre kamen die Autoren zu ähnlichen Ergebnissen wie Häussler. 10% wurden in den spezialistischen Bereich überwiesen, 5% in den stationären Bereich und 85% erledigte der praktische Arzt selbstverantwortlich. In der Stichprobe von 1966 erfolgten Über- und Einweisungen zu 48% nur zur Diagnostik, 1982/83 zu 29%. Über- und Einweisungen zur Diagnostik und Therapie gab es in den sechziger Jahren in 26%, in den achtziger Jahren in 24,5% der Fälle. Ausschließlich zur Therapie wurde 1966 in 24%, 1982/83 in 21% der Fälle über- und eingewiesen. Insgesamt waren die Ein- und Überweisungen seit den sechziger Jahren auf 7,7% abgesunken. Diese Untersuchung kann sicherlich nicht als repräsentativ angesehen werden, spiegelt sie doch

nur die Ergebnisse einer kleinen Landpraxis wieder (Braun, Braun-Nesje et. al. 1983). Allerdings können die Ergebnisse dieser Landpraxisstudie einen Trend anzeigen.

Die EVaS-Studie kam am Anfang der achtziger Jahre in einer weitaus größer angelegten Untersuchung zu ähnlichen Ergebnissen. Es zeigte sich, daß im Mittel der Gesamtkontakte bei 6,40% eine Überweisung und bei 1,51% eine Krankenhauseinweisung vorlag (Clade 1992). Eine weitere Aufschlüsselung der Kontakte mit Überweisungen bot folgendes Bild: 42,51% entfielen auf solche Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung und etwa ein Viertel entfielen auf solche zur Konsiliar- oder Auftragsbehandlung. Vergleicht man die Überweisungsanteile der EVaS-Region mit jenen des National Ambulatory Medical Care Survey der U.S.A., so findet man dort einen Überweisungsanteil von 2,56%. Für die EVaS-Regionen liegt dieser Anteil bei 7,85%. Insbesondere ist also bei einer wesentlich geringeren Rate von Kontakten pro Bevölkerung in den U.S.A. im Vergleich zur EVaS-Region der Kontaktanteil mit Überweisungen in letzterer etwa 3mal so hoch (Schach 1989). Diese Tendenz wurde auch schon in einer Vergleichsstudie zwischen der Bundesrepublik und den U.S.A. aus dem Jahre 1978 festgestellt. Laut dieser Studie überweisen deutsche Allgemeinmediziner (4,79% der Kontakte) häufiger als amerikanische Allgemeinmediziner (2,7% der Kontakte) (Schach,Brecht,Schwartz 1982).

Die Europäische Gemeinschaftsstudie zur Überweisungspraxis kommt zu dem Schluß, daß deutsche Ärzte mehr Patienten überweisen als Ärzte in Großbritannien, Ungarn, Irland und in der Schweiz. Am meisten überweisen nach diesen Studienergebnissen allerdings die portugisischen Allgemeinärzte (Thies-Zajonc,Köhle,Szecsényi 1992).

Diese Ergebnisse werden von Grol, Whitfield et. al. (1990) unterstützt, die zu dem Schluß kommen, daß Länder, in denen der praktische Arzt eine Verteilerfunktion besitzt, eine höhere Überweisungsrate aufweisen als andere Länder.

Thies-Zajonc et al. (1992) zeigten in ihrer Untersuchung noch einen anderen Trend auf. Es stellte sich heraus, daß aus Praxen mit wenigen Praxiskontakten viel überwiesen und aus Praxen mit vielen Praxiskontakten wenig überwiesen wurde. Dieses zunächst überraschende Ergebnis kann eine mögliche Ursache in der

Niederlassungsdauer der Ärzte, in der Praxisausstattung oder in der regionalen Umgebung der Praxis haben. Eine Aussage über die Qualität der Allgemeinmediziner läßt sich allerdings anhand der Überweisungsfrequenz nicht treffen, wie eine Studie aus Birmingham belegt (Reynolds 1991).

