

Welche Aspekte tragen in der täglichen Routine zur diagnostischen Unsicherheit bei?

Ergebnisse einer hausärztlichen Befragung

Which Aspects Contribute to Diagnostic Uncertainty in Daily Practice?

Results of a Survey with Family Practitioners

Magdalena Wübken¹, Markus Bühner², Niklas Barth¹, Antonius Schneider¹

Hintergrund: Diagnostische Unsicherheit stellt in der Hausarztmedizin ein zentrales Thema dar. Ziel dieser Studie war, Beratungsanlässe zu identifizieren, die häufig mit Unsicherheit einhergehen. Dabei sollten auch Ursachen und Kontextfaktoren für das Auftreten von Unsicherheit und deren Relevanz eruiert werden.

Methoden: Im Rahmen eines Fragebogenentwicklungsprozesses wurden teilnehmende Hausärzte/-innen gebeten, einen persönlich erlebten Fall zu beschreiben. Die Beratungsanlässe wurden nach ICPC-2 kategorisiert. Die dargestellten Fälle wurden inhaltsanalytisch kategorisiert, ebenso wie die Freitextantworten zu Kontextfaktoren und zur Einstellung gegenüber dem Auftreten von Unsicherheit.

Ergebnisse: 228 Ärzte/-innen nahmen teil. Am häufigsten wurden Bauchschmerzen (n = 58; 25 %) und Brustschmerzen (n = 32; 14 %) als Beratungsanlässe genannt, die mit einer Wahrnehmung von Unsicherheit einhergehen. Acht Ursachen für Unsicherheit konnten kategorisiert werden: Multimorbidität, Spannungsfeld „psychisch-somatisch“, „die Krankheit zeigt sich noch nicht richtig“, „Unsicherheit, was bei einem definiertem Krankheitsbild zu tun ist“, „nicht schlüssige Symptompräsentation“, „multiple Beschwerden“, „Therapieversagen“ und „widersprüchliche Expertenmeinungen“. 133 (58 %) Teilnehmer waren der Meinung, dass Unsicherheit zum täglichen Praxisalltag gehört.

Schlussfolgerungen: Unsicherheit erwies sich im hausärztlichen Setting als systemimmanent, wobei die Ursachen für Unsicherheit sehr variabel und vielfältig waren. Fortbildungen zum Umgang mit Unsicherheit könnten nutzbringend sein. Auch die Entwicklung einer hausärztlichen Leitlinie „Bauchschmerz“ und die Einbindung von Multimorbidität in Leitlinien könnten hilfreich sein.

Schlüsselwörter: Hausarztpraxis; Beratungsanlässe, Niedrigprävalenzbereich; Diagnostische Unsicherheit; Komplexität

Background: Dealing with diagnostic uncertainty is a core element in family practice. The aim was to identify reasons for encounter, which are often accompanied with uncertainty; and to evaluate sources and context factors for appearance of uncertainty.

Methods: During the development process of a questionnaire, family practitioners (FPs) were asked to describe individual case vignettes. Additionally, they were asked about their attitude towards diagnostic uncertainty and the impact on daily practice. Reasons for encounter were categorized according to ICPC-2. The case vignettes and comments were categorized qualitatively with regard to their content.

Results: 228 FPs participated. The most frequent reason for encounters were abdominal pain (n=58; 25%) and chest pain (n=32; 14%). Eight sources of uncertainty were identified: multi-morbidity, tension between mental and physical reasons, 'clinical picture still not clearly developed', uncertainty related to a defined clinical problem, non-fitting symptom pattern, multiple complaints, conflicting expert opinions, and failure of therapy. 133 (58%) stated that dealing with uncertainty is a daily issue in general practice.

Conclusions: Uncertainty appeared as immanent in family practice. Reasons and context of uncertainty were very heterogeneous and varied considerably. Continuous medical education activities related to uncertainty in family practice might be helpful to alleviate daily routine. Beyond that, the development of an abdominal pain guideline and accounting for multi-morbidity in guidelines might also be helpful.

Keywords: Family Medicine; Reason for Encounter, Low Prevalence; Diagnostic Uncertainty; Complexity

