

**Wie häufig gibt es für einen Hausarzt das Problem,  
dass er denkt: „ Hier weiß ich nicht gut Bescheid,  
müsste mal nachlesen.“ – und welche Probleme sind  
dies?**

*„Was wir wissen, ist ein Tropfen; was wir nicht wissen, ein Ozean.“*

*(Isaac Newton)*

*„Man muss nicht alles wissen. Aber man sollte wissen, wie man dort  
hinkommt.“*

*(Werner Amann)*

Vorgelegt von

Dr. Griessmair Elisabeth    Dr. Gruber Deborah

im Rahmen der dreijährigen Sonderausbildung für

Allgemeinmedizin 2011-2014

*Tutor: Dr. Giuliano Piccoliori*

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
Abstract .....	3
Einleitung .....	4
Hintergrund .....	4
Ziele .....	7
Methoden .....	7
Fragebogenvorlage .....	9
Durchführung .....	10
Ergebnisse (erster Abschnitt) .....	10
Diskussion .....	14
Ergebnisse (zweiter Abschnitt) .....	16
Literaturverzeichnis .....	19
Danksagung .....	22
Anhang: Fragebogenbeispiele .....	23
Beispiel 1 .....	23
Beispiel 2 .....	24
Beispiel 3 .....	25
Beispiel 4 .....	26

# **Abstract**

## **Hintergrund:**

Die Zeiten allwissender Ärztinnen und Ärzte sind vorbei.<sup>1</sup> Das medizinische Wissen verdoppelt sich nämlich etwa alle sieben Jahre.<sup>2</sup> Insbesondere Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind tagtäglich mit Problemen und Fragen konfrontiert, die zu lösen bzw. zu beantworten ihnen nicht immer sofort möglich ist. Deshalb liegt ein großer Teil der hausärztlichen Kompetenz heutzutage darin, zu wissen, wo welches Wissen zu finden ist und wie es am besten abgerufen und genutzt werden kann.<sup>3</sup>

## **Ziele:**

Zunächst wird der Frage nachgegangen, wie oft es innerhalb eines bestimmten festgelegten Zeitraums vorkommt, dass ein Hausarzt bei einer an ihn herangetragenen Problematik oder Fragestellung an die Grenzen seines Wissens stößt. Weiters wird erfasst, um welche Fach- bzw. Themenbereiche es sich dabei handelt und welche Problemlösungsstrategien jeweils zur Anwendung kommen. Anschließend wird noch herausgearbeitet, welche (weiteren) Möglichkeiten ein viel beschäftigter Allgemeinmediziner zur Verfügung hat, um sich regelmäßig einen Überblick über die neuesten Forschungsergebnisse zu verschaffen bzw. um Wissenslücken gezielt zu schließen.

## **Methoden:**

Die Datensammlung erfolgte in einem Zeitraum von acht Wochen in drei verschiedenen Hausarztpraxen in Südtirol. Die teilnehmenden Hausärzte notierten zunächst alle Patientenkontakte, bei denen das eigene medizinische Fachwissen zur sofortigen Beantwortung der sich ergebenden Fragen nicht ausreichte, in einem eigens dafür bereitgelegten Notizblock. Im Anschluss an die Ordinationszeit übertrugen sie die gesammelten Daten in einen von uns erstellten Fragebogen.

Recherchen im Internet dienten schließlich dazu, Nachschlagewerke und Beratungsdienste ausfindig zu machen, welche in der Hausarztpraxis von Nutzen sein können.

## **Ergebnisse:**

Pro Hausarzt und Woche wurden im Durchschnitt knapp 2 Fragebögen ausgefüllt. Die meisten Fragestellungen fielen in den Fachbereich der Inneren Medizin. Bei den angewandten Problemlösungsstrategien überwog die „Überweisung an den Facharzt“ vor allen anderen.

## **Schlüsselwörter:**

Wissenslücken, lebenslanges Lernen, Update, Nachschlagewerke, Fortbildungs- und Lernmaterial, Beratungssysteme, Schulungsbedarf

## **Einleitung**

Die Zeiten allwissender Ärztinnen und Ärzte sind wohl vorbei. Auch Hausärztinnen und Hausärzte mit langjähriger Berufserfahrung können und müssen nicht alles wissen, was in der Medizin heute bekannt ist. Ein großer Teil der hausärztlichen Kompetenz liegt deshalb darin, zu wissen, wo welches Wissen zu finden ist und wie dieses am besten abgerufen und genutzt werden kann.<sup>4</sup>

## **Hintergrund**

Das medizinische Wissen entwickelt sich rasant, nahezu explosionsartig. In der Literatur sind derzeit weltweit etwa 40.000 bis 60.000 voneinander abgrenzbare Krankheiten und Syndrome sowie eine Vielzahl von Symptomen und Symptomgruppen beschrieben. Hinzu kommen noch die verschiedensten atypischen Präsentationen und uncharakteristischen Symptomkombinationen.<sup>5</sup> Zudem liefert die medizinische Forschung immer wieder neue Erkenntnisse über physiologische und pathophysiologische Vorgänge im Körper, aus denen sich wiederum neue Therapieansätze ergeben. Diese haben schließlich die Entwicklung weiterer Wirkstoffe bzw. Medikamente zur Folge.<sup>6</sup>

So ist es nicht weiter verwunderlich, wenn viele Ärztinnen und Ärzte bereits wenige Jahre nach Abschluss ihrer medizinischen Ausbildung merken, dass sie fundamentale Wissenslücken haben.<sup>7</sup>

Das Thema "Wissenslücken bei Ärzten" ist allerdings nicht erst in den letzten Jahren aktuell geworden. Dies belegen zahlreiche Artikel aus dem World Wide Web. Außerdem macht es vor keiner einzigen Fachdisziplin halt.

Im Folgenden einige Beispiele:

Der älteste von uns ausgehobene Artikel stammt aus einer Ausgabe des Wochenmagazins "Der Spiegel" aus dem Jahr 1975 und ist folgendermaßen betitelt: "Ärzte: Wissenslücken bei der Pille". Wohlgermerkt: Die "Pille" war zu diesem Zeitpunkt in Deutschland schon seit 14 Jahren auf dem Markt.

Im Jahr 1999 äußerte sich Prof. Dr. med. Werner A. Scherbaum, damals Vorsitzender der Leitlinienkommission der Deutschen Diabetes Gesellschaft, folgendermaßen: "Die meisten Ärzte haben ihr Wissen über Diabetes mellitus während des Studiums bzw. während der

ersten Jahre der Aus- und Weiterbildung erlangt. Danach haben viele von ihnen zum Teil überholtes Wissen nicht mehr aufgefrischt. Für Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus ist eine Aktualisierung jedoch unbedingt notwendig, insbesondere wegen neuer Definitionen für die Diagnostik und Therapie.... "8

Der weitaus größte Teil der Internet-Einträge zum Thema "Wissenslücken bei Ärzten" stammt jedoch aus den letzten 10 Jahren.