Eine Analyse der gezielten und ungezielten Überweisungen in 22 bundesdeutschen Allgemeinpraxen während des Quartals 2/1987 ergab, daß je Praxis im untersuchten Quartal durchschnittlich 331,5 ungezielte und 195,3 gezielte Überweisungen ausgestellt wurden; zusammen also 526,8 Überweisungen je Praxis in einem Quartal (Mader 1987). Ergebnisse der indirekten Überweisungen im europäischen Vergleich zeigen ebenfalls eine deutliche Struktur auf. Ärztinnen und Ärzte der Bundesrepublik Deutschland stellen bei weitem die meisten indirekten (ungezielten) Überweisungen aus, dagegen werden in Großbritannien die wenigsten indirekten Überweisungen erteilt. Dieses Verhalten betrifft jedoch nicht nur rheumatologische Krankheitsbilder, sondern wurde auch in anderen Studien bei Patienten mit dermatologischen oder psychiatrischen Erkrankungen beobachtet (Verhaak 1993, Roland et al. 1991). Ursächlich ist hierfür die in Großbritannien praktizierte Einschreibepflicht beim 'General Practitioner'. Der Zugang zum Spezialisten wird nahezu ausschließlich vom Allgemeinarzt angeordnet (Thies-Zajonc, Köhle, Szecsenyi 1990, 1992).

Die hohe Überweisungsrate der Studiengruppe Bundesrepublik Deutschland belegt erneut die Verteilerfunktion des Allgemeinarztes in der Primärversorgung. Die große Anzahl der Praxiskontakte zeugt allerdings von einer geringen Dauer des Arzt-Patienten-Kontaktes (Thies-Zajonc, Köhle, Szecsenyi 1990). Um eine Filterfunktion der Allgemeinärzte weiter charakterisieren zu können, braucht man eine detaillierte Untersuchung von Überweisungen. Dabei kann festgestellt werden, daß für von Patienten als schwerwiegend eingestufte Probleme ein höherer Überweisungsanteil (5,01% der Kontakte) zu verzeichnen ist als für geringfügig beurteilte Probleme (1,75% der Kontakte). Diese Tatsache weist auf ein durchaus differenziertes Überweisungsverhalten hin (Schach, Brecht, Schwartz 1982).

Eine weitere Arbeit von Schulenburg und Schöffski (1993) untersucht, ob sich das Überweisungs- und Einweisungsverhalten der Ärzte signifikant durch die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) verändert hat. Dabei wurde beobachtet, daß die Überweisungsfrequenz zu Arztkollegen in den ersten 7 Monaten 1993

gegenüber dem gleichen Zeitraum 1992 um fast 9% gestiegen ist. Die Einweisungsfrequenz ins Krankenhaus ist um 10% gestiegen. Diese höheren Überweisungs- und Einweisungsfrequenzen sind insbesondere bei schweren und in der Pharmakotherapie teuren Erkrankungen festzustellen. Da sich durch eine statistische Analyse bekanntlich nicht abschließend Kausalitäten nachweisen lassen, bleibt letztlich ungewiß, ob sich die beschriebenen Veränderungen im Überweisungs- und Einweisungsverhalten tatsächlich auf das Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zurückführen lassen. Bei einer weiteren Befragung von niedergelassenen Mediziner in Niedersachsen wurden solche GSG-Effekte auch in anderen Bereichen ,wie z.B. GSG-bedingte Therapiewechsel, Reduzierungen der Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln, Personalabbau in Praxen usw., bestätigt (Hoopmann,Haase,Weber,Schwartz 1994). Ob veränderte Rahmenbedingungen, wie die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes, die heutige Situation auch im Überweisungsverhalten beeinflussen, muß in weiterführenden Studien untersucht werden.

Die Bedeutung der praktischen Ärzte als Verteilerfunktion konnten Mau/Wasmus/Raspe 1992 in ihrer Analyse der ambulanten Rheumaversorgung im Raum Niedersachsen beobachten. Sie stellten fest, daß sich über 90 Prozent aller cP-Kranken in allgemeinärztlicher Behandlung befanden. Bei der ambulanten Versorgung dieser Patienten ist demzufolge der Hausarzt der erste betreuende Arzt und Ansprechpartner. Im Mittel betreute ein Allgemeinarzt nicht mehr als 10 Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. 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. Eine Lösung dieses scheinbaren Dilemmas stellt die Kooperation mit spezialisierten Fachärzten dar. Dieses wird auch in Untersuchungen bezüglich des Selbstverständnisses der Hausärzte bezüglich ihrer Aufgaben deutlich (Thieß-Zajonc et al. 1993). Die Aufgabe der Allgemeinärzte liegt nicht in selbständiger, spezifischer Diagnose oder Therapie. Vielmehr muß der Hausarzt um die Bedeutung und den Stellenwert von anwendbaren Verfahren wissen. Er sollte ein Netz von Kontakten zu Institutionen, Therapeuten und Spezialärzten aufbauen, um für den Patienten eine höchstmögliche effektive Behandlung zu erzielen (Ambs-Dappenberger/Senn 1992).