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

² Department Psychologie, Ludwig-Maximilians-Universität München

Peer reviewed article eingereicht: 04.05.2015, akzeptiert: 16.07.2015

DOI 10.3238/zfa.2015.0392-0398

Beratungsanlass	n (%)	Beratungsanlass	n (%)
1. Bauchschmerzen	58 (25,4)	29. Schweres Asthma	1 (0,4)
2. Brustschmerz	32 (14,0)	30. Hautausschlag	1 (0,4)
3. Unklarer Infekt	9 (3,9)	31. Schwere Entzündungszeichen	1 (0,4)
4. Schmerzen Bewegungsapparat	8 (3,5)	32. Divertikulitis	1 (0,4)
5. Fieber	8 (3,5)	33. Neuroborreliose	1 (0,4)
6. Rückenschmerzen	7 (3,1)	34. Flankenschmerz	1 (0,4)
7. Schwindel	7 (3,1)	35. Multiple Sklerose	1 (0,4)
8. Herzrasen/Palpitation	7 (3,1)	36. Septische Arthritis	1 (0,4)
9. Unklarer Gewichtsverlust	6 (2,6)	37. Blutiges Sputum	1 (0,4)
10. Kopfschmerzen	5 (2,2)	38. Globusgefühl	1 (0,4)
11. AZ-Verschlechterung	5 (2,2)	39. Somatisierungsstörung	1 (0,4)
12. Dyspnoe	5 (2,2)	40. Hüftkopfnekrose	1 (0,4)
13. KHK/EKG-Veränderung	4 (1,8)	41. Gesichtszoster	1 (0,4)
14. Müdigkeit	4 (1,8)	42. Harnwegsinfekt	1 (0,4)
15. Unklare Laborveränderung	4 (1,8)	43. Hypertonie	1 (0,4)
16. Unklare Schmerzsymptomatik	4 (1,8)	44. Osteomyelitis	1 (0,4)
17. Lungenembolie	3 (1,3)	45. Muskelschmerzen	1 (0,4)
18. Sensibilitätsstörung	3 (1,3)	46. Übelkeit	1 (0,4)
19. Tiefe Venenthrombose	3 (1,3)	47. Therapieversagen	1 (0,4)
20. Unklarer Husten	3 (1,3)	48. Knoten in weiblicher Brust	1 (0,4)
21. Durchfall	2 (0,9)	49. Schweißausbrüche	1 (0,4)
22. Urtikaria/Exanthem	2 (0,9)	50. Infektion nach Tierbiss	1 (0,4)
23. Ödeme	2 (0,9)	51. Unklare Diagnose	1 (0,4)
24. Raumforderung Pankreas	2 (0,9)	52. Gesichtsschmerz	1 (0,4)
25. Tonsillitis	2 (0,9)	53. Tumor	1 (0,4)
26. Polyurie/Dysurie	2 (0,9)	54. Nebenwirkung Medikament	1 (0,4)
27. Kreislaufbeschwerden/Kollaps	2 (0,9)	55. Auffälliger Ultraschallbefund im Routinecheck	1 (0,4)
28. Hodenschmerzen/V.a. Hodentorsion	2 (0,9)		

Tabelle 1 Geschilderte Beratungsanlässe (n = 228)

Hintergrund

Diagnostische Unsicherheit ist ein zentrales Thema in der Hausarztmedizin. Die Gründe dafür liegen unter anderem an der den Hausärzten* zugeschriebenen Arbeitsaufgabe im Gesundheitssystem. Die DEGAM-Fachdefinition von 2002 betont, dass Allgemeinärzte darauf spezialisiert sind, „als erster ärztlicher Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen“. Fernerhin müssen psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte miteinbezogen werden [1]. Somit beinhaltet der Arbeitsauftrag eine Steuer- und Filterfunktion der unausgelesenen

Patientenklientel. Das hat zur Folge, dass Hausärzte mit Anfangsstadien von Erkrankungen und unspezifischen Symptomen konfrontiert werden, die eine große Spannweite von Differenzialdiagnosen mit sich bringen können [2]. Die niedrigen Prävalenzen von Erkrankungen im allgemeinmedizinischen Arbeitsfeld erschweren die Diagnostik und tragen zum Risiko bei, gefährliche Verläufe zu übersehen [3, 4]. Erschwerend kommt hinzu, dass gemäß dem Bayes'schen Theorem die positiven Vorhersagewerte (engl. predictive values) im Niedrigprävalenzbereich geringer sind und somit die diagnostische Treffsicherheit reduziert ist

[5, 6]. Ferner folgt die Arbeitsweise der Hausarztmedizin dem hermeneutischen Fallverständnis, so die Fachdefinition der DEGAM [1]. Die „erlebte Anamnese“ gewährt den Hausärzten Kenntnisse über das private, berufliche und soziale Umfeld – relevante Kenntnisse, die gedeutet und in die diagnostischen Überlegungen miteinbezogen werden müssen [4]. Sowohl zwischenmenschliche, medizinische als auch organisatorische Herausforderungen sorgen für Komplexität im Praxisalltag, die wiederum ursächlich für diagnostische Unsicherheit sein kann. Wie mit solchen Situationen umgegangen wird und welche Handlungsstrate-

* Für die bessere Lesbarkeit wird im Text i.d.R. die maskuline Form verwendet. Gemeint sind selbstverständlich Menschen jeglichen Geschlechts.