So belegt zum Beispiel ein Artikel aus dem Jahr 2008 die Schwierigkeiten US-amerikanischer Ärzte im Umgang mit an der Virus-Grippe Erkrankten.<sup>9</sup>

Ebenfalls aus dem Jahr 2008 stammt eine deutsche Studie zum Thema FMS. Ihr zufolge sind sich die deutschen Ärzte ihrer Wissenslücken beim Thema "Fibromyalgie-Syndrom" sehr wohl bewusst. Die Mehrzahl der befragten Mediziner fühlt sich nicht ausreichend in der Untersuchung von FMS-Patienten geschult. Und jeder zweite Arzt glaubt, dass FMS oft oder fast immer fehldiagnostiziert wird. Besonders die Allgemeinmediziner zweifeln daran, ein FMS anhand seiner Symptome erkennen und von anderen Erkrankungen abgrenzen zu können. Zudem bekennen 87% der Hausärzte und 96% der Fachärzte (Rheumatologen, Neurologen, Schmerzmediziner und Psychiater), dass sie die Patienten nicht immer ernst nehmen.<sup>10</sup>

Im Dezember 2011 erschien auf [www.aponet.de](http://www.aponet.de), dem Offiziellen Gesundheitsportal der deutschen ApothekerInnen, ein Artikel mit dem vielsagenden Titel "Händewaschen: Angehende Ärzte mit Hygiene-Wissenslücken".<sup>11</sup>

Wenige Monate später, nämlich im März 2012, wurde ein Artikel mit dem Titel "Dramatische Wissenslücken: Ärzte und Früherkennung" veröffentlicht. Wissenschaftler des Harding Center for Health Literacy hatten nämlich untersucht, inwieweit amerikanische Allgemeinärzte, die in ihrem Berufsalltag Früherkennungsuntersuchungen veranlassen, gewisse Sachverhalte (nämlich: Minderung der Sterblichkeit als entscheidendes Maß für den Nutzen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei völliger Bedeutungslosigkeit der 5-Jahres-Überlebensrate, Untauglichkeit der Zahl der frühzeitig erkannten Krebserkrankungen als Beleg für den Erfolg einer Früherkennungsmaßnahme – Stichwort „Überdiagnose“) kennen und verstehen. Die bei der Online-Befragung erhaltenen Antworten belegten einen Mangel an grundlegendem Wissen im Verständnis von Krankheitsfrüherkennung bei der Mehrzahl der befragten Ärzte. Demzufolge sind viele Ärzte nicht in der Lage, ihre Patienten angemessen über den Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen zu informieren.<sup>12</sup>

Im April 2012 erschien in einer österreichischen Tageszeitung ein Artikel mit folgendem Titel: "Ärzte: Wissenslücken bei Atemwegserkrankungen". Eine Befragung von Medizinern hatte nämlich ergeben, dass die von der Deutschen Atemwegsliga entwickelten Leitlinien zur Diagnose und Therapie von Atemwegserkrankungen von den deutschen Hausärzten oft nicht umgesetzt werden. Sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten konnten in fast allen Asthma-Themengebieten Wissensdefizite nachgewiesen werden.<sup>13</sup>

Diese Liste ließe sich noch beliebig lange fortsetzen.

Die großen Herausforderungen, vor denen Ärzte heutzutage stehen, sind jedoch nur zum Teil bedingt durch die extreme Vervielfachung des medizinischen Wissens in den letzten Jahren und Jahrzehnten. Hinzu kommt noch die mit dem Internet verfügbare Technologie, sich dieses Wissen anzueignen.<sup>14</sup> Denn nicht wenige Patienten und Patienten-Angehörige nutzen heutzutage das World Wide Web, um sich über ihre Beschwerden und Krankheiten sowie die dazugehörigen Diagnoseverfahren und Therapieoptionen zu informieren. Anschließend konfrontieren sie ihren Arzt mit den Ergebnissen ihrer Recherchen in Erwartung einer kompetenten Beratung.<sup>15</sup>

Diese Entwicklung bekommen vor allem die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner nahezu tagtäglich in ihrer Praxis zu spüren. Immer wieder werden dabei auch Probleme und Fragestellungen an sie herangetragen, für die sie ad hoc keine für den Patienten zufrieden stellende Lösung bzw. Antwort anzubieten haben. Nicht wenige Patienten reagieren in dieser Situation mit Unverständnis, erwarten sie sich doch von ihrem Arzt, dass sein medizinisches Fachwissen immer auf dem aktuellsten Stand ist.

Mussten sich Ärzte im Jahr 1988 mit „nur“ 30.000 neuen Publikationen pro Monat auseinandersetzen, so sind es heute bereits mehr als doppelt so viele. Dies bedeutet, dass jeder Arzt täglich etwa 20 Originalarbeiten lesen und verstehen müsste, um auch nur einigermaßen up to date zu bleiben.<sup>16</sup> Um in dieser Informationsflut nicht den Überblick zu verlieren, ist es von enormer Bedeutung, pragmatische, mit den Anforderungen der täglichen Praxis vereinbare Wege des Informations-Managements und der Recherche zu erlernen. Dies bedeutet, herauszufinden, wo gute und benutzerfreundliche Nachschlagewerke zu finden sind bzw. wie der medizinische Wissenszuwachs am besten abgerufen und genutzt werden kann.<sup>17,18,19</sup>

## **Ziele**

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Abschnitte.

Grundlegend für den ersten Abschnitt ist die Beantwortung der Frage, wie oft es vorkommt, dass ein Hausarzt durch die Interaktion mit seinen Patienten auf seine eigenen Wissenslücken stößt. Parallel dazu, also zur Erfassung der Quantität ("wie oft?"), erfolgt die Registrierung der Inhalte der Wissenslücken ("was?") mit anschließender Zuordnung zu Fach- bzw. Themenbereichen. Ist dies geschehen, wird noch der Frage nachgegangen, welche Problemlösungsstrategien im Praxisalltag vorzugsweise zur Anwendung kommen.

Im zweiten Abschnitt wird das breite Spektrum an Hilfsmitteln beleuchtet, das modernen Medizinern zur Verfügung steht, einerseits, um sich regelmäßig einen Überblick über die neuesten Entwicklungen zu verschaffen, und andererseits, um medizinisches Wissen auch während des Arbeitsalltages immer wieder gezielt upzudaten und zu ergänzen.

Bei dieser Studie geht es keineswegs darum, die Wissensdefizite der einzelnen Studienteilnehmer aufzuzeigen. Vielmehr möchten wir, anhand von Beispielen aus der Praxis, untersuchen, wie mit Wissenslücken umgegangen wird, und, darauf aufbauend, diverse Möglichkeiten der Wissenserweiterung ausfindig machen.

## **Methoden**

Zumeist auf persönlichem Wege, in Einzelfällen aber auch telefonisch oder via E-mail, wurden im Herbst 2013 mehrere Südtiroler Hausärztinnen und Hausärzte kontaktiert und um ihre Mitarbeit bei unserem Projekt gebeten. Als Zugangsvoraussetzungen waren im vorab eine Berufserfahrung von mindestens 10 Jahren sowie eine Patientenanzahl größer 1.000 formuliert worden.

Nach erfolgter Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde das Winterhalbjahr 2013/2014 als Beobachtungszeitraum definiert, innerhalb dessen jeder einzelne Hausarzt acht Wochen lang Daten sammeln sollte.

Die teilnehmenden Hausärzte wurden instruiert, ausnahmslos alle Patientenkontakte, bei denen Fragen aufgeworfen wurden bzw. offen blieben, zunächst stichwortartig in einem

eigens dafür auf dem Schreibtisch bereitgelegten Notizblock zu vermerken. Im Anschluss an die Ordinationszeit sollten die auf diese Weise gesammelten Patientenkontakte einzeln in einen von uns ausgearbeiteten Fragebogen übertragen werden.

