

Diagnostisches Vorgehen bei Patienten mit Beinödemen in der Hausarztpraxis – eine qualitative Untersuchung

Diagnostic Procedures in Primary Care Patients With Leg Edema – a Qualitative Study

Stefan Bösner, Judith Diederich, Simone Hartel, Erika Baum

Hintergrund: Ein- oder beidseitige Beinödeme sind als Symptom ein regelmäßiger Beratungsanlass in der Primärversorgung, dem eine Vielzahl verschiedener Ursachen zugrunde liegen kann. Der Hausarzt ist der primäre Ansprechpartner für die meisten dieser Patienten. Ziel der Studie war es, das diagnostische Vorgehen von Hausärzten bei Patienten mit Beinödemen zu analysieren.

Methode: In semi-strukturierten Interviews wurden 15 Hausärzte gebeten, ihre persönliche Vorgehensweise bezüglich der Diagnose bei dem Symptom Beinödem darzulegen. Dies erfolgte anhand von Patienten mit Beinödemen, die die Ärzte prospektiv über einen vierwöchigen Zeitraum identifiziert hatten. Die Interviews wurden aufgenommen, verbatim transkribiert und qualitativ von zwei unabhängigen Untersuchern nach Erstellen eines Kodierungsbaumes inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Der erste Eindruck des Patienten und die erlebte Anamnese spielen eine wichtige Rolle bei der Abklärung von Patienten mit Beinödemen. Die Anamnese, für die die meisten befragten Ärzte eine individuelle Vorgehensweise entwickelt haben und die klinische Untersuchung bilden die Eckpunkte der Diagnostik, apparative Untersuchungen werden teilweise als nachrangig bewertet. Der fachliche Austausch mit Kollegen und gezielte Ein- oder Überweisung reduzieren die von den meisten befragten Ärzten angegebene diagnostische Unsicherheit.

Schlussfolgerungen: Weitere Untersuchungen wie z.B. symptomevaluierende Studien zur diagnostischen Aussagekraft von Anamnese und Untersuchungsbefund bzgl. verschiedener dem Symptom Beinödem zugrunde liegender Ätiologien wären zu begrüßen. Daraus gewonnene Erkenntnisse könnten in zukünftige Leitlinien einfließen.

Schlüsselwörter: Beinödem; Allgemeinmedizin; Diagnose/diagnostische Forschung; Qualitative Forschung

Background: The symptom uni- or bilateral leg oedema represents a broad range of possible underlying aetiologies. The background of leg oedema is multifactorial and usually the GP is the first contact point for patients presenting with this symptom. We aimed to identify GPs' diagnostic approaches in patients presenting with leg oedema.

Method: Interviews with 15 GPs (20–30 minutes) using a semi-structured interview-guideline were conducted. GPs described their individual diagnostic strategies concerning all patients presenting with leg oedema they had prospectively identified during the previous four weeks. Interviews were taped and transcribed verbatim. Qualitative analysis was conducted by two independent raters.

Results: First impression of the patient together with knowledge of the past history plays an important role in the workup of patients with leg oedema. Individualised approaches to history taking and clinical examination are the cornerstones of diagnosis, the value and contribution of further technical examinations are judged differently by GPs. Collegial feedback and patient referral are the main strategies used by GPs to reduce diagnostic uncertainty.

Conclusion: Further research in regard to diagnostic accuracy of symptoms and signs for patients with leg oedema is necessary. Results of this research should be incorporated in future guidelines.

Keywords [MeSH]: Leg Oedema, General Practice/Family Medicine, Diagnosis/Diagnostic Research, Qualitative Designs and Methods

Hintergrund

Beinödeme sind ein häufiges Symptom in der allgemeinen Bevölkerung, das oft multifaktoriell bedingt ist [1]. In einer 2003 veröffentlichten randomisierten Querschnittsstudie (Bonner Venenstudie), die über 3000 Personen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren untersuchte, wurden Beinschwellungen von jedem sechsten Mann (16,2 %) und nahezu von jeder zweiten Frau (42,1 %) angegeben [2]. Über die Häufigkeit von Beinödemen als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis gibt es nur wenige verlässliche epidemiologische Daten [3]; die Häufigkeit von Beinbeschwerden bei Frauen in der Altersgruppe von > 65 Jahren liegt bei ungefähr 1,5 % [4]. Da sich Beinödeme als Symptom in der Regel früh im Krankheitsverlauf manifestieren, wird dem Leitsymptom Beinödem in der Früherkennung der tatsächlich zugrunde liegenden Erkrankung ein hoher Stellenwert eingeräumt [5, 6]. So kann einem ungünstigen Verlauf chronischer Erkrankungen wie der Herzinsuffizienz, der pulmonalen Hypertonie, einer Niereninsuffizienz oder einem Lymphödem rechtzeitig begegnet werden. Hinzu kommt die Identifizierung akut abwendbar gefährlicher Verläufe wie der akuten Herzinsuffizienz, der tiefen Beinvenenthrombose (BVT) oder einer Lungenembolie [7].