ICPC-2-Klassifikation	n (%)
D: Verdauungssystem	67 (29,4)
A: Allgemein und unspezifisch	40 (17,5)
K: Kreislauf	31 (13,6)
R: Atmungsorgane	22 (9,6)
L: Bewegungsapparat	19 (8,3)
N: Neurologisch	17 (7,5)
S: Haut	7 (3,1)
T: Endokrin, metabolisch, Ernährung	6 (2,6)
B: Blut, blutbild. Organe, Immunsystem	5 (2,2)
P: Psychologisch	5 (2,2)
U: Urologisch	4 (1,8)
X: Weibl. Genitale/Brust	2 (0,9)
Y: Männliches Genitale	2 (0,9)
F: Auge	1 (0,4)

Tabelle 2 Beratungsanlässe, kategorisiert nach ICPC-2 (n = 228)

gien gewählt werden, ist individuell verschieden. Im Rahmen mehrerer Studien wurde versucht, die emotionalen und kognitiven Aspekte des Umgangs mit diagnostischer Unsicherheit mittels Fragebögen zu erfassen [7, 8].

Ziel der vorliegenden Analyse war es, im Rahmen der Entwicklung eines Fragebogens Beratungsanlässe zu identifizieren, die häufig mit Unsicherheit einhergehen. Dabei sollten auch Ursachen und Kontextfaktoren für das Auftreten von Unsicherheit ermittelt werden.

Methoden

Fragebogenkonstruktion

Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens „Communicating and Dealing with Uncertainty“-Questionnaire (CoDU) wur-

Ursachen für Unsicherheit	Beispiele
Symptompräsentation bei bekannter Multimorbidität n = 4 (1,8 %)	Multimorbide 72-jähr. Pat. mit COPD, Hypertonie, Depression kommt zur Abklärung von abendlichen Beschwerden, die seit 4 T. neu bestünden: Kribbeln + Brennen „im Bauch“, das in den Unterbauch und die Leisten ausstrahlen würde, nach 2–3 Minuten würde das Gefühl wieder nachlassen.
Spannungsfeld „Psychosomatisch“ n = 24 (10,5 %)	Ca. 60-jährige Pat. mit erheblicher psychischer Belastungssituation und Gewichtsabnahme von 10 kg in ca. ½ Jahr. DD: Gewichtsabnahme psychogen oder konsumierende, maligne Erkrankung, Diagnostik läuft, endgültige Diagnose noch nicht klar.
Krankheit zeigt sich noch nicht richtig n = 73 (32,0 %)	Weiblich, 38 J., gut 2 Wochen Unterbauchschmerzen re > li, leichter DS ohne Abwehr, klinisch nicht eindeutige Appendizitis, vor 2 Tagen Verschlechterung, jetzt mehr Besserung, Sono Abdomen o.B., Labor: CRP 1.1, sonst o.B., 250 Ery im Urin.
Unsicherheit bei einem definierten Krankheitsbild n = 62 (27,2 %)	Neu diagnostizierte Raumforderung des Pankreas bei Vorsorgeuntersuchung.
Nicht schlüssige Symptompräsentation n = 57 (25,0 %)	Anruf Notfall, Lehrer, Schwindel, Kopfschmerzen; Z.n. ACB; KHK, DS Unterschenkel, Ehefrau sehr besorgt; Hausbesuch bei Patient; RR 120/80, kein Fieber, Puls 72, V.a. Infekt, NMR nächsten Tag, da Ausschluss Hirnblutung etc. Befund unauffällig, Kontrolle 2 Tage später: Patient, 72 Jahre, Ausschlag „Röteln“? 3 Tage Fieber – hat mit kranken Enkelkind gespielt; alle zufrieden.
Präsentation von multiplen, gleichzeitig auftretenden gesundheitlichen Problemen n = 2 (0,9 %)	85-jähriger mobiler Patient, „Russlanddeutscher“, seit Jahren Gelenk- und Rückenschmerzen, netter bescheidener Patient, bei „Routinelabor“ BSG > 60, leichte normochrome Anämie, Z.n. Duodenalulcera, 2 cm großer LK re Unterkiefer, IGM-Paraproteinämie, in Nachkriegsjahre TBC, lebt bei Tochter.
Therapieversagen n = 5 (2,2 %)	Patientin mit typischen Beschwerden von einer Blasenentzündung (Brennen beim Wasserlassen, öfter Wasserlassen in kleinen Mengen), mit Hämaturie (aber keine Leukozyturie, Nitrit neg.), kommt nochmal weil probatorische Antibiotika nicht gewirkt haben.
Widersprüchliche Expertenmeinung n = 1 (0,4 %)	Pat. mit Z.n. Pneumonie; Besserung auf Antibiose; Aufgrund radiologischer Befunde von anderer Seite der V.a. eosinophile Alveolitis geäußert, Pat. wirkte m. E. nach zu gesund für diese Diagnose. Kam zu mir wegen 2. Meinung zu geplanter invasiver Diagnostik (Lungenbiopsie).
ACB = Koronararterien-Bypass; BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit; COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; CRP = C-reaktives Protein; DD = Differenzialdiagnose; DS = Druckschmerz; Ery = Erythrozyten; IGM = Immunglobulin M; KHK = Koronare Herzkrankheit; NMR = Kernspinresonanztomographie; TBC = Tuberkulose	