Trotz dieser grundsätzlichen Kooperationsbereitschaft erreichte nur ein kleiner Teil von Patienten den notwendigen Spezialisten, wie beispielsweise Zahlen der mobilen Rheumahilfe im Rahmen des Projektes zur wohnortnahen Versorgung von Rheumakranken belegen (Mau/Wasmus/Raspe 1992, FDG 1991). Ein Indiz dafür dürfte sein, daß der Bedarf an rheumatologischen Spezialisten nicht gedeckt ist (Raspe 1994); eine andere Ursache könnte in der Angst begründet sein, den Patienten bei drohender Zunahme der Arztdichte an den Spezialisten zu verlieren (Senn et al.1990). Eine Möglichkeit, diese Abwanderung zu regulieren, besteht für den Allgemeinarzt in der Wahl der Überweisungsart. In der Wahl obliegt es dem erstbehandelnden Arzt als Herr der Behandlung, seine Wünsche und Vorstellungen an die auftragnehmenden Kollegen klarzustellen (Clemens 1994). Daß die Hausärzte die Gesamtbehandlung weiterhin fest in ihren Händen hielten, wurde in dieser Studie dadurch belegt, daß die erstbehandelnden Allgemeinmediziner lediglich in zwei Prozent der Fälle den Behandlungsauftrag an die spezialisierten Facharztgruppen weitergaben. In der weitaus größten Zahl der Fälle zogen sie Fachärzte zur Mitbehandlung bzw. zur Durchführung bestimmter Leistungen heran. Erstbehandelnde Fachärzte wie Orthopäden waren häufiger bereit, das Behandlungsregime für Patienten an andere Fachgruppen weiterzuleiten.

Der Hauptanteil der Überweisungen dieser Untersuchung wurde mit 75% von den erstbehandelnden Allgemeinärzten veranlaßt, wobei festzuhalten ist, daß diese Fachgruppe nur in 65% der Fälle die erstbehandelnden Ärzte darstellte (Häussler et al. 1996). Internisten und Orthopäden, die von den Patienten wesentlich seltener als Primärärzte (15% bzw. 13%) aufgesucht wurden, trugen lediglich einen Anteil von 11% (Internisten) bzw. 7% (Orthopäden) der Überweisungen. Dieses Überweisungsverhalten kann als ein Beleg für die Verteilerfunktion der Allgemeinärzte angesehen werden.

6.2 Überweisungs- und Behandlungspraxis der primärbehandelnden Ärzte

Bezüglich der Zusammensetzung des Patientengutes der Allgemeinmediziner ergaben sich bei vergleichenden Untersuchungen von Hausarztpatienten und Patienten eines niedergelassenen Rheumatologen deutliche Unterschiede hinsichtlich Krankheitsmerkmalen und soziodemographischen Variablen: Die Hausarztpatienten sind im Durchschnitt bereits länger krank als die Patienten der Rheumatologen und weisen die niedrigste Funktionskapazität (FFbH) auf. Patienten in fachrheumatologischer und klinischer Behandlung sind schwerer von der Krankheit betroffen (ARA) und weisen eine höhere Krankheitsaktivität (BSG) auf. Die Hausarztpatienten haben das höchste Durchschnittsalter und den größten Anteil weiblicher und nicht berufstätiger Patienten (Ambs 1991). Überwiesen wurden jedoch hauptsächlich jüngere Patienten mit weniger Nebendiagnosen, im Gegensatz zu anderen erstbehandelnden Facharztgruppen. Zu den Patienten, die selbständig spezialisierte Fachärzte wie Internisten oder Orthopäden aufsuchen, zählen jüngere Patienten sowie Personen mit höherer Bildung. Per Überweisung an andere Ärzte weitergeleitet wurden allerdings von den Internisten und Orthopäden solche Patienten, die überwiegend multimorbide waren. Auf der einen Seite dürfte die Mitbehandlung der anderen Erkrankungen durch den weiterbehandelnden Kollegen eine Rolle gespielt haben, auf der anderen Seite müssen multimorbide Patienten als kostenintensive Patienten angesehen werden, die das Praxisbudget belasten. Daß solche Überweisungen zur kostengünstigen Budgetierung der Praxis durch veränderte Rahmenbedingungen zunehmen, konnten Schulenburg und Schöffski 1993 in ihrer Übersichtsarbeit darstellen.