Die drei Kernpunkte dieses Fragebogens waren:

- der Beratungsanlass,
- die während der Konsultation für den Hausarzt sich ergebende(n) Fragestellung(en) sowie
- die jeweils gewählte Lösungsstrategie.

Beim dritten Punkt konnte - zur Erleichterung der nachfolgenden Auswertung - zwischen verschiedenen Antwortmöglichkeiten gewählt werden.

Die Angaben zu Alter und Geschlecht des Patienten sowie die Nennung eventuell wichtiger Begleitumstände (weitere Beschwerden, frühere Erkrankungen, Familienanamnese, bereits vorhandene Befunde,...) dienten lediglich dem besseren Verständnis.

Um den beteiligten Hausärzten eine Ahnung davon zu vermitteln, wie ein in allen Teilen korrekt ausgefüllter Fragebogen ausschauen könnte, wurden 6 Fallbeispiele konstruiert und den Hausärzten als "Leitfaden" für die eigene Fallsammlung zur Verfügung gestellt.

Nach Erhalt der ausgefüllten Fragebögen wurden diese möglichst zeitnah von uns gesichtet. Konnte ein "Fall" anhand der im Fragebogen enthaltenen Informationen nicht bis ins Detail nachvollzogen werden, wurde nochmals mit dem zuständigen Hausarzt Rücksprache gehalten. Anschließend erfolgten die Zuordnung der von den Hausärzten angegebenen Fragestellungen zu verschiedenen Fach- bzw. Themenbereichen sowie die quantitative Erfassung der jeweils gewählten Lösungsansätze.

Selbstverständlich bleiben alle Patientendaten sowie die Namen der teilnehmenden Hausärzte anonym.

Für den zweiten Teil der Arbeit wurden - hauptsächlich anhand von Internet-Recherchen – Nachschlagewerke und Beratungsdienste ausfindig gemacht, die es dem viel beschäftigten Allgemeinmediziner ermöglichen sollen, ohne großen Aufwand von Zeit und Ressourcen sein medizinisches Fachwissen immer auf dem aktuellsten Stand zu halten bzw. Wissenslücken gezielt zu identifizieren und zu schließen.



# Fragebogenvorlage

**Datum:**

**Alter des Patienten (ggf. Geburtsjahr angeben):**

**Geschlecht:**

**Beratungsanlass (Frage oder Beschwerde):**

**Evt. wichtige Begleitumstände bzw. Informationen (weitere Beschwerden, Vorerkrankungen, Familienanamnese, Befunde,...):**

**Fragestellung/en:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**Lösungsansätze (zur Beantwortung der Fragestellung/en):**

- Internetrecherche
- Fachliteratur
- Rücksprache mit dem Facharzt
- Austausch mit Kollegen
- Überweisung an den Facharzt
- Nachschlagen im Medikamentenverzeichnis
- Keinen weiteren Problemlösungsversuch unternommen

**Tatsächliche Vorgehensweise:**

## Durchführung

Die Datensammlung erfolgte im Winterhalbjahr 2013/2014 in drei verschiedenen Hausarztpraxen in Südtirol. Alle 3 Ärzte erfüllten die Zugangsvoraussetzungen. Zwei davon waren in Einzelpraxen organisiert, einer in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Ein Hausarzt praktizierte in der Stadt, zwei auf dem Land.

Der Zeitpunkt des Beginns konnte von den teilnehmenden Hausärzten entsprechend ihrer individuellen Urlaubs- bzw. Fortbildungssituation frei gewählt werden.

Gesammelt wurden die Daten ausschließlich während des regulären Praxisbetriebes.

## Ergebnisse (erster Abschnitt)

Im Zeitraum von acht Wochen wurden von den drei teilnehmenden Hausärzten insgesamt 44 Fragebögen ausgefüllt, also durchschnittlich 5,5 pro Woche. Dies entspricht einer **Häufigkeit** von 1,83 (also circa 2) Fragebögen je Hausarzt und Woche.

Die Fragestellungen wurden folgenden **Fach- bzw. Themenbereichen** zugeordnet (nach absteigender Häufigkeit):

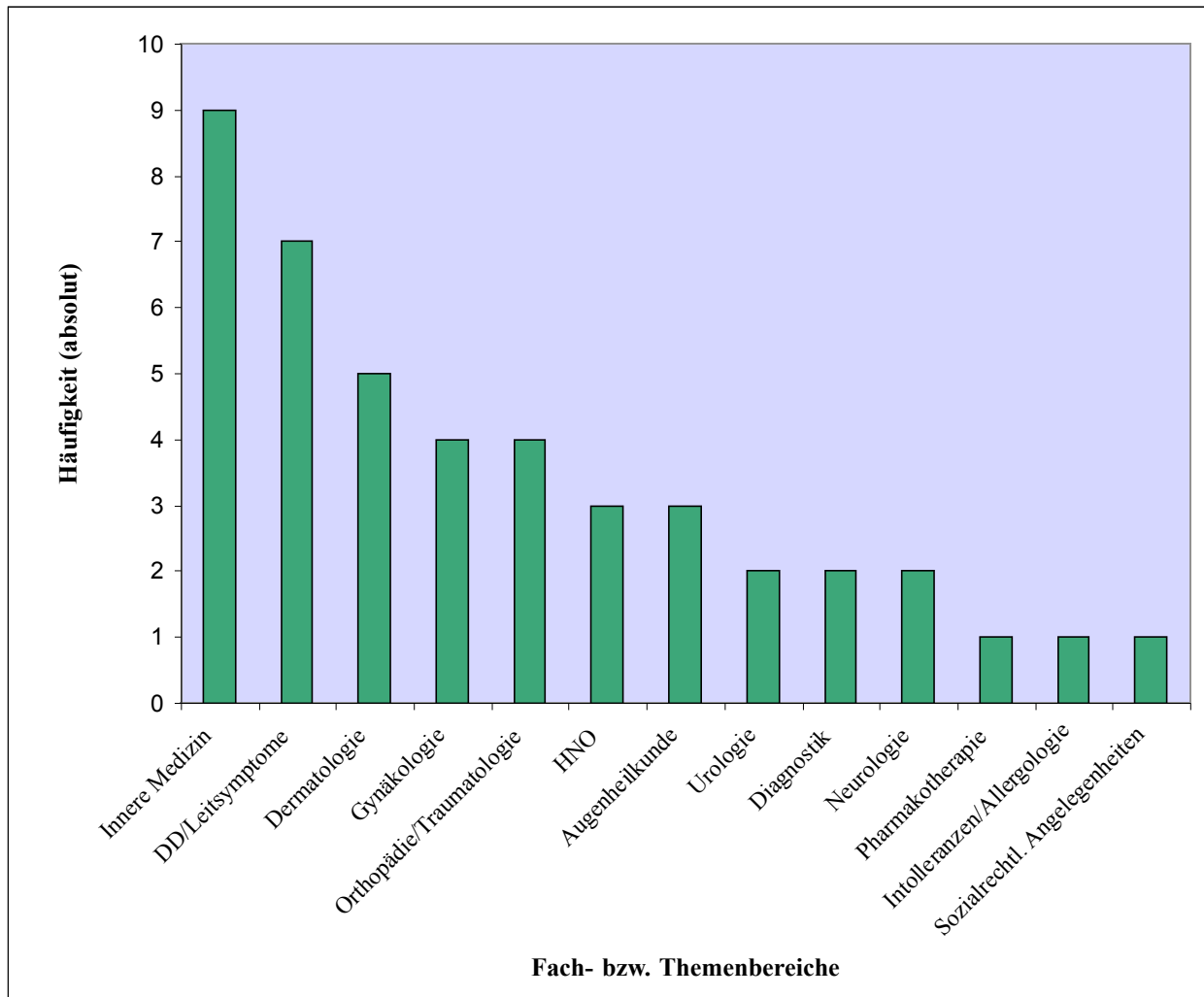
Innere Medizin (9 Fälle), Differentialdiagnosen/Leitsymptome (7 Fälle), Dermatologie (5 Fälle), Gynäkologie (4 Fälle), Orthopädie/Traumatologie (4 Fälle), HNO (3 Fälle), Augenheilkunde (3 Fälle), Urologie (2 Fälle), Diagnostik (2 Fälle), Neurologie (2 Fälle), Pharmakotherapie (1 Fall), Intolleranzen/Allergien (1 Fall) und Sozialrechtliche Angelegenheiten (1 Fall).

