

Dermatologie in der Primärversorgung: Koordination, Prävention, Therapie und Fortbildungsbedarf

Dermatology in Primary Care: Coordination, Prevention, Therapy and Educational Needs

Marie-Luise Rübsam, Maximilian Esch, Erika Baum, Stefan Bösner

Hintergrund: Hautkrankheiten stellen einen häufigen Beratungsanlass in der Hausarztpraxis dar. Es gibt zudem kaum Daten bzgl. der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Dermatologen in Mitteleuropa. Neben der Frage nach der Kooperation mit Hautärzten untersuchten wir die Einstellung von Hausärzten zur topischen Cortisontherapie und zum Hautkrebscreening.

Methode: In semistrukturierten Interviews (20–40 min) wurden 14 Hausärzte aus städtischem sowie ländlichem Gebiet zu ihrer persönlichen Vorgehensweise bezüglich der Diagnose, Therapie und Koordination von Patienten mit Hautkrankheiten befragt. Dies erfolgte anhand von Beispielpatienten, die sich die Ärzte ins Gedächtnis riefen. Die Interviews wurden aufgenommen, verbatim transkribiert und qualitativ von zwei unabhängigen Untersuchern nach Erstellen eines Codierungsbaumes inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: In der Kooperation mit den Dermatologen wurden vor allem die Schwierigkeit einer zeitnahen Terminvergabe und die mangelnde fachliche Rückmeldung thematisiert. Bei der Cortisongabe zeigten sich drei distinkte Anwendertypen; eine topische Therapie wird häufig von den Hausärzten initiiert. Bezüglich des Hautkrebscreenings zeigte sich eine sehr heterogene Einstellung der befragten Ärzte, die von begeisterter Befürwortung bis zur strikten Ablehnung reicht.

Schlussfolgerungen: In der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Dermatologen besteht weiterer Optimierungsbedarf, insbesondere in der Kommunikation und Arbeitsteilung. Hausärzte würden zudem von klaren Empfehlungen zur differenzierten Cortisontherapie häufiger Hauterkrankungen profitieren. International schon etablierte Ansätze wie Teledermatologie oder eine regelmäßige Sprechstunde durch einen Dermatologen in den Räumlichkeiten der Hausarztpraxis könnten als Modellprojekte etabliert werden.

Schlüsselwörter: Hauterkrankungen; Hautkrebscreening; Allgemeinmedizin; fachübergreifende Kooperation; Qualitative Forschung

Background: Skin diseases are a common reason for consulting family practitioners (FPs). Little is known about the cooperation between FPs and dermatologists. Besides this question we aimed to explore GPs attitudes towards therapy with topical steroids and screening for skin cancer.

Method: Interviews (20–40 min) with 14 FPs using a semi-structured guideline were conducted. Recalling encounters with patients with skin disease, FPs described their individual diagnostic strategies. Interviews were taped and transcribed verbatim. Qualitative analysis was conducted by two independent raters using a deductive-inductive approach.

Results: Regarding the cooperation with the dermatologist, FPs addressed the difficulty to get a timely appointment and the lack of professional feedback. We could identify three different ways how FPs use steroids in daily practice; treatment with topical steroids is normally initiated by the FP. In regard to skin cancer screening FPs showed quite different opinions ranging from total acceptance to strict rejection.

Conclusion: Cooperation between FPs and dermatologists can still be optimized, especially in the fields of communication and division of work. FPs would profit by clear recommendations regarding steroid therapy for common skin diseases. Internationally established approaches like tele dermatology or regular sessions of a dermatologist in FPs' practices could be established as model projects.

Keywords (MeSH): Skin Disease; Cancer Screening; Family Medicine; Administrative Coordination; Qualitative Designs and Method

Hintergrund

Erkrankungen der Haut sind ein häufiger Beratungsanlass in der ambulanten Versorgung. Je nach Studie und Land stellen diese 6 % bis max. 24 % der ambulanten Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis dar [1–4]. Laut der CONTENT-Studie stehen Hauterkrankungen in Deutschland auf Platz 5 der häufigsten Beratungsanlässe im Rahmen der hausärztlichen Versorgung [4]. Die am häufigsten vorkommenden Beratungsanlässe bzw. gestellten Diagnosen sind Ekzeme, infektiöse Hauterkrankungen, Melanom verdächtige Läsionen und benigne Tumoren [2].

In den Niederlanden konsultieren 65 % der Patienten mit einer Hauterkrankung initial nur ihren Hausarzt zwecks weiterer Abklärung; nur 1,6 % ausschließlich einen Hautarzt [3].