Die Überweisungen durch die Allgemeinmediziner erfolgten in über 90% der Fälle nach der ersten Behandlungsepisode, so daß von einer zügigen Verteilungspraxis, insbesondere nicht multimorbider Patienten, auszugehen ist. Dabei überwiesen die Allgemeinärzte, abgesehen von den radiologischen Überweisungen, 85% ihrer Patienten an Orthopäden und Chirurgen, davon zu 90% solche mit degenerativen rheumatischen Beschwerden oder Rückenschmerzen. Wenn man bedenkt, daß insbesondere Patienten mit diesen Beschwerden häufig selbständig Orthopäden

oder Chirurgen aufsuchten, entsprachen die Allgemeinärzte mit ihrem Überweisungsverhalten anscheinend den Vorstellungen ihrer Patienten. Patienten mit entzündlichen oder stoffwechselbedingten rheumatischen Erkrankungen wurden ausschließlich an Internisten weitergeleitet, was durchaus auf ein differenziertes Überweisungsverhalten hinweist. Direkte Überweisungen von einem Allgemeinmediziner zu einem anderen Allgemeinarzt kamen praktisch nicht vor, was durch andere Studienergebnisse in der Literatur bestätigt wird. Solche Arztwechsel sind häufiger Ursachen für indirekte Überweisungen. Gründe für diese Arztwechsel sind in erster Linie enttäuschte Erwartungen bezüglich des Behandlungserfolges sowie ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis (INFAS 1980). Die Überweisungen der primärbehandelnden Internisten glichen denen der Allgemeinmediziner, bei den Überweisungen der erstbehandelnden Orthopäden stellte sich ein etwas anderes Bild dar. Die Orthopäden überwiesen ihre Patienten in über 50 Prozent der Fälle an Internisten und Allgemeinmediziner. Insbesondere die Überweisungen an die Allgemeinärzte sind bemerkenswert. Die Gründe dieser Überweisungen lagen in der Weiterführung der eingeleiteten Behandlung. Möglicherweise hatten die Orthopäden von den Hausärzten vor dem Beobachtungszeitraum der Untersuchung den Auftrag, eine Therapie vorzuschlagen und einzuleiten, durch eine Überweisung erhalten, so daß der initiale Überweisungsauftrag damit erfüllt war.

Die Gründe zur Überweisung durch die Allgemeinmediziner dürften in erster Linie in der Sicherung der Diagnose sowie in der Durchführung therapeutischer Maßnahmen liegen. Ersteres spiegelt sich deutlich in den Überweisungen an Radiologen bzw. Labormediziner wieder, die mit dem Auftrag zur Durchführung von bestimmten Leistungen oder zur Mitbehandlung die Diagnose sichern bzw. Befunde dokumentieren sollten. Allerdings dürfte sich auch ein Teil der Überweisungen an Orthopäden und Chirurgen auf eine Befunddokumentation zurückführen lassen, da bei diesen Fachgruppen die vorgenommenen Röntgenaufnahmen jeweils die Hälfte der gesamten Behandlungsleistungen ausgemacht haben. So ließen sich zudem die Behandlungsfälle erklären, in denen nach der Überweisung außer einer Röntgenaufnahme keine weiteren Behandlungsleistungen erbracht wurden.

Der diagnostische Schwerpunkt der Allgemeinärzte lag in der Durchführung von Laboruntersuchungen. Da in der vorliegenden Untersuchung nur rheumarelevante

Laboruntersuchungen betrachtet wurden, ist ein Vergleich mit anderen Untersuchungen nicht möglich. Auffallend ist, daß rheumaspezifische Laborparameter lediglich in 8 Prozent der Fälle bestimmt wurden. Auf der anderen Seite sind solche Parameter in der Primärdiagnostik lediglich Hilfspunkte. Der Leitbefund für eine chronische Polyarthrit ist die Synovitis/Arthritis und nicht der Rheumafaktor (Schneider 1996). Die meisten Bestimmungen bezogen sich auf unspezifische Entzündungsparameter, womit wahrscheinlich Aussagen über die Entzündungsaktivität bzw. deren Verlauf getroffen wurden. Röntgenleistungen wurden in sehr wenigen Fällen, vermutlich in Abhängigkeit von der Praxisausstattung, durchgeführt. Bei den erstbehandelnden Internisten hatten die laborchemischen Untersuchungen einen wesentlich größeren Stellenwert. Bei ihnen machte die Labordiagnostik immerhin fast die Hälfte der gesamten Behandlungsleistungen aus. Das bedeutet, daß der Schwerpunkt bei den Internisten in der Behandlung von rheumatologischen Erkrankungen im diagnostischen Sektor lag. Die primärbehandelnden Orthopäden setzten im diagnostischen Bereich ausnahmslos Röntgenuntersuchungen ein. Bemerkenswert war, daß sie allerdings deutlich weniger röntgten, als wenn sie selber als zweitbehandelnde Facharztgruppe hinzugezogen wurden. Das legt die Vermutung nahe, daß doch zahlreiche Überweisungen an Orthopäden mit einem gezielten Auftrag zur radiologischen Diagnostik versehen waren.