Tabelle 3 Kategorisierung der von den Hausärzten angegebenen Ursachen für diagnostische Unsicherheit

den die Teilnehmer aufgefordert, einen persönlich erlebten Patientenfall zu beschreiben: „Zu den typischen Herausforderungen des hausärztlichen Alltags gehört der Umgang mit diagnostischer Unsicherheit. Bitte denken Sie an einen typischen Patientenfall aus ihrem Praxisalltag, der für Sie mit diagnostischer Unsicherheit einherging. Skizzieren Sie kurz schriftlich die konkrete Situation.“ Hierdurch sollte die Beantwortung der nachfolgenden Items erleichtert werden, indem die Antwortoptionen sich direkt auf den eigenen Fall beziehen. Am Ende des Fragebogens waren Freitextangaben zu den folgenden Fragen möglich: „Welche Bedingungen erschweren Ihnen die Diagnosestellung in Ihrer Praxis?“ und „Wie denken Sie über diagnostische Unsicherheit in Ihrem Arbeitsalltag?“ Die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens, in dem die Skalen „Kommunikation von Unsicherheit“, „Diagnostische Aktion“, „Intuition“ und „Erweiterte Sozialanamnese“ abgebildet werden, wurden andernorts publiziert [9].

Rekrutierung und Datenerhebung

Der Fragebogen wurde von September 2012 bis März 2013 an Hausärzte und Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung auf diversen Kongressen und universitären Veranstaltungen verteilt. Die Fragebögen wurden außerdem an Hausärzte allgemeinmedizinischer Praxen in Bayern und Bremen über das Netz der Lehrärzte für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München und der Universität Bremen verschickt. Diese Hausärztinnen und Hausärzte wurden gewählt, da man bei ihnen von einem besonderen Interesse für Studien zum Fachgebiet der Allgemeinmedizin und somit auch von einer großen Bereitschaft zur Teilnahme an der Fragebogenvalidierung ausgehen konnte. Die Teilnehmer mussten neben ausreichenden Deutschkenntnissen und einem abgeschlossenen Medizinstudium auch über hausärztliche Praxiserfahrung verfügen. Neben Alter, Geschlecht und Anzahl der Jahre ärztlicher Tätigkeit wurde unter anderem der Niederlassungszeitpunkt erfragt. Um eine gute statistische Voraussetzung für die Faktorenanalyse der neu entwickelten Skalen zu schaffen [9], sollten mindestens 200 Teilnehmer rekrutiert werden [10].

Bedingung	n (%)
Zu wenig Zeit	78 (26,5)
Mitarbeit/Compliance/Aussagen/Sprachbarriere des Patienten	42 (14,3)
Weitere apparative Diagnostik steht nicht zur Verfügung	33 (12,7)
Mangelnde Kooperation mit fachärztlichen Spezialisten (z.B. Termin dauert zu lange; unsensibel/Verunsicherung des Patienten)	24 (11,2)
Kein zeitnahes Labor/Zeitdruck	17 (5,8)
Budget	16 (5,4)
Frühform der Erkrankungen/keine eindeutigen/nicht schlüssige Symptome	14 (4,8)
Es gibt keine erschwerenden Bedingungen/kein Problem für mich	11 (3,7)
Bürokratie/Logistik	10 (3,4)
Anzahl der Patienten/Arbeitspensum	9 (3,1)
Somatisierung des Patienten	8 (2,7)
Unwissenheit/begrenztes Wissen des Arztes	6 (2,0)
Fehlender kollegialer Austausch	6 (2,0)
Niedrigprävalenzbereich	5 (1,7)
Multimorbide Patienten	3 (0,7)
Notdienste, fremde Patienten	2 (0,7)
Komplexität der Hausbesuche (keine apparative Diagnostik möglich)	2 (0,7)
Sorge vor Überdiagnostik	1 (0,3)
Komplexität der Situationen ohne Diagnosen	1 (0,3)
Fortbildungsmangel	1 (0,3)
Unterbrechungen der Konsultationen durch Telefon etc.	1 (0,3)
gesamt	290 (100)