In seiner Funktion als erster Ansprechpartner obliegt es dem Hausarzt, diese Patienten zu sichten und über die Notwendigkeit einer unmittelbaren eigenen Behandlung oder Überweisung zu entscheiden [5]. Verschiedene internationale Studien zeigen Überweisungsraten von 31–38 % an einen Dermatologen [6, 7] und auch in einer in Deutschland durchgeführten Erhebung lagen Überweisungen an einen Dermatologen aufgrund dermatologischer Beschwerden unter der Spitzengruppe in der prozentualen Verteilung der Überweisungen an verschiedene Fachrichtungen [8].

Die hohe Prävalenz dermatologischer Erkrankungen steht in einem gewissen Kontrast zur Aus- und Weiterbildung und den daraus resultierenden klinischen Fertigkeiten von Allgemeinärzten auf dem Gebiet der Dermatologie [9]. Die meisten Hausärzte haben hier außer den im Medizinstudium obligatorischen Lehrveranstaltungen keine weitere strukturierte Weiterbildung genossen. Es verwundert nicht, dass zumindest in Großbritannien dermatologische Themen regelmäßig genannt werden, wenn Hausärzte nach Fortbildungsprioritäten gefragt werden [10] und die Tatsache moniert wird, dass es kaum hausärztliche dermatologische Forschung gibt [11].

In der ZFA 4/2015 haben wir über die Entscheidungsstrategien in diesem Feld berichtet [10a].

Methoden

Studiendesign

Wir wählten einen qualitativen Ansatz, um unsere Studienfrage zu beantworten, da wir einen tieferen Einblick in die individuellen Erfahrungen, Einsichten und Strategien von Hausärzten im Umgang Hautkrankheiten gewinnen wollten. Problemzentrierte Interviews [12] mit einzelnen Hausärzten wurden zur Datenerhebung angewandt, da diese Methode unserer Ansicht nach am besten geeignet war, um mit jedem Arzt über Themen wie z.B. Schwierigkeiten in der Kooperation mit Dermatologen zu reden oder mögliche Ambivalenzen in Bezug auf das Hautkrebscreening besser zu eruieren.

Studiensetting und Datenerhebung

Es wurden Hausärzte aus ländlichen und städtischen Praxen rekrutiert. Dies erfolgte über persönliche Kontakte der Autoren, Schneeballsystem und über die gezielte Ansprache nach einer hausärztlichen Fortbildungsveranstaltung zu dermatologischen Themen. Um eine möglichst große Bandbreite an unterschiedlichen Meinungen und Vorgehensweisen abbilden zu können, achteten wir auf eine heterogene Zusammensetzung der Stichprobe. Basierend auf aktueller Literatur über dermatologische Fragestellungen in der Primärversorgung wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden [13] erstellt und mehrfachen Prätests sowie anschließenden Modifikationen unterzogen.

Als Einstieg in jedes Interview dienten jeweils ein bis zwei Beispielpatienten, die von den teilnehmenden Ärzten in den Wochen vor dem Interview wegen Hauterkrankungen behandelt worden waren. Dieser „stimulated recall“ sollte es den Ärzten erleichtern, anhand von Beispielen konkrete Diagnostik- oder Therapieprozesse darzustellen bzw. die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Spezialisten zu thematisieren. Weiterhin umfasste der Leitfaden Aspekte wie die Therapieziele bei akuten und chronischen Hauterkrankungen, den Stellenwert von cortisonhaltigen Präparaten im Praxisalltag, die Identifizierung für die Hausarztpraxis relevanter dermatologischer Fortbildungsthemen und Ansichten zum Hautkrebscreening.

Nach Beendigung des Interviews wurden weitere Angaben zum Ablauf des Interviews und dem Interview Setting in einem „reflective research journal“ dokumentiert.

Datenanalyse

Alle Interviews wurden nach vorher festgelegten Regeln [14] transkribiert. Die anschließende Datenanalyse folgte einem deduktiv-induktivem Ansatz. In Anlehnung an den „editing organizing style“ [15] wurden die transkribierten Interviews gelesen und nach Phrasen, die mit unseren Forschungsfragen zusammenhingen, durchsucht. In einem weiteren Schritt wurden zusätzliche induktive Kategorien [16] erarbeitet. Der daraus entstandene Codebaum wurde im Verlauf des iterativen Forschungsprozesses mehrmals revidiert und adaptiert. Alle Interviews wurden anhand dieses Baumes von zwei unabhängigen Ratern (MR und ME) codiert. Unterschiedliche Codierungen wurden zwischen den Ratern und teilweise auch in der qualitativen Forschungsgruppe unserer Abteilung in Konsens gebracht. Die Zuordnung der verschiedenen Textpassagen zu dem Codebaum erfolgte mithilfe des Programms MAXQDA-10 [17].