Die therapeutischen Maßnahmen machten bei den erstbehandelnden Allgemeinärzten über die Hälfte der Behandlungsleistungen aus. Da eine kausale Therapie der rheumatischen Erkrankungen zur Zeit nicht möglich ist, besteht das Behandlungsziel deshalb darin, die Krankheitsaktivität weitgehend einzudämmen und die Krankheitsfolgen zu lindern oder zu beseitigen (Keyßer/Burmester 1994). Vorwiegend wurden von den Hausärzten die ersten Behandlungsmaßnahmen bei Patienten mit Rückenbeschwerden sowie degenerativen Veränderungen und Weichteilaffektionen eingeleitet. Dabei gaben sie den medikamentösen Therapieformen der physikalischen Therapie den Vorzug. In erster Linie wurden NSAR eingesetzt, Steroide in nicht einmal 5 Prozent der Fälle. Insgesamt wies die Verordnung der Allgemeinärzte eine breite Streuung bei der Präparatewahl auf. Im Vergleich zur Literatur war die Verordnungsrate eher niedrig (EVAS 1981/82), wobei

NSAR und Analgetika mit der Hauptdiagnose "Rheuma" zur damaligen Zeit Rang 1 unter allen Verordnungen einnahmen. Somit entsprachen die Untersuchungsergebnisse durchaus den damaligen Verordnungsgepflogenheiten. Basistherapeutika wurden in keinem Fall verabreicht, auch nicht von den weiterbehandelnden Fachärzten. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Erfahrungen aus der Literatur, wo in verschiedenen Untersuchungen eine zu seltene Verordnung von Basistherapieformen festgestellt wurde (Raspe/Wasmus 1990, Ambs-Dappenberger/Senn 1992). Auch die Verordnung von physikalischen Therapiemaßnahmen entsprach dem in der Literatur beschriebenen Muster. In erster Linie wurden passive Maßnahmen in Form von Anwendungen durch die Allgemeinärzte verordnet. Aktive Krankengymnastik wurde mit 2% der physikalischen Verordnungen äußerst defizitär zur Behandlung eingesetzt. Überraschenderweise wurde auch von den weiterbehandelnden Fachärzten die aktive Krankengymnastik nicht wesentlich häufiger eingesetzt. Eine mögliche Erklärung für den geringen Einsatz von aktiven Physiotherapiemaßnahmen liegt in der geringen Verfügbarkeit von Krankengymnasten zur damaligen Zeit, zumal der Nutzen einer frühzeitigen und effektiven Krankengymnastik bei rheumatischen Krankheitsbildern seit langem unumstritten gewesen ist ((Aeschlimann 1994, Raspe/Wasmus 1986). Dieses Defizit zwischen Behandlungs-Ist und Behandlungs-Soll wurde bereits 1986 von Wasmus und Raspe festgestellt.

Bei den Internisten spielten die therapeutischen Leistungen gegenüber den diagnostischen Maßnahmen eine untergeordnete Rolle. Wenn behandelt wurde, dann hauptsächlich medikamentös und zwar meistens in Form von oralen NSAR. Auch von ihnen wurden keine Basistherapeutika bei primär entzündlichen rheumatischen Erkrankungen verordnet. Ebenso wurden die Steroide sehr zurückhaltend eingesetzt. Physikalische Maßnahmen wurden mit einer Ausnahme ausschließlich bei Patienten mit Rückenschmerzen in Form von Anwendungen oder Massagen eingesetzt. Die Orthopäden dagegen verordneten im therapeutischen Bereich am häufigsten physikalische Therapieformen. Dabei setzten sie immerhin in 14 Prozent der Fälle aktive Krankengymnastik bei Patienten mit Rückenbeschwerden ein. Der ausschlaggebende Faktor für diesen häufigeren Einsatz von Krankengymnastik dürfte in der Verfügbarkeit von Physiotherapeuten in

orthopädischen Praxen liegen. Im medikamentösen Bereich bevorzugten Orthopäden ebenfalls NSAR. Entgegen ihrem Verhalten als zweitbehandelnde Ärzte applizierten sie ihre Medikation zu 70 Prozent in Form von Injektionen. Die Gründe dürften zum Teil in der Erwartungshaltung der Patienten liegen, die initial einen Orthopäden aufsuchten.

