

Kooperation zwischen Hausarzt und Rheumatologen – Empfehlungen zu Überweisungsindikationen zum Rheumatologen

Epidemiologische Untersuchungen in Deutschland und anderen Industriestaaten weisen aus, dass fast 40% der Versicherten mindestens einmal jährlich wegen rheumatischer Beschwerden ärztliche Behandlungen in Anspruch nehmen [4], dass 22% der Bevölkerung über 16 Jahren an chronischen Beschwerden des Bewegungsapparates leiden und 5% dadurch dauerhaft funktionseingeschränkt sind [3]. Erkrankungen der Bewegungsorgane machen gut die Hälfte aller chronischen Behinderungen und ein Viertel der Tage mit verminderter körperlicher Aktivität aus [1]. Nach einer repräsentativen Erhebung im ambulanten Versorgungsbereich, der EVaS-Studie [7], entfielen 14% aller persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte wegen chronischer Krankheiten in der ambulanten Versorgung auf Krankheiten der Bewegungsorgane. Unter den Behandlungsanlässen mit Problemschwere „gravierend“ machten sie 11% aus, „Arthritiden“ standen mit 6% aller Diagnosen an dritter Stelle hinter Herzkrankheiten und Diabetes mellitus. Bei Allgemeinmedizинern und praktischen Ärzten machten Arthritiden 6% und Krankheiten der Bewegungsorgane insgesamt 12% aller Patientenkontakte wegen gravierender chronischer Krankheiten aus. Dies verdeutlicht, dass Primärärzte in großem Umfang an der Versorgung der Patienten mit rheumatischen Krankheiten beteiligt sind.

■ Aufgaben des Primärarztes in der frühen Erkrankungsphase

„Die ganz überwiegende Mehrzahl der Personen mit einer behandlungsbedürftigen rheumatologischen Störung wird initial und auf Dauer im haus- und fachärztlichen Sektor betreut werden müssen und können, d.h. durch praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Internisten und Orthopäden *ohne* rheumatologische Weiterbildung“ [5].

Die Aufgaben, die von diesen bei den ersten Kontakten wahrzunehmen sind, umfassen im Wesentlichen die folgenden 4 Punkte:

- vorläufige diagnostische Einordnung hinsichtlich der befallenen Struktur (Gelenk, Knochen, Muskulatur);
- Differenzierung zwischen einer Arthralgie (alleiniger Gelenkschmerz) und objektivierbaren Gelenksymptomen mit Schwellung, Hyperthermie, Rötung und/oder Bewegungseinschränkung (Arthritis, Arthrose). Dazu wird auch auf die Abschnitte 1.1 und 1.2 verwiesen;

- wurde eine Gelenkschwellung festgestellt, so ist die Durchführung einer BSG erforderlich; fakultativ kann ein Blutbild angefertigt oder zusätzlich zur BSG das CrP bestimmt werden [3]. Grundsätzlich sollte die diagnostische Abklärung einer entzündlichen Gelenkschwellung durch (oder in Kooperation mit) einen Arzt mit entsprechenden Kenntnissen in der Indikation und Ergebnisinterpretation spezieller Untersuchungen erfolgen; dies ist in der Regel der Rheumatologe. Liegen bereits konkrete Verdachtsmomente auf ein definiertes Krankheitsbild – z.B. RA, Kollagenose, Spondylarthropathie, Gicht, gelenknahe Knochenerkrankung – vor, so ist die Veranlassung spezieller diagnostischer Untersuchungen (Rheumafaktoren quantitativ, CCP-Antikörper, Screeningtest auf ANA, HLA-B27, Harnsäure, konventionelle Röntgenuntersuchung) auch primär ärztlicherseits sinnvoll.
- Einleitung der Therapie bei prognostisch günstiger Erkrankung.

■ Allgemeine Überweisungsindikationen

Die Kommission Regionale Rheumatologische Versorgung der DGRh hat in ihrem Memorandum [5] Flussdiagramme vorgestellt, die u.a. auch die allgemeinen Überweisungsindikationen zum Rheumatologen enthalten. Diese wurden in der Leitlinie für das Symptom der Gelenkschwellung [3] noch einmal konkretisiert. Sie bestehen

- im Falle einer nicht gesicherten Diagnose,
 - wenn sich die Notwendigkeit einer speziellen diagnostischen Maßnahme ergibt,
 - wenn es innerhalb von 6 Wochen – bei deutlich positiver Akutephasereaktion innerhalb von 2 Wochen – nicht gelingt, die Ursache der Gelenkschwellung diagnostisch abzuklären,
- im Falle einer gesicherten Diagnose
 - bei jedem Patienten mit unsicherer Prognose (siehe spezielle Überweisungsindikationen) oder
 - wenn ein hoher Aufwand bzw. ein hohes Risiko der Therapie zu erwarten sind.

Kurz formuliert, liegt eine Überweisungsindikation immer bei nicht ausreichenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Nichtrheumatologen vor.

Neben der Sicherung der Diagnose, Einleitung und Kontrolle spezieller Therapieverfahren hat der Rheumatologe auch die Aufgabe, weitere Fachdisziplinen, die für die komplexe Betreuung erforderlich sind (z.B. Psychologen, Neurologen, Dermatologen, Gynäkologen) einzubeziehen. Das gleiche gilt, soweit nicht schon durch den Hausarzt geschehen, für komplementäre therapeutische Disziplinen, u.a. die Physio- und Ergotherapie.

Spezielle, im Allgemeinen vom Spezialarzt durchzuführende oder zu veranlassende Maßnahmen sind

- differenzierte, Antikörperdiagnostik (u.a. ANA-Differenzierung),
- CT oder MRT,

- Szintigrafie,
- Biopsien,
- Arthroskopien.