Drei Bereiche wurden noch weiter aufgeschlüsselt:

Von den 9 Fällen, die in den Fachbereich der Inneren Medizin fielen, konnten 2 dem Spezialgebiet Hämatologie, 2 dem Spezialgebiet Gastroenterologie sowie je 1 Fall den Spezialgebieten Rheumatologie, Infektiologie, Endokrinologie, Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin zugeordnet werden.

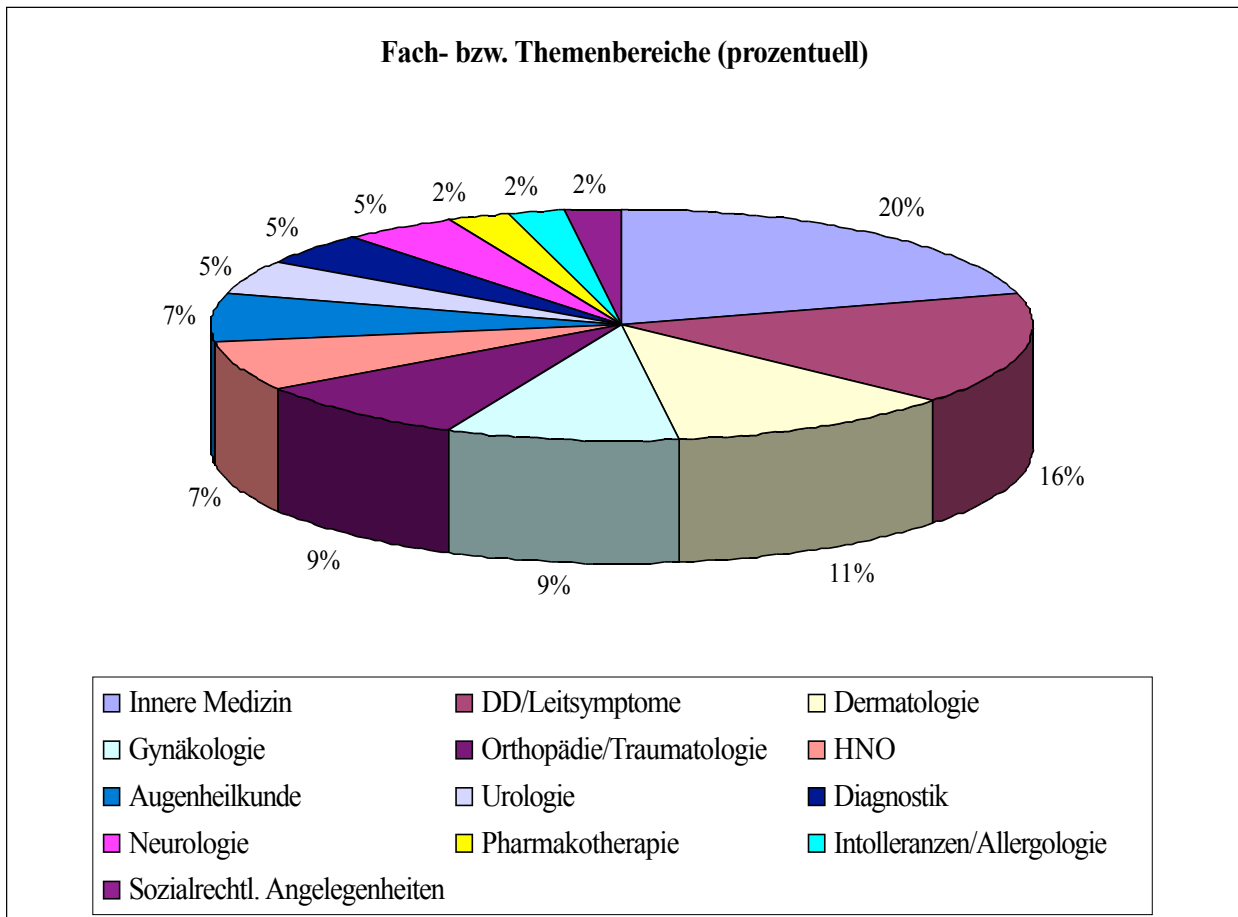
Bei den Differentialdiagnosen/Leitsymptomen ging es in 3 Fällen um das Thema Hyperhydrose. Die restlichen 4 Fälle verteilten sich auf die Differentialdiagnosen Schwindel, Pruritus, Asthenie und Zungenbrennen.

Der Themenbereich Diagnostik wurde in die Teilbereiche Radiologie und Labordiagnostik gegliedert. Beiden Teilbereichen konnte jeweils 1 Fall zugeordnet werden.