Die gesamte Studie erhielt von der Kommission für Ethik in der ärztlichen Forschung, Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg, ein positives Votum (AZ 130/11).

Ergebnisse

Arztcharakteristika

Wir rekrutierten insgesamt 14 Hausärzte (4 Frauen und 10 Männer). Das Durchschnittsalter betrug 51,5 Jahre; die Hausärzte waren im Durchschnitt seit 16,6 Jahren niedergelassen. Ein Arzt befand sich zum Zeitpunkt des Interviews noch in der fachärztlichen Weiterbildung. Fünf der Hausarztpraxen waren in der Stadt und neun im ländlichen Raum gelegen.

Kooperation zwischen Hausärzten und Dermatologen

Aufgrund der Schwierigkeit, einen zeitnahen Termin bei einem Dermato-

logen zu bekommen, setzen sich die meisten der befragten Ärzte in dringenden Fällen selbst für ihre Patienten ein. „Es ist aber auch durchaus so, dass ich mich ans Telefon klemme und in der Hautarztpraxis anrufe und sage, ich will heute oder morgen diesen Patienten gesehen haben. [Interviewer: Funktioniert das?] Ja, wenn ich drängele schon. Dann merke ich zwar den Widerwillen, aber das geht dann schon [...]“ (HA 8)

„Wenn es akut ist, und ich gar nichts weiß, dann versuche ich immer mit viel Quengeln und Jammern einen Hautkologen zu finden. Das ist eine relativ schwierige Aufgabe, aber es geht immer noch [...]“ (HA 6)

Teilweise wird die als unangenehm empfundene Aufgabe, einen raschen Termin zu bekommen, aber auch an den Patienten delegiert. „Ich bin manchmal so in Not, dass ich die Leute mit einer Überweisung ausstatte und mit dem Auftrag, in der Dermatologen-Praxis so lange Rabatz zu machen, bis sie angeguckt werden.“ (HA 11)

Viele der befragten Hausärzte merkten kritisch an, dass eine schriftliche Rückmeldung durch den Dermatologen in der Regel fehlt oder unvollständig ist. Dies macht es den Hausärzten schwer, die Diagnose und/oder Therapie nachzuvollziehen und effektiv weiter umzusetzen. „Nee. Also viele Ärzte schreiben gar nicht, viele Fachkollegen schreiben gar keinen Bericht, andere beschreiben Befunde, ohne dass sie eine Therapie eintragen.“ (HA 9)

„Wirklich, die Berichte. Das ist mit Abstand das Wichtigste [...] wie ich das bei Internisten auch habe, dass er zwei, drei Untersuchungen macht und sagt, aufgrund dessen, denkt er, es könnte am ehesten das und das sein, und am ehesten damit zu therapieren. Aber wenn ich dann was zurückkriege, dann ein handschriftliches Pamphlet, wo die Diagnose gerade lesbar ist und untendrunter eine Salbe. Fertig, aus, Ende [...]“

Viele der befragten Ärzte äußerten sich zudem enttäuscht darüber, dass es ihrer Ansicht nach bei einem großen Teil der überwiesenen Patienten zu keiner kausalen Therapieentscheidung kommt, sondern eine rein symptomatische Behandlung, meistens mit einem topischen Steroid, erfolgt. „[...] dass das [Cortison] anscheinend die dermatologische Allheilmittelwaffe ist, die auch ganz ganz breit von fachärztlichen

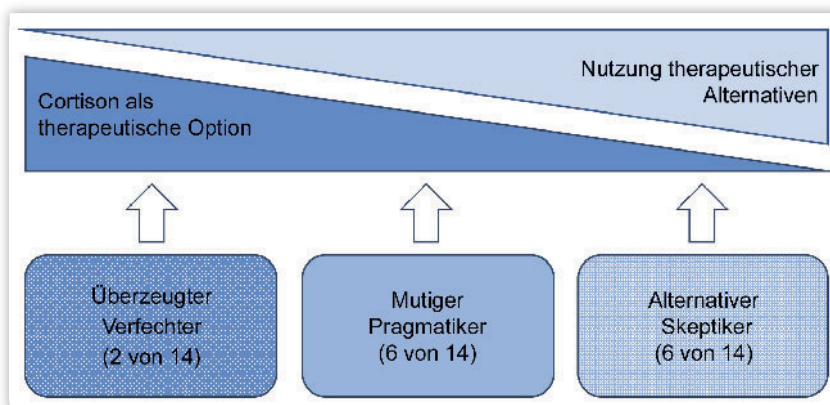


Abbildung 1 Übersicht über die verschiedenen Anwendertypen einer lokalen Cortisontherapie

Kollegen zurückkommt. Dann sind die zwar manchmal ganz kunstvoll verpackt in irgendwelchen Zubereitungen, wo noch Mittelchen dabei sind, die man als Hausarzt nicht versteht oder nicht kennt, aber wenn man dann mal genauer guckt, ist doch wieder 0,1%ige Betamethason drin, ist man doch wieder ein bisschen desillusioniert.“ (HA 8)

Anwendung von topischen Cortison-Präparaten

Nicht zuletzt deswegen wird die Behandlung mit einem topischen Steroid häufig von den Hausärzten initiiert. Als eindeutige Indikationen benannten die interviewten Hausärzte beispielsweise schwere allergische Reaktionen, Intertrigo, Exazerbationen chronischer Hauterkrankungen und Ekzeme unterschiedlicher Lokalisation. „Die Indikation muss natürlich scharf gestellt sein, ich würde nicht auf eine Dermatomykose primär Cortison draufgeben [...]“ (HA 1)

„Also, schwerste Symptome, eine Exazerbation einer chronischen Hauterkrankung, einer Psoriasis, aber auch ein akutes Arzneimittel-Exanthem, haben wir relativ häufig. Das sind Dinge, wo ich persönlich relativ großzügig bin.“ (HA 10)

Bei der Auswahl des geeigneten Präparates zeigen die Hausärzte ein sehr heterogenes Verhalten. Während sich einige am Stufenschema orientieren, wählen andere ihre Präparate intuitiver aus, verlassen sich auf die Erfahrungen mit dem Präparat in der Vergangenheit oder nutzen eigene Rezepturen. „Ehrlich gesagt orientiere ich mich da an der Roten Liste und den Hauptgruppen dort und setze die Präpara-

te dementsprechend ein. Je nachdem, ob stark, mittelstark oder schwach.“ (HA 7)

„Das sind immer so ein bisschen aus dem Bauch heraus gefällte Entscheidungen. Also, ich habe keine konkrete Vorgehensweise.“ (HA 1)

Die Verwendung von Kombinationspräparaten wird kontrovers bewertet und reicht von kompletter Ablehnung bis hin zur Akzeptanz als ein geeignetes Mittel in schwierigen Behandlungssituationen wie einem unklaren Hautbefund, einer akuten Befundverschlechterung, hohem Leidensdruck oder Anspruchshaltung des Patienten. „[[lacht] Na ja, das ist so etwas gegen Hunger, Anschiss und Kälte. Da bin ich eigentlich nicht so dafür. Ich nehme eigentlich lieber Monopräparate, weil bei so einem Kombipräparat weiß ich nicht immer ganz genau, erstens, was habe ich jetzt behandelt, zweitens, welcher Anteil dieses Kombipräparats hat jetzt eigentlich gewirkt und drittens, wie sind eigentlich die Nebenwirkungen davon?“ (HA 11)

„[...] Natürlich nehme ich auch DecodermTri, ich finde es zwar dann vor mir ein kleines dermatologisches Armutzeugnis, wenn ich das nehme, weil ich genau weiß, ich nehme eine Kombipackung von allem was es irgendwo sein könnte, um das zu erreichen. Aber manchmal habe ich in der hausärztlichen Medizin einfach keine andere Chance. [...]“ (HA 8)

Zusammenfassend lassen sich unter den befragten Hausärzten drei verschiedene Anwendertypen von Cortison Präparaten unterscheiden (s. Abb. 1).

Der **überzeugte Verfechter**: „Ja. Sofort drauf. Lokal und auch systemisch. Und bei den ganz schweren Fällen hängen

Interview-Leitfaden Ärzte für Dermatologie-Studie

Vorbereitung des Gesprächs

- Begrüßung und eventuelle Fragen zum Ablauf klären
- Zeitrahmen für das Interview festlegen: ca. 30 min
- Aufnahmetechnik arbeitsbereit machen

Vorstellung des Patienten und Erörterung des Problemfelds „Diagnosestellung“

Wenn Sie sich an einen der Patienten erinnern, die Sie in den letzten 4 Wochen wegen eines Hautproblems gesehen haben ...:

Mit welchen Symptomen ist er zu Ihnen in die Praxis gekommen?

Welche Informationen haben Sie anamnestisch erhoben?

Bei Hauterkrankungen allgemein, gibt es da für Sie gefährlich abwendbare Verläufe und „red flags“? Mit Blick auf Ihren Patienten, gab es dort Hinweise darauf?

Gab es Besonderheiten oder Probleme bei der Diagnosestellung? Wenn ja, welche?

War eine konkrete Diagnose möglich? Wie sicher waren Sie in diesem Fall?

Wie sieht das generell aus bei Hauterkrankungen, die Sie täglich sehen? Können Sie dort in der Regel eine ‚Lehrbuch-Diagnose‘ stellen?

„Tiefen Erklärungsmodelle seitens des Patienten oder das subjektive Empfinden des Patienten in Ihre Diagnosestellung ein? Welchen Stellenwert hat dies für Sie?“

Wie gehen Sie strategisch bei der Diagnosefindung vor? Sie können dazu gerne in groben Zügen 2 oder 3 Patienten, die Sie in der letzten Zeit konsultiert haben, schildern! Worauf achten sie insbesondere?

Vorschlag 1: Sie haben mehrere Differenzialdiagnosen und schließen nach und nach welche aus, sodass am Ende der Anamnese / Untersuchung nur noch eine Diagnose übrig bleibt?

Vorschlag 2: Sie haben bereits zu Beginn eine Diagnose und versuche im Verlauf von Anamnese und Untersuchung Symptome, etc. zu finden, die diese Diagnose absichern?

Falls keines dieser beiden Konzepte auf Ihre persönliche Diagnosefindung zutrifft, bitte beschreiben Sie frei, wie Sie vorgehen!

Wie gehen Sie nun bei Unklarheiten in der Diagnosestellung weiter vor? [Überweisung, probatorische Therapie]

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den regionalen niedergelassenen Dermatologen?

Therapie und Therapieziele

Welche Ziele verfolgen Sie in der Akuttherapie? [Symptomlinderung? Sichere Diagnosestellung als Grundlage für spezifische Therapie?]

Wie sieht dies bei chronisch kranken Patienten aus? Sie können sich wiederum gerne an einen Ihrer Patienten erinnern und dies anhand seines Falls schildern!

Wie gehen Sie hier bei der Behandlung vor? Was sind die primären Therapieziele? [Diskrepanzen zu Patientenwünschen, etc.]

Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?

Cortisonpräparate im allgemeinmedizinischen Praxisalltag

Es werden ja viele Patienten mit chronischen Hauterkrankungen mit cortisonhaltigen, topischen Präparaten behandelt.

Welchen Stellenwert haben diese Präparate in Ihrem Praxisalltag?

Haben Sie eine individuelle „Liste“ verschiedener Cortisonpräparate, nach der Sie persönlich vorordnen?

Was sind die häufigsten Indikationen, für die Sie Cortisonpräparate verschreiben?

Treffen Sie Vorsichtsmaßnahmen bei der Verordnung von Cortisonpräparaten?

(max. Anwendungszeit, keine unkontrollierte Ausgabe von Folgerezepten, Warnung des Patienten vor möglichen Nebenwirkungen)

„Dermatologie in der Allgemeinmedizin“ – Wissensmanagement und Forschungsthemen

Wie haben Sie sich Ihr dermatologisches Wissen angeeignet? [Studium, im Rahmen der Facharztweiterbildung, Kongresse, Lehrbücher, Zeitschriften, externe Fortbildungen]

Wo sehen Sie spezifisch hausärztlichen Fortbildungsbedarf? Wie sollte die Fortbildung gestaltet werden?

Gibt es für Sie interessante und/oder notwendige dermatologische Forschungsthemen, speziell für den hausärztlichen Bereich?

Habe ich noch etwas vergessen? Gibt es von Ihrer Seite noch etwas hinzuzufügen?

Vielen Dank für das Gespräch!

Abbau Technik

wir sie gleich an den Tropf. So habe ich das im Krankenhaus kennengelernt, da wird eine Cortison-Infusion gemacht.“ (HA10)

Nach Ausschluss von abwendbar gefährlichen Verläufen nutzt der **Pragmatiker** den Einsatz von Cortison: „Wenn ich eine Diagnose deutlich favorisiere, dann behandle ich daraufhin. [...] Wenn ich den Eindruck habe, ich weiß zwar nicht ganz genau, was es ist, aber wenn hier jetzt eine Woche Cortison draufkommt, dann ist es weg und der Spuk ist vorbei, dann behandle ich auch ohne Diagnose [...].“ (HA 5)

Und es gibt den **alternativen Skeptiker**: „Aufgrund meiner Erfahrung, die ich persönlich gemacht habe, bin ich aber deutlich vorsichtiger geworden und wir rezeptieren weiter oder verordnen neu, wenn in der Vorgeschichte indiziert und vom Hautarzt bereits begonnen oder auch als Standardtherapie bei der Erkrankung indiziert, aber ein spontaner Einsatz zum Ausprobieren, da bin ich ganz ganz vorsichtig geworden.“ (HA 12)

Hautkrebscreening in der Hausarztpraxis

Hier zeigten sich sehr heterogene Einstellungen der befragten Ärzte, die von begeisterter Befürwortung bis zur strikten Ablehnung reichen. „Absolut sinnvoll. Es gibt ja Studien, und zwar hat man bei irgendeinem Gesundheitstag [...] den Leuten [...] angeboten, dass ein erfahrener Dermatologe mit einem Auflichtmikroskop braune Hautveränderungen ansieht. Und allein an diesem einen Tag sind drei maligne Melanome gefunden worden. Das ist irre. [...]“ (HA 1)

„Ich habe den Kurs gemacht, ich bin auch beeindruckt gewesen, was man theoretisch alles finden kann. Nur ich glaube nicht, dass mich diese zwei Tage dazu ermächtigt haben, was die KV oder die Gesellschaft oder die Krankenkassen von mir erwarten.“ (HA 6)

„Entschuldigung, aber ich glaube auch nicht, dass es beim Dermatologen so das Optimum ist. Insgesamt muss ich desillusioniert ja sagen, dass alle, alle Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, die wir so anbieten, [...] statistisch gesehen Ergebnisse haben. [...] Alles hochgelobt von Politik und Kassen, vorbeugen ist besser als behandeln und trotzdem sind die Ergebnisse lausig.“ (HA 8)

Abbildung 2 Interview-Leitfaden Ärzte für Dermatologie-Studie

Fortbildungs- und Forschungsbedarf

Im Vergleich zu Fortbildungen in anderen Themenfeldern wie z.B. kardiologischen oder gastroenterologischen Fragestellungen waren dermatologische Themen für die meisten der befragten Ärzte nachrangig. Inhaltliches Interesse wurde bzgl. natürlicher Krankheitsverläufe, grundlegender differenzialdiagnostischer Strategien, Training blickdiagnostischer Fertigkeiten und arbeitsmedizinischer Aspekte dermatologischer Erkrankungen geäußert. Eine praxisnahe Umsetzung steht dabei im Vordergrund. „Praxisnah. Mit entsprechenden Verläufen. Wenn es geht, nebeneinander halt verschiedene Differenzialdiagnosen; in natura wäre natürlich noch schöner als in Bild. Interaktiv. Und was zum Anfassen.“ (HA 3)

„Also, pharmakonabhängig müsste sie sein.“ (HA 7)

Zu möglichen dermatologischen Forschungsthemen für die Primärversorgung äußerten sich nur wenige Ärzte, die dann Themen mit einem engen Praxisbezug nannten. „Ein großes Problem [...] ist die Wundversorgung. Da schleudert alles, ja. Von der Uniklinik bis zum kleinsten Hausarzt.“ (HA 14)

„Ja, mich würde interessieren, inwieweit doch die Hygiene eine Rolle spielt. Gut, es wird uns immer berichtet, die Haut wird zu oft geduscht oder gewaschen mit verschiedenen Chemikalien abgerieben, ob das doch einen Einfluss hat. Das drängt sich auf, aber ein bisschen Forschung wäre nicht schlecht.“ (HA 9)

Diskussion

Um für den Patienten den größtmöglichen Nutzen aus einer fachärztlichen Behandlung zu ziehen, sollte der überweisende Hausarzt möglichst zeitnah eine entsprechende schriftliche Rückmeldung seitens des Facharztes erhalten [18]. Die von uns befragten Hausärzte bemängelten in der Zusammenarbeit mit Dermatologen v.a. die unzureichende Rückmeldung, die einerseits die adäquate (Weiter-)Versorgung des Patienten erschwert, als auch die Hausärzte der Möglichkeit beraubt, sich anhand des schriftlichen Feedbacks weiterzubilden [18]. Im Gegenzug kritisieren Fachärzte

Marie Rübsam ...



... ist als Assistenzärztin für Anästhesie im St. Marienhospital in Vechna tätig. Sie ist zudem Doktorandin in dem Projekt „Dermatologie in der Primärversorgung“ der Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps Universität Marburg.

Überweisungen mit unvollständigen patientenbezogenen Informationen oder fehlender Fragestellung, was einen reibungslosen Kommunikationsprozess mit den zuweisenden Hausärzten behindert [19].

Topische Cortisonpräparate sind die am häufigsten verschriebenen Medikamente in der Behandlung dermatologischer Erkrankungen [20, 21]. Die von uns befragten Hausärzte verordnen bei Erkrankungen wie Ekzemen, Exazerbationen chronischer Hautkrankheiten oder Dermatitis cortisonhaltige Externa, was gültiger Lehrmeinung entspricht [22, 23]. Einige der befragten Hausärzte orientieren sich am Stufenschema der WHO [24], während andere die ihnen bekannten Präparate oder individuelle Mixturen präferieren. Ference et al. schlagen in einer Übersichtsarbeit zu topischen Corticosteroiden vor, dass Hausärzte mit je ein oder zwei Präparaten jeder Potenzstufe vertraut sein sollen, um eine sichere und effektive Behandlung steroidsensitiver Erkrankungen zu gewährleisten [25].

Bezüglich des Hautkrebscreenings zeigte sich eine sehr heterogene Einstellung der von uns befragten Ärzte, die von begeisterter Befürwortung bis zur strikten Ablehnung reichte. Studien, die ein hausärztlich durchgeführtes Hautkrebscreening mit dermatologischen Screening-Ergebnissen verglichen, zeigten für die Gruppe der Hausärzte eine niedrigere Sensitivität und eine um mehr als das Doppelte erhöhte Irrtumswahrscheinlichkeit [26–28]. Es fehlen aber Endpunktstudien zur Mortalität oder Lebensqualität der so untersuchten Patienten. Ob Verknennung abwendbar gefährlicher Verläufe oder Überdiagnose häufiger bei Dermatologen oder Hausärzten in diesem Kontext vorkommen, ist nicht bekannt.

Egidi et al. kritisieren die Schwierigkeit bis Unmöglichkeit einer kon-

sequenten Umsetzung dieser Maßnahme für alle Patienten einer Hausarztpraxis und bemängeln, dass ein eindeutig positiver Effekt des Hautkrebscreenings nicht erwiesen ist, da aussagekräftige Studien bezüglich oben genannter relevanter Endpunkte bisher fehlen [29].

Die meisten der von uns befragten Ärzte gaben an, dass ihnen ihr Wissen aus Studium und fachärztlicher Weiterbildung als Grundlage zur Diagnose und Behandlung dermatologischer Erkrankungen dient. Nach der aktuellen Studienordnung des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg beträgt der Anteil der Dermatologie im klinischen Studienabschnitt 1,5 % (2 SWS) [30]. In der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen können im Rahmen der 36-monatigen „Weiterbildung in der internistischen Patientenversorgung“ auch bis zu 18 Monate in „Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung“ (z.B. Dermatologie) abgeleistet werden [31]. Es konnte gezeigt werden, dass schon kurze Rotationen (ca. einen Monat) in dermatologische Abteilungen sowie bereits bestehende Vorkenntnisse im Bereich Dermatologie die diagnostischen Fähigkeiten von Ärzten in Weiterbildung Allgemeinmedizin verbessern [32, 33]. Andere Autoren konnten aufzeigen, dass gezielte Fortbildungsveranstaltungen die Sicherheit im Umgang mit dermatologischen Erkrankungen erhöhen und es gleichzeitig zu einer Reduktion der Überweisungshäufigkeit kam [2, 7].

Studienlimitationen

Unsere Studie hat verschiedene Limitationen. Die Rekrutierung über persönliche Kontakte und unter Lehrärzten unserer Universitätsabteilung sowie nach einer dermatologischen Fortbildungsveranstaltung könnte zu ei-

nem Selektionsbias von an dermatologischen Fragestellungen interessierten Hausärzten geführt haben.

Auch wenn konkrete Patienten im Interview als Gesprächsgrundlage dienen, lässt sich trotzdem nicht ausschließen, dass die teilnehmenden Ärzte ihr initiales diagnostisches Vorgehen oder therapeutische Aspekte während des Interviews noch einmal neu interpretierten. Dieser Bias hätte durch eine rein narrative Interviewerhebung reduziert werden können.

Schlussfolgerungen

In der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Dermatologen besteht weiterer Optimierungsbedarf, der z.B. im Rahmen gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen, z.B. in Qualitätszirkeln, adressiert werden könnte. Hausärzte würden zudem von klaren Empfehlungen zur differenzierten Cortisontherapie häufiger Hauterkrankungen z.B. im Rahmen einer gemeinsam erarbeiteten Leitlinie profitieren.

Korrespondenzadresse

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

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- Fleischer AB, Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care* 2000; 6: 1149–56
- Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clin Exp Dermatol* 2010; 35: 380–3
- Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, van Weel C, et al. Skin diseases in family medicine: prevalence and health care use. *Ann Fam Med* 2008; 6: 349–54
- Kühlein T. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis: Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel, 2008
- Awadalla F, Rosenbaum DA, Camacho F, Fleischer AB, Feldman SR. Dermatologic disease in family medicine. *Fam Med* 2008; 40: 507–11
- Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 250–5
- Lam TP, Yeung CK, Lam KF. What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors? *BMC Med Educ* 2011; 11: 20
- Bösner S, Träger S. Vom Hausarzt zum Facharzt – aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. *Z Allg Med* 2011; 87: 371–7
- Nelson P, Chew-Graham C, Griffiths C, Cordingley L. Recognition of need in health care consultations: a qualitative study of people with psoriasis. *Br J Dermatol* 2013; 168: 354–61
- Kownacki S. Skin diseases in primary care: what should GPs be doing? *Br J Gen Pract* 2014; 64: 380–1
- Zugangswege zum Gesundheitssystem bei Patienten mit chronischen Hauterkrankungen. *Z Allg Med* 2015; 91: 180–186
- Ridd M, Thomas K, Wallace P, O'Sullivan F. Dermatology research in primary care: why, what, and how? *Br J Gen Pract* 2011; 61: 89–90
- Witzel A. Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 2000; 1, Art. 22
- Hopf C, Weingarten E (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett Cotta, 1979
- Kuckartz U. *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, 2007
- MAXQDA 10. Berlin: VERBI Software. Consult. *Sozialforschung GmbH*, 2010
- Crabtree BF, Miller WL. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1999. Available from: www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0656/99006645-d.html
- Mayring P. *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Weinheim: Beltz, 2002
- Haikio JP, Linden K, Kvist M. Outcomes of referrals from general practice. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 287–93
- Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract* 2003; 53: 217–9
- Tadicherla S, Ross K, Shenfelt PD, Fenske NA. Topical corticosteroids in dermatology. *J Drugs Dermatol* 2009; 8: 1093–105
- Surber C, Itin PH, Bircher AJ, Maibach HI. Topical corticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32:1025–30.
- Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, et al. Guidelines of care for the use of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 615–9
- Smolle J, Mader FH. *Beratungsproblem Haut: Diagnostik, Therapie und Pflege im Praxisalltag*; mit 110 Fallbeispielen. 2. Aufl. Heidelberg: Springer, 2005
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *ATC/DDD Index: D Dermatologicals D07A Corticosteroids, plain*; 2013. Available from: www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=D07A&showdescription=yes
- Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. *American family physician* 2009; 79: 135–40
- Morrison A, O'Loughlin S, Powell FC. Suspected skin malignancy: a comparison of diagnoses of family practitioners and dermatologists in 493 patients. *Int J Dermatol* 2001; 40: 104–7
- Grob JJ, Richard MA. The debate over diagnostic accuracy in melanoma: dermatologists or general practitioners? *Arch Dermatol* 2002; 138:1251–2
- Ojeda RM, Graells J. Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo entre el médico de familia y el dermatólogo en una misma área geográfica. *Actas dermo-sifilograficas* 2011; 102: 48–52
- Egidi G, Giersiepen K, Abholz HH. Einführung eines Hautkrebscreenings in Deutschland: Eine kritische Einschätzung. *Z Allg Med* 2009; 85: 82–6
- Fachbereichsrat des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg. Studienordnung für den Studiengang Humanmedizin mit dem Abschluss „Ärztliche Prüfung“ an der Philipps-Universität Marburg vom 22.08.2012. www.uni-marburg.de/administration/amtlich/38_2012.pdf (letzter Zugriff am 15.10.2014)
- Landesärztekammer Hessen. Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen: Stand 01.01.2014. www.laekh.de/upload/Aerzte/Weiterbildung/WBO_2005_10.pdf (letzter Zugriff am 15.10.2014)
- Gerbert B, Maurer T, Berger T, et al. Primary care physicians as gatekeepers in managed care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer. *Arch Dermatol* 1996; 132: 1030–8
- Whitaker-Worth DL, Susser WS, Grant-Kels JM. Clinical dermatologic education and the diagnostic acumen of medical students and primary care residents. *Int J Dermatol* 1998; 37: 855–9