Die frühzeitige Konsultation eines Rheumatologen wirkt sich wegen der schnelleren Diagnosefindung und Einleitung zielgerichteter Behandlungsstrategien in der Regel auch ökonomisch günstig aus. Eine enge Zusammenarbeit mit dem überweisenden Arzt ist unverzichtbar.

■ Spezielle Überweisungsindikationen

Von diesen Grundpositionen ausgehend, werden folgende konkrete Krankheitsbilder, -gruppen und Problemsituationen genannt, die die Vorstellung bei einem Rheumatologen internistischer Prägung erfordern:

- systemische chronische rheumatische Erkrankungen, vor allem rheumatoide Arthritis, Psoriasisarthritis, Kollagenosen (SLE, systemische Sklerose, Polymyositis, Dermatomyositis, Vaskulitissyndrome, Polymyalgia rheumatica) einschließlich Mischformen sowie alle seltenen Krankheitsbilder dieser Gruppe wie z. B. der M. Behçet, die Polychondritis und Pannikulitis. Falls bei bestimmten Kollagenosen, wie SLE und systemischer Sklerose, der Gelenkbefall nicht im Vordergrund steht, ist die spezialisierte Betreuung auch durch Dermatologen oder Vertreter anderer Fachdisziplinen möglich, die über einschlägige Erfahrungen verfügen;
- Arthritiden mit Spondyloarthritis (insbesondere die Spondylitis ankylosans);
- akute, vor allem reaktive und infektiöse Arthritiden;
- Patienten mit chronischen, therapierefraktären lokalisierten und generalisierten Schmerzsyndromen am Bewegungsapparat u. a. Fibromyalgie, Bursitis, Tendinitis, neuralen Engpasssyndromen;
- schwere, insbesondere ursächlich unklare Fälle von Osteoporose (spezialisierte Betreuung auch durch Endokrinologen oder Osteologen);
- Kristallarthropathien (u. a. Arthritis urica, Chondrokalzinose) mit besonderen Problemen der Therapieführung;
- Kranke mit anderweitig nicht einzuordnenden entzündlichen Augenerkrankungen (Iridozyklitis) zur Diagnostik;
- spezielle Begutachtungen, u. a. zur Unterstützung bei der Bestimmung des Grades der Behinderung, der Rehabilitations- und Pflegebedürftigkeit, zu Kausalitätsfragen;
- symptomlose bzw. -arme Fälle, bei denen Interpretationsschwierigkeiten positiver Routinelaboruntersuchungen bestehen (z. B. Antinuklear- oder Rheumafaktoren, Borreliosetiter).

Beachte: Kinder mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sollten vom rheumatologisch-spezialisierten Pädiater betreut werden.

■ Aufgaben des Hausarztes im Verlauf

Auch bei den vorstehend genannten Problemfällen bzw. -situationen, die im Allgemeinen eine Langzeitbetreuung im Rehabilitationsteam [3] erfordern, kommt dem Hausarzt eine Schlüsselrolle bei der Mitbetreuung zu. Er nimmt in enger Zusammenarbeit mit dem Rheumatologen folgende Einzelaufgaben wahr:

- Durchführung/Überwachung der Therapie,
- Einschätzung/Dokumentation des Behandlungserfolges,
- sachliche Information, Beratung und emotionale Stützung des Patienten,
- praktische Koordination komplementärer Dienste (Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung),
- Therapie von Begleiterkrankungen.

Idealerweise ist er auch über das familiäre Umfeld seines Patienten informiert und kann Entscheidungen darüber treffen, ob und in welchem Umfang dessen Angehörige in die Gespräche einzubeziehen sind [5]. Zusätzlichen Gewinn für ihn selbst, für den Status seiner Praxis und für seine Patienten bedeutet es, wenn er sich aktiv in die Arbeit der Selbsthilfegruppen, vor allem zur Durchführung von Patientenschulungen, einbringt.

■ Konsultationsfrequenz

Die Häufigkeit der fachrheumatologischen Konsultationen hängt von der individuellen Schwere, Progredienz und Aktivität des Krankheitsbildes ab. Weiterhin spielen aber auch regionale Gegebenheiten, wie z. B. die Erreichbarkeit des Rheumatologen und die Qualität der Kooperation zwischen Allgemeinarzt und Spezialisten eine Rolle. In aller Regel wird man anfangs hier bei hoher Krankheitsaktivität von einer mindestens einmaligen Vorstellung im Quartal ausgehen können. Später, nach Stabilisierung des Zustandes, sind oft Intervalle von 6 bis 9, evtl. sogar von 12 Monaten ausreichend.

■ Literatur

1. Badley EM, Radooly I, Webster GK (1994) Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: Findings from the 1990 Ontario health survey. *J Rheumatol* 21:504–514
2. Badley EM, Webster GK, Rasooly I (1995) The impact of musculoskeletal disorders in the population: are they just aches and pains? Findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol* 22:733–739
3. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie – Kommission „Qualitätssicherung“ (Hrsg) (2000) Leitlinie für das Symptom Gelenkschwellung – Primärärztliches Problemmanagement und Überweisungsindikationen. *Z Rheumatol* 59:151–161
4. Ferber L v (1994) Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. ISAB-Berichte Nr. 34. ISAB, Leipzig

5. Keitel W (1995) Das Rehabilitationsteam zur ambulanten und stationären komprehensiven Behandlung des Rheumakranken. In: Bundesärztekammer (Hrsg) Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 19. Deutscher Ärzteverlag, Köln
6. Kommission Regionale Rheumatologische Versorgung (1994) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie: Grundzüge einer wohnortnahen kontinuierlichen und kooperativen Versorgung von chronisch Rheumakranken in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Rheumatol* 53:113–134
7. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg) (1989) Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