Tabelle 4 Antworten auf die Frage „Welche Bedingungen erschweren Ihnen die Diagnosestellung in Ihrer Praxis?“ (Mehrfachantworten möglich)

Datenauswertung und Analyse

Bei der vorliegenden Studie wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden verwendet (Mixed-Methods-Studie). Die Patientenfälle und die Antworten des Freitextanteils wurden in eine Word-Datei übertragen. Anschließend wurden die beschriebenen Beratungsanlässe bzw. Symptome den diagnostischen Kategorien der „International Classification of Primary Care – 2nd Edition“ (ICPC-2 Deutsch), die Beratungsanlässe beziehungsweise Diagnosen in 17 Hauptkategorien einteilt, zugeordnet [11]. Die deduktive und induktive Kategorienbildung zu den Ursachen von Unsicherheit, entnommen aus den Fallbeschreibungen, erfolgte nach der vereinfachten qualitativen Inhaltsanalyse von Experteninterviews, wie von Horst Otto Mayer vorgeschlagen [12]. Diese sieht vor, das empirische Material im Hinblick auf sich wiederholende Plausi-

bilisierungen hin zu kategorisieren und der Analyse anschließend als Kategorienapparat zugrunde zu legen. Meinungsdifferenzen wurden durch Diskussion gelöst, sodass man sich auf eine Kategorie einigen konnte. Die Freitextangaben zur Einstellung gegenüber Unsicherheit wurden sehr stichpunktartig von den Befragten beantwortet, sodass eine Kategorisierung leicht möglich war. Die Häufigkeit der jeweiligen Kategorien wurde ausgezählt. Die Studie wurde unter der Nummer 5540/12 am 25.10.2012 von der Ethikkommission der Technischen Universität München bewilligt.

Ergebnisse

Teilnehmer

Von den 235 ausgefüllten Fragebögen am Ende der Rekrutierungsphase konnten 228 vollständig ausgefüllte und lesbare

Meinung	n (%)
Unsicherheit gehört dazu/kommt täglich vor.	133 (58,3)
Unsicherheit ist schwierig auszuhalten.	21 (9,2)
Unsicherheit macht den Alltag interessant/ist notwendig.	21 (9,2)
Ich komme gut damit zurecht.	15 (5,4)
Man muss damit leben können.	11 (4,8)
Hausarzt beschreibt mögliche Methoden zum Umgang	9 (3,9)
Unsicherheit ist für mich nicht von Bedeutung.	5 (2,2)
Unsicherheit stellt eine Herausforderung dar.	4 (1,8)
Keine weiteren Anmerkungen	9 (3,9)
gesamt	228 (100)

Tabelle 5 Antworten auf die Frage „Wie denken Sie über diagnostische Unsicherheit in Ihrem Arbeitsalltag?“ (Mehrfachantworten möglich)

Fragebögen in die statistische und inhaltliche Analyse einbezogen werden. Von den 228 Teilnehmern waren 81 (35,7 %) weiblich. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen lag bei 49,1 Jahren und der männlichen Teilnehmer bei 52,9 Jahren. Die durchschnittliche Niederlassungsdauer betrug 16,6 Jahre (Standardabweichung SD 9,3), die durchschnittliche Dauer der klinischen Erfahrung 23,9 Jahre (SD 9,4). 212 Studienteilnehmer (93 %) waren zur Zeit der Rekrutierung niedergelassen, 14 (6,1 %) waren in einer Hausarztpraxis angestellt und 2 Studienteilnehmer (0,9%) waren pensioniert.

Analyse der Fallvignetten

Es konnten 55 unterschiedliche Beratungsanlässe differenziert werden (Tab. 1). Am häufigsten wurden Bauch- und Brustschmerzen genannt (25,4 % bzw. 14,0 %). Die meisten Beratungsanlässe

waren den ICPC-2-Codes „Verdauungssystem“ und „Allgemein und unspezifisch“ zuzuordnen (Tab. 2). Die herausgearbeiteten Ursachen für diagnostische Unsicherheit sind in Tabelle 3 dargestellt. Am häufigsten wurde Unsicherheit beschrieben, wenn das Krankheitsbild noch nicht voll entwickelt war (32,0 %), gefolgt von Unsicherheit bei definierten Krankheitsbildern (27,2 %), wobei eine nicht schlüssige Symptompräsentation (25,0 %) beinahe ebenso häufig geschildert wurde. Andere Ursachen wurden weit weniger häufig genannt. Ein psychosomatisches Spannungsfeld wurde noch in 10,5 % der Fälle genannt.