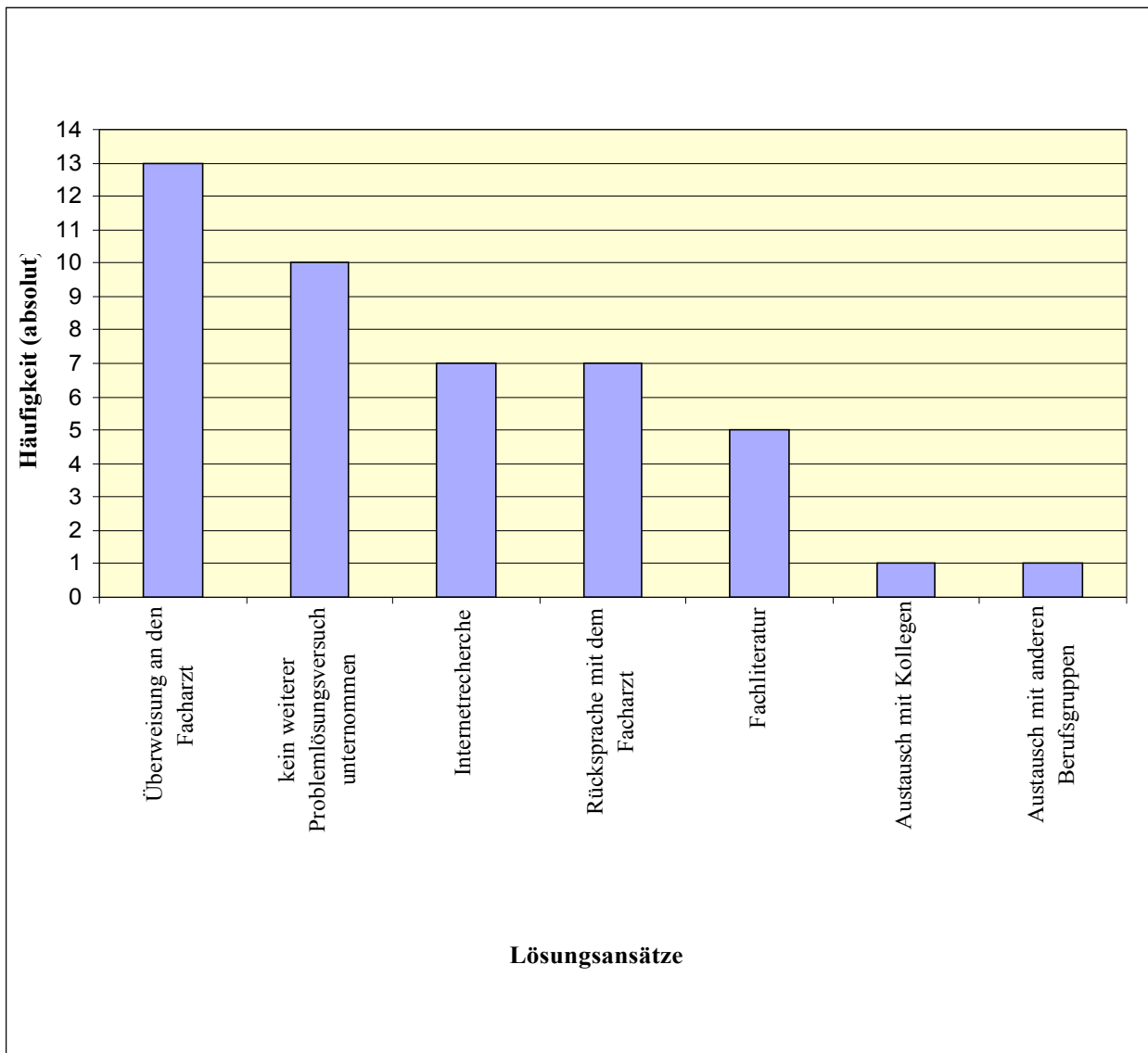
In Prozenten ausgedrückt bedeutet dies folgendes:

20% der Fragestellungen bezogen sich auf den Fachbereich Innere Medizin, 16% auf DD/Leitsymptome und 11% auf den Fachbereich Dermatologie. Je 9% fielen auf die Fachbereiche Gynäkologie und Orthopädie/Traumatologie, jeweils 7% auf die Fachbereiche HNO und Augenheilkunde und jeweils 5% auf die Fachbereiche Urologie und Neurologie sowie auf den Themenbereich Diagnostik. Je 2% der Fragestellungen konnten den Themenbereichen Pharmakotherapie, Intolleranzen/Allergologie und Sozialrechtliche Angelegenheiten zugeordnet werden.



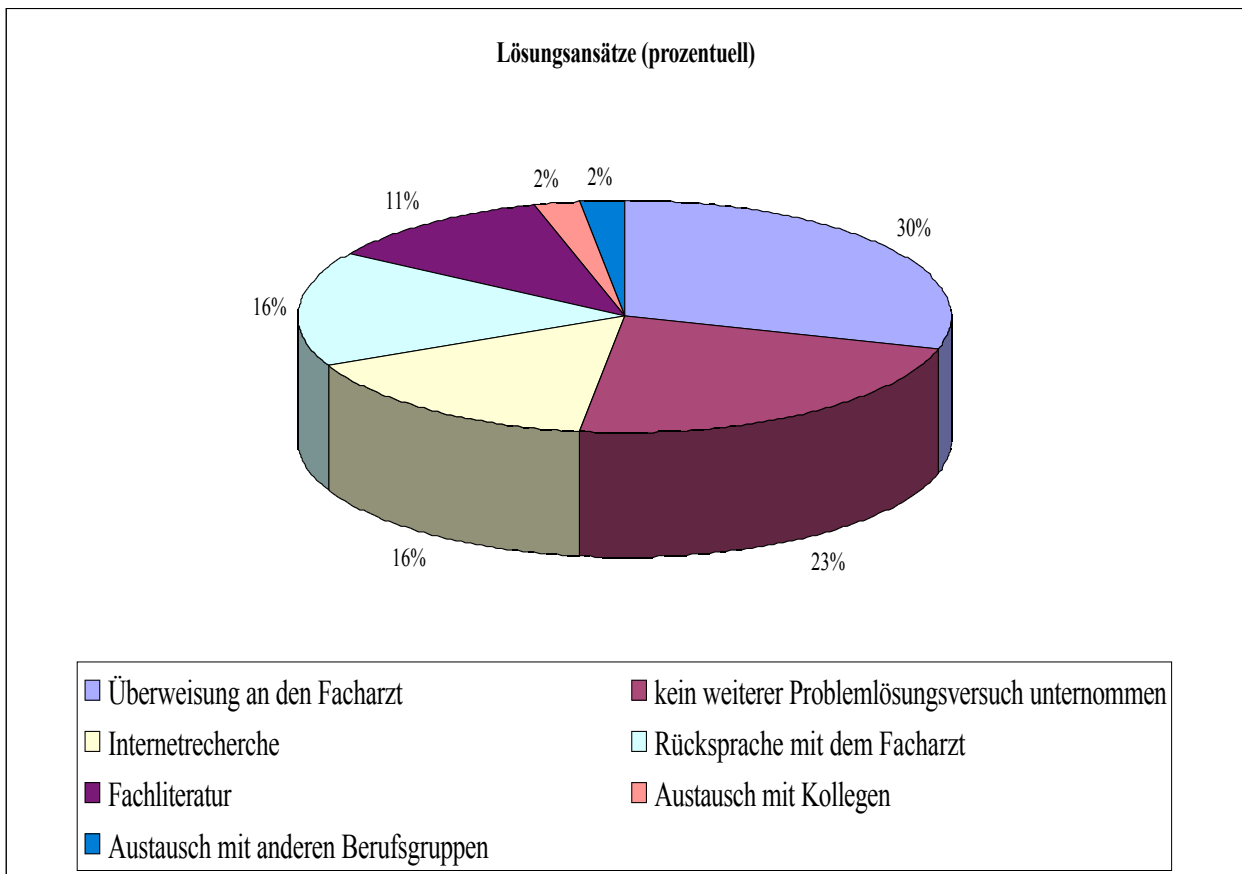
Folgende **Lösungsansätze** wurden von den Hausärzten gewählt (nach absteigender Häufigkeit):

In 13 Fällen erfolgte die Überweisung des Patienten an den Facharzt, in 10 Fällen wurde kein weiterer Problemlösungsversuch unternommen. In 7 Fällen wurde im Internet recherchiert, in weiteren 7 Fällen mit dem Facharzt Rücksprache gehalten. In 5 Fällen wurde in der Fachliteratur nachgelesen, in einem Fall ein Hausarztkollege um Rat gefragt und in einem weiteren Fall tauschte man sich mit einer anderen Berufsgruppe aus.



In Prozenten ausgedrückt:

Mit 30% war die „Überweisung an den Facharzt“ Spitzenreiter unter den angewandten Problemlösungsstrategien, gefolgt von „kein weiterer Problemlösungsversuch unternommen“ mit 23%. Den dritten Podestplatz teilten sich die „Rücksprache mit dem Facharzt“ und die „Internetrecherche“ mit je 16%. In 11% der Fälle wurde die Fachliteratur zu Rate gezogen und in je 2% tauschte man sich mit Hausarztkollegen bzw. mit anderen Berufsgruppen aus.