6.3 *Behandlungspraxis der weiterbehandelnden Facharztgruppen*

Wie oben bereits erwähnt, setzten sich die nach dem Allgemeinmediziner weiterbehandelnden Ärzte im wesentlichen aus Orthopäden und Chirurgen zusammen. Eine Überweisung an internistische Kollegen wurde von den Allgemeinärzten in wenigen Fällen ausgestellt, was doch ein überraschendes Ergebnis darstellt, da zu dieser Facharztgruppe die Rheumatologen gehören und die Internisten insgesamt einen größeren Anteil an der Gesamtversorgung der Rheumakranken einnehmen. Bei der Betrachtung der Fälle, die vom Allgemeinarzt an den Internisten weitergeleitet wurden fiel auf, daß darin sämtliche Patienten mit entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Erkrankungen enthalten waren, während Patienten mit degenerativen Veränderungen oder Rückenbeschwerden vorwiegend in orthopädische Behandlung gegeben wurden. Diese Verteilung entspricht auch dem Patientenverhalten, die primär Fachärzte aufsuchen (Krappweis 1993, Andersen 1992, INFAS 1979). Das legt zum einen die Vermutung nahe, daß die Überweisungen der Allgemeinärzte den Erwartungen der Patienten entsprachen, zum anderen, daß die Allgemeinmediziner bestimmte Erwartungen an die mitbehandelnden Ärzte bezüglich der Diagnostik und der Therapie haben. Insgesamt läßt sich ein durchaus differenziertes Überweisungsverhalten erkennen. Ein weiterer Grund für die Überweisungshäufigkeit ist in der Verfügbarkeit von einzelnen Facharztgruppen und Einrichtungen zu finden. So konnten Helliwell 1996 und Ambs-Dappenberger/Senn 1992 in ihren jeweiligen Untersuchungen beobachten, daß die Überweisungsrate mit zunehmender Entfernung von rheumatologischen Schwerpunktpraxen deutlich abnahm. Da auch heute noch erhebliche Defizite in der Versorgungsdichte durch Rheumatologen bestehen (Thies-Zajonc et al. 1992, Raspe 1992), kann darin

ebenfalls ein wesentlicher Grund für die geringe Überweisungspraxis von Hausärzten an spezialisierte Internisten gesehen werden. Interessanterweise überwiesen primärbehandelnde Internisten keinen einzigen Patienten an einen internistischen Kollegen, so daß sich die These zu bestätigen scheint, daß es zu wenige rheumatologisch spezialisierte Internisten gab, die Behandlungsmöglichkeiten anboten, welche anderen allgemeintätigen Internisten nicht routinemäßig zur Verfügung standen. Erstbehandelnde Orthopäden überwiesen zwar einen Teil ihrer Patienten an Internisten, allerdings hauptsächlich aufgrund anderer internistischer Erkrankungen, die neben den Rheumabeschwerden ebenfalls behandlungspflichtig waren.

Die Verfügbarkeit spielte bei den Überweisungen an die weiterbehandelnden Chirurgen und Orthopäden mit Sicherheit eine untergeordnete Rolle. Bei diesen Überweisungen kamen andere Faktoren, die das Überweisungsverhalten von primärbehandelnden Ärzten beeinflussen, zum Tragen. Ambs-Dappenberger und Senn konnten 1992 in ihrer Studie feststellen, daß bei einem Großteil der Hausärzte die Kooperation mit Spezialisten, in diesem Fall mit Rheumatologen, in erster Linie der Diagnosesicherung diene. In zweiter Linie wurden Patienten, bei denen Komplikationen auftauchten, weitergeleitet oder die Überweisung erfolgte zur Durchführung von speziellen Therapiemaßnahmen. Diese Faktoren dürften ausschlaggebend bei den untersuchten Überweisungen von Allgemeinmedizinern an Orthopäden oder Chirurgen gewesen sein.