Bedeutsamkeit von diagnostischer Unsicherheit im Praxisalltag

„Zu wenig Zeit“ (26,5 %) war die häufigste Bedingung, die eine Diagnosestellung in der Praxis erschwert (Tab. 4). An zwei-

ter Stelle wurde patientenseitige Bedingungen, wie z.B. mangelnde Mitarbeit oder Compliance, geschildert (14,3 %). Zudem wurden der Mangel an weiterer apparativer Diagnostik (12,7 %) und mangelnde Kooperation mit Spezialisten (11,2 %) als häufiger Faktor gesehen. 58,3 % der Befragten denken, dass Unsicherheit zum Praxisalltag einfach dazu gehört und täglich vorkommt (Tab. 5). Für 9,2 % war dies schwer auszuhalten, während ein gleicher Anteil von 9,2 % feststellten, dass dies den Alltag erst interessant macht und notwendig ist.

Diskussion

Im Rahmen der Entwicklung eines Fragebogens sollten Beratungsanlässe identifiziert werden, die häufig mit Unsicherheit einhergehen. Dies war am häufigsten bei Bauch- und Brustschmerzen der Fall. Es konnten zahlreiche unterschiedliche arzt- und patientenseitige Aspekte identifiziert werden, die Unsicherheit generieren. Vage Symptompräsentationen, eine mangelnde Offenheit bzw. Mitarbeit der Patienten und äußere Bedingungen, wie z.B. Zeitnot, tragen ebenso zur Komplexität der Hausarztmedizin bei, wie eine begrenzte apparative Ausstattung und die Unmöglichkeit, „alles Medizinische zu wissen“. Weit mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer betonten die hohe Bedeutsamkeit dieses Phänomens in ihrem Alltag.

Die Ergebnisse spiegeln die drei Quellen von Unsicherheit wieder, die Beresford bereits vor knapp 25 Jahren herausgearbeitet hat [13]: Die Unmöglichkeit, alles zu wissen, hatte er als „technische“ Ursache benannt, die Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion als „persönliche“ Ursache identifiziert, und die Schwierigkeit, abstraktes Wissen auf den konkreten Fall anzuwenden hatte er als „konzeptuelle“ Ursache bezeichnet. Hierdurch wird deutlich, dass sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Unsicherheit bereits über lange Zeit erstreckt. Die Zunahme an Wissen steigt jedoch exponentiell, wodurch auch die Grenzen zum Nichtwissen immer weiter zunehmen (Abb. 1) [14]. Der Umgang mit der damit einhergehenden Zunahme von Unsicherheit wird dadurch immer herausfordernder, insbesondere in der Allgemeinmedizin als breites generalistisches Fach. Neue Informationstechniken, wie z.B.

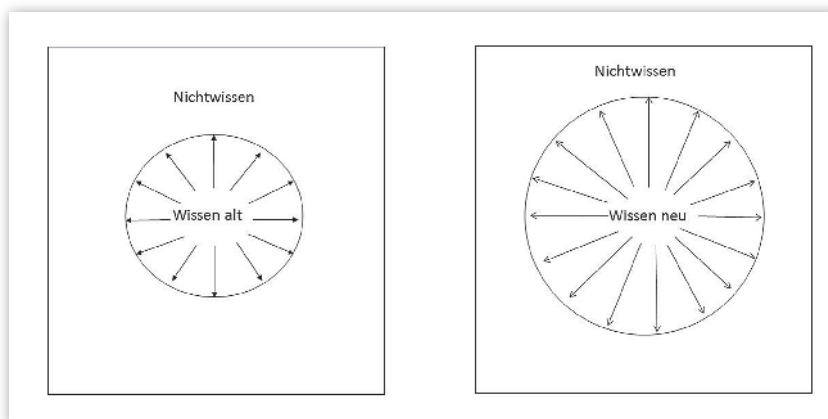


Abbildung 1 Das Grenzverhältnis zwischen Wissen und Nichtwissen

Magdalena Wübken ...

... hat im November 2014 ihr Medizinstudium an der Technischen Universität München abgeschlossen. Ihre Promotion am Institut für Allgemeinmedizin der TU München verfasste sie zum Thema „Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der hausärztlichen Praxis – eine Fragebogenkonstruktion“. Derzeit bewirbt sie sich um eine Stelle im Bereich der Inneren Medizin, um die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin zu beginnen.

kontinuierlicher Internetzugang zu seriösen medizinisch-wissenschaftlichen Webseiten oder verbesserte Praxissoftware, könnten hilfreich sein, um diese Wissenszunahme zu bewältigen.