## Diskussion

Der Großteil der Fragebögen wurde vollständig ausgefüllt an uns zurückgegeben. Nur in einigen wenigen Fällen war im entsprechenden Feld keine Fragestellung eingetragen. Ergab sie sich nicht automatisch aus den vom Patienten berichteten Beschwerden, hielten wir Rücksprache mit dem betreffenden Arzt und ergänzten die vorliegenden Daten.

Was die **Häufigkeit** des Vorkommens von Wissensdefiziten in der Hausarztpraxis betrifft wurden unsere Erwartungen bei weitem nicht erfüllt, hatten wir doch mit ungefähr 75 Fragebögen gerechnet (circa 3 pro Hausarzt und Woche). Wir gehen sogar davon aus, dass in Wirklichkeit noch viel mehr Fragen offen bleiben.

Den allergrößten Einfluss auf die Fallzahl hat sicherlich das individuell verschieden stark ausgeprägte Bewusstsein für das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen eines Wissensdefizites.

Auch darf der oft äußerst turbulente Praxisalltag nicht unerwähnt bleiben, mit zahlreichen Unterbrechungen des Arbeitsrhythmus durch das Telefon oder die Sekretärin, mit unerwarteten Zwischenfällen sowie zeit- und nervenraubender Bürokratie. Die Folgen davon

sind Müdigkeit und verminderte Konzentrationsfähigkeit, vor allem am Ende der Ordinationszeit. All diese Faktoren beeinflussen natürlich die Fallzahl, und zwar eher negativ als positiv.

In diesem Zusammenhang muss auch der zeitliche Mehraufwand Beachtung finden, der für die Hausärzte durch die Teilnahme an unserem Projekt entstanden ist, allein schon durch das Vermerken der einzelnen Patientenkontakte im Notizblock, vor allem aber durch das anschließende Ausfüllen der Fragebögen. Ob bzw. wie viele Fälle schlussendlich aufgrund des Zeitfaktors nicht dokumentiert worden sind, bleibt jedoch unklar.

Des Weiteren sind natürlich auch die persönlichen Interessen der einzelnen Ärzte von Bedeutung, und zwar sowohl für die Fallzahl als auch für die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Fach- bzw. Themenbereiche in unserer Studie. So wird beispielsweise ein orthopädisch interessierter Arzt in diesem Bereich nicht so leicht zu verunsichern sein. Ein anderer wiederum hat vielleicht eine internistische Vorbildung durchlaufen und daher in diesem Fachbereich ein besonders umfassendes Wissen. Andererseits werden sich bei besonderem Interesse für ein bestimmtes Gebiet auch immer wieder neue Fragen ergeben, selbst dann, wenn sich jemand schon gut darin auskennt.

Die **Fragestellungen** ließen sich wie erwartet in erster Linie den „großen“ Fach- bzw. Themenbereichen zuordnen, nämlich der Inneren Medizin, den Differentialdiagnosen/Leitsymptomen sowie der Dermatologie. Auch im Übrigen folgten sie in der Verteilung im Wesentlichen dem Umfang der einzelnen Fachbereiche.

Zu unserer großen Überraschung fiel nur ein einziger Fall in den Themenbereich der Pharmakotherapie, und manche „größeren“ Fachbereiche, wie zum Beispiel die Psychiatrie, waren überhaupt nicht vertreten.

Weiters erstaunte uns, dass sich die kolportierten Fragestellungen zum allergrößten Teil auf medizinische Themen bezogen, die von der Ärzteschaft gemeinhin als „wichtig“ eingestuft werden, also auf häufig auftretende und daher im Allgemeinen auch gut bekannte Krankheitsbilder, wie beispielsweise „Schwindel“ oder „Anämie“. Zweifel und Unsicherheiten hatten wir uns eher bei seltenen Pathologien und uncharakteristischen Beschwerden sowie bei komplexen Fällen erwartet.

In Bezug auf die von den Hausärzten gewählten **Lösungsansätze** entsprachen die Studienergebnisse wiederum völlig unseren Erwartungen.

Vor jeder weiteren Ausführung sei aber die im Fragebogen angebotene Antwortmöglichkeit „kein weiterer Problemlösungsversuch unternommen“ etwas näher erklärt. Sie bezieht sich nämlich ganz konkret auf die von den Hausärzten angeführten Fragestellungen. Das heißt im Klartext: Wenn ein Hausarzt sich in keinsten Weise darum bemüht hatte, seine von ihm selbst formulierte Fragestellung zu beantworten, war bei den zur Auswahl stehenden Lösungsansätzen „kein weiterer Problemlösungsversuch unternommen“ die einzig korrekte Antwort.

Um auch in Erfahrung zu bringen, wie die Hausärzte in diesen Fällen auf die von den Patienten berichteten Beschwerden reagiert hatten, wurde dem Fragebogen der Punkt „tatsächliche Vorgehensweise“ hinzugefügt.

Bei der Auswertung fand sich an dieser Stelle besonders häufig das Abwartende Offenhalten. Aber auch andere Vorgehensweisen wurden genannt, so zum Beispiel die Verabreichung eines Placebos, der Versuch der Zeitgewinnung durch Veranlassen von Diagnostik oder auch Therapieversuche ohne vorherige diagnostische Einordnung der Beschwerde.

Im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit kommt unter anderem auch der „Austausch mit anderen Berufsgruppen“ zur Sprache. Im Fragebogen sucht man diesen möglichen Lösungsansatz allerdings vergebens. Dies hat folgenden Grund: zum Zeitpunkt der Erstellung des Fragebogens hatten wir diese Möglichkeit der Wissenserweiterung gar nicht in Betracht gezogen und daher auch nicht in den Fragebogen aufgenommen. Erst die kürzlich gemachte Erfahrung, dass diese Vorgangsweise in manchen Hausarztpraxen sehr wohl von Bedeutung zu sein scheint, hat uns dazu veranlasst, den „Austausch mit anderen Berufsgruppen“ als einen weiteren möglichen Lösungsansatz bei der Auswertung zu berücksichtigen.

Manche Fragestellungen wurden von den Hausärzten schrittweise einer Lösung zugeführt. In diesen Fällen floss derjenige Lösungsansatz in die Auswertung ein, der zur definitiven Beantwortung der Fragestellung geführt hatte. Dies war in der Regel der letztgenannte.

## **Ergebnisse (zweiter Abschnitt)**

Unserer Meinung nach ist das individuell verschieden stark ausgeprägte Bewusstsein für das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen von Wissensdefiziten die Hauptursache für die niedrige Fallzahl in unserer Studie. Daher erörtern wir zunächst kurz einige der vielen „Hilfsmittel“,



derer der Allgemeinmediziner sich bedienen kann, um seinen Wissenslücken auf die Spur zu kommen.

Dies kann zum einen mit Hilfe von **audits** geschehen, und zwar entweder als „self-audit“ oder als „external audit“. Neuerdings stehen auch audit-Systeme zur Verfügung, die in die Computerprogramme der Hausarztpraxen integriert werden können. Beispielhaft sei hier MilleGPG angeführt.