6.3.1 Weiterbehandelnde Orthopäden

Zunächst zeigte sich bei der Betrachtung der Gesamtleistungen, daß die weiterbehandelnden Orthopäden nicht mehr Leistungen erbracht haben als die erstbehandelnden Allgemeinmediziner. Allerdings unterschieden sich die erbrachten Leistungen voneinander. Der Anteil der diagnostischen Maßnahmen, vorwiegend in Form von Röntgenaufnahmen, nahm bei den Orthopäden einen wesentlich breiteren Raum ein, während der Anteil der therapeutischen Maßnahmen gegenüber den Allgemeinärzten geringer war. Dieser Unterschied könnte einem logischen Vorgehen zugrunde liegen. Bei der genaueren Differenzierung der durchgeführten

Maßnahmen ergaben sich sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich Hinweise auf eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen Erst- und Zweitbehandlern. Beispielsweise erhielten vier von zehn Patienten außer einer diagnostischen Leistung, vorwiegend in Form von Röntgenaufnahmen, keine weitere Behandlung, so daß davon ausgegangen werden kann, daß ein Teil der Überweisungen gezielt vom Hausarzt zur Sicherung der Diagnose bzw. zur Befunddokumentation vorgenommen wurde.

Bei den therapeutischen Leistungen verordneten die zweitbehandelnden Orthopäden im Gegensatz zu den Allgemeinärzten häufiger physikalische als medikamentöse Therapieformen. Eine mögliche Ursache dürfte in den jeweiligen Praxisausstattungen liegen. Ein Beleg für durchaus gezielte Überweisungen aufgrund der Behandlungsmöglichkeiten des Facharztes ist beispielsweise die Verordnung von aktiver Krankengymnastik einiger Orthopäden bei Patienten mit degenerativen rheumatischen Erkrankungen bzw. mit Rückenbeschwerden ohne weitere Diagnostik nach der Überweisung. Insgesamt bleibt allerdings festzuhalten, daß die spezialisierten Orthopäden ebenfalls zu selten aktive Physiotherapie anordneten und häufiger passive Maßnahmen wie Anwendungen in Form von Packungen und Wärmeapplikationen sowie Massagen einsetzten.

Mit dem Einsatz von Medikamenten waren die zweitbehandelnden Orthopäden deutlich zurückhaltender als die erstbehandelnden Hausärzte. Auch bei den eingesetzten Wirkstoffgruppen gab es Unterschiede. Die Verordnung von NSAR wurde von den Orthopäden eindeutig seltener vorgenommen, statt dessen bevorzugten diese natürliche Präparate und andere Substanzen, zu denen auch die als Chondroprotektiva bei degenerativen rheumatischen Erkrankungen eingesetzten Mucopolysaccharide gezählt wurden. Dieses Verhalten läßt sich mit Sicherheit zum Teil auch auf Behandlungswünsche der Patienten zurückführen. In der INFAS-Studie 1980 gaben zahlreiche Patienten nach einer Überweisung an, daß die zuerst verabreichten "schulmedizinischen", chemischen Präparate nicht ihren Vorstellungen bezüglich der Behandlung der Krankheitsursache entsprachen, sondern teilweise sogar als gefährlich angesehen wurden. Desweiteren verschrieben diese Fachärzte etwas häufiger Steroide, bevorzugt bei Patienten mit Rücken- oder Weichteilaffektionen.

Etwas anders stellten sich die Behandlungsleistungen der zweitbehandelnden Orthopäden nach einer Überweisung von primärbehandelnden Internisten dar. Dort zeigten sich die Orthopäden sowohl bei der Durchführung von diagnostischen Röntgenuntersuchungen als auch in der Verordnung von therapeutischen Maßnahmen aktiver. Entweder waren die Anforderungen der Internisten dezidierter, oder aber die Patienten waren behandlungsbedürftiger.

Nach einer Überweisung von einem orthopädischen Primärarzt führten die weiterbehandelnden Orthopäden ausschließlich therapeutische Maßnahmen durch. Das spricht dafür, daß die radiologische Diagnostik bereits vom Erstbehandler abgeschlossen wurde und die Überweisung erfolgte, um therapeutische Behandlungsformen, vorwiegend in Form von physikalischer Therapie, durchführen zu lassen, zu denen der primärbehandelnde Orthopäde keine Möglichkeit hatte. Insgesamt entspricht ein solches Überweisungsverhalten den Ergebnissen, die Thies-Zajonc et al. 1993 im Rahmen der Europäischen Gemeinschaftsstudie sammeln konnte, nämlich daß das Praxisangebot und der Bekanntheitsgrad des Kollegen sowie die bisher gewonnenen Erfahrungen in der Zusammenarbeit ausschlaggebende Faktoren für eine Kooperation sind.