Jenseits der Unmöglichkeit alles zu wissen, müssen auch für die Allgemeinarztpraxis systemimmanente Dimensionen wie Niedrigprävalenzbereich und geringe Symptomausprägung beachtet werden [6]. Heuristiken wie die Formulierung des „abwendbar gefährlichen Verlaufs“ versus „abwartendes Offenlassen“ verdeutlichen, dass der Umgang mit Unsicherheit eine hausärztliche Kernkompetenz darstellt. Die Stärke des Hausarztes besteht gerade darin, den Umgang mit Unsicherheit nicht nur als Problem zu erleben, sondern diesen über bewusste Wahrnehmung und Reflexion auch als Lösungsressource zu nutzen, indem er zum Beispiel keine vorzeitigen Entscheidungen fällt und dies entsprechend mit dem Patienten kommuniziert [15]. Auf die Kommunikation mit dem Patienten sollte besonders Augenmerk gelegt werden. Unsicherheit zu kommunizieren stellt oftmals eine Herausforderung dar, ist aber für eine transparente partizipative Entscheidungsfindung unabdingbar [9, 16]. Der pro-aktive Umgang damit muss aber gelehrt und gelernt werden, wie bereits O’Riordan et al. einforderten [17]. Die hier vorgestellten Ergebnisse könnten eine Hilfe darstellen, um Situationen von Unsicherheit zu beschreiben und für Lernprozesse nutzbar zu machen.

Die Heterogenität der Ursachen für Unsicherheit ist beachtlich. Nicht nur unspezifische Symptome oder anfängliche Krankheitsbilder, auch psychosomatische Krankheitsbilder und die Präsentation von multiplen Beschwerden kommen hierfür in Frage. Donner-Banzhoff und Hertwig haben hierfür das bezeichnende Bild des „induktiven Streifens“ herausgearbeitet, mit dem der Hausarzt versucht, sich der Komplexität seiner Fälle anzunähern und erste Ursachen präsentierter gesundheitlicher Beschwerden zu finden

[18]. Oft zieht dies ein erneutes Abwägen der gestellten Diagnose oder Therapie nach sich und kann bei Unklarheiten wiederum diagnostische Unsicherheit hervorrufen. Die Relevanz von Leitlinien gerade für unklare Situationen im allgemeinmedizinischen Arbeitsfeld könnte hier deutlich werden. Ihr Potenzial scheint in diesem Fall noch nicht vollends ausgeschöpft zu sein. Ein relevantes Thema der Allgemeinmedizin ist „Multimorbidität“, das allerdings durch Leitlinien nicht genügend abgebildet wird [19]. Multimorbidität gewinnt durch den demografischen Wandel immer mehr an Bedeutung und wurde auch in dieser Studie als Ursache diagnostischer Unsicherheit herausgearbeitet. Auffallend ist die häufige Nennung von Bauchschmerzen als Beschwerdebild, mit dem diagnostische Unsicherheit verbunden ist. Passend dazu zeigen die CONTENT-Daten, dass Erkrankungen im Verdauungssystem sehr häufige Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis darstellen [20]. Vermutlich ist die große Breite an Differenzialdiagnosen für die empfundene Unsicherheit ursächlich, zumal hier ein besonders deutliches Spannungsfeld besteht, den abwendbar gefährlichen Verlauf (z.B. Appendizitis) nicht zu übersehen und gleichzeitig dem abwartenden Offenlassen (z.B. Gastroenteritis) gerecht zu werden. Hinzu kommt, dass die Sensitivität der Anamnese und klinischen Untersuchung gerade bei „Bauchschmerzen“ sehr gering zu sein scheint [21]. Die Leitlinie Brustschmerz [22] ist bereits weit verbreitet und sehr anerkannt. Eine Leitlinie „Bauchschmerz“ könnte ähnlich hilfreich sein, den Umgang damit im hausärztlichen Alltag zu erleichtern, indem sie besonders in nicht eindeutigen Situationen eine Entscheidungsgrundlage bietet.

Stärken und Schwächen

Bei insgesamt 228 Teilnehmern handelt es sich um eine verhältnismäßig große Stichprobe. Insofern ist von einer zufriedenstellenden Sättigung der von uns ge-

stellten Fragen auszugehen. Es ist jedoch anzumerken, dass die Kategorisierung ausschließlich von MW und AS durchgeführt wurden. Auf eine erneute unabhängige Zuordnung und Überprüfung der Kategorien wurde wegen Ressourcengangs verzichtet. Die Kategorisierungen sind daher vermutlich nicht erschöpfend. Für eine eingehende Systematisierung wären weitere qualitative Forschungsarbeiten notwendig. Darüber hinaus könnten qualitative Interviews tiefere Einblicke in die Bedeutung von Unsicherheit im hausärztlichen Alltag bieten. Generell sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass Hausärzte teilnahmen, die sich an wissenschaftlichen Veranstaltungen beteiligten und schon des Öfteren mit diesem Thema konfrontiert worden sind.