Eine weitere Möglichkeit ist **Benchmarking**. Benchmarking bezeichnet den strukturierten Erfahrungsaustausch zwischen verschiedenen Leistungsanbietern mit dem Ziel des Lernens voneinander auf der Basis von Leistungs- und Ergebnisvergleichen.<sup>20</sup>

Nun aber zu den verschiedenen Möglichkeiten der Wissenserweiterung, die dem Allgemeinmediziner zur Verfügung stehen:

Das breite Kontingent an **Fachliteratur** umfasst diverse Fachbücher und Fachzeitschriften, von denen im deutschsprachigen Raum insbesondere die *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)*, *Der Hausarzt* sowie *Primary Care* von Bedeutung sind.

Darüber hinaus hat der moderne Allgemeinmediziner auch die Möglichkeit, das **Internet** zur Recherche und zur Weiterbildung zu nutzen. Dabei kann „Dr. Google“ im turbulenten Praxisalltag zum schnellen Nachschlagen recht praktisch sein, etwa wenn es darum geht, während der Ordinationszeit schnell etwas nachzuschlagen. Wesentlich aufwändiger ist es, über das Internet an Studien mit hohem Qualitätsgrad zu kommen. Um dies dem einzelnen Arzt zu erleichtern, sind im Laufe der Zeit verschiedene Strategien entwickelt worden, um die medizinische Fachliteratur zu systematisieren und in Reviews und Leitlinien zusammenzufassen (beispielsweise in der „Cochrane Library“ der „Cochrane Collaboration“).<sup>21</sup>

Etwas handlicher und praktischer sind jedoch die **EBM-Guidelines für Klinik und Praxis**, die als Buch und Onlineversion zur Verfügung stehen. In diesem Standardwerk der Evidence Based Medicine ist das gesamte Fachwissen der Allgemeinmedizin enthalten. Mehrere hundert Beiträge aus angesehenen internationalen wissenschaftlichen Fachjournalen wurden dafür ausgewertet und adaptiert. Mit diesem umfassenden Nachschlagewerk für den täglichen Gebrauch ist es auch realisierbar, up to date zu bleiben, ohne sich ständig durch Bücher, Zeitschriften oder Reviews kämpfen zu müssen.<sup>22, 23, 24</sup>

Sehr interessant sind auch die diversen **Rechercheservices und Beratungsdienste**, wie beispielsweise das EBM-Center der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin. Hierbei erhält man wenige Wochen, nachdem man eine konkrete Frage über das Internet an das

Recherche- und Beratungsteam des EBM-Centers geschickt hat, eine evidenzbasierte Antwort, welche aus verschiedenen elektronischen Datenbanken ([www.cebm.net](http://www.cebm.net), [www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com), [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com), [www.jr2.ox.ac.uk](http://www.jr2.ox.ac.uk), [www.evimed.ch](http://www.evimed.ch), Cochrane Database, DARE, TRIP Database, PubMed) sowie aus Leitlinien ([www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de), [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)) herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz vom Rechercheteam überprüft worden ist. Die Fragen und dazugehörigen Antworten werden anschließend auf der Homepage veröffentlicht, sodass auch andere Kollegen davon profitieren können.<sup>25, 26, 27</sup>

Nicht unerwähnt bleiben dürfen natürlich auch die vielen Seminare, Tagungen und **Kongresse** der einzelnen Fachgesellschaften. Beispielhaft angeführt sei die 19. WONCA Europe Conference, welche Anfang Juli 2014 in Lissabon stattfindet. Weiters seien der 49. DEGAM-Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Mitte September 2014 in Hamburg), der 45. Kongress für Allgemeinmedizin der STAFAM in Graz sowie der 31. Congresso Nazionale der SIMG in Florenz (beide Ende November 2014) genannt. In diesem Zusammenhang sei auch der Begriff der „Continuing Medical Education“ = CME erwähnt.

Die ärztliche Entscheidungsfindung kann durch die Anwendung von **Leitlinien** erheblich erleichtert werden. Sie dienen bei einem spezifischen gesundheitlichen Problem als Orientierung für die entsprechende ärztliche Vorgehensweise, sind jedoch nicht streng verbindlich. Von den Versorgungsleitlinien abgeleitet und als letzte Instanz dienend in der Umsetzung von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung der lokalen Versorgungssituation sind die **klinischen Pfade** („**clinical pathways**“) zu sehen. Sie enthalten die Schlüsselemente der Behandlung einer definierten Gruppe von Patienten und sind gültig für einen definierten Zeitraum.<sup>28, 29, 30</sup>

In diesem Zusammenhang sei auch das aus Finnland stammende **electronic decision support tool** erwähnt, das anhand der im Computerprogramm der Hausarztpraxis gespeicherten Patientendaten Empfehlungen für die Vorgehensweise bei bestimmten Problemen generiert und Handlungsalternativen aufzeigt.

## Literaturverzeichnis

1. Claude Breitenstein. Der Hausarzt – Ihr Fachmann für Gesundheit und Krankheit. [Online im Internet] URL: <http://www.Hausarzt-bl.ch/Hausarztmedizin/Hausarztmedizin.php> [Stand: 03.2014]
2. Thomas M. H. Bergner. Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Schattauer Verlag, Stuttgart 2006.
3. Vgl. ebd. Claude Breitenstein
4. Vgl. ebd. Claude Breitenstein
5. Frank H. Mader. Allgemeinmedizin und Praxis. 7. Auflage. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 2014
6. Marcus Grossenbacher. Man muss nicht alles wissen, aber wissen, wo man recherchiert. 2011 [Online im Internet] URL: [http://www.cancerdrugs.ch/pdf/hausarzt\\_praxis\\_maerz\\_2011.pdf](http://www.cancerdrugs.ch/pdf/hausarzt_praxis_maerz_2011.pdf) [Stand: 03.2014]
7. Vgl. ebd. Thomas M. H. Bergner
8. Werner A. Scherbaum. Der Hausarzt ist der Lotse für den Diabetiker. Interview im CF Journal S.6-8 Ausgabe Dezember 1999 [Online im Internet] URL: [http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/archiv\\_5328.htm](http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/archiv_5328.htm) [Stand: 03.2014]
9. Bernhard Braun, 28.01.2008. Wissenslücken und Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung von Wissen bei US-Ärzten: Beispiel Virus-Grippe und CMV-Infektion [Online im Internet] URL: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1121> [Stand: 03.2014]
10. Gudrun Heyn, 06/2009. Chronischen Schmerz abgestuft therapieren [Online im Internet] URL: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=28992> [Stand: 03.2014], zitiert aus: European Network of Fibromyalgia Assoziation (ENFA) und Pfizer Inc., Fibromyalgia Global Impact Survey. Harris Interaktive 2008
11. RF, 04.12.2011. Händewaschen: Angehende Ärzte mit Hygiene-Wissenslücken [Online im Internet] URL: <http://www.aponet.de/aktuelles/forschung/2011-12-medizinstudenten-hygiene-wissensluecken.html/> [Stand: 03.2014]
12. David Klemperer, 13.03.2012. Dramatische Wissenslücken: Ärzte und Früherkennung [Online im Internet] URL: <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2097> [Stand: 03.2014]

13. red, derStandard.at, 04.04.2012. Ärzte: Wissenslücken bei Atemwegserkrankungen [Online im Internet] URL: <http://derstandard.at/1333528331713/Befragung-unter-Medizinern-Aerzte-Wissensluecken-bei-Atemwegserkrankungen> [Stand: 03.2014]
14. Günther Egidi. Grundsätze der Arbeit der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen. [Online im Internet] URL: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Fortbildung/Startseite/DEGAMFB\\_GrundsaeetzeFoBiAkademieHB140108.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Fortbildung/Startseite/DEGAMFB_GrundsaeetzeFoBiAkademieHB140108.pdf) [Stand: 03.2014]
15. Vgl. ebd. Marcus Grossenbacher
16. A. Sönnichsen, A. Rinnerberger. Medizinische Informationsflut und Wissenstransfer in die Praxis – eine Quadratur des Kreises? [Online im Internet] URL: <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2008/2008-44/2008-44-1076.pdf> [Stand: 02.2014]
17. Vgl. ebd. Marcus Grossenbacher
18. Vgl. ebd. Claude Breitenstein
19. Vgl. ebd. Günther Egidi
20. Stefan Kapferer, 23.09.2010. Benchmarking im Gesundheitswesen – ein Instrument zur Qualitätsverbesserung setzt sich durch. Pressemitteilung 17. Legislaturperiode. [Online im Internet] URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2010-03/pressemitteilung-benchmarking-im-gesundheitswesen.html> [Stand: 07.2014]
21. Vgl. ebd. A. Sönnichsen, A. Rinnerberger
22. Vgl. ebd. A. Sönnichsen, A. Rinnerberger
23. Vgl. ebd. A. Sönnichsen, A. Rinnerberger
24. Hansueli Späth. [Online im Internet] URL: [http://www.schwabe.ch/schwabe-verlag/buecher/buchdetails/ebm-guidelines-3477/?tt\\_products\[begin\\_at\]=16&cHash=676b24f8b933d73dc366911c5ef23533](http://www.schwabe.ch/schwabe-verlag/buecher/buchdetails/ebm-guidelines-3477/?tt_products[begin_at]=16&cHash=676b24f8b933d73dc366911c5ef23533) [Stand: 03.2014]
25. Vgl. ebd. A. Sönnichsen, A. Rinnerberger
26. EBM-Service der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin. [Online im Internet] URL: <http://www.sakam.it/sakam/index.php/ebm-service> [Stand: 05.2014]
27. Michael Deppeler. Hilfe zur Selbsthilfe [Online im Internet] URL: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/.../2009-10-340.PDF> [Stand: 05.2014]

28. Leitlinien-Grundlagen. [Online im Internet] URL: <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/aufgaben-ziele> [Stand: 07.2014]
29. Hausärztliche SÜGAM-Pfade. [Online im Internet] URL: [http://www.suegam.it/html/hausarztliche\\_pfade.html](http://www.suegam.it/html/hausarztliche_pfade.html) [Stand: 07. 2014]
30. AWMF online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. [Online im Internet] URL: <http://www.awmf.org/leitlinien.html> [Stand: 07.2014]

## **Danksagung**

Ein großer Dank gebührt den Hausärzten, die sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen.

Weiters danken wir unserem Tutor Dr. Giuliano Piccoliori, der uns stets mit Rat und Tat zur Seite stand.

Ein besonders herzliches Dankeschön geht an unsere Partner und Familien für ihre stets wertvolle Unterstützung.

## Anhang: Fragebogenbeispiele

### Beispiel 1

**Datum:** 28.10.2013

**Alter des Patienten (ggf. Geburtsjahr angeben):** 28 Jahre

**Geschlecht:** männlich

**Beratungsanlass (Frage oder Beschwerde):** geschwollener Hoden rechts

**Evt. wichtige Begleitumstände bzw. Informationen (weitere Beschwerden, Vorerkrankungen, Familienanamnese, Befunde,...):**

**Fragestellung/en:**

1. Epididymitis?
2. Orchitis?
3. Trauma?
- 4.

**Lösungsansätze (zur Beantwortung der Fragestellung/en):**

- Internetrecherche
- Fachliteratur
- Rücksprache mit dem Facharzt
- Austausch mit Kollegen
- Überweisung an den Facharzt
- Nachschlagen im Medikamentenverzeichnis
- keinen weiteren Problemlösungsversuch unternommen

**Tatsächliche Vorgehensweise:**

## Beispiel 2

**Datum:** 17.01.2014

**Alter des Patienten (ggf. Geburtsjahr angeben):** 33 Jahre

**Geschlecht:** weiblich

**Beratungsanlass (Frage oder Beschwerde):** MCV niedrig

**Evt. wichtige Begleitumstände bzw. Informationen (weitere Beschwerden, Vorerkrankungen, Familienanamnese, Befunde,...):**

**Fragestellung/en:**

1. Wie stelle ich die Diagnose einer Mittelmehranämie?
- 2.
- 3.
- 4.

**Lösungsansätze (zur Beantwortung der Fragestellung/en):**

- Internetrecherche
- Fachliteratur
- Rücksprache mit dem Facharzt
- Austausch mit Kollegen
- Überweisung an den Facharzt
- Nachschlagen im Medikamentenverzeichnis
- keinen weiteren Problemlösungsversuch unternommen

**Tatsächliche Vorgehensweise:**



### Beispiel 3

**Datum:**

**Alter des Patienten (ggf. Geburtsjahr angeben):** 80 Jahre

**Geschlecht:** männlich

**Beratungsanlass (Frage oder Beschwerde):** vor 3 Jahren in der Echokardiographie geringe LVH mit einer EF von 62%, nun erneute Echokardiographie mit massiver Zunahme der LVH mit Verkleinerung des Kammervolumens, nicht hypertoniebedingt

**Evt. wichtige Begleitumstände bzw. Informationen (weitere Beschwerden, Vorerkrankungen, Familienanamnese, Befunde,...):** Pat. mit sehr gut kompensiertem DM II, geringe art. Hypertonie, auch diese optimal eingestellt (Werte um 120 mm Hg syst. und 80 mm Hg diast.), sehr jugendlich, sehr gute Compliance

**Fragestellung/en:**

1. Ursache der massiven Zunahme der LVH?
2. Amyloidose als mögliche Ursache?
3. Rectumbiopsie indiziert?
- 4.

**Lösungsansätze (zur Beantwortung der Fragestellung/en):**

- Internetrecherche
- Fachliteratur
- Rücksprache mit dem Facharzt
- Austausch mit Kollegen
- Überweisung an den Facharzt
- Nachschlagen im Medikamentenverzeichnis
- kein weiterer Problemlösungsversuch unternommen

**Tatsächliche Vorgehensweise:** abwartendes Offenhalten

## Beispiel 4

**Datum:**

**Alter des Patienten (ggf. Geburtsjahr angeben):** 19 Jahre

**Geschlecht:** weiblich

**Beratungsanlass (Frage oder Beschwerde):** die Pat. war 6 Wochen lang in Namibia bei einem Hilfsprojekt, dort Durchfallerkrankung mit hohem Fieber für mehrere Tage; hat Malariaphylaxe gemacht, möchte jetzt wissen, ob das Malaria war

**Evt. wichtige Begleitumstände bzw. Informationen (weitere Beschwerden, Vorerkrankungen, Familienanamnese, Befunde,...):**

**Fragestellung/en:**

1. Wie weise ich Malaria nach?
- 2.
- 3.
- 4.

**Lösungsansätze (zur Beantwortung der Fragestellung/en):**

- Internetrecherche
- Fachliteratur
- Rücksprache mit dem Facharzt
- Austausch mit Kollegen
- Überweisung an den Facharzt
- Nachschlagen im Medikamentenverzeichnis
- keinen weiteren Problemlösungsversuch unternommen

**Tatsächliche Vorgehensweise:**