Die Anamnese in Kombination mit einer zielgerichteten klinischen Untersuchung stellt zum einen die generelle Grundlage für verschiedenste diagnostische Strategien in der Primärversorgung [8] wie auch für die differenzialdiagnostische Abklärung von Patienten mit dem Leitsymptom Beinödem dar [3, 5, 7]. Es gibt unseres Wissens nach bisher keine qualitativen Daten darüber, wie Hausärzte in der Differenzialdiagnostik von Beinödemen vorgehen und welche Strategien und Heuristiken dabei zum Einsatz kommen. In einer anderen Publikation haben wir das differenzialdiagnostische Vorgehen von Hausärzten bei Beinödem-Patienten beschrieben, das sich in defensive und offensive Strategien unterteilen lässt [9]. In diesem Artikel berichten wir ergänzend über das allgemeine diagnostische Vorgehen von Hausärzten (Anamnese, körperliche Untersuchung, Ausschluss von abwendbar gefährlichen Verläufen, Umgang mit di-

agnostischer Unsicherheit) bei der Abklärung von Patienten mit dem Leitsymptom Beinödem.

Methoden

Studien-Design

Wir wählten einen qualitativen Ansatz, um unsere Studienfrage zu beantworten, da wir einen tieferen Einblick in das individuelle Vorgehen von Hausärzten bei der Abklärung von Beinödemen gewinnen wollten. Wir entschieden uns hierbei für leitfadengestützte Interviews mit einzelnen Hausärzten als die geeignetste Methode der Datenerhebung, da wir basierend auf realen Patientenfällen mit jedem Arzt über individuelle diagnostische Strategien reden wollten.

Studiensetting und Datenerhebung

Die Rekrutierung der Hausärzte erfolgte in zwei Stufen. In Stufe eins kontaktierten wir Allgemeinarztpraxen über persönliche Kontakte und über gezielte Anrufe bei Studienpraxen der Abteilung für Allgemeinmedizin; weitere Ärzte wurden nach dem Schneeballsystem rekrutiert. In diesem ersten Kontakt wurde die Bereitschaft für ein ca. 20- bis max. 30-minütiges Interview erfragt. Bei Interesse wurde in Stufe zwei mit den Ärzten ein erster persönlicher Gesprächstermin vereinbart, im Rahmen dessen die Studienaufklärung erfolgte. Die Hausärzte wurden darin umfassend informiert. Unter anderem darüber, dass das Interview auf Tonband digital aufgenommen wird, es wurde auf die Garantie der Anonymität der Erhebungsdaten verwiesen und die weiteren Auswertungsschritte der Daten erläutert. In Vorbereitung auf das später folgende Interview wurden die Ärzte gebeten, sich über einen Zeitraum von vier Wochen jeden Patienten, der sich mit dem Symptom Beinödem in seiner Praxis vorstellt, meist mit Namen und gestellter Diagnose zu notieren. Diese Auflistung sollte dann als Grundlage dienen, um im Interview gezielt Fragen zu den eigenen Patienten, zur durchgeführten Diagnostik stellen zu können. Diese Merkhilfen verblieben bei dem Arzt und dienten lediglich als Gesprächsgrundlage für das Interview, das circa einen Monat später stattfand. Die-

ser „stimulated recall“ [10] sollte es dem Arzt erleichtern, anhand von Beispielen konkrete und reale Diagnostikprozesse darzustellen.

Für diese Interviews wurde methodisch das „problemzentrierte Interview“ (PZI) gewählt. Das PZI [11] verbindet als ein theoriegenerierendes Verfahren in sich die Strategie des „Theorie-geleitet-sein“ mit dem sog. „Offenheitsprinzip“. Der semistrukturierte Leitfaden deckte alle relevanten Themen (Anamnesenerhebung, körperliche Untersuchung, Identifikation von Red Flags, individuelle Vorgehensweisen, Einfluss von Intuition und Bauchgefühl, differenzialdiagnostische Überlegungen, Überweisungsverhalten) ab. Alle Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät vollständig aufgezeichnet.

Datenanalyse

Alle Interviews wurden nach vorher festgelegten Regeln mit dem Programm F4 [12] transkribiert und mithilfe des Programms MAXQDA-10 analysiert [13]. Unsere Analyse kann als sogenannte thematische Umfrage („thematic survey“) klassifiziert werden [14]. In einem ersten deduktiven Schritt entwickelten wir ausgehend von dem Interviewleitfaden einen Codebaum, der anschließend an den ersten Interviews getestet wurde. Der Codebaum wurde im Verlauf durch die in den Interviews erhobenen Daten induktiv ergänzt und mehrfach revidiert. Alle Interviews wurden mit diesem Baum von zwei unabhängigen Ratern (JD und SH) nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse kodiert. Unterschiedliche Kodierungen wurden zwischen den Ratern und teilweise auch in der qualitativen Forschungsgruppe unserer Abteilung besprochen.

Die gesamte Studie wurde von der Kommission für Ethik in der ärztlichen Forschung, Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg bewilligt (AZ 193/09).

Ergebnisse

Arzt und Patientencharakteristika

Wir rekrutierten insgesamt 15 Hausärzte. Die Interviews fanden bei allen Ärzten in den eigenen Praxisräumen statt und variierten von der Gesprächsdauer

Geschlecht	
Männlich	11
Weiblich	4
Berufserfahrung (Jahre)	
< 10	2
10–20	6
> 20	7
Praxislokalisierung	
Stadt	5
Land	10

Tabelle 1 Charakteristika der teilnehmenden Ärzte (n = 15)

Diagnose	Anzahl der Patienten
Kardial bedingte Beinödeme	57
Venostatische Beinödeme/Varikosis	49
Entzündliche Beinödeme/Erysipel	12
Medikamenteninduzierte Beinödeme	5
Beinlymphödem (prim./sek.)	4
Nephrologisch bedingte Beinödeme	4
Lipödeme	3
Beinödeme bei TVT/post-thrombotisches Syndrom	2
Sonstige Beinödeme	7
Keine Angabe der ärztlichen Diagnose	33

Tabelle 2 Zugrunde liegende Diagnosen der von den teilnehmenden Ärzten dokumentierten Patienten (n = 187)

zwischen 20 und 30 Minuten. Tabelle 1 fasst die Charakteristika unserer Stichprobe zusammen.

Die an der Studie teilnehmenden Ärzte dokumentierten insgesamt 187 Patienten, die sich mit Beinödemen vorgestellt hatten. Tabelle 2 fasst die von den Ärzten gestellten zugrunde liegenden Diagnosen zusammen.

Erster Eindruck

Der erste Eindruck des Patienten liefert den Hausärzten sehr früh in der Konsultation wertvolle Informationen. „Das Allermeiste sieht man ja, [...] wenn der Patient die Tür reinkommt.“ (A12; 90–92). Der erste Kontakt und alle damit verbundenen Wahrnehmungen, zum Beispiel wie der Patient ins Zimmer geht, wie er spricht, seine Gestik und Mimik, sind für sechs der von uns befragten Hausärzte sehr entscheidend für das weitere diagnostische Procedere. „Also, ja [...], wenn die Leute mir so nebenbei erzählen, ohne großen Leidensdruck zu haben, sondern das nur feststellen, dann bin ich meistens schon ein wenig beruhigt. Wenn die natürlich sagen: ‚Gestern auf einmal war es dick‘, dann wird man eben nervös ein bisschen, ja.“ (A8, 15–16) „Stellen Sie sich mal vor, es ist eine schwangere Frau, die kommt herein mit dicken Beinen! Da brauche ich doch keinen Tumor auszuschließen!“ (A 15, 40)

In dieser Phase spielen eigene Bauchgefühle oder die Wahrnehmung eines diskrepanten Patientenverhaltens für viele Ärzte eine Rolle. „Es gibt Patienten, die adipös sind, die sowieso schon solche Beine haben [...]. Da kommt die Frau in die Sprechstunde [...] und sagt: ‚Ich habe Schmerzen im rechten Bein.‘ [...] So, der erste Eindruck-Adipositas, Wirbelsäulenbelastung, Beschwerden angeben wie ein Ischias. Dann denkt man erst, es ist ein Ischias, ja. Dann hatte ich aber das Gefühl, es ist aber doch nicht der Ischias.“ (A6, 24–25)

Vorgeschichte und Kenntnis des Patienten

Zwölf der fünfzehn befragten Hausärzte gaben an, aktuelle Beschwerden bei ihren bekannten Patienten schneller und differenzierter als bei ihnen unbekanntem Patienten diagnostisch einordnen zu können. „Ich hatte ja schon vorher gesagt, wenn man den Patienten kennt, kann man natürlich auch eher bewerten, wie er die Sache schildert. Wenn das ein ‚indolenter‘ Mensch ist, der wird die Sache anders darstellen, als wie jemand, der da eher zum Dramatisieren neigt.“ (A1, 47–47)

Bei unbekanntem Patienten führen acht der fünfzehn Hausärzte aufgrund des fehlenden Hintergrundwissens ein umfangreicheres diagnostisches Programm durch. „Also, es ist so, wenn ich einen Patienten neu habe, dann nehme ich

mir die Zeit, und frage sie Anamnese, die Familienanamnese, Eigenanamnese ab. Ich mache mir also einen Fahrplan.“ (A1, 31)

Eckpunkte der Anamnese

Die Anamnese ist für die befragten Ärzte neben der klinischen Untersuchung das wichtigste Instrument zur diagnostischen Abklärung von Patienten mit Beinödemen. Die allgemeine Anamneseerhebung erfolgt in der Regel individuell nach einem eigenen festgelegten Schema. Hierbei wird die Diagnostik mit einheitlichen Standardfragen eingeleitet. Damit grenzen die Ärzte die für sie infrage kommenden Krankheitsbilder ein, um anschließend in einem nachfolgenden zweiten Schritt die Anamnese mit zielgerichteten Fragen für die jeweiligen Verdachtsdiagnosen fortzusetzen. „Auch die Anamnese, also der Patient sagt, seit wann bestehen die Ödeme. Man fragt, ob die beidseitig sind, ob sie schmerzhaft sind die Schwellungen, ob die gerötet oder entzündet sind. Das ist anamnestisch wichtig.“ (A5, 10–11)

„Ja, da frage ich eben, wie häufig das ist, ob das jeden Tag auftritt, ob das differiert, wenn sie Mittag die Füße hochlegen, ob es dann wieder abläuft. [...] Also, ich frage den Patienten hauptsächlich nach dem Beginn. Ob es langsam mehr geworden ist, frage nach dem persönlichen Verhalten, was sie den ganzen Tag machen, wie viel sie so trinken, ob sie auch mal die Beine hochlegen. Ja, und dann schaue ich, welche Medikamente sie nehmen, und es gibt eben ein paar, (.) die kann man dafür anschuldigen, dass sie selbst so etwas machen.“ (A8, 27–31)

Klinische Untersuchung

Ähnlich wie in der Anamnese, bevorzugen die interviewten Hausärzte auch in der klinischen Untersuchung feste Abläufe. Das Tasten der Fußpulse, die Beurteilung der Haut (Turgor, Verfärbungen, Temperatur), die Beschaffenheit des Ödems, das Tasten der Lymphknoten der Leiste und den unteren Extremitäten sowie die Inspektion von möglichen Varizen wurden von fast allen Ärzten als wesentliche Eckpunkte genannt. „Ja, die Fußpulse gehören auf jeden Fall dazu, bei der Untersuchung, denke ich mal. [I: Ja.] Ja, das waren die Fußpulse. (.) Dass man auf Eindrückbarkeit achtet, dass man Überwärmung abcheckt, ob das Bein warm oder kalt ist.“ (A1, 50–51)

„Erst einmal Blickdiagnose. Da sieht man meistens, dass die Haut gespannt ist. Weil die älteren Ladys und Jungs sind dann doch etwas schrumpelig. [...] Und da fällt einem schon auf, dass der Oberschenkel halt faltig ist, und der Unterschenkel immer mehr spannt. Die werden dann auch so richtig schön glasig. So wie bei einer Thrombose, aber beidseitig [...]. Und wenn man da ja den Daumen [...] eine Delle, in die Haut reindrückt, dann bleibt die Delle drin. [...] Und das kann verschiedene Ausprägungen annehmen.“ (A2, 97–98)

Bei einseitiger Beinschwellung werden von allen befragten Hausärzten die Beine auf Wadenklopfeschmerz, Spannungserhöhung der Haut und Schmerzlokalisation untersucht. Knapp die Hälfte der Ärzte führt in diesem Zusammenhang eine zusätzliche Beinumfangsmessung durch. „Kommt eine Beinvenenthrombose in Betracht. Ja? Dann habe ich eine Abfolge. Die Abfolge wäre die klinische Untersuchung, die üblichen klinischen Zeichen. Also Schwellung, Umfangdifferenz, Warnvenen, Kompressionsschmerz, Druckschmerz und so.[...]“ (A 13, 40–43) „Ja gut, die Umfangmessung ist [...] natürlich immer dabei. [...] Pulse ja auch, klar!“ (A1, 58–62)

Als apparative Untersuchungen werden am häufigsten Laboruntersuchungen, Duplexsonografie, Kompressionssonografie, EKG und Urinstatus durchgeführt. Jeder der Hausärzte beschrieb hierbei eigene Vorlieben und diagnostische Schwerpunkte. „Also als erstes natürlich angucken! Bezüglich Krampfadem, Herz untersuchen, EKG schreiben und eine kleine Laborlatte machen, nicht? Niere, Schilddrüse, Eiweiße, Leber. Das sind ja alles Möglichkeiten für Ödeme.[...]“ (A3, 31–32)

Bewertung von Anamnese, klinischer Untersuchung und apparativer Diagnostik

Alle fünfzehn Ärzte gaben im Interview an, dass die Anamnese und die klinische Untersuchung den Eckpunkt für die Diagnostik von Beinödemen in der Hausarztpraxis darstellen. „Ich kann ja hier bei uns sehr viel machen! [...] Sie müssen einfach überlegen, dass achtzig Prozent der Krankheiten die Anamnese ist! Das hat unser alter Chef schon gepredigt früher, dieses ‚dumme‘ Zuhören! Zuhören, was hast du gemacht, was ist passiert, damit kommt man schon relativ dicht ans Krankheitsbild!

Den Rest machen die Maschinen und die Technik.“ (A15, 51)

Bezüglich weiterer apparativer Maßnahmen zeigten sich unterschiedliche Meinungen. Der Großteil der befragten Ärzte gab an, dass die Bestimmung bestimmter Laborparameter (wie D-Dimere, Elektrolyte, Kreatinin) für die Diagnosestellung hilfreich sei. Die Durchführung und Aussagekraft von Ultraschalluntersuchungen (wie Kompressionssonografie, Duplexsonografie, Echokardiografie) wird hierbei unterschiedlich bewertet. „Also, mache ich das so, dass ich dann hier entweder den Schallkopf draufhalte oder wir haben auch einen Schnelltest auf D-Dimer, der aber auch unter Umständen verfälscht sein kann [...]“ (A2, 64–67)

„Also Umfangsmessungen vertraue ich nicht, [...] und deswegen mache ich es eben zur Motivation des Patienten [...], dass ich Blut abnehme. Anschließend schicke ich den Patienten zur Phlebografie oder Duplexsonografie. Aber trauen tue ich dem nicht. [...] D-Dimer-Test ist das A und das O [...]“ (A11, 78–79)

„Ich mache keinen Duplex, dauert viel zu lange, ist völliger Schwachsinn! Kompressionssonografie und ich habe als Luxus noch das D-Dimer. Das hilft für den hundertprozentigen Ausschluss [...]“ (A13, 43–43)

Erkennen von Red Flags und abwendbar gefährlichen Verläufen

Dyspnoe in Kombination in Verbindung mit Beinödemen wurde von allen fünfzehn befragten Ärzten als wichtiges Signal beschrieben, welches schnellst möglich abzuklären sei. Bei sichtbarer Umfangsdifferenz der Beine werden zwölf von fünfzehn Hausärzten sofort misstrauisch. „Das bedeutet der Patient mit einer Lungenembolie, den erkenne ich daran, dass er da [A12: zeigt auf Praxiseingang] (.) die Treppe nicht raufkommt. Der kommt die Treppe nicht rauf, sagt: ‚Mein Bein ist so dick!‘“ (A12, 66)

„Generell eben, Luftnot und Schmerz sind immer ein Alarmzeichen, ja! Und, ich habe mir [...] einen Sättigungsmesser gekauft. Damit kann man gefährliche Verläufe immer ganz gut unterscheiden.“ (A7, 27–30)

„Ja, zum Beispiel wenn es einseitig ist, oder wenn es mit Schmerz verbunden ist. Wegen der Thrombose! Das ist jetzt was ganz Akutes.“ (A3, 43)

Sechs der fünfzehn Hausärzte beunruhigt eine akute Schwellung der Beine, die sich innerhalb von wenigen Stunden entwickelt hat und fünf der befragten Ärzte äußerten, dass sie bei einseitiger Beinschwellung explizit nach bekannten Risikofaktoren für eine Thrombose fragen. „Wenn die natürlich sagen: ‚Gestern auf einmal war es dick‘, dann wird man eben nervös ein bisschen, ja.“ (A5, 16)

„Also [...] die Wahrscheinlichkeit der Thrombose steigt ja mit den Risikofaktoren. Risikofaktoren sind Bettlägerigkeit, OP, Immobilität, vorangegangene Thrombose, Rauchen, positive Familienanamnese und so fort.“ (A13, 23)

Als weitere Red Flags wurden Alter unter 30 Jahren, Lippenzyanose, Rasselgeräusche der Lunge, lokale Schmerzen, Druckgefühl auf dem Thorax oder das sehr akute Auftreten einer Dyspnoe (innerhalb weniger Stunden) genannt.

Für vierzehn der fünfzehn befragten Hausärzte ist das frühe Erkennen bzw. Ausschließen einer tiefen Beinvenenthrombose (BVT) am wichtigsten. Leitbefunde sind hierbei Einseitigkeit des Beinödems, akutes Auftreten und Schmerz. „Das ist eigentlich, wenn jemand mit einer akut [...] aufgetretenen ödematösen Verschlimmerung kommt, dann ist eigentlich das erste was ich ausschließe, ob da ein akut lokales Geschehen vorliegt, also eine Unterschenkelthrombose.“ (A9, 18)

Die Angst vor einer Lungenembolie veranlasst neun der fünfzehn Hausärzte außerdem bei jeglichem Verdacht auf eine BVT sofort eine gezielte Diagnostik (z.B. Kompressionssonografie, Test auf D-Dimere u.a.) durchzuführen. „Die kamen schon herein und sagten: ‚Das Bein tut so weh! Seit kurzem tut es weh (...), hat eine Schwellung!‘ Das läuft bei mir Schema F: Also ich weiß, dass fünfzig Prozent der Thrombosen nicht erkannt werden, und dass zehn Prozent in jeder Allgemeinarztpraxis als Lungenembolien vorkommt. Und in der Karriere eines erfahrenen Allgemeinmediziners kommt das bei jedem auch vor, dass man Lungenembolien erlebt, dass Bein thrombosen gestreut haben, die derjenige hatte, aber die nicht erkannt wurden. Besonders das möchte ich vermeiden.“ (A11, 47–49)

„Eine Lungenembolie ist in der Regel, [...] so gut wie nie vernünftig [zu] diagnostizieren. [...] Wenn Sie jemanden mit einer einseitigen Beinschwellung haben, [...] und der keine Luft bekommt, wenn er rein kommt, solche Patienten sehen [...] wir eher

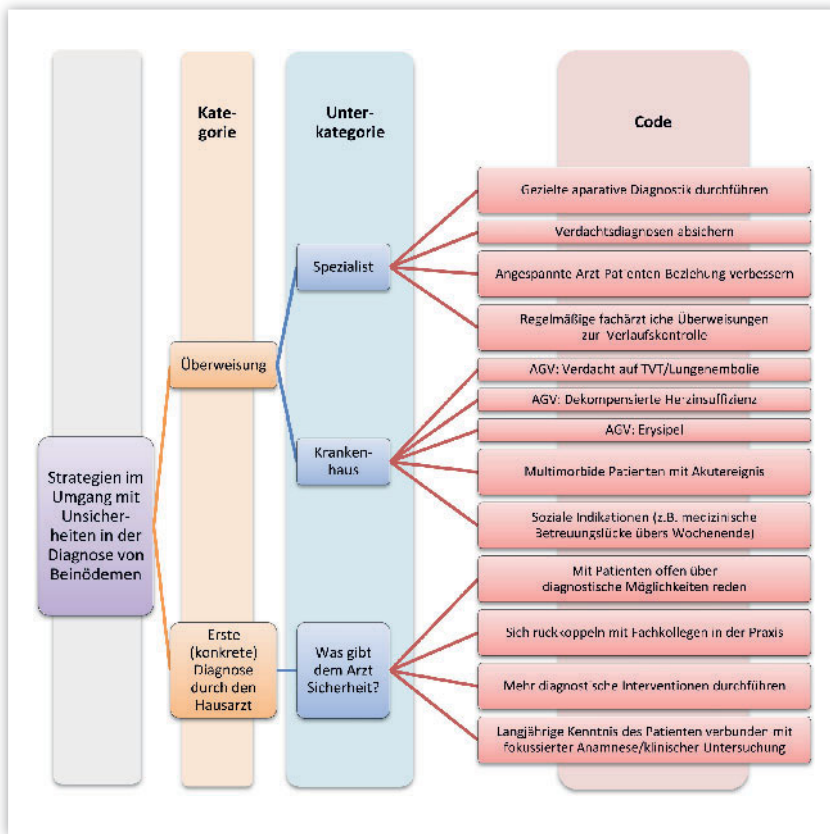


Abbildung 1 Übersicht: Hausärztliches Vorgehen im Spannungsfeld unklarer oder unsicherer Diagnosen bei Patienten mit Beinödemen (AGV: Akut gefährlicher Verlauf; TVT: tiefe Venenthrombose)

seltener. [...] Ich mache entsprechende Schnelltests. Und wenn der positiv ist, dann machen wir auch (...) eine Ultraschallkompressionssonografie.“ (A12, 64–68)

In zwölf Interviews schätzten die Hausärzte die kardiale Dekompensation als den wichtigsten abwendbar schwerwiegenden Verlauf bei beidseitigen Beinödemen ein. Man „sollte sich [...] kardial bedingte Beinödeme [...] innerhalb von vierundzwanzig Stunden, [...] mal angeschaut haben.“ (A1, 34) Bei bestätigtem Verdacht weisen alle Hausärzte die Patienten sofort ins Krankenhaus ein.

„Noch mal ganz kurz zu der Herzsache [...], die [Patienten] kommen erst, weil sie sagen: ‚Ei Gott, ich muss ins Krankenhaus!‘ Die kommen auf den letzten Drücker. Wenn die hier schon sitzen mit Dyspnoe, mit zyanotischen Lippen, [...], die gehen ins Krankenhaus.“ (A4, 58)

Umgang mit Unsicherheit

Da die Ursache von Beinödemen oft multifaktoriell bedingt ist, sind die Hausärzte mit unklaren oder unsicheren

Diagnosen konfrontiert. „Man hat das Gefühl, das es kardial ist, und dann, wenn die Diagnostik durchgelaufen ist, dann ist man sich nicht einig. [...] Dann sind es verschiedene Ursachen, ja.“ (A6, 9–11)

Hinzu kommen Zeitmangel, begrenzte Informationen über den Patienten und die eingeschränkte Möglichkeit der apparativen Diagnostik in der eigenen Praxis. Termine bei Spezialisten sind oft nicht zeitnah zu bekommen. Zusätzlich werden die Ärzte mit einem gewissen Erwartungsdruck des Patienten, der ihnen ein Beinödem präsentiert, konfrontiert. „Ich habe nicht alle Gerätschaften. Das Problem ist immer einen Termin beim Facharzt zu kriegen. Meistens landen sie dann im Krankenhaus, wo die Patienten nicht hin wollen. So dass man dann wieder zwangsläufig auf seine Improvisation angewiesen ist.“ (A6, 104)

In Gemeinschaftspraxen suchen die Hausärzte bei unklaren Diagnosen in der Regel den fachlichen Austausch mit ihren Praxiskollegen und besprechen komplexere Krankheitsbilder, um sich Sicherheit der Diagnose zu verschaffen.

„Also, dadurch dass wir eine Gemeinschaftspraxis sind, ist es ja immer möglich sich rückzukoppeln. (...) Wir können uns ja immer absprechen und [...] bereden, was man machen könnte.“ (A12, 117–118)

Auch die offene Kommunikation mit dem Patienten über die eigenen begrenzten diagnostischen Möglichkeiten ist ein bewusst gewählter Weg einzelner Ärzte, um den Erwartungsdruck des Patienten gegenüber dem Hausarzt zu relativieren. „Ansonsten habe ich ihr gesagt, dass ich im ambulanten Bereich eine Lungenembolie nicht ausschließen und nicht beweisen kann.“ (A12, 40)

Die gezielte Überweisung oder Einweisung stellt für alle Ärzte eine wichtige Vorgehensweise dar, mit Unsicherheit umzugehen. „Ne, ich sag mir immer: Schuster bleib bei deinen Leisten! Du kannst nicht alles! (...) Also, wenn ich meine Möglichkeiten übersteigen sehe, dann überweise ich [...] weil ich nicht alles kann, ich habe nicht alle Gerätschaften.“ (A2, 103–104)

Abbildung 1 fasst die verschiedenen Vorgehensweisen bei diagnostischer Unsicherheit zusammen.

Diskussion

Zusammenfassung

Der erste Eindruck des Patienten, eine ausführliche Anamnese, für die die meisten befragten Ärzte eine individuelle Vorgehensweise entwickelt haben und die klinische Untersuchung bilden die Eckpunkte der Diagnostik von Patienten mit dem Leitsymptom Beinödeme. Der Stellenwert apparativer Untersuchungen wird sehr heterogen bewertet. Der fachliche Austausch mit Kollegen und gezielte Ein- oder Überweisung reduzieren die von den meisten befragten Ärzten angegebene diagnostische Unsicherheit.

Vergleich mit bestehender Literatur

Wir konnten bei unseren Recherchen keine gezielten qualitativen Erhebungen über die individuelle diagnostische Vorgehensweise von Hausärzten bei Patienten mit Beinödemen finden, die einen direkten Vergleich unserer Ergebnisse erlauben würden. Als Grundlage für die Diskussion dient deshalb vor allem Literatur zur allgemeinen diagnosti-

PD Dr. Stefan Bösner, MPH ...

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Marburg. Zusätzliche Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Philipps Universität Marburg.

schen Entscheidungsfindung in der Primärversorgung.

Die Hausärzte räumten der Anamnese zusammen mit der nachfolgenden klinischen Untersuchung eine hohe Priorität ein. Der Stellenwert der Anamnese für die hausärztliche Diagnosefindung ist in der Literatur breit belegt [15–17]. Während verschiedene Autoren die Wichtigkeit der Familienanamnese, gerade im Hinblick auf die Identifizierung von Risikofaktoren für chronische Erkrankungen betonen [18, 19], spielte diese bei den von uns befragten Ärzten nur eine untergeordnete Rolle – eine Diskrepanz, die in einer anderen Studie bestätigt wird [20].

Zum Ausschluss akut gefährlicher Verläufe legten die von uns befragten Hausärzte besonderen Wert auf das frühe Abklären von Red Flags. Die Eignung dieser Strategie als Methode zur schnellen und wirksamen Diagnostik akut gefährlicher Krankheitsbilder ist für verschiedene Erkrankungen in der Primärversorgung [21, 22] sowie für das Leitsymptom Beinödemen [7] belegt.

Interessant ist hier die Diskrepanz zwischen der im Interview eingeschätzten Gefahr einer möglichen BVT und/oder Lungenembolie durch die befragten Hausärzte und der Anzahl der tatsächlich dokumentierten Diagnosen von nur zwei Fällen von BVT. Ein ähnliches Phänomen ist für das Symptom des chronischen Hustens beschrieben [23] und eine mögliche Erklärung könnte in der zu hohen Einschätzung der Vortestwahrscheinlichkeit für in dem Niedrigprävalenzbereich der Primärversorgung selten auftretender Erkrankungen liegen [24]. Als alternative Erklärung kann eine auffällig sicherheitsbezogene Haltung gegenüber bestimmten Erkrankungen wie der BVT dienen, die mit potenziell letalen Folgen (Lungenembolie) einhergehen können. Eine andere Studie aus der Primärversorgung zeigte eine ähnlich vorsichtig-besorgte

Haltung gegenüber der Koronaren Herzkrankheit bzw. dem akuten Koronarsyndrom als Ursache für Brustschmerz in der Primärversorgung [25].

Die von uns befragten Hausärzte verwendeten verschiedene Strategien, um mit diagnostischer Unsicherheit umzugehen. Ein Teil der Ärzte nutzte die offene Kommunikation mit dem Patienten über die limitierten diagnostischen Möglichkeiten des hausärztlichen Settings und die damit verbundene Restunsicherheit bei der Diagnosestellung. Andere Untersuchungen unterstreichen den Wert einer stabilen Arzt-Patienten-Beziehung bezüglich des gemeinsamen Tragens diagnostischer Unsicherheit und die daraus resultierenden positiven Auswirkungen auf das Überweisungsverhalten [26, 27]. Zusätzlich verwendeten viele der befragten Hausärzte mittels des gezielten fachlichen Austausches mit Kollegen (z.B. in der eigenen Praxis) eine etablierte Strategie, die gerade in schwierigen Entscheidungssituationen hilft, Unsicherheit zu reduzieren [28]. Andere etablierte Methoden für den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit wie „shared decision making“ [29] oder das gezielte Anwenden evidenzbasierter Medizin [30] wurden nur vereinzelt eingesetzt.

Studienlimitationen

Unsere Studie hat verschiedene Limitationen. So hätten z.B. auf Video aufgenommene Konsultationen eventuell eine höhere interne Validität gehabt. Diese Methode ist jedoch schwierig im hausärztlichen Setting zu implementieren. Eine Alternative wäre der Einsatz von Schauspielpatienten gewesen. Diese Methode hätte jedoch nicht die diagnostische Bedeutung einer langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung abgebildet.

Eine Stärke unserer Studie liegt in der prospektiven Identifikation von Pa-

tienten, die dann im Interview als Gesprächsgrundlage dienten. So konnten wir den diagnostischen Prozess mit den Hausärzten für einen definierten klinischen Kontext diskutieren. Trotz dieser Maßnahme lässt sich nicht ausschließen, dass die teilnehmenden Ärzte ihr initiales diagnostisches Vorgehen während des Interviews noch einmal neu interpretierten oder initiale Hypothesen und Gedankengänge durch rationaler erscheinende Argumente ersetzten. Wir versuchten diese Art von Bias zu minimieren, indem wir die Ärzte ermutigten, ihre ganz persönlichen diagnostischen Vorgehensweisen zu schildern. Wir betonten hierbei den Mangel an Forschungsdaten zu diesem Thema, was zu einer Atmosphäre der offenen und kritischen Selbstreflexion beitrug.

Schlussfolgerungen

Die von uns befragten Ärzte zeigten zwar eine große Bandbreite individueller Vorgehensweisen bei der Abklärung von Beinödemen, als verbindendes Element stehen jedoch bei allen Ärzten eine ausführliche Anamnese und zielgerichtete körperliche Untersuchung im Mittelpunkt der diagnostischen Abklärung. Da es insgesamt nur sehr wenige Studien zu diesem in der Hausarztpraxis regelmäßig vorkommenden Beratungsanlass gibt, wären weitere Untersuchungen wie z.B. symptomevaluierende Studien zur diagnostischen Aussagekraft von Anamnese und Untersuchungsbefunden für verschiedene zugrunde liegende Ätiologien zu begrüßen. Daraus gewonnene Erkenntnisse könnten in zukünftige Leitlinien einfließen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Stefan Bösner, MPH
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
Tel.: 06421 2865122
boesner@staff.uni-marburg.de

Literatur

1. Heidenreich S. Der Patient mit Beinödemen. *Medizinische Klinik* 2004; 99: 383–9
2. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K, et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003; 32: 1–14
3. Rabady S. Beratungsanlass Beinschwellung: Differenzialdiagnose in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2012; 10: 6
4. Kühlein T, Gunter Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis: Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel, 2008
5. Blankfield RP, Finkelhor RS, Alexander JJ, et al. Etiology and diagnosis of bilateral leg edema in primary care. *Am J Med* 1998; 105: 192–7
6. Blankfield RP. Obstructive sleep apnea associated with leg edema. *Am Fam Physician* 2006; 73: 589; author reply 589
7. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH. Approach to leg edema of unclear etiology. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 148–60
8. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 2009; 338: b946
9. Diederich J. Strategies for Diagnosing Leg Oedema in Primary Care: a Qualitative Study of GPs' Approaches. *European Journal of General Practice: in print*
10. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving: An analysis of clinical reasoning. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1978
11. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Heidelberg: Asanger, 1995: 227–256
12. Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg, 2011
13. MAXQDA. Berlin: VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, 2010
14. Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res* 2003; 13: 905–23
15. Summerton N. The medical history as a diagnostic technology. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 273–6
16. Almond SC, Summerton N. Diagnosis in General Practice. Test of time. *BMJ* 2009; 338: b1878
17. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J* 1975; 2: 486–9
18. Summerton N, Garrood PV. The family history in family practice: a questionnaire study. *Fam Pract* 1997; 14: 285–8
19. Acheson LS, Wang C, Zyzanski SJ, et al. Family history and perceptions about risk and prevention for chronic diseases in primary care: a report from the family healthware impact trial. *Genet Med* 2010; 12: 212–8
20. Fuller M, Myers M, Webb T, Tabangin M, Prows C. Primary care providers' responses to patient-generated family history. *J Genet Couns* 2010; 19: 84–96
21. Murtagh J. Common problems: a safe diagnostic strategy. *Aust Fam Physician* 1990; 19: 733
22. Thompson MJ, Harnden A, Del Mar C. Excluding serious illness in feverish children in primary care: restricted rule-out method for diagnosis. *BMJ* 2009; 338
23. Barraclough K. Chronic cough in adults. *BMJ* 2009; 338: b1218
24. Pewsner D, Battaglia M, Minder C, Marx A, Bucher HC, Egger M. Ruling a diagnosis in or out with „SpPin“ and „SnNOut“: a note of caution. *BMJ* 2004; 329: 209–13
25. Hani MA, Keller H, Vandenesch J, Sönnichsen AC, Griffiths F, Donner-Banzhoff N. Different from what the textbooks say: how GPs diagnose coronary heart disease. *Fam Pract* 2007; 24: 622–7
26. Redelmeier DA. Improving patient care. The cognitive psychology of missed diagnoses. *Ann Intern Med* 2005; 142: 115–20
27. O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care* 2011; 19: 175–81
28. Donner-Banzhoff N. Umgang mit Unsicherheit in der Allgemeinmedizin. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102: 13–8
29. Müller-Engelmann M, Keller H, Donner-Banzhoff N, Krones T. Shared decision making in medicine: the influence of situational treatment factors. *Patient Educ Couns* 2011; 82: 240–6
30. Donner-Banzhoff N. Die Evidenzbasierte Medizin: gescheitert oder einfach nur anders? *Z Arztl Fortbild Qualitäts-sich* 2007; 101: 441–4