6.3.2 Weiterbehandelnde Chirurgen

Die Überweisungen von primärbehandelnden Allgemeinärzten an Chirurgen entsprachen im Großen und Ganzen den Überweisungen an Orthopäden. Auch in den Behandlungsleistungen zwischen weiterbehandelnden Chirurgen und Orthopäden herrschte weitestgehend Übereinstimmung. Auffällig war, daß die Chirurgen ihren Behandlungsschwerpunkt auf Patienten mit weichteilrheumatischen Erkrankungen legten. Bei diesen Patienten nahmen sie mit Abstand die meisten Interventionen vor, so auch kleine, operative Eingriffe. Dieses läßt sich dadurch erklären, daß im Bereich der Weichteilaffektionen, an deren Spitze das Fibromyalgie-Syndrom steht, zunehmend lokale, operative Verfahren als therapeutische Optionen zur Verfügung stehen (Aeschlimann 1994). Ansonsten entsprach die Versorgung der Rheumakranken im diagnostischen Bereich mit

Röntgenuntersuchungen und im therapeutischen Bereich mit physikalischen Maßnahmen dem Vorgehen der Orthopäden, was insofern keine Überraschung darstellt, als daß die Facharztgebiete der Orthopäden und der Chirurgen, insbesondere der Traumatologen, allein vom Ausbildungskatalog eng beieinander liegen, so daß davon ausgegangen werden kann, daß auch das diagnostische und therapeutische Angebot ein ähnliches Spektrum umfaßt.

6.3.3 Gesamtbehandlungsleistungen aller weiterbehandelnden Ärzte

Die Behandlungsleistungen der wesentlichen Facharztgruppen für die Zweitversorgung von Rheuma-Patienten erfolgte in den vorhergehenden Abschnitten. Die Betrachtung der sonstigen Fachärzte läßt aufgrund der geringen Fallzahl keine weiterführenden Schlußfolgerungen zu. Insgesamt bleibt festzuhalten, daß die Zweitversorgung zu 85 Prozent von Orthopäden und Chirurgen durchgeführt wurde. Wie bereits erwähnt, läßt sich im Vergleich zur vorhergehenden Behandlung durch die Allgemeinärzte eine durchaus differenzierte und koordinierte Versorgung beobachten. Im Rahmen der Diagnosesicherung wurden hauptsächlich Röntgenuntersuchungen vorgenommen, therapeutisch dominierten bei den zweitbehandelnden Fachärzten die physikalischen Therapieformen. Die medikamentöse Behandlung wurde von den Zweitversorgern wesentlich zurückhaltender eingesetzt, ebenso differierten die verordneten Wirkstoffe. Eine abschließende Klärung bezüglich des unterschiedlich verordneten Wirkstoffspektrums zwischen Allgemeinärzten und weiterbehandelnden Facharztgruppen kann ohne Stellungnahmen der behandelnden Ärzte im Rahmen dieser Studie nicht erfolgen. Eine Erklärung wäre, daß die initiale Therapie vom Hausarzt ausgereizt gewesen ist und den Patienten keinen therapeutischen Benefit mehr erbrachte. Dieser Schluß liegt insofern nahe, als daß das Auftreten von Komplikationen im Behandlungsverlauf einen wichtigen Grund zur Kooperation mit spezialisierten Fachärzten darstellt (Ambs-Dappenberger/Senn 1992). Eine weitere Ursache dürfte darin liegen, daß zur Zeit der Studie kein Konsens aus

Qualitätszirkeln bezüglich der Standardisierung von Therapieschemata bei rheumatischen Erkrankungen vorlag, deren Etablierung erst in den letzten Jahren im Rahmen der einzelnen Modellverbunde versucht wird (Raspe 1992).

Desweiteren bleibt bei der Betrachtung der Gesamtversorgung festzuhalten, daß jeder zehnte Rheumakranke, der vom Allgemeinarzt weitergeleitet wurde, den konsiliarisch hinzugezogenen Facharzt ohne weitere Diagnostik oder Therapie verlassen hat. Eine mögliche Erklärung für die ausschließliche Beratung, die gegebenenfalls eine körperliche Untersuchung miteinschloß, liegt in der Stützung der Diagnose. Daß diese nicht zwangsläufig mit technischen Mitteln erfolgen muß, wurde bereits in anderen Untersuchungen festgestellt (Raspe 1992). Eine weitere Ursache für die beratenden Kontakte dürfte der Wunsch einiger Patienten nach der sogenannten "second opinion" bezüglich ihrer Beschwerden sein, häufig verbunden mit der Hoffnung auf eine erfolgreiche, alternative Behandlung (Walker 1991, INFAS 1980).