Schlussfolgerungen

Die Studienergebnisse bestätigen die Relevanz diagnostischer Unsicherheit im hausärztlichen Alltag und machen deutlich, dass diese systemimmanent ist. Die Vielseitigkeit der Ursachen für diagnostische Unsicherheit wird deutlich. Hinzu kommen äußere Umstände, wie Bürokratisierung oder das enge Zeitbudget, die die Hausärzte in ihrem Handeln einschränken und den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit erschweren können. Fortbildungen zum Thema „Umgang mit Unsicherheit“ sollten Gelegenheiten bieten, sich mit Kollegen auszutauschen und voneinander zu lernen. Darüber hinaus könnte die Entwicklung einer Leitlinie „Bauchschmerz“ und auch die Einbeziehung von Multimorbidität in künftige Leitlinien besonders nutzbringend sein.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Danksagung: Wir bedanken uns sehr herzlich bei den Hausärztinnen und Hausärzten für das Vertrauen und die Teilnahmebereitschaft.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Antonius Schneider
Institut für Allgemeinmedizin
Technische Universität München /
Klinikum rechts der Isar
Orleansstraße 47
81667 München
Tel.: 089 6146589-11
Antonius.Schneider@tum.de

Literatur

1. DEGAM. Fachdefinitor. www.degam.de/index.php?id=303 (letzter Zugriff am 28.04.2015)
2. Dinant GJ, van Leeuwen YD, Hungin P, Fitzmaurice DA. *Diagnosis and decision-making*. Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford: Oxford University Press, 2004
3. Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, Donner-Banzhoff N, Dinant GJ. Dealing with low-incidence serious diseases in general practice. *Br J Gen Pract* 2011; 61: 43–6
4. Abholz HH. Generalist und Spezialist – zwei unterschiedliche Welten von Arbeit und Arbeitsauftrag. *Z Allg Med* 2004; 80: 411–3
5. O'Connor GT, Sox HC, Jr. Bayesian reasoning in medicine: the contributions of Lee B. Lusted, MD. *Med Decis Making* 1991; 11: 107–11
6. Schneider A, Dinant GJ, Szecsenyi J. Zur Notwendigkeit einer abgestuften Diagnostik in der Allgemeinmedizin als Konsequenz des Bayes'schen Theorems. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2006; 100: 121–7
7. Gerrity MS, White K, DeVellis R, Dittus R. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motiv Emot* 1995; 19: 175–91
8. Schneider A, Lowe B, Barie S, Joos S, Engeser P, Szecsenyi J. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire' (DUQ). *J Eval Clin Pract* 2010; 16: 431–7
9. Schneider A, Wübken M, Linde K, Bühner M. Communicating and dealing with uncertainty in general practice: the association with neuroticism. *PLoS One* 2014; 9
10. Bühner M. *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Deutschland GmbH; 2010
11. CONTENT (CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork) UH, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. *CONTENT – Das arztpraxisbasierte Forschungsnetz 2012*. www.content-info.org (letzter Zugriff am 28.04.2015)
12. Mayer HO. *Interview und schriftliche Befragung – Entwicklung, Durchführung, Auswertung*. 5. Auflage 2009. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
13. Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *The Hastings Cent Rep* 1991; 21: 6–11
14. Ravetz, JR. Usable knowledge, usable ignorance incomplete science with policy implications. *Science Communication* 1987; 9: 87–116
15. Barth N, Nassehi A, Schneider A. Umgang mit Unbestimmtheit – zur Hypermodernität des Hausarztes. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2014; 108: 59–65
16. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004; 291: 2359–66
17. O'Riordan M, Dahinden A, Akturk Z, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care* 2011; 19: 175–81
18. Donner-Banzhoff N, Hertwig R. Inductive foraging: improving the diagnostic yield of primary care consultations. *Eur J Gen Pract* 2014; 20: 69–73
19. Muth C, Kirchner H, van den Akker M, Scherer M, Glasziou PP. Current guidelines poorly address multimorbidity: pilot of the interaction matrix method. *J Clin Epidemiol* 2014; 67: 1242–50
20. Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J. *Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis*. München: Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH, 2010
21. Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, Fukui T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice. *J Epidemiol* 1997; 7: 27–32
22. Haasenritter J, Bösner S, Klug J, Ledig T, Donner-Banzhoff N. *DEGAM-Leitlinie Nr. 15: Brustschmerz*. https://online-zfa.de/media/article/2011/04/17F3FBD C-011D-4BB0-928C-EC981D05F415/17F3FBD C011D4BB0928CEC981D05F415_hasenritter-degam_1_original.pdf (letzter Zugriff am 28.04.2015)

**DEGAM im Netz**

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam2015.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de
www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin