

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer

**Gründe für die Inanspruchnahme von
Hausärztinnen und Hausärzten**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Alexander Detjen

aus

Wiesbaden

Hamburg 2018

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 24.09.2020

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/-in: Prof. Dr. Holger Schulz

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS.....	I
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IV

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	1
1.1 Forschungsstand zur Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten.....	1
1.2 Forschungsstand zu Veranlassern von hausärztlichen Arzt-Patienten-Kontakten	4
1.3 Forschungsstand zu Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	6
1.4 Forschungsstand zur Beschreibung von Gründen für die ambulante Inanspruchnahme mittels unterschiedlicher Klassifikationssysteme.....	9
1.5 Forschungsstand zur Erwartung einer Wiedervorstellung von Patientinnen und Patienten in hausärztlichen Konsultationen	19
1.6 Fazit aus der Literaturrecherche und Motivation für die Studie.....	20
1.7 Zielsetzung und Fragestellungen	22
 2. MATERIAL UND METHODEN	 23
2.1 Stichprobenumfang und Studiendesign.....	23
2.2 Ethikvotum	23
2.3 Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten	23
2.4 Rekrutierung von Patientinnen und Patienten	24
2.4.1 Ausschlusskriterien.....	24
2.5 Datenerhebung.....	24
2.5.1 Erläuterungen zum „Erhebungsbogen Konsultation“	26
2.6 Ablauf der Dokumentation	30
2.7 Datenanalyse und Statistik	30
2.7.1 Methodik der binomialen logistischen Regressionsanalyse zur Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation	31
 3. ERGEBNISSE.....	 35
3.1 Charakteristika der Hausärztinnen und Hausärzte	35

3.2 Charakteristika des Patientenkollektivs.....	38
3.2.1 Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten	39
3.2.2 Allgemeine Krankheitsbelastung der Patientinnen und Patienten.....	41
3.3 Veranlasser und Konfiguration der hausärztlichen Konsultationen.....	42
3.3.1 Veranlasser der Arzt-Patienten-Konsultationen	42
3.3.2 Kontaktkonfiguration der Arzt-Patienten-Konsultationen	43
3.3.3 Zusammenhang zwischen Veranlasser und Kontaktkonfiguration der Arzt-Patienten-Konsultationen.....	44
3.4 Gründe der hausärztlichen Konsultationen	46
3.4.1 Gründe der Konsultationen und Priorität der Anlässe.....	46
3.4.2 Gründe und Veranlasser der Konsultationen.....	49
3.4.3 Gründe der Konsultationen - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....	50
3.5 Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation.....	52
3.5.1 Vorhandensein und Dauer von Symptomen bei der aktuellen Konsultation.....	52
3.5.2 Klassifikation des Inhaltes der Konsultation als Beratungsergebnis.....	52
3.5.3 Häufigkeit der Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation und Assoziationen zu Patienten- und Ärzte-bezogenen Charakteristika	54
3.6 Charakteristika der nicht in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten.....	57
4. DISKUSSION	58
4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	58
4.2 Diskussion der Ergebnisse.....	59
4.2.1 Diskussion der Gesamtanzahl der Studienteilnehmer unter Berücksichtigung der Selbstangaben der Ärzte zu wöchentlichen Arzt-Patienten-Kontakten und zu Quartalskontaktraten	59
4.2.2 Diskussion weiterer Arzt- und Praxischarakteristika	61
4.2.3 Diskussion des Patientenkollektivs	63
4.2.4 Diskussion der Veranlasser und Kontaktkonfiguration der Konsultationen	64
4.2.5 Diskussion der Gründe für die Konsultationen	67
4.2.6 Diskussion der Zusatzfrage bei Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung...	76
4.2.7 Diskussion der Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation	79

4.3 Methodenkritik und Limitationen der Studie	83
4.3.1 Rahmenbedingung der Erhebungen.....	83
4.3.2 Perspektive der erhobenen Daten	84
4.3.3 Erhebungsinstrumente	85
4.3.4 Patientenkollektiv	85
4.4 Schlussfolgerung und Perspektive.....	87
5. ZUSAMMENFASSUNG/ABSTRACT.....	89
6. LITERATURVERZEICHNIS	91
ANHANG.....	104
Danksagung.....	108
Lebenslauf.....	109
Eidesstattliche Versicherung	110

Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Bel-EKG	Belastungs-Elektrokardiogramm
BGS-98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
CONTENT	CONTinuous Morbidity Registration Epidemiologic NeTwork
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS-1	1. Erhebungswelle (2008-2011) der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab = Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung
EKG	Elektrokardiogramm
et al.	et alii (lateinisch für: und andere)
EVaS-Studie	Studie „Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor“
FA	frequent attender/-s (englisch für: Viel-oder Häufignutzer)
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
GU	Gesundheitsuntersuchung
HA	Hausarzt
HKS	Hautkrebsscreening
HZV	Hausarzt-zentrierte Versorgung
ICD-10/-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Ausgabe / -German Modification
ICPC/-2	International Classification of Primary Care / 2. Auflage
KH	Krankenhaus
KHE	Krankheitsepisode
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVS	Krebsvorsorge beim Mann (ab 45. Lebensjahr)
LZ-	Langzeituntersuchung- (z.B. LZ-RR = Langzeit-Blutdruckmessung)
MW	Mittelwert
NM	Nachmittagssprechstunde

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

OP	operativer Eingriff
Prä-OP-US	Präoperative Untersuchung
REHA	Rehabilitationsantrag
RFE	reason for encounter (englisch für: Beratungsanlass/-ursache)
RR	Blutdruckmessung
RVC	Reason for Visit-Classification
SESAM	Sächsische Epidemiologische Studie/-n in der Allgemeinmedizin
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
Sono	sonographische Untersuchung
VM	Vormittagssprechstunde
VO	Verordnung
WE	Wiedereingliederung
WHO-FIC	World Health Organisation-Family of International Classifications
WONCA	World Organisation of Family Physicians
WV	Wundversorgung

1. Einleitung

Deutschland hat im internationalen Vergleich die häufigsten Arzt-Patienten-Kontakte in der ambulanten medizinischen Versorgung. Die Gründe für die häufigen Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland wurden bislang nicht umfassend untersucht. Vor diesem Hintergrund stellen die folgenden Abschnitte der Einleitung - fokussiert auf die hausärztliche Versorgung - den derzeitigen Forschungsstand zu Veranlassern von Arzt-Patienten-Kontakten, zu Einflussfaktoren und Gründen für die ambulante Inanspruchnahme sowie zur Erwartung einer Wiedervorstellung von Patienten als Konsequenz aus Konsultationen dar. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Gründe für die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten durch Patientinnen und Patienten im Rahmen einer persönlichen Konsultation in der Hausarztpraxis zu untersuchen.

1.1 Forschungsstand zur Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die deutsche Bevölkerung überdurchschnittlich viele Arztkontakte in der vertragsärztlichen Versorgung hat. Nach Angaben von Grobe et al. im BARMER-GEK-Report 2014 lag die Zahl der jährlichen Arztkontakte pro Einwohner in Deutschland im Jahr 2007 bei 18,1. Der Angabe liegen Hochrechnungen der vereinheitlichten Datenbestände von BARMER und GEK-Versicherten (2007¹: n = 8.303.747) auf die Gesamtbevölkerung zugrunde. Als Basis für die Angabe eines Arztkontaktes gelten an bestimmten Kalendertagen für die Versicherten dokumentierte Leistungen, die zu einer Abrechnung zwischen Arzt und Krankenkasse führen. Interpretatorisch führt dies zu Schwierigkeiten, da auch reine „Abholbesuche“ für Rezepte oder Überweisungen miteinbezogen werden (von Maydell et al., 2010, S. 177). Nach letztgenannten Autoren komme diese Art der Arztbesuche jedoch „nicht häufig“ vor, genaue Kennzahlen hierzu sind nicht veröffentlicht.

Für die Jahre ab 2008 können nur noch Schätzungen der Gesamtzahl aller Arztkontakte erfolgen, denn seit der Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen im Januar 2008 führen auch mehrfache Arztkontakte eines Patienten im Quartal pro Arzt bzw. Praxis zur

¹ Fusion der Kassen BARMER und GEK im Jahr 2010; seit dem Barmer-GEK-Report 2014 sind Auswertungen der vereinheitlichten Datenbestände rückwirkend bis 2005 möglich.

Dokumentation von nur einem Behandlungsfall. Die meisten Pauschalen können nur einmalig beim Erstkontakt abgerechnet werden. Die Zahl der Behandlungsfälle pro Jahr zeigt in den BARMER-GEK-Reporten von 2005 bis 2011 von 7,02 auf 8,05 einen ansteigenden Trend. Nach Angaben von Grobe et al. (2010) dürfte etwa die Hälfte des Anstiegs der Behandlungsfälle von 2007 zu 2008 auf die veränderten Modalitäten bei der Abrechnung von Laborleistungen zurückzuführen sein. Seit dem 4. Quartal 2008 führt die Direktabrechnung von Laborleistungen mit der KV zur Generierung zusätzlicher Abrechnungsfälle.

2012 veröffentlichte das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung eine eigene Analyse auf dem Boden der KM-6-Statistik² aus dem Jahr 2007 (n Männer = 32.871.489, n Frauen = 37.150.623). Dabei wurden alle Daten von gesetzlich versicherten Personen erfasst, die mindestens einen Arztkontakt im Jahr 2007 hatten (unterschiedliche Fachrichtungen, ausgenommen waren Laborärzte und Pathologen). In dieser Analyse wurde die mittlere Anzahl an jährlichen Arztkontakten pro Versichertem mit 17 quantifiziert. Als „Arztkontakt“ wurde hierbei sowohl die Konsultation des Arztes, das Abholen eines Rezeptes oder einer Überweisung, als auch ein telefonischer Kontakt gewertet, sofern diese zu einer Abrechnungsleistung geführt hatten (Riens et al., 2012). Detaillierte Ausführungen zur Berechnungsgrundlage finden sich bei Mangiapane et al. (2011).

Im Gegensatz hierzu zeigen die Ergebnisse von statistischen Umfragen wie dem BGS-98 („Bundes-Gesundheitssurvey 1998“) oder der DEGS-1 („Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“) zum Teil deutlich geringere Kontaktraten. So berichten Thode et al. (2004) in Auswertungen des BGS-98 (Befragte n = 7.124) über eine mittlere jährliche Kontaktrate von 8,3 (S. 42) und Rattay et al. (2013) geben in einer Analyse der DEGS-1 (Befragte n = 7.207) eine jährliche Kontaktrate von 9,2 an. In beiden Studien wurden die Befragten nach Kontakten zu Ärzten aller Fachrichtungen (inkl. Hausbesuche) innerhalb der letzten 12 Monate gefragt.

Die Arbeitsgruppe um Rattay räumt ein, dass bei Umfragen die Limitation besteht, dass Erinnerungsverzerrungen (Recall Bias) auftreten und es damit zu einer Unterschätzung der Kontakthäufigkeit kommen kann. Darüber hinaus ist zu beachten, dass auch die Beschränkung der Altersgruppen (BGS-98 und DGES-1: 18-79 Jahre) einen Einfluss auf die reduzierten Kontaktraten haben kann. Patienten im höheren Alter haben nachweislich überdurchschnittlich häufig Arztkontakte (s. S. 8 bzw. Riens et al., 2012).

² KM6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): beinhaltet Anzahl der zum Stichtag 01.07.2007 gesetzlich Versicherten mit Wohnsitz in Deutschland.

Nach der persönlichen Auffassung des Verfassers ist daher in der Zusammenschau festzuhalten, dass die im Rahmen kassenärztlicher Abrechnungen und statistischer Umfragen erhobenen Daten nur eingeschränkt Rückschluss auf die Häufigkeit eines persönlichen Kontakts zwischen Ärzten und Patienten zulassen.

Wie viele der Arztkontakte bei Hausärzten stattfinden, untersuchten Maydell et al. (2010) anhand einer Stichprobe von 580.000 Versicherten der Barmer GEK bezogen auf das Jahr 2007. Demnach fanden 54% aller Arztkontakte beim Hausarzt statt. Hauswaldt et al. (2012) untersuchten in einer Sekundärdatenanalyse Routinedaten von 305.896 Patienten aus 118 hausärztlichen, deutschen Praxen in den Jahren 1996 bis 2006. Es wird eine über den Untersuchungszeitraum weitgehend stabile mittlere Jahreskontaktrate zu Hausärzten von 7,3 (Variation zwischen 6,8 und 7,8) beschrieben. Nach Schätzungen dieser Autoren dürfte „etwa die Hälfte aller ambulanten Arztkontakte“ auf den hausärztlichen Bereich entfallen (S. 817).

Hausärztliche Konsultationszeiten in Deutschland sind im europäischen Vergleich relativ gering. Deveugele et al. (2002) zeigten in einer Untersuchung, die Teil der „Eurocommunication“-Studie war und in der 3.674 Arzt-Patientenkonsultationen bei 190 Hausärzten mittels Videoaufzeichnungen untersucht wurden, dass in Deutschland mit durchschnittlich 7,6 Minuten pro Arztkontakt im Vergleich zu Spanien (7,8 min.), Großbritannien (9,4 min.), den Niederlanden (10,2 min.), Belgien (15,0 min.) und der Schweiz (15,6 min.) die kürzesten Konsultationszeiten vorliegen.

Die im internationalen Vergleich kurzen Konsultationszeiten erklären sich wiederum durch die hohe Frequenz an hausärztlichen Konsultationen. In einer Studie von Braun (2003) wurden Aufzeichnungen der Behandlungsanlässe der Patienten innerhalb einer Kalenderwoche von 25 Fachärzten für Allgemeinmedizin aus dem gesamten Bundesgebiet vorgestellt (12 städtische, 13 ländliche Praxen). Innerhalb dieses Beobachtungszeitraumes fanden 6.428 Konsultationen statt, woraus sich ein Durchschnitt von 257 Konsultationen/Arzt/Woche ergibt. Bei einer breiten Streuung der Kontakte (61 bis 461/Woche) betreuten die meisten Kollegen zwischen 200 und 400 Patienten während des Studienzeitraums.

In zwei Arbeiten von Koch et al. (2007 und 2011), die jeweils Teil einer vom Commonwealth Fund initiierten internationalen Studie waren, finden sich Angaben zur Zahl der Arztkontakte pro Woche sowie zur Konsultationsdauer. In beiden Studien zeigten sich ähnliche Ergebnisse für die Länder Australien, Neuseeland, Niederlande, Großbritannien,

Kanada und die USA (Tab. 1). Demnach liegen deutsche Primärärzte mit 250 Patientenkontakten pro Woche (Median) weltweit an der Spitze. Daraus ergeben sich in Deutschland im Vergleich die niedrigsten Arzt-Patienten-Kontaktzeiten mit 9 Minuten (Median; errechnet aus Angaben zur Zahl behandelter Patienten pro Woche und zur Arbeitszeit der Ärzte). Berücksichtigt werden muss, dass in den beiden Analysen unter dem Begriff „Primärärzte“ Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Pädiater zusammengefasst wurden und keine Überprüfung der durch Selbstauskünfte der Ärzte eingeholten Daten stattfand.

Tab. 1: Kontakthäufigkeit und -dauer in der primärärztlichen Versorgung im internationalen Vergleich*

	D	I	AUS	NZ	NL	UK	CDN	F	USA	N	S
Zahl befragter Ärztinnen und Ärzte	715	844	1016	500	614	1062	1401	502	1442	774	1450
Zahl behandelter Patienten/Woche (Median)	250	150	125	120	120	120	110	101	100	80	50
Zeit /Patientenkontakt in min. (Median)	9,1	10,3	17,0	17,4	15,0	13,3	16,8	22,2	22,5	20,6	28,8

*nach Angaben von Koch et al., 2011, S. 258 (Datenerhebung 2009)

D: Deutschland, I: Italien, AUS: Australien, NZ: Neuseeland, NL: Niederlande, UK: Großbritannien, CDN: Kanada, F: Frankreich, USA: Vereinigte Staaten von Amerika, N: Norwegen, S: Schweden

1.2 Forschungsstand zu Veranlassern von hausärztlichen Arzt-Patienten-Kontakten

Die umfangreiche Literaturrecherche ergab, dass es in Deutschland keine belastbaren Daten darüber gibt, wer die Arztkontakte beim Hausarzt initiiert. Diese Erkenntnis wird durch die Aussage von Koch et al. (2011, S. 260) bestätigt: „Unklar [...] ist, welcher Anteil der Kontakte von den Ärzten selbst initiiert ist und welcher Anteil von Patienten nachgefragt wird.“

Thode et al. (2005, S. 296) führen an, dass Patienten in der ambulanten Versorgung (im Gegensatz zur Inanspruchnahme der stationären Versorgung) „in der Regel“ selbst darüber entscheiden, ob sie einen Arzt kontaktieren. Die Gesundheitsökonominnen Andersen und Schwarze schreiben, „daß die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines bestimmten Zeitraums überhaupt einmal einen Arzt aufzusuchen, stärker vom Patienten beeinflusst wird, während die

Häufigkeit der auf die Behandlungsepisode bezogenen Kontakte in stärkerem Maße vom Arzt bestimmt wird.“ (1997, Kap. 2.1, keine Seitenangabe). Konkrete Belege zu diesen Aussagen in Form von Studiendaten liefern beide Autoren jedoch nicht.

In einer Studie, die Versorgungswege von Patienten mit chronischen Schmerzen (n=99) untersuchte, konnte bei Befragungen der Patienten gezeigt werden, dass diese in etwa einem Drittel der Kontakte selbst den Kontakt zu Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen suchten. In einem weiteren Drittel waren es Fachärzte, in einem weiteren Drittel Hausärzte, welche Kontakte zu anderen Fachrichtungen initiierten (Vilain, 2009).

Im Zusammenhang mit Überweisungen von Hausärzten zu Ärzten anderer Fachrichtungen liegen Daten mit höchst unterschiedlichen Ergebnissen vor. Rosemann et al. (2006) berichten in einer Studie, in der Hausärzte nach den Initiatoren der Überweisungen (n=411) gefragt wurden, dass diese sich selbst in 72,9% und in 17,1% den Patienten als Initiator sahen, in 2,1% wurde das Umfeld des Patienten als Hauptinitiator erachtet.

Bösner et al. (2011) hingegen berichten aus einer Studie mit 3.988 Überweisungen von hausärztlichen Praxen an andere Fachärzte, dass 71,8% aller Überweisungen von der Initiative des Patienten ausgingen (bei dichotomer Antwortmöglichkeit Patient oder Arzt als Initiator).

In der Schweiz wurde 2009 von der Vereinigung Zentralschweizer Ärztegesellschaft (VZAG) beschlossen, ein Projekt unter dem (Anm. d. Verf.: missverständlichen) Namen „Reason for Encounter (RFE)“ zu lancieren. Seit Anfang 2010 soll fortlaufend in hausärztlichen Praxen untersucht werden, wer die Veranlasser der Arztbesuche sind. Die Motivation für die laufende Studie besteht darin, mit Vergleichen vor und nach Einführung von Fallpauschalen in Krankenhäusern im Jahr 2012 eine etwaige Mehrbelastung der ambulanten hausärztlichen Versorgung durch z.B. vorzeitige, sogenannte „blutige Entlassungen“ darstellen zu können. Es sollen Veranlasser der Arzt-Patienten-Kontakte nach der in der Fußnote beschriebenen Einteilung³ erfasst werden. Derzeit nehmen nach Angaben auf der Homepage (www.reasonforencounter.ch) über 1500 Ärztinnen und Ärzte an der Erfassung teil. Bislang (Stand 09/2018) fehlen allerdings Veröffentlichungen zu Ergebnissen (Medkey AG-TrustCenter Zentralschweiz, o.J.).

Die empirisch belastbarsten Daten zu Veranlassern von Konsultationen stammen aus einer

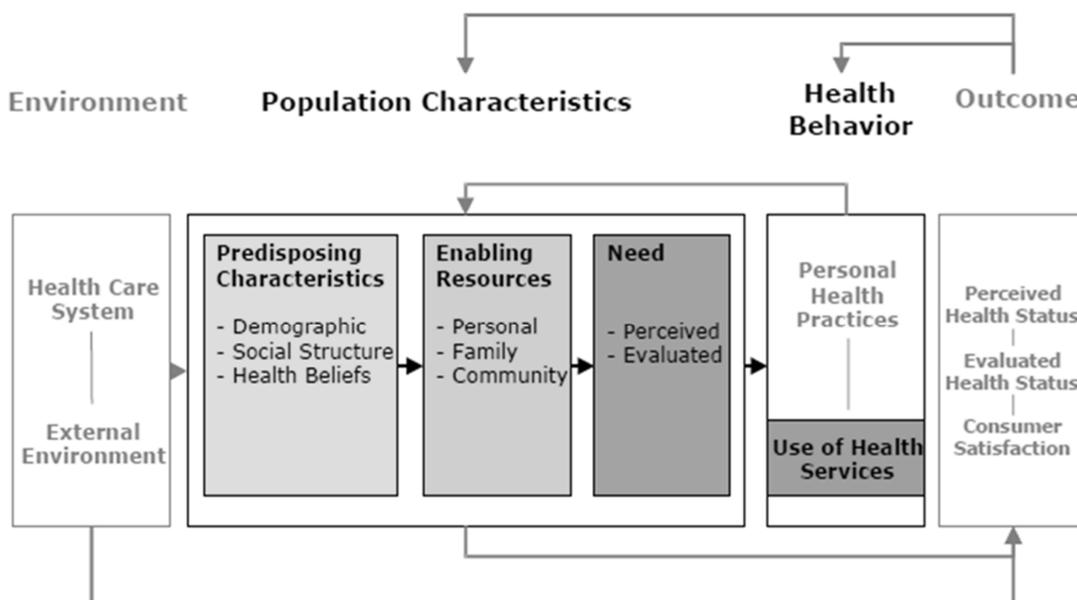
³ „Kontakt auf Wunsch des Patienten (Selbstzuweisung); Kontakt durch medizinische Zuweisung; Folgekontakt auf Verordnung des behandelnden Arztes; Folgekontakt wegen auswärtiger Untersuchung; Kontakt im Zusammenhang mit Langzeitpflege; Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff / Hospitalisation; Kontakt wegen Versicherer, Behörde, Arbeitgeber; Kontakt als delegierte Leistung“.

englischen Studie von Salisbury et al. (2013). Dort wurden Inhalte allgemeinmedizinischer Konsultationen (n=229) mittels Videoaufzeichnungen untersucht. Nach Angaben der Autoren lag die Initiative zur Konsultation in 84% bei den Patienten, in 8% bei den Ärzten und in den verbleibenden 8% konnte kein Veranlasser identifiziert werden.

1.3 Forschungsstand zu Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Um Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Form sogenannter „Determinanten“ darzustellen, wird in der internationalen Literatur häufig das Verhaltensmodell nach R.M. Andersen verwendet (Abb. 1). Es dient der Ordnung von Kategorien, welche für die Beschreibung, aber auch Prognose der Inanspruchnahme herangezogen werden können. Andersen und Schwarze (2003, S. 8) sprechen diesem Verhaltensmodell ein „breites, (potentiell vollständiges) Spektrum von Kategorien zur Subsumierung individueller und gesellschaftlicher Determinanten, die die Inanspruchnahme beeinflussen können“ zu. Seit der Veröffentlichung 1968 wird das Verhaltensmodell beständig weiterentwickelt und insbesondere bei der Analyse von Survey-Daten herangezogen.

Abb. 1: Health Behaviour Modell nach Andersen RM*



*Quelle: Thode et al., 2005, S. 298

Die folgende Beschreibung des Modells erfolgt nach Abgleich der Darstellungen von Andersen HH und Schwarze (2003), Thode et al. (2005) und Babitsch et al. (2012). Die drei zentralen Bevölkerungscharakteristika beschreiben prädisponierende Charakteristika, ermöglichende Ressourcen und den Bedarf an medizinischer Versorgung. Dabei beinhalten die prädisponierenden Charakteristika Merkmale aus den Bereichen Demographie (Alter, Geschlecht), Sozialstruktur (u.a. Bildung, sozialer Status) und Gesundheitseinstellungen. Die ermöglichenden Ressourcen beinhalten Personen-bezogene Merkmale (z.B. Vorhandensein einer Krankenversicherung) und Gemeinde-bezogene Merkmale wie Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Versorgungseinrichtungen, Arztdichte und Facharztanteil. Der Bedarf medizinischer Versorgung wird in den subjektiv wahrgenommenen (z.B. der subjektiv empfundene Gesundheitszustand, Symptome) und den durch professionelles Urteil objektivierten Bedarf (z.B. Morbidität) unterteilt.

Von den genannten Determinanten wird in der Literatur der Bedarf an medizinischer Versorgung als die Wichtigste hervorgehoben. Im Folgenden sollen wesentliche Arbeiten, die diese Einschätzung belegen, kurz vorgestellt werden.

De Boer et al. (1997) stellten in einer systematischen Übersichtsarbeit die Ergebnisse von 53 Studien aus den USA, Großbritannien, Schweden, Norwegen, Kanada, Neuseeland und den Niederlanden vor, die sich mit der Inanspruchnahme von Ärzten und Krankenhausaufenthalten chronisch Kranker beschäftigten. Die Autoren konnten zeigen, dass insbesondere Merkmale des Bedarfs an medizinischer Versorgung wie Schweregrad der Krankheit und der Symptome, die Lebensqualität und der wahrgenommene Gesundheitszustand, Depressionen und psychische Sorgen die Inanspruchnahme beeinflussten.

In einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts von Thode et al. (2005) wurde eine multivariate Analyse anhand von Querschnittsdaten von 7.124 Personen durchgeführt, die im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS 98) befragt und ärztlich untersucht wurden. Es zeigte sich ebenfalls, dass Merkmale des Bedarfs an medizinischer Versorgung wie Schweregrad der Krankheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikante Einflüsse auf die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte hatten. Je höher die Anzahl von Krankheiten in den letzten 12 Monaten und je höher die Anzahl von Krankheiten im Leben war, desto höher war die Zahl der Arztkontakte. Die subjektive Einschätzung der Lebensqualität (die physische stärker als die psychische) hatte ebenfalls bei jeweils schlechterer Einschätzung eine höhere Rate an Inanspruchnahmen von Ärzten zur Folge. Daneben zeigten prädisponierende Faktoren wie Region, Stadt/Land, Alter, Geschlecht weniger starke Einflüsse.

In einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, „Arztkontakte im Jahr 2007“, befassten sich die Autoren um Riens et al. (2012) in Anlehnung an das Verhaltensmodell von Andersen mit der Frage, welche Faktoren die mittlere Anzahl von Arztkontakten beeinflussen. Datengrundlage für die Auswertungen stellten die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2007 dar. In dieser Arbeit wurde die Morbidität der Versicherten als Ausdruck des Bedarfs an medizinischer Versorgung operationalisiert. Als Maß für die Morbidität wurden die 80 Krankheiten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs („Morbi-RSA-Krankheiten“) angegeben. Bei Vorliegen von mindestens einer Morbi-RSA-Krankheit fanden im Mittel bereits 34 Arztkontakte statt. Es stellte sich heraus, dass die Morbidität der wichtigste Einflussfaktor auf die Anzahl der Arztkontakte war.

Neben der Morbidität wurden in der genannten Studie weitere Faktoren untersucht, die aber im Hinblick auf die Arzt-Patienten-Kontakte einen geringeren Einfluss zeigten. Die Autoren stellten fest, dass Frauen im Mittel häufigere jährliche Arztkontakte hatten als Männer (20 vs. 14 Kontakte). Bei der Darstellung nach Altersgruppen und Geschlecht zeigte sich, dass Frauen in den Altersgruppen 15-65 Jahre deutlich häufigere Kontakte hatten und dass ab dem 75. Lebensjahr nur noch geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten waren. Bei beiden Geschlechtern war mit zunehmendem Alter ein starker Anstieg der Arztkontakte zu beobachten. So hatten in der gleichen Untersuchung die 80-95-jährigen Männer 37,4, die Frauen 35,3 Arztkontakte pro Jahr. Zusätzlich stieg mit zunehmendem Alter auch die Anzahl der Hausarztkontakte: bei den 20- bis 35-jährigen wurden ca. 46% aller Arztkontakte von Hausärzten geleistet, bei den über 80-jährigen waren es 67-80%. Des Weiteren zeigten die Autoren, dass eine starke Ungleichverteilung der Arztkontakte vorlag. So nahmen ca. 16% der Patienten 50% aller ambulanten Arztkontakte in Anspruch (Riens et al., 2012). Bezüglich dieser Feststellung ist anzumerken, dass es sich um ein weltweit zu beobachtendes Phänomen zu handeln scheint, dass eine relativ kleine Anzahl an Patienten überproportional häufige Arztkontakte aufweist und mehr Ressourcen von den Gesundheitssystemen abfordert als andere. So sind zahlreiche Publikationen erschienen, welche Charakteristika dieser als „Viel- oder Häufignutzer“ (engl. „frequent attenders“) bezeichneten Gruppe untersuchen. Anzumerken ist, dass bislang keine international gültige Definition der Häufignutzung existiert (Vedsted & Christensen, 2005, Luciano et al., 2010) und Vergleiche der publizierten Arbeiten dadurch deutlich erschwert werden.

Mit häufigen Arztkontakten sind bspw. Assoziationen zu psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbidität oder auch zu sozialen Problemen beschrieben worden. In

einer holländischen Arbeit von Zantinge et al. (2005) konnte gezeigt werden, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen (bspw. Depression, Angst- oder stressbedingten Erkrankungen), aber auch solche mit sozialen Problemen fast doppelt so viele Arztkontakte hatten wie Patienten mit rein somatischen Problemen. Schneider et al. (2011) berichten in einer deutschen Arbeit ebenfalls, dass häufigere Arztkontakte stärker mit psychiatrischen als mit somatischen Erkrankungen assoziiert waren. Eine Studie mit Daten von 123.244 Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) von van den Bussche et al. (2011) konnte zeigen, dass bei älteren, multimorbiden Patienten über 65 Jahre mehr als doppelt so hohe Arztkontaktraten pro Jahr (36 vs. 16) vorlagen als bei Patienten, die keine Multimorbidität aufwiesen. Zudem zeigte sich, dass die Zahl der Arztkontakte und die Anzahl kontaktierter Ärzte mit der Anzahl der chronischen Krankheiten anstieg.

In der Zusammenschau beschreiben die genannten Determinanten des Verhaltensmodells nach R.M. Andersen im überwiegenden Anteil nachfrageseitige, also patientenseitige Komponenten. Inwieweit auch angebotsseitige Komponenten Einfluss auf die Inanspruchnahme haben können, ist kaum erforscht. Es ist dem Verfasser nur eine Studie bekannt, die sich mit Assoziationen von Arzt- bzw. Praxischarakteristika und der Inanspruchnahme befasst, und diese bezieht sich auf Viel- oder Häufignutzer („frequent attender/-s“ = FA). In dieser Studie von Vedsted et al. (2004) zeigten sich große Unterschiede zwischen den untersuchten Praxen in Bezug auf den FA-Anteil unter ihren Patienten (1,9 - 26,2%). Die Autoren berichten, dass Praxen mit einem hohen Grad an Urbanisation, mit einer hohen Anzahl der pro Arzt registrierten Patienten und mit weiblichem Geschlecht des Arztes die wenigsten FA zu betreuen hatten. Die Berufserfahrung der Ärzte zeigte einen weniger starken Einfluss auf die zu betreuenden FA-Anteile, das Alter der Ärzte zeigte keinen Einfluss. Ob diese Zusammenhänge ein Effekt der ärztlichen Arbeit oder ein Effekt der Selbstselektion der Patienten waren, wurde in dieser Studie diskutiert, konnte aber nicht entschieden werden.

1.4 Forschungsstand zur Beschreibung von Gründen für die ambulante Inanspruchnahme mittels unterschiedlicher Klassifikationssysteme

Als Beratungsanlass können grundsätzlich alle Gründe gelten, weswegen ein Patient das Gesundheitssystem in Anspruch nimmt. „Zu den Gründen zählen Symptome und

Beschwerden, bereits bekannte Krankheiten, die Nachfrage von diagnostischen oder präventiven Leistungen, Verschreibungen und Überweisungen, die Übermittlung von Testergebnissen und sozialrechtliche Gründe, wie Atteste und Anträge.“ (Körner et al., 2005, S. A3168). Trotz dieser potentiellen Vielfalt an Beratungsanlässen werden die Gründe, die bei Patienten zur Inanspruchnahme führen, in der nationalen wie internationalen Literatur meist auf diejenigen Symptome und Diagnosen, die Gegenstand der Konsultation sind, reduziert dargestellt.

In den folgenden Ausführungen wird eine Auswahl von Studien aus dem deutschsprachigen Raum gezeigt, um anhand historisch bedeutsamer und für die hausärztliche Versorgung relevanter Klassifikationssysteme Entwicklungsschritte bei der Beschreibung von Gründen für die Konsultation aufzuzeigen. Dabei reichen diese von der rein epidemiologischen Morbiditätsbeschreibung mittels Symptomen oder Diagnosen (mit dem Ziel, Prävalenzen darzustellen) bis hin zur Aufnahme von den Behandlungsprozess betreffenden Leistungen oder Prozeduren als Beratungsanlass wie bspw. Beratungen, Untersuchungen, Rezeptwünschen oder Attestierungen (mit dem Ziel, eine komplexere Darstellung der Inanspruchnahme zu ermöglichen). Bewusst zwischen diese Auswahl an Studien platziert ist die Darstellung von Sekundärdaten hausärztlicher Konsultationen, die im deutschen Abrechnungssystem zur Verfügung stehen und qualitativ einen klaren Kontrast zu den Primärdaten aus den anderen vorgestellten Studien darstellen.

Es wird deutlich, dass insbesondere von der Wahl des Klassifikationssystems abhängt, wie die jeweiligen Gründe für die Konsultation dargestellt werden. Die methodischen Details mancher Untersuchungen sind aus Gründen der Übersichtlichkeit klein gedruckt.

Als Pionier epidemiologischer und berufstheoretischer Forschung im deutschsprachigen Raum gilt der Marburger Arzt Robert N. Braun. In den Jahren 1944-54 beobachtete er mittels einer systematischen Erfassung von „Fällen“ - im Sinne von Symptomen, Symptomgruppen, Bildern von Krankheiten und Diagnosen - Fällerverteilungen in der Allgemeinmedizin. Dieses Phänomen wurde als „Fällerverteilungsgesetz“ bezeichnet, wobei unter dem Begriff „Gesetz“ ein regelmäßiges Vorkommen verstanden wird (Mader, 2014, S. 4). Es zeigte sich, dass dem Allgemeinmediziner in einer durchschnittlichen Praxis etwa 300 Fälle regelmäßig häufig begegnen. Anhand des Klassifizierungssystems zur Beschreibung von Beratungsproblemen, den sogenannten Kasuographien, wurden die Beratungsursachen mittels Diagnostik und Bewertung durch den Arzt in Beratungsergebnisse eingeordnet. Dabei konnte gezeigt werden, dass diese in der Größenordnung von etwa 25% Symptomen, 25% Symptomgruppen,

40% Bildern einer Krankheit und nur 10% exakten Diagnosen entsprachen (Braun und Mader, 2005).

Die Größenordnung dieser Beobachtungen wurde bspw. auch durch Arbeiten des Schweizer Arztes für Allgemeine Medizin Landolt-Theus (1992) an einer „Fälle-Statistik“ in der eigenen Praxis in den Jahren 1983-1988 oder von Fink und Haidinger (2007) berichtet, die eine 10-Jahres-Analyse einer allgemeinmedizinischen Einzelpraxis in Niederösterreich vornahm. Letztere Autoren beobachteten zudem, dass sich nur etwa 50% aller Beratungsergebnisse ICD-konform kodieren ließen.

Im Gegensatz zu diesem Beratungsergebnis-orientierten Ansatz wurden in der EVaS-Studie (Schach et al., 1989) erstmals Patientenanliegen im Sinne des Beratungsanlasses erfasst. Die Struktur der Klassifikation erlaubte auch erstmals die Erfassung von medizinischen Prozeduren als Beratungsanlass.

Der Hauptanlass für die Konsultation und die zugeordneten Diagnosen wurde mit einer für die Studie adaptierten und bezogen auf die Ziffernanzahlen auf das 2,5-fache erweiterten Version der amerikanischen Reason for Visit-Classification (RVC) aus Sicht der Ärzte erfasst. In zwei jeweils 6-wöchigen Erhebungszeiträumen in den Jahren 1981/82 wurden stichprobenartig Daten von 149 Praktischen Ärzten und 149 Ärzten für Allgemeinmedizin (neben Daten von anderen Gebietsärzten) in den KVen der Regionen Bremen, Hessen, Pfalz, Nord- und Südbaden erhoben. Von der angesprochenen Arztgruppe wurden 6.332 „Gesamtkontakte“ und 4.729 „persönliche Arzt-Patienten-Kontakte“ aufgenommen (S. 62). Neben der letztgenannten Kontaktart wurden zu den „Gesamtkontakten“ auch Kontakte zur Praxis ohne Arztkontakt, Heim- und Hausbesuche sowie telefonische Kontakte gezählt; die meisten Auswertungen beziehen sich lediglich auf die „Gesamtkontakte“.

Bei den Hauptanliegen (jeweils nur eines pro Patient aufgenommen) dominierten die symptomgeprägten Anlässe mit 70,6% im Vergleich zu den anderen RVC-Modulen [Krankheit 10,4, Diagnostik 4,9, Therapie 8,8, Verletzung 2,5, Testergebnis 1,5, Administrativer Anlass 1,4 (Angaben in % von n = 5.561 „Gesamtkontakten“)]. Überwiegender Fokus der Studie ist die Darstellung der Symptome und Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht.

Beispielhaft sind in Tabelle 2 Ergebnisse dieser und anderer in diesem Abschnitt erwähnter Studien dargestellt. Ein Ziel der Abbildung ist zu zeigen, dass sich die Ergebnisse der Studien in Bezug auf die dargestellte Morbidität anhand von Symptomen oder Diagnosen z.T. sehr ähneln - wenngleich marginale Unterschiede in deren Rangfolgen zu beobachten sind. So finden sich bspw. übereinstimmend unter den häufigsten Symptomen bzw. Diagnosen Infekte

des oberen Respirationstraktes und Rückenschmerzen. Ein weiteres Ziel dieser Darstellung als tabellarische Zusammenstellung ist zu zeigen, dass durch die Abbildung solcher Studienergebnisse immer auch „Bilder allgemeinmedizinischer Versorgungswirklichkeit“ entstehen (im Sinne eines Gesamteindrucks).

Tab. 2: Gründe für die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung: Vergleich von Häufigkeitsverteilungen basierend auf unterschiedlichen Klassifikationssystemen

Studienbezeichnung	Fälleverteilung in der Allgemeinmedizin	EVaS-Studie	CONTENT-Projekt	BEACH
Autor/en (Publikationsjahr) Seitenangabe Quelle	Landolt-Theuss (1992) S. 258	Schach et al. (1989) S. 372	Laux et al. (2010) S. 14	Britt et al. (2014b) S. 51
Erfassungszeitraum	1983-1988	1981-82	2006-2009	2013-2014
Nation	Schweiz	Deutschland	Deutschland	Australien
Zahl der erfassenden Ärzte / Fach	1 / Arzt f. Allgemeine Medizin	149 / Praktische Ärzte 149 / Allgemeinärzte	31 / Hausärzte*	959 (GP)
n (Patienten)	7.880	5.628	104.065	95.879
n (aufgenommen als)	19.082 ("Fälle")	5.628 (Gesamtkontakte)	121.677 (Beratungsanlässe)	148.880 (Beratungsanlässe)
verwendete Klassifikation	Kasographie	RVC modifizierte, deutsche Version	ICPC-2	ICPC-2 (-Plus)
Stichprobe	5-Jahreskontaktgruppe	2 Erfassungszeiträume à 6 WO	3-Jahreskontaktgruppe	1-Jahreskontaktgruppe
Darstellung als	Beratungsergebnisse (zugeordnet durch Arzt)	Häufigste Hauptanliegen (Symptome/Prozeduren)	Beratungsanlässe (Symptome/Beschwerden)	Beratungsanlässe "RFE" (Symptome/Beschwerden/ Diagnosen/Prozeduren)
Rangfolge	1 Myalgien	Husten	Untere Rückensymptomatik	ärztliche Untersuchungen**
	2 Uncharakteristisches Fieber	Schwindel	Husten	Verschreibungen
	3 afebrile Allgemeinreaktion	Rückenbeschwerden	Schmerz generalisiert	Testergebnisse
	4 Peri-/Arthropathie	Kopfschmerzen	Durchfall	Husten
	5 Kontusion	Rezept	Nackensymptomatik	Impfungen
	6 Hypertonie	Kurzatmigkeit	Rückensymptomatik, BWS	administrative Prozeduren
	7 Weichteilwunden	Herzschmerz	Risikofaktoren nnb.	Rückenbeschwerden
	8 Kreuzschmerzen	Bauchschmerzen	Schlafstörung	Bluttest-Ergebnisse
	9 Erbrechen u./o. Durchfall	Symptome des Halses	Schwinde/Benommenheit	Ausschlag
	10 Schwindel	Beinbeschwerden	Sehstörung	Symptome Rachen
	11 Präkordiale Schmerzen	Fieber	Insektenbiss/-stich	Depression
	12 Zerumen	Beschwerden, unterer Rücken	Bauchschmerzen, generalisiert	Bauchschmerzen
	13 Kopfschmerzen	Schulterbeschwerden	Kopfschmerz	Hypertonie
	14 Tonsillitis/Angina tonsillaris	Verlaufskontrolle	Hals-/Rachensymptomatik	Symptome Haut
	15 Otitis media acuta	Kniebeschwerden	akute Stressreaktion	Fieber
	16 Schlafstörungen	Blutdruckmessung	Schultersymptomatik	Beobachtungen/Gesundheitsbildung/Beratungen/Diät
	17 Ekzem	Müdigkeit, Erschöpfung	Kniesymptomatik	Infekte Oberer Respirationstrakt
	18 Abdomenopathie, sonstige	grippaler Infekt	Warzen	Kopfschmerzen
	19 Arthrose	Schmerzen nnb.	Muskelschmerzen	Besorgnis
	20 Husten, afebril	Magenschmerzen	Fuß-/Zehensymptomatik	Überweisungen

RVC: Reason for Visit-Classification; ICPC: International Classification of Primary Care;

GP: general practitioner; RFE: reason for encounter; nnb.: nicht näher bezeichnet

* = keine andere Angabe verfügbar; fette Schrift = entspricht Prozeduren in der jeweiligen Klassifikation

Anmerkung: die Beratungsanlässe der Studie „BEACH“ wurden vom Verfasser übersetzt; ** dabei wurde der Begriff „check-up-all“ mit „ärztliche Untersuchungen“ übersetzt, Details s. Diskussion, Kap. 4.2.5, S. 70.

Abhängig vom Klassifikationssystem lassen sich Unterschiede in der sprachlichen Benennung der Morbiditäts-bezogenen Daten feststellen. Zum anderen werden die Ergebnisse vom Blickwinkel der Datenerhebung beeinflusst. So erlaubt die Struktur der Klassifikation den

Studien auf Basis der Reason for Visit-Classification (RVC) und der International Classification of Primary Care (ICPC) vom Patienten formulierte Beratungsanlässe in Form von bspw. Symptomen darzustellen, bei den Kasuographien von Landolt-Theus handelt es sich um vom Arzt formulierte Beratungsergebnisse. Die Darstellung verdeutlicht auch, dass das „Bild vom Beratungsanlass“ - neben der Darstellung von Symptomen und Diagnosen - bspw. in der gezeigten Studie des BEACH-Projektes durch die zusätzliche Aufnahme von Prozeduren als Beratungsanlass („RFE“ = reason for encounter) deutlich erweitert wird.

In der Bundesrepublik Deutschland ist derzeit die International Classification of Diseases (ICD) in der 10. Fassung von 1995 (ICD-10-GM) gültig. Nach § 295 SGB V sind Diagnosen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen für vertragsärztliche Leistungen nach der ICD-10-GM zu verschlüsseln. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung veröffentlicht seit 1998 jährlich Morbiditätsanalysen, welche aus den Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen gewonnen werden.

Die kurzfristig nach Ende eines Abrechnungsquartals zur Verfügung stehenden Daten aus dem sogenannten ADT-Panel (ADT: AbrechnungsDatenTransfer) werden als pseudonymisierte Behandlungsdaten von GKV-Patienten der KV-Regionen Brandenburg und Nordrhein (*) aus jeweils circa 450 Arztpraxen von aktuell 13 (**) verschiedenen Facharztgruppen ausgewertet. Zentrale Beobachtungseinheit ist dabei die Art und Zahl der Diagnoseneinträge, welche mittels ICD-10 verschlüsselt wurden (Kerek-Bodden et al., 2000; aktualisiert nach Angaben aus: *Brenner et al., 2007, **Heuer, 2015).

Problematisch bei diesen Daten ist, dass kein direkter Zusammenhang zwischen den abgerechneten Leistungen und den tatsächlich zur Behandlung führenden Anlässen oder Diagnosen hergestellt werden kann, da sämtliche Diagnosen des Patienten (auch Dauerdiagnosen) in die Statistiken miteinbezogen werden (Kerek-Bodden et al., 2000). Das dargestellte „Diagnosespektrum“ unterscheidet sich deshalb auch erheblich von Primärdaten, welche aus „Beratungsanlass-Studien“ bekannt sind. Unter den ersten 10 (dreistelligen) ICD-10-Codes finden sich entsprechend dominierend chronische Erkrankungen: Essentielle (primäre) Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien, Rückenschmerzen, Diabetes mellitus Typ 2, Sonstige nichttoxische Struma, Chronische ischämische Herzkrankheit, Adipositas, Depressive Episode, Sonstige Krankheiten der Leber, Gastroösophageale Refluxkrankheit (Heuer, 2015).

Bei der Analyse solcher Abrechnungsdaten wird einerseits die Validität der erhobenen Daten als begrenzt bezeichnet, andererseits kritisiert, dass der klinische Bezug fehlt und somit die allgemeinmedizinische Versorgungswirklichkeit nur unzureichend abgebildet werden kann (Scherer et al., 2011).

Laux et al. (2007) führen an, dass die Aussagekraft dieser Daten u.a. aufgrund der Zweckbindung an Abrechnungsvorhaben für Morbiditätsanalysen in der allgemeinmedizinischen Versorgungsforschung stark eingeschränkt ist. Des Weiteren berücksichtige die ICD-10 Klassifikation - ursprünglich für Mortalitätsstatistiken vorgesehen - nicht die im allgemeinmedizinischen Kontext gültigen Prävalenzen und Inzidenzen.

Kühlein et al. (2011, S. 403) führen an, dass sich „hausärztliche Arbeit in weiten Bereichen näher am subjektiven Leiden, als an definierten Diagnosen“ verorten lässt. Körner et al. (2005) weisen darauf hin, dass in der Allgemeinmedizin Beratungsanlässe gegenüber klar definierten Diagnosen im Vordergrund stehen. Olde Hartman et al. (2011) kritisieren die zu starke Fokussierung auf Diagnosen und betonen, dass Krankheiten nicht isoliert erscheinen, sondern jeweils im Kontext des Individuums mit der Erkrankung zu sehen sind. Erst durch die Einbeziehung des Beratungsanlasses könnten allgemeinmedizinische Arbeitsprozesse und -ergebnisse besser verstanden und beurteilt werden.

Nach Hager et al. (2000, S. 276) ist die vorrangige medizinische Aufgabe des Hausarztes bei „banalen“ gesundheitlichen Störungen, welche einen großen Anteil in der Allgemeinpraxis ausmachen, „nicht die Klassifikation, sondern die rasche und eindeutige Entscheidung zwischen Abwarten [...] und Intervention [...]“. Für die Allgemeinmedizin sind das Nichtstellen von Diagnosen und die von R. N. Braun geprägten Begriffe des „abwartenden Offenhaltens“ nach Ausschluss „abwendbar gefährlicher Verläufe“ typisch (Mader, 2014, S. 20 ff.).

Es bleibt festzuhalten, dass mit den Diagnosen-bezogenen Abrechnungsdaten keine der Versorgungswirklichkeit in hausärztlichen Praxen angemessene Beschreibung in Bezug auf Beratungsanlässe gelingen kann. Gleiches gilt für die ebenfalls als Abrechnungsdaten zur Verfügung stehenden Leistungs-bezogenen Daten. So wurden bspw. vom Wissenschaftlichen Institut der Allgemeinen Ortskrankenkasse (Drähter et al., 2010) oder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Honorarbericht für das zweite Quartal 2012 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013⁴) abrechnungsbezogene Listen von Gebührenordnungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bei Allgemein-

⁴ Stand 09/2018 einzige Veröffentlichung, in der über Rangfolge von Gebührenordnungsziffern berichtet wird.

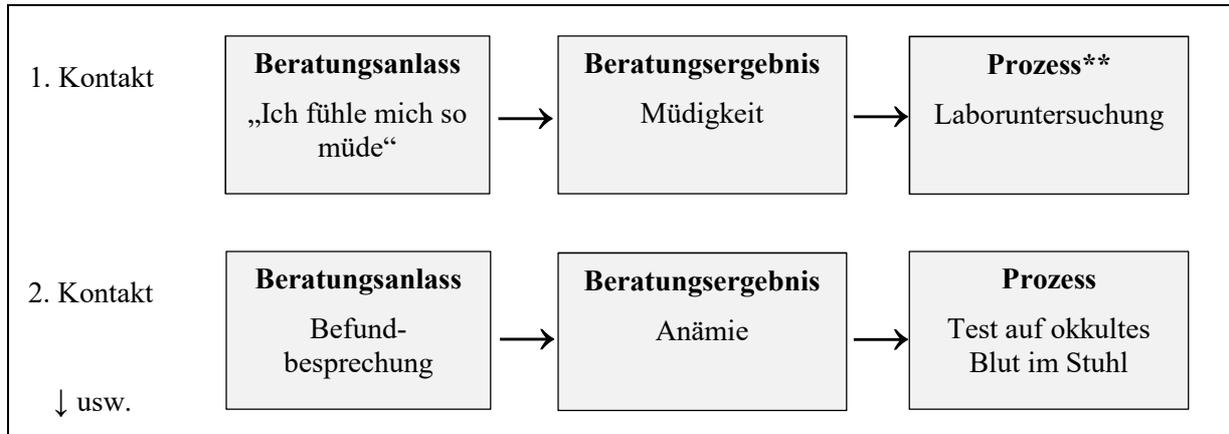
medizinern/Hausärztlichen Internisten veröffentlicht. Da viele der im Praxisalltag erbrachten Leistungen nicht abrechnungsfähig sind, da sie bereits mit den Versichertenpauschalen abgegolten sind, kann hiermit weder ein realistisches Anforderungsprofil noch ein Leistungsprofil hausärztlichen Handelns gelingen. Anhand besonders wichtiger Beispiele wie Beratungs- oder Untersuchungsleistungen wird dies im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse erörtert (Kap. 4.2.5, S. 69 ff.).

Neben der weltweit am häufigsten genutzten Diagnosenklassifikation, der ICD-10, gehört auch die speziell für den hausärztlichen Bereich entwickelte International Classification of Primary Care (aktuelle Version: ICPC-2) zur Familie der internationalen Klassifikationen der WHO (WHO-FIC). Die Klassifikation der ICPC-2 ist biaxial strukturiert. Auf der einen Achse stehen 17 meist Organ-bezogene Kapitel und auf der anderen Achse stehen 7 sogenannte Komponenten⁵. Dabei beziehen sich die Komponenten 1 und 7 auf Symptome bzw. Diagnosen, die Komponenten 2 bis 6 sind prozessorientiert, wobei unter „Prozess“ inhaltlich bspw. diagnostische, therapeutische oder administrative Prozeduren zu verstehen sind (s. Fußnote). Die wesentlichen Unterschiede zu anderen Klassifikationen wie der ICD-10 bestehen darin, dass einerseits in Beratungsanlass und Beratungsergebnis unterschieden werden kann und dass andererseits auch Prozeduren codiert werden können, welche auf den hausärztlichen Leistungsbereich zugeschnitten sind (ähnlich wie bei der nach Meyer (2005) als „Vorgänger-Version“ zu bezeichnenden Reason for Visit-Classification).

Der ICPC liegt das Konzept der „Behandlungsepisode“ zugrunde (Körner et al., 2005). Unter einer Behandlungsepisode wird die gesamte Behandlung eines Patienten wegen eines einzelnen Gesundheitsproblems (vom Auftreten bis zur Lösung) verstanden. Eine Episode kann damit aus einem einzelnen Kontakt bestehen, aber auch mehrere Kontakte einschließen. Der Titel der Episode kann sich im Zeitverlauf ändern, zu Beginn ist es meist der Beratungsanlass, ggf. später ein Diagnosebegriff. Die einzelnen Kontakte, die den Patienten zum Arzt führen, können inhaltlich innerhalb jeder Episode jeweils in Beratungsanlass, Beratungsergebnis/Diagnose und Prozess gegliedert werden und mittels ICPC-2 codiert werden (s. Abb. 2). Des Weiteren wird aus Abb. 2 ersichtlich, dass die Beratungsanlässe, wegen derer der Arzt-Patienten-Kontakt gesucht wird, je nach Kontext allen in der ICPC zur Verfügung stehenden Komponenten zugeordnet werden können.

⁵ Komponenten der ICPC-2: 1 = Beschwerden, Symptome; 2 = Diagnostik, Früherkennung, Prävention; 3 = Medikation, Behandlung, Prozeduren; 4 = Testergebnisse; 5 = Verwaltung, Administratives; 6 = Überweisung und andere Beratungsanlässe; 7 = Krankheiten, Diagnosen (Kühlein et al., 2008).

Abb. 2: Die „Behandlungsepisode“ der International Classification of Primary Care (Beispiel aus Kühlein et al., 2008, S. 22; modifiziert* und gekürzt vom Verfasser)



* Eingefügt durch den Verfasser wurden die nummerierten „Kontakte“.

** In der Ursprungsfassung der „episode of care“ von Lamberts und Hofmans-Okkes (1996) wurden statt „Prozess“ die Bezeichnungen „diagnostische oder therapeutische Interventionen“ gewählt.

In Deutschland gibt es aktuell zwei Studienprojekte, welche die ICPC als Kodierungsgrundlage zur Beschreibung von Patientenkontakten verwenden. Zum einen untersucht die Universität Heidelberg im „CONTENT“-Projekt („CONTinuous Morbidity Registration Epidemiologic NeTwork“) mittels längsschnittlich angelegtem Studiendesign und ICPC-2-basierter Dokumentation Arzt-Patienten-Kontakte.

Von 2006 bis 2009 konnten 1,5 Mio. Arzt-Patienten-Kontakte von 104.065 Patienten aus 31 Hausarztpraxen ausgewertet werden. Ergebnisse des „CONTENT-Projekts sind in den Berichtsbänden 1 und 2 (Kühlein et al., 2008 und Laux et al., 2010) veröffentlicht worden. Der Fokus bei der Auswertung der Beratungsanlässe liegt - wie dem Namen des Projektes zu entnehmen ist - auf den Symptomen/ Beschwerden und den Diagnosen, die Ergebnisdarstellung ist auf diese Komponenten reduziert.

Zum anderen wird die ICPC als Kodierungsgrundlage in mehreren als Querschnittsanalysen (Zielpopulation jeweils Jahreskontaktgruppe) angelegten Studien der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, den sogenannten „SESAM“-Studien („Sächsische Epidemiologische Studie/-n in der Allgemeinmedizin“) verwendet. Die SESAM-Studien 1, 2 und 4 beschäftigen sich dabei mit Sprechstundenkontakten. Die bezogen auf die Arzt-Patienten-Kontakte größte Untersuchung, die SESAM-2-Studie (13.632 Beratungsanlässe bei 8.877 Arzt-Patienten-Kontakten) wurde von Voigt (2003) im Rahmen einer Dissertation untersucht. Zentraler Untersuchungsschwerpunkt waren Darstellungen der Beratungsanlässe in Form von Symptomen und Diagnosen (Codierung mittels ICPC-Version 1). Es konnte u.a.

gezeigt werden, dass Symptome und Beschwerden mit 50,2% zwar die Beratungsanlässe der Patienten gegenüber den anderen Komponenten der ICPC dominieren, im Vergleich zur EVaS-Studie mit 70,6% (Schach et al., 1989; Erhebungsjahr 1981/82) und zur ICPC-Einführungsstudie aus dem TRANSITION-Project von Lamberts et al. mit 59% (1985; Erhebungsjahr 1983) aber tendenziell abnehmen und dass die Betreuung chronischer Krankheiten zunehmend in den Vordergrund rückt.

International existieren deutlich längere Erfahrungen mit der Anwendung der ICPC als Klassifizierungssystem. Dabei ragen insbesondere die Niederlande (z.B. TRANSITION-Projekt; <http://www.transhis.nl/old/>) und Australien (BEACH-Projekt; <http://sydney.edu.au/medicine/fmrc/beach/>) durch eine Vielzahl von Studien hervor. Als Beispiel sei das seit 1998 bestehende australische Project „BEACH“ (Bettering the Evaluation and Care of Health) angeführt.

Mittels jährlicher Untersuchung durch ca. 1.000 Hausärzte von je 100 konsekutiven Patientenkontakten ist (Stand März 2014) eine Datenbank von über 1,6 Mio. Patientenkontakten bei 9.950 Hausärzten entstanden (Britt et al., 2014a). In der den Zeitraum 2003 bis 2014 umfassenden Studie werden u.a. die subjektiven Beratungsanlässe der Patienten vor der Behandlung durch den Arzt („reasons for encounter“, möglichst in den Worten des Patienten formuliert; max. 3 Nennungen pro Konsultation), die objektivierbaren Probleme, die behandelt werden („problems managed“, vom Arzt formuliert auf dem höchstmöglichen Level als z.B. Diagnose, Symptom/Beschwerde, soziales Problem oder krankheitsbedingter Zustand; max. 4 Nennungen pro Konsultation), Behandlungen oder Prozeduren ICPC-2-konform kodiert (S. 15). Auswertungen des mit den Worten des Patienten formulierten Beratungsanlasses erfolgen über alle 7 Komponenten der ICPC-Klassifikation.

In dieser Studie finden sich in einer detaillierten Auflistung der häufigsten Beratungsanlässe („Top 30“) zumeist Nennungen von Symptomen oder Diagnosen (Britt et al., 2014b, S. 51); daneben sind aber unter den ersten fünf Nennungen gleich vier zu finden, welche einen vom Patienten abgefragten Prozess als Beratungsanlass beinhalten (ärztliche Untersuchungen („check-up-all“), Verschreibungen, Testergebnisse und Impfungen; wie in vorliegender Arbeit als Beispiel gezeigt in Tab. 2, S. 12).

In der Zusammenschau der vorgestellten Studien, welche Klassifizierungssysteme verwenden, die auch Beratungsanlässe erfassen (RVC/ICPC), lässt sich feststellen, dass der Fokus der Auswertungen zumeist auf den Symptomen/Beschwerden und Diagnosen liegt. Zwar lassen

sich in den deutschen Studien EVaS (Schach et al., 1989) und SESAM-2 (Voigt, 2003) Auswertungen auf der „Modul“- bzw. „Komponenten“-Ebene finden, welche den Anteil an abgefragten Prozeduren als Beratungsanlass darstellen. Eine übersichtliche und detaillierte Darstellung, welche Beratungsanlässe primär als Nachfrage nach Leistungen oder Prozeduren durch die Patienten zeigt, aber fehlt. So wurden in der EVaS-Studie detaillierte Auswertungen von Leistungen oder Prozeduren lediglich in „TOP-20-Beratungsanlässen“ gezeigt, d.h. neben den dominierenden Symptomen als Beratungsanlässe finden sich auch vereinzelt abgefragte Leistungen (wie in vorliegender Arbeit als Beispiel gezeigt in Tab. 2, S. 12). In den Auswertungen der SESAM-2-Studie von Voigt (2003) zeigte sich, dass in immerhin 27,8% der Gesamt-Beratungsanlässe Prozeduren zu verzeichnen waren und die Komponenten „Diagnostische und vorbeugende Maßnahmen“/„Medikation, Behandlung“/„Untersuchungsergebnisse“/„Administration, Sonstiges“ betrafen. Im Anhang der Studie von Voigt findet sich eine umfangreiche Liste von 97,1% aller erfassten Beratungsanlässe (n=13.248), eine übersichtliche Zusammenstellung der Leistungen betreffenden Beratungsanlässe jedoch fehlt.

Einen andere Perspektive auf Behandlungsanlässe und deren unterschiedliche Dimensionen stellten Abholz et al. 2001 in einer Studie der Universität Düsseldorf vor. Von 38 Ärzten wurden an je drei Halbtagen im Anschluss an die Konsultation Erhebungsbögen zum persönlichen Patientenkontakt ausgefüllt. Dabei wurden die Behandlungsanlässe u.a. in den Kategorien somatisch oder psychisch (5er Skala, Ausprägung: „fast rein/vorwiegend somatisch, gleichwertig somatisch/psychisch bis vorwiegend/fast rein psychisch“) und die von den Ärzten erbrachte Dienstleistung als medizinische Dienstleistung oder Kontaktpflege (5er Skala, Ausprägung: „fast reine/vorwiegend medizinische Dienstleistung, gleichwertig Dienstleistung/Kontaktpflege bis vorwiegend/fast rein Kontaktpflege“) beurteilt. Des Weiteren wurden die Ärzte gebeten, eine Einschätzung der medizinischen Relevanz der eigenen ärztlichen Tätigkeit (4er Skala, Ausprägung: „wenig relevant, relevant, sehr relevant und keine Tätigkeit“) bei jedem Beratungsanlass in Bezug auf drei Komponenten („Diagnostik/therapeutische Intervention/therapeutisches Gespräch“) vorzunehmen.

Innerhalb eines Quartals wurden mit dieser Methode bei 2.889 Arzt-Patientenkontakten 4.309 Behandlungsanlässe dokumentiert. Es zeigte sich, dass 2/3 aller Behandlungsanlässe von den Ärzten als (fast) rein oder vorwiegend somatisch beurteilt wurden und dass bei 1/3 der Behandlungsanlässe psychische Komponenten als gleichwertig, vorwiegend oder ausschließlich vorhanden waren. Die Selbsteinschätzung der in die Studie eingeschlossenen Ärzte bzgl. der Bedeutung ihrer Arbeit für den Patienten ergab, dass diese je zur Hälfte als

„medizinische Dienstleistung“ und als „Kontaktpflege“ angesehen wurde. Bei der Einschätzung der medizinischen Relevanz der ärztlichen Tätigkeit ergab sich in Bezug auf die Komponenten „Diagnostik, therapeutische Interventionen und therapeutische Gespräche“, dass bei etwa 60% aller Beratungsanlässe die eigene ärztliche Tätigkeit als „medizinisch relevant“ oder „medizinisch sehr relevant“ eingeschätzt wurde. In den verbleibenden 40% gaben die Ärzte an, entweder „keine Leistung“ erbracht zu haben oder die eigene ärztliche Tätigkeit als „medizinisch wenig relevant“ eingeschätzt zu haben.

1.5 Forschungsstand zur Erwartung einer Wiedervorstellung von Patientinnen und Patienten in hausärztlichen Konsultationen

Dem Verfasser ist lediglich eine einzelne Quelle bekannt, welche sich dem Thema Erwartung einer Wiedervorstellung nach erfolgter hausärztlicher Arzt-Patienten-Konsultation widmet. Dabei handelt es sich um Daten aus der mittlerweile über 39 Jahre alten Vorstudie zur EVaS-Studie („Koblenzer Studie“) von Schach et al. (1989, S. 279 ff.). In dieser Studie wurden im Jahr 1978 Arzt-Patienten-Kontakte bei 92 Ärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten untersucht. Im Anschluss an die Konsultationen wurden Empfehlungen der Ärzte an die Patienten als „Behandlungsplan“ aufgenommen. Die Antwortoptionen wurden als Listenabfrage mit folgenden (Mehrfach-)Auswahlmöglichkeiten präsentiert: „Wiederbesuch nötig, Telefonkontakt, Konsultation bei Bedarf, Überweisung an anderen Arzt/nichtärztliche Stelle, Rückkehr zum überweisenden Arzt, Einweisung ins Krankenhaus, Anderes“. Als Ergebnis in Bezug auf Wiedervorstellungsraten zeigte sich, dass Allgemeinmediziner in 88,4% eine Wiedervorstellung und in 17,5% eine Bedarfskonsultation für notwendig hielten, in 2,8% wurde ein Telefonkontakt vereinbart. Bezüglich der - vom Autor der vorliegenden Studie prima vista als sehr hoch eingeschätzten - Wiedervorstellungsrate boten die Autoren als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen lediglich an, dass diese „auf hohe Stammpatientenanteile“ schließen lässt (S. 296), eine Diskussion der Höhe des Ergebnisses erfolgte nicht. Der Vollständigkeit halber sei angeführt, dass die Empfehlungen der Ärzte an die Patienten im Anschluss an die Konsultation in der Hauptstudie („EVaS-Studie“) ebenfalls untersucht wurden⁶. Die Ergebnisdarstellung erfolgte allerdings nur für alle Gebietsärzte

⁶ „Behandlungsplan“ bei „weiterer Konsultation“: „wiederbestellt“ 53,2%, „bei Bedarf“ 22,4%, „unnötig“ 5,61%, „telefonischer Kontakt 2,3% (Schach et al., 1989, S. 58).

zusammen und lässt dadurch keinen präzisen Rückschluss auf die Wiedervorstellungsraten bei Hausärztinnen und Hausärzten zu.

1.6 Fazit aus der Literaturrecherche und Motivation für die Studie

In der Zusammenschau weisen die Ergebnisse mehrerer Studien darauf hin, dass im internationalen Vergleich in Deutschland die häufigsten Arzt-Patienten-Kontakte zu verzeichnen sind und dass die Arbeitsbelastung bei deutschen Hausärzten - gemessen an der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte – trotz kurzer Konsultationsdauern am höchsten ist.

In der Literatur lassen sich im Wesentlichen drei Forschungsschwerpunkte identifizieren, die Gründe für die Konsultationen untersuchen und damit mögliche Erklärungsansätze für die hohe ambulante Inanspruchnahme formulieren.

Der erste Schwerpunkt liegt in der Identifikation und Beschreibung von Einflussfaktoren und Prädiktoren für die Inanspruchnahme. Es zeigt sich übereinstimmend in mehreren Studien, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität, aber auch die Morbidität der Patienten den größten Einfluss auf die Inanspruchnahme haben.

Der zweite Schwerpunkt liegt in der Analyse der Morbidität der Patienten (in Form von Diagnosen allein oder in Kombination mit Symptomen) als Gegenstand der Konsultation. Dabei zeigt sich, ungeachtet der Unterschiede in der Nomenklatur und zwischen den angewandten Klassifikationssystemen, dass zu den häufigsten Gründen Infekte der Atemwege und Rückenschmerzen zählen.

Im dritten Schwerpunkt werden Gründe für die Inanspruchnahme mit der Beschreibung von Beratungsanlässen untersucht. Dabei werden zusätzlich zu den Morbiditäts-bezogenen Daten in Form von Symptomen oder Diagnosen weitere, den Behandlungsprozess betreffende Beratungsanlässe als abgefragte Leistungen oder Prozeduren (wie z.B. Diagnostik, vorbeugende Maßnahmen) miteinbezogen. Ergebnisse von Studien, welche das speziell für den hausärztlichen Bereich entwickelte Klassifikationssystem ICPC-2 benutzen, weisen darauf hin, dass Beratungsanlässe der Patienten zu ca. 50-60% in Form von Symptomen und zu ca. 10-20% in Form von Diagnosen beschrieben werden können. Die restlichen 20-40% der Beratungsanlässe entsprechen einer Nachfrage nach Leistungen oder Prozeduren. Bemerkenswert ist, dass bei den genannten Klassifikationssystemen, welche auch Leistungen oder Prozeduren als Beratungsanlässe klassifizieren (RVC/ICPC), ärztliche

Beratungsleistungen nicht detailliert klassifiziert werden und deren Stellenwert als Beratungsanlass unklar ist.

In der Zusammenschau der Literatur zu aktuellen Forschungsschwerpunkten fehlt die wissenschaftliche Untersuchung, ob Beratungsanlässe primär als Nachfrage nach Leistungen oder Prozeduren beschrieben werden können und wenn ja, wie deren Häufigkeitsverteilungen sind. Unklar ist damit im Besonderen, welche Anforderungsprofile an Hausärzte, die gleichfalls als Bedarfsprofile von Patienten anzusehen sind, aktuell in Konsultationen bestehen. In Anbetracht der prognostizierten demographischen Entwicklung, bei der sowohl mit einer Zunahme chronisch- und mehrfach-Erkrankter als auch mit einer konsekutiv steigenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der primärärztlichen Versorgung gerechnet wird, fehlt die Möglichkeit, diesen zukünftigen Versorgungsbedarf mit Hilfe der für Abrechnungszwecke geschaffenen Leistungsziffern konkret beschreiben zu können.

Des Weiteren ist ein Fazit aus der Literaturrecherche, dass zu wichtigen Aspekten von hausärztlichen Konsultationen, bei denen zu vermuten ist, dass sie einen wesentlichen Einfluss auf die hohe Frequenz von Arzt-Patienten-Kontakten haben, bislang keine (Veranlasser der Konsultationen) bzw. nur vereinzelte (Erwartung von Wiedervorstellungen als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation) Untersuchungsdaten in der Literatur existieren.

Angesichts dieser Forschungslücken untersucht die vorliegende Arbeit (1) Veranlasser und (2) Gründe hausärztlicher Konsultationen sowie (3) Erwartungen an eine Wiedervorstellung, die aus Konsultationen entstehen, in einem repräsentativen Patientenkollektiv in Deutschland (vgl. Kap. 1.7).

1.7 Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Gründe für die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten durch Patientinnen und Patienten im Rahmen einer persönlichen Konsultation in der Hausarztpraxis zu untersuchen. Hierbei sollen im Wesentlichen die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

(1) Wer ist der Veranlasser der hausärztlichen Konsultation?

Diese Fragestellung schließt neben der konkreten Frage nach dem Veranlasser der Konsultation die Untersuchung des Anteils an Erst- bzw. Wiedervorstellungen sowie den Planungscharakter einer hausärztlichen Konsultation im Sinne einer geplanten oder ungeplanten Vorstellung ein.

(2) Aus welchen Gründen erfolgt die Konsultation?

Diese Fragestellung schließt neben in Oberbegriffen zusammengefassten Gründen einer Konsultation auch deren Häufigkeitsverteilung und deren Priorisierung in Haupt- und Nebenansätze ein. Die Gründe für die Konsultation werden fokussiert auf Leistungen oder Prozeduren erhoben, die von Patientinnen und Patienten nachgefragt werden. Bei Erhalt einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wird zudem untersucht, ob ein Arzt-Patienten-Kontakt zustande gekommen wäre, wenn der Erhalt einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (hypothetisch) unabhängig von einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt möglich wäre.

(3) Welche Erwartungen bestehen bezüglich einer Wiedervorstellung nach erfolgter Konsultation seitens der Hausärztinnen und Hausärzte?

Diese Fragestellung beleuchtet die Erwartung der Hausärztinnen und Hausärzte bezüglich einer Wiedervorstellung, die sich aus der aktuellen Konsultation ergibt. Dabei wird auch untersucht, ob die Erwartung an die Wiedervorstellung mit Patienten- bzw. Arztcharakteristika assoziiert ist.

Basierend auf den Antworten auf die oben dargestellten Fragen ist ein übergeordnetes Ziel dieser Arbeit, einen Vorschlag für die Dokumentation von Konsultationsanlässen für Zwecke der Versorgungsforschung zu entwerfen.

2. Material und Methoden

2.1 Stichprobenumfang und Studiendesign

Eine a priori Berechnung des idealen Stichprobenumfangs war auf Grund fehlender Kennzahlen aus der Literatur nicht möglich. Die vorliegende Untersuchung soll als Pilotstudie dienen und Fallzahlschätzungen für spätere Untersuchungen ermöglichen. Es wurde ein Stichprobenumfang von mindestens 400 Patientinnen und Patienten angestrebt. Es handelt sich um eine explorative (Hypothesen-generierende) Querschnittsuntersuchung.

2.2 Ethikvotum

Die Ethik-Kommission der Hamburger Ärztekammer stimmte der Durchführung dieser Studie zu (Bearbeitungsnummer: PV4469, Votum vom 07.05.2013).

2.3 Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten

Aufgrund des Charakters einer Pilotstudie wurden Hausärztinnen und Hausärzte angesprochen (telefonisch oder per Email), die dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durch gemeinsame Forschungsprojekte, Lehre bzw. gemeinsame klinische Tätigkeit bekannt waren. Basierend auf der durchschnittlichen Anzahl der Konsultationen pro Woche in diesen Praxen wurde eine Anzahl von 12 hausärztlichen Praxen mit jeweils 3 Erhebungs-Halbtagen (Sprechstunden) als ausreichender Untersuchungsumfang angesehen, um die Daten von ca. 400 Patientinnen und Patienten zu erheben. Bei der Auswahl der Praxen wurden zudem ausschließlich Ärzte mit Scheinzahlen von über 700 pro Quartal und ohne eine dominierende Spezialisierung auf z.B. Naturheilverfahren oder Psychotherapie berücksichtigt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass je zur Hälfte Ärztinnen und Ärzte mit jeweils vergleichbar variabler Niederlassungsdauer berücksichtigt wurden, um den Einfluss dieser Faktoren als mögliche konfundierenden Variablen auszuschließen. Eine geographisch homogene Streuung innerhalb des Stadtgebietes von Hamburg wurde angestrebt.

Gemeinsam mit den Hausärztinnen und Hausärzten wurden drei Vor- bzw. Nachmittage pro Praxis für die Datenerhebung festgelegt. Die Datenerhebungen sollten dem Arbeitsalltag einer

Hausärztin/eines Hausarztes in der Verteilung über die Wochentage, aber auch im Verhältnis von Vor- zu Nachmittagssprechstunden angepasst sein. Entsprechend den gängigen Arbeitszeitregelungen in den hausärztlichen Praxen wurde an einem Montag, Dienstag oder Donnerstag eine Vormittags- und eine Nachmittagssprechstunde sowie an einem Mittwoch oder Freitag eine Vormittagssprechstunde ausgewählt.

2.4 Rekrutierung von Patientinnen und Patienten

Alle Patientinnen und Patienten, die an einer zur Datenerhebung ausgewählten Sprechstunde in die Praxis kamen und für einen Arztkontakt vorgesehen waren, wurden vor der Konsultation vom Praxispersonal über die Studie informiert und gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Detaillierte Informationen über Inhalte der Untersuchung und Erläuterungen etwaiger Fragen wurden für interessierte Patientinnen und Patienten im persönlichen Gespräch mit dem Untersucher in einem separaten Zimmer der Praxis ermöglicht, sodass eine vertrauliche Atmosphäre gewährleistet war. Ein Einschluss in die vorliegende Untersuchung sah das schriftliche Einverständnis vor, dass die im Folgenden dargestellten persönlichen Daten (Erhebungsbogen Konsultation) mit dem Hausarzt pseudonymisiert erhoben werden durften. Eine darüber hinausgehende persönliche Befragung der Patientinnen und Patienten fand nicht statt. Den Patientinnen und Patienten wurde auch die Möglichkeit eingeräumt, zunächst mit dem Hausarzt zu sprechen, um weitere Fragen zur Studie zu stellen oder sich beispielsweise bezüglich der Gewährleistung der Pseudonymität der erhobenen Daten zu versichern. In diesem Fall erfolgte das Unterschreiben der Einverständniserklärung am Ende der Konsultation.

2.4.1 Ausschlusskriterien

Patientenseitige Ausschlusskriterien der vorliegenden Untersuchung waren: Alter jünger als 18 Jahre, Sprachbarriere oder fehlende Einwilligungsfähigkeit, z.B. auf Grund einer demenziellen Erkrankung oder geistiger Behinderung.

2.5 Datenerhebung

Im Zentrum der Datenerhebung stand der „**Erhebungsbogen Konsultation**“, der für die Erfassung und Bewertung der Gründe für eine Konsultation durch den behandelnden Arzt

vorgesehen war. In diesem erfolgte eine durch Vergabe einer Praxis-bezogenen Identifikationsnummer pseudonymisierte Erhebung von Charakteristika der an diesem Vor- bzw. Nachmittag erfolgten Konsultationen. Die Datenerhebung mittels dieses Erhebungsbogens erfolgte im Anschluss an die Sprechstunde im Interviewverfahren zwischen dem behandelnden Arzt und dem Untersucher für alle Patientinnen und Patienten, die schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gegeben hatten. Eine detaillierte Darstellung des „Erhebungsbogens Konsultation“ findet sich in Kapitel 2.5.1 (S. 26).

Um einem möglichen Selektionsbias Rechnung zu tragen, wurde eine Non-Responder-Analyse durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden durch die medizinischen Fachangestellten statistische Kennwerte derjenigen Patientinnen und Patienten erfasst, welche aufgrund oben angegebener Ausschlusskriterien nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten oder der Teilnahme an der Studie widersprachen. Bei den Kennwerten handelte es sich um das Geschlecht, das Alter (<65 oder ≥ 65 Jahre) und die Allgemeine Krankheitsbelastung (keine/leichte/mittlere/schwere). Die Einschätzung der Allgemeinen Krankheitsbelastung (Erläuterung des Begriffs in Kap. 2.5.1, S. 26) wurde zunächst von den medizinischen Fachangestellten vorgenommen und im Anschluss von dem jeweilig behandelnden Arzt überprüft und ggf. korrigiert.

Außerdem wurden Details zu den Hausärztinnen und Hausärzten sowie zur Praxisstruktur ermittelt. Dafür füllte die Ärztin/der Arzt im Anschluss an die Erhebung einmalig ein Formular aus. Wesentliche Angaben waren dabei:

- Geschlecht, Alter, Berufserfahrung des Arztes (Dauer der Niederlassung und Zeit seit Approbation), Facharzt- und ggf. Zusatzbezeichnungen,
- geschätzte Anzahl persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte pro Woche sowie Anzahl der Scheine pro Quartal,
- Organisationsstruktur der Praxis (Einzel-, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder Kombination), Einbestellformen der Patienten und überwiegende soziale Schichtzugehörigkeit des Patientenklientels.

Allen teilnehmenden ärztlichen Kollegen und deren medizinischen Fachangestellten wurde vor Studienbeginn ausführlich das Procedere der Datenerhebung sowie der Handhabung der Erhebungsbögen erläutert.

Der „Erhebungsbogen Konsultation“ sowie der Studienablauf wurden vor Studienbeginn

erfolgreich in zwei an der Studie nicht beteiligten Praxen an jeweils 10 Patienten auf Praktikabilität, Verständlichkeit und Akzeptanz überprüft.

2.5.1 Erläuterungen zum „Erhebungsbogen Konsultation“

Abbildung 3 (S. 28) zeigt den Erhebungsbogen Konsultation, welcher für die spezifischen Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung eigens entwickelt wurde. Die Entwicklung erfolgte auf Basis der sich aus der Literaturrecherche ergebenden Fragestellungen. Der Entwicklungsprozess wurde durch mehrfache Revision durch verschiedene Fachärzte für Allgemeinmedizin in Form eines mehrstufigen, iterativen Verfahrens unterstützt.

Vor dem Hintergrund der zentralen Bedeutung für die vorliegende Untersuchung sowie der partiell erschwerten Verständlichkeit sollen Rubriken und Begriffe des Erhebungsbogens im Folgenden detaillierter erklärt werden. Der Erhebungsbogen wurde stets nur als Leitfaden verwendet und die Ärztinnen und Ärzte wurden anhand des Bogens vom Verfasser dieser Arbeit persönlich zu jedem einzelnen Patienten befragt.

In einer einleitenden Rubrik wurden typische Patientencharakteristika sowie der Zeitpunkt der Konsultation erfasst. Der in diesem Zusammenhang erwähnte Begriff „**Allgemeine Krankheitsbelastung**“ beschreibt den Gesamteindruck der Hausärztin/des Hausarztes vom Patienten im Rahmen der aktuellen Konsultation. Dabei war der behandelnde Arzt angehalten, den aktuellen Gesundheitszustand inklusive ggf. vorliegender Vorerkrankungen zu berücksichtigen.

In der Rubrik „**Veranlasser der Konsultation**“ wurden Personen, bzw. Institutionen beschrieben, welche die aktuelle Konsultation veranlasst hatten. Die genannten Antwortoptionen sind selbsterklärend, mit Ausnahme der Option „Krankenhaus“. Unter dieser wurden sowohl Krankenhausentlassungen als auch bspw. Zuweisungen aus einer Krankenhausambulanz vermerkt. Die begleitenden Nummern dienen der Strukturierung der Daten für die Analysen. In dieser Rubrik waren Mehrfachantworten möglich.

In der Rubrik „**Kontaktkonfiguration**“ wurde die Hausärztin/der Hausarzt aufgefordert zu unterscheiden, ob die Patientin/der Patient neu in der Praxis oder bereits bekannt war. Bei den bereits bekannten Patienten wurde unterschieden, ob es sich um eine Erstvorstellung (= neuer Anlass) oder um eine Wiedervorstellung (= bekannter Anlass) jeweils im Kontext oder unabhängig von einer Krankheitsepisode (KHE) handelte. Bei Wiedervorstellungen wurde zusätzlich erfasst, ob es sich um eine mit dem Arzt abgesprochene (geplante) Wiedervorstellung oder um eine nicht abgesprochene (nicht geplante) Wiedervorstellung

handelte. Hierbei ist zu betonen, dass sich die Kategorie „geplant“ ausschließlich auf die Absprache zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt bezieht, dass ein Kontakt zustande kommt und nicht auf die Terminvereinbarung eines Kontaktes. Bei einer Erstvorstellung im Rahmen eines Gesundheitsproblems sowohl bei neuen, als auch bei bekannten Patienten, wurde von einer nicht geplanten Vorstellung ausgegangen.

Der in der gleichen Rubrik verwendete Begriff der „**Krankheitsepisode**“ bezieht sich auf die zeitliche Dauer eines Gesundheitsproblems von seinem Beginn bis zu seinem Ende, gemessen an bspw. somatischen/psychischen Krankheitszeichen. Diese Definition orientiert sich an den Autoren Lamberts und Hofmans-Okkes (1996, S. 161).

In der Rubrik „**Gründe für die Konsultation**“ wurden für eine Konsultation relevante Gründe mittels zusammenfassender Oberbegriffe kategorisiert. Hierbei waren die verwendeten Begriffe wie folgt definiert:

(a) unter dem Begriff „**Diagnostische Maßnahmen**“ wurde nicht zwischen dem Ersuchen einer bestimmten diagnostischen Leistung und der Besprechung derselben, wenn diese bereits erfolgt war, differenziert;

(b) unter dem Begriff „**Beratung zur Erkrankung**“ wurde sowohl eine Beratung zum weiteren Procedere bei Vorliegen einer Erkrankung als auch die Einschätzung des Arztes, ob eine Erkrankung vorliegt, klassifiziert;

(c) unter dem Begriff „**Prävention**“ wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit zusätzlich zu eindeutig präventiven Maßnahmen Disease-Management-Programme (DMP) im Sinne von sekundär- bzw. tertiären Präventionsmaßnahmen erfasst;

(d) unter dem Begriff „**Attestierung**“ wurde zusätzlich beim Ersuchen oder bei Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit der „**AU-Frage**“ erhoben, ob sich nach Ansicht des behandelnden Arztes ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ergeben hätte, wenn das Erlangen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (hypothetisch) auch ohne einen solchen Kontakt möglich gewesen wäre.

Bei der Erfassung der Gründe der Konsultation sollten sich die Ärzte auf den Hauptanlass für die Konsultation fokussieren. Wenn mehrere Gründe dokumentiert wurden, wurden diese in Haupt- und Nebenanlässe unterschieden. Die maximale Anzahl an Anlassnennungen wurde im Vorfeld nicht festgelegt.

Abb. 3: Erhebungsbogen Konsultation

Praxis-Nr:	TAG:	WO-Tag:	<input type="radio"/> VM	<input type="radio"/> NM	Mehrfachnennungen möglich
Patient	<input type="radio"/> w	<input type="radio"/> m	Jahrgang:	Allg. Krankheitsbelastung:	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer
Veranlasser der Konsultation					
<input type="radio"/>	01 Behandelnder Hausarzt		<input type="radio"/> Kollege aus derselben Praxis		
<input type="radio"/>	02 Patient				
<input type="radio"/>	03 Andere: Angehörige, Bekannte, Nichtmedizinische Berater				
<input type="radio"/>	04 Folgekontakt nach auswärtiger Untersuchung/Überweisung zum Spezialisten				
<input type="radio"/>	05 Arbeitgeber, Versicherung, Behörde				
<input type="radio"/>	06 Krankenhaus				
<input type="radio"/>	07 Anderer Arzt (z.B. Orthopäde, Notfalldienst), den der Patient selbstständig aufsuchte				
<input type="radio"/>	08 Sonstige (angeben):				
<input type="radio"/>	09 Nicht identifizierbar (Gründe angeben):				
Kontaktkonfiguration					
<input type="radio"/>	Patient erstmalig in Praxis		<input type="radio"/> in	Krankheitsepisode	
<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	ohne Krankheitsepisode	
<input type="radio"/>	Erstvorstellung in Krankheitsepisode		<input type="radio"/> Erstvorstellung ohne Krankheitsepisode		
<input type="radio"/>	Wiedervorstellung in Krankheitsepisode		<input type="radio"/> Wiedervorstellung ohne Krankheitsepisode		
	<input type="radio"/> geplant		<input type="radio"/> nicht vorgesehen		
Vorhandensein/Dauer Symptome			Inhalt der Konsultation (als Beratungsergebnis)		
<input type="checkbox"/> Symptome/Beschwerden			Inhalt Konsultation		
<input type="checkbox"/>	Akut (< 1 WO)		<input type="checkbox"/>	neue akute Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	Länger (1-5 WO)		<input type="checkbox"/>	bek. akute Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	Protrahiert (≥ 6 WO)		<input type="checkbox"/>	neue chron. Erkrankung	
			<input type="checkbox"/>	bek. chron. Erkrankung	
			<input type="checkbox"/>	Prävention	
			<input type="checkbox"/>	Symptomebene	
<input type="checkbox"/>	Keine Symptome/Beschwerden		<input type="checkbox"/>	keine Erkrankung	
			<input type="checkbox"/>	Anderen Kategorien nicht entsprechend	
			<input type="checkbox"/>		
Gründe für die Konsultation				Anlass	Prozedur
<input type="radio"/>	Diagnostische Maßnahmen		<input type="radio"/> klinische Untersuchung	<input type="radio"/> RR	<input type="radio"/> Labor
			<input type="radio"/> Bel-EKG	<input type="radio"/> LZ-EKG	<input type="radio"/> LZ-RR
			<input type="radio"/> Prä-Op-US	<input type="radio"/> Weiteres geplant	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Therapeutische Maßnahmen		<input type="radio"/> Medikamentös:	<input type="radio"/> Injektion	<input type="radio"/> Infusion
			<input type="radio"/> Nicht-Medikamentös:	<input type="radio"/> OP	<input type="radio"/> WV
<input type="radio"/>	Beratungsbedarf		<input type="radio"/> Medikation	<input type="radio"/> Entlassung-KH	<input type="radio"/> Befund extern
			<input type="radio"/> Erkrankung	<input type="radio"/> HA-Wechsel	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Prävention		<input type="radio"/> Impfung	<input type="radio"/> GU	<input type="radio"/> HKS
			<input type="radio"/> Lebensstilberatung	<input type="radio"/> Schulung	<input type="radio"/> DMP
					<input type="radio"/> KVS
<input type="radio"/>	Verschreibung		<input type="radio"/> Medikament	<input type="radio"/> neu	<input type="radio"/> laufende Medikation
			<input type="radio"/> Hilfsmittel	<input type="radio"/> Physikalische Th.	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Attestierungsbedarf		<input type="radio"/> AU	<input type="radio"/> VO	<input type="radio"/> Pflege
			<input type="radio"/> REHA	<input type="radio"/> RENTE	<input type="radio"/> WE
			<input type="checkbox"/>	AU-Frage <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<input type="radio"/>	Überweisung				
<input type="radio"/>	Krankenhaus-Einweisung				
<input type="radio"/>	Sonstiges				
Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz für weitere Kontakte (aus DIESER Konsultation)					
Wiedervorstellung				<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

WO: Woche; VM: Vormittag; NM: Nachmittag; w: weiblich; m: männlich; RR: Blutdruckmessung; EKG: Elektrokardiogramm; Sono: Sonographie; Bel-EKG: Belastungs-EKG; LZ-EKG: Langzeit-EKG; LZ-RR: Langzeit-Blutdruckmessung; Prä-OP-US: präoperative Untersuchung; OP: Operation; WV: Wundversorgung; KH: Krankenhaus; HA: Hausarzt; GU: Gesundheitsuntersuchung; HKS: Hautkrebsscreening; DMP: Disease-Management-Programm; KVS: Krebsvorsorge Mann; AU: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung; VO: Verordnung; WE: Wiedereingliederung. Der Erhebungsbogen ist als Leitfaden eines strukturierten Interviews vorgesehen und verfolgt somit nicht den Anspruch einer selbsterklärenden Beschreibung.

Praktisch umgesetzt wurde die Dokumentation, indem auf der linken Seite zunächst durch einfaches Ankreuzen durch den Untersucher markiert wurde, welcher Grund oder welche Gründe bei der Konsultation aus Sicht der Ärzte vorlagen. Lag lediglich ein Hauptanlass vor, konnte das entsprechende Item direkt angekreuzt werden und wurde in der Spalte **„Anlass“** vermerkt. Unter **„Prozedur“** sollte vermerkt werden, ob die angeforderte Leistung von der Ärztin/dem Arzt durchgeführt wurde. Lagen mehrere „Anlässe“ oder „Prozeduren“ vor, wurden diese, zunächst ohne eine Reihenfolge zu bilden, markiert. Im Anschluss wurden die Ärzte gebeten, die Anlässe/Prozeduren nach Vorrangigkeit zu sortieren. Dokumentiert wurde die Unterscheidung, ob es sich um einen Anlass und/oder eine Prozedur gehandelt hatte und in welcher Reihenfolge diese genannt wurden, in dem durch den Untersucher ein handschriftlicher Vermerk neben dem jeweiligen Item mittels Abkürzungen (z.B. „A1, A2.., P1, P2...“) auf dem Erhebungsbogen erfolgte. Durch dieses Verfahren konnten bspw. zusätzliche Prozeduren dokumentiert werden, welche sich aus der Konsultation ergaben und nicht gleichzeitig Konsultationsanlass waren. Als Beispiel konnte bei einem Patienten, der aus Sicht des Arztes als Beratungsanlass eine körperliche Untersuchung aufwies, dokumentiert werden, ob eine zusätzliche Prozedur (z.B. eine Laboruntersuchung) angeordnet wurde oder auch, ob einem Anlass ggf. nicht entsprochen wurde.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Erläuterung der beiden folgenden Variablen abweichend von der Platzierung auf dem „Erhebungsbogen Konsultation“ erst an dieser Stelle erfolgt, da diese beiden Variablen vornehmlich als Einflussfaktoren für die „Erwartung einer Wiedervorstellung“ (s. Kap. 2.7.1) erhoben wurden. Im Ergebnisteil werden diese beiden Variablen ebenfalls dem Kapitel „Erwartung einer Wiedervorstellung“ zugeordnet.

In der Rubrik **„Vorhandensein/Dauer Symptome“** wurden die Dauer der aktuell ggf. bestehenden Symptome in „akut“ (Symptome kürzer als eine Woche Dauer), „länger“ (Symptome zwischen einer und fünf Wochen Dauer) und „protrahiert“ (Symptome größer/gleich 6 Wochen Dauer) klassifiziert.

In der Rubrik **„Inhalt der Konsultation (als Beratungsergebnis)“** wurde der Inhalt der Konsultation als Beratungsergebnis festgehalten und es wurde im Wesentlichen unterschieden, ob akute oder chronische Erkrankungen, präventive Anlässe oder keine Erkrankungen beim Kontakt vorlagen. Bei akuten oder chronischen Erkrankungen konnte differenziert werden, ob diese neu oder bereits bekannt waren. Weitere Auswahlmöglichkeiten waren, dass keine Erkrankung vorlag oder ggf. vorhandene Beschwerden auf

dem diagnostischen Status der Symptomebene verblieben. In der Rubrik waren Mehrfachnennungen möglich.

In der Rubrik „**Erwartung einer Wiedervorstellung**“ wurde dokumentiert, ob sich nach Ansicht der Ärztin/des Arztes als Konsequenz aus dieser beobachteten Konsultation eine zukünftige Wiedervorstellung ergab oder nicht.

2.6 Ablauf der Dokumentation

Für Patientinnen und Patienten, die im Vorfeld in die Untersuchung eingewilligt hatten, erfolgte die Datenerhebung anhand des „Erhebungsbogens Konsultation“ nach Abschluss aller Konsultationen einer Sprechstunde. Dieses Vorgehen wurde aus Gründen begrenzter zeitlicher Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte während der Sprechstunde vereinbart. Für die Datenerhebung wurde die Hausärztin/der Hausarzt vom Untersucher zu allen Studienpatienten einzeln befragt und das Befragungsergebnis auf dem „Erhebungsbogen Konsultation“ dokumentiert. Zur erleichterten Gesprächsführung hatte die Hausärztin/der Hausarzt zudem einen „Erhebungsbogen Konsultation“ vorliegen und konnte ihre/seine eigene Dokumentation der Konsultation (PC oder Akte) einsehen. Im Anschluss an die Befragung wurde die Dokumentation der Hausärztin/dem Hausarzt zur Kontrolle vorgelegt. Der Untersucher war somit nicht Zeuge der einzelnen Konsultationen. Der Informationszugriff beschränkte sich auf die im „Erhebungsbogen Konsultation“ erfassten Informationen.

2.7 Datenanalyse und Statistik

Die Daten der „Erhebungsbögen Konsultation“, die Charakteristika der Hausärztinnen und Hausärzte und die Charakteristika der nicht in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten wurden mittels Microsoft Excel 2003 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, USA) digital erfasst und anschließend mittels SPSS (Version 22 International Business Machines Corporation SPSS Statistics, 2013, Armonk, New York, USA) statistisch ausgewertet. Zur Fehlerreduktion im Prozess der Datenverarbeitung erfolgte eine Kontrolle der statistischen Analyse durch Mitarbeiter des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

In der deskriptiven Statistik wurden als Kennwerte von nominal und ordinal skalierten Variablen Häufigkeiten und prozentuale Anteile dargestellt. Von metrisch skalierten

Variablen wurden Mediane, Mittelwerte und Standardabweichungen dargestellt. Inferenzstatistisch wurde bei Gruppenvergleichen (kategorialen Variablen, wie beispielsweise dem Geschlecht) der Chi-Quadrat-Test angewendet. Mittelwerte von numerischen Variablen, wie beispielsweise dem Alter, wurden bei Erfüllung der Voraussetzungen mittels eines 2-seitigen T-Tests verglichen.

2.7.1 Methodik der binomialen logistischen Regressionsanalyse zur Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation

Um die Fragestellung zu beantworten, ob patienten- bzw. ärztseitige Charakteristika einen Einfluss auf die Wiedervorstellungserwartung der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte haben, wurde eine binomiale logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Dieses statistische Verfahren wird angewendet, wenn der Einfluss erklärender Variablen X_1, \dots, X_m (auch „Prädiktoren“ genannt) auf eine Zielvariable Y untersucht werden soll und die Zielvariable Y eine binäre Ausprägung aufweist (Bender et al., 2007). Bezogen auf die vorliegende Studie sind mögliche Werte für die Zielvariable „Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus dem aktuellen Arztkontakt“ 1 (= Ja) und 0 (=Nein). Um darzustellen, wie bei der logistischen Regression ein quantitativer Zusammenhang zwischen der Zielvariable Y und den erklärenden Variablen X hergestellt wird, wird kurz auf die Herleitung der Schätzgleichung für die logistische Regression eingegangen.

Die Problemstellung bei der Entwicklung der logistischen Regressionsgleichung besteht darin, eine Verbindung zwischen der dichotomen, abhängigen Zielvariable Y und dem bekannten Regressionsausdruck aus der linearen Regression ($= b_0 + b_1 \cdot x_i$, s. Gleichung unten) dergestalt herzustellen, dass der Variationsbereich der abhängigen Zielvariable mit dem Variationsbereich des Regressionsausdrucks ($-\infty$ bis $+\infty$) übereinstimmt (Diaz-Bone, 2013). Dafür ist eine Reihe von mathematischen Transformationen erforderlich. Zunächst wird anstelle der genannten dichotomen Ausprägungsmöglichkeiten der Zielvariable die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Zielereignisses $p = P(Y=1)$ verwendet, der Wertebereich wird auf jede beliebige Zahl zwischen 0 bis 1 erweitert. Durch die Transformation der Wahrscheinlichkeit in Chancen (engl. odds), die als Verhältnis der Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Zielereignisses p zur Gegenwahrscheinlichkeit $(1 - p)$ definiert sind, erweitert sich der Wertebereich auf jede beliebige positive Zahl (0 bis $+\infty$). Durch die Anwendung des natürlichen Logarithmus der Chancen (sogenannte „Logit-

Transformation“) wird der Wertebereich auf $-\infty$ bis $+\infty$ ausgedehnt (Backhaus et al., 2016). Es ergibt sich das sogenannte „Logit-Modell“, welches nach Diaz-Bone (2013) in einer hier vereinfachten Darstellung (lediglich eine erklärende Variable X) folgende Form annimmt:

$$\text{Logit}_i = \ln(\text{Odds}_i) = \ln \frac{P_i(Y=1)}{1-P_i(Y=1)} = b_0 + b_1 \cdot x_i$$

mit

- \ln = natürlicher Logarithmus
- $P_i(Y=1)$ = Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen von Ereignis 1
- $1 - P_i(Y=1)$ = Gegenwahrscheinlichkeit für das Eintreffen von Ereignis 1
- b_0 = Regressionskonstante
- b_1 = Regressionskoeffizient b_1
- x_i = Ausprägung der (erklärenden) Variable X

Das Interpretationsproblem dieser Gleichung besteht darin, dass nicht unmittelbar nachvollzogen werden kann, wie sich eine Veränderung der unabhängigen Variable X auf $P(Y=1)$ auswirkt. Dieses Problem wird gelöst, indem beide Seiten der Gleichung des Logit-Modells zur Basis e in den Exponenten gesetzt werden und dadurch die folgende Beziehung zwischen den Logits und den Odds hergestellt wird (Diaz-Bone, 2013):

$$e^{b_0 + b_1(x_i + 1)} = e^{b_0 + b_1 \cdot x_i + b_1} = e^{b_0 + b_1 \cdot x_i} \cdot e^{b_1} = \text{Odds}_i \cdot e^{b_1}$$

Es wird ersichtlich, dass eine Erhöhung unabhängigen Variable X um 1 eine multiplikative Veränderung der Chancen (odds) um den Faktor e^{b_1} bewirkt. Bei metrisch skalierten Variablen zeigt der Faktor e^{b_1} die Veränderung der Chancen, wenn die Variable X um eine Skaleneinheit erhöht wird. Bei den in der vorliegenden Arbeit verwendeten kategorial skalierten Variablen drückt der Faktor e^{b_1} die Veränderung der Chancen der Ausprägungen der unabhängigen Variable im Vergleich zu denen einer als Referenzkategorie zu wählenden Ausprägung dieser Variablen aus. Der Faktor e^{b_1} wird auch Effektkoeffizient genannt und gehört wie der Regressionskoeffizient b zu den zentralen statistischen Gütemaßen der logistischen Regression, welche für die Interpretation der Ergebnisse herangezogen werden:

Der **Regressionskoeffizient b** (in SPSS mit „B“ indiziert) zeigt die Richtung des Einflusses der Ausprägungen einer erklärenden Variable, d.h bei positivem Vorzeichen steigt der Einfluss der Ausprägungen einer erklärenden Variable auf das Eintreten des Zielereignisses, bei negativem Vorzeichen nimmt deren Einfluss ab.

Der **Effekt-Koeffizient Exp (b)** (in SPSS mit „Exp (B)“ indiziert) gibt den Faktor an, um den sich die Chance für das Eintreten des Zielereignisses $Y=1$ multiplikativ ändert, wenn die

Ausprägungen der unabhängigen Variable(n) mit der Referenzkategorie dieser Variable(n) verglichen werden. Er ist damit als Odds ratio (englisch für: Chancenverhältnis) zu interpretieren.

Dabei bedeuten:

Exp (b) < 1, dass die Chance sinkt,

Exp (b) = 1, dass die Chance gleich bleibt,

Exp (b) > 1, dass die Chance steigt (Fromm, 2012).

Zur Berechnung der binomialen logistischen Regressionsanalyse wurde in der vorliegenden Arbeit wie folgt vorgegangen:

Zunächst wurden von sämtlichen, in der Studie untersuchten Patienten- bzw. Arzt-bezogenen Variablen diejenigen identifiziert, von denen eine Assoziation zu einer Wiedervorstellung angenommen werden konnte. Es handelte sich um 12 Variablen. Im nächsten Schritt mussten für die weiteren Berechnungen (bivariate bzw. multivariate Analysen) die Variablen

- Veranlasser der Konsultation,
- Kontaktkonfiguration,
- Inhalt der Konsultation als Beratungsergebnis,
- Patienten- und Arztalter sowie
- Scheinzahlen

kategorisiert werden. Die neue Kategorisierung ist im Folgenden aufgeführt:

Variable „**Veranlasser der Konsultation**“:

(a) Patienten und Angehörige/Bekannte

(b) Hausarzt und Kollege aus derselben Praxis

(c) Andere Ärzte: „Folgekontakt nach auswärtiger Untersuchung/Überweisung zum Spezialisten“, „Krankenhaus“, „Anderer Arzt, den der Patient selbstständig aufsuchte“

(d) Sonstige: „Arbeitgeber/Versicherung“, „Sonstige“ (nicht eingruppierbar in andere Kategorien)

Variable „**Kontaktkonfiguration**“:

(a) Neuer Patient und Erstvorstellung

(b) Wiedervorstellung geplant

(c) Wiedervorstellung nicht geplant

Variable **„Inhalt der Konsultation (Beratungsergebnis)“**:

- (a) Akute Erkrankung: „neue“ und „bekannte akute Erkrankung“, „Prävention und neue akute Erkrankung“, „Prävention und bekannte akute Erkrankung“
- (b) Chronische Erkrankung: „neue“ und „bekannte chronische Erkrankung“, „Prävention und neue chronische Erkrankung“, „Prävention und bekannte chronische Erkrankung“
- (c) Prävention allein: enthält nur Nennungen, in denen ausschließlich „Prävention“ genannt wurde
- (d) Sonstiges: „Symptomebene“, „Prävention und Symptomebene“, „keine Erkrankung“, „Anderen Kategorien nicht entsprechend“

Variable **„Altersgruppen Patienten“**: 18 - 44 / 45 - 64 Jahre / ≥ 65 Jahre

Variable **„Altersgruppen Ärzte“**: 39 - 44 Jahre / 50 - 70 Jahre

Variable **„Scheinzahlen Ärzte“**: 700 – 820 Scheine / 900 – 1600 Scheine

Im Anschluss an diese Änderungen wurde in bivariaten Analysen mittels Erstellung von Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests orientierend untersucht, ob die gewählten Variablen einen signifikanten Gruppenunterschied hinsichtlich der Wiedervorstellungserwartung zeigten. Das gewählte Signifikanzniveau α lag für alle Tests bei $p < 0,05$. Da in der Literatur (bspw. Backhaus et al., 2016, S. 382) Zellenbesetzungen mit $n < 5$ als Verletzung der Anwendungsvoraussetzung des Chi²-Testes zu zählen sind, wurde in diesen Fällen der exakte Test nach Fischer angewandt.

In der binomialen logistischen Regression wurde als abhängige Variable die Wiedervorstellungserwartung festgelegt und so codiert, dass die resultierenden Odds-Ratios (EXP (B)) der Variablenausprägungen in Richtung einer Wiedervorstellung („JA“) zeigen. Die Berechnung erfolgte mit der Methode „METHOD ENTER“, d.h. es wurden alle 12 Variablen gleichzeitig in das Modell der logistischen Regression einbezogen. Bei Eingabe der erklärenden Variablen wurde die sogenannte „Indicator“-Codierung verwendet und die jeweils erste Ausprägung der erklärenden Variablen als Referenzkategorie gewählt, sodass die resultierenden EXP (B)-Werte die Faktoren angeben, um den sich die Chancen dieser Ausprägungen der Variablen im Vergleich zur Referenzkategorie verändern.

3. Ergebnisse

3.1 Charakteristika der Hausärztinnen und Hausärzte

Alle 12 der angefragten Hausärztinnen und Hausärzte konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden. Die Verteilung der Arztpraxen über das Stadtgebiet Hamburgs zeigt Abbildung 4. Bezüglich der Demographie, Berufserfahrung und Praxisorganisation konnte ein repräsentatives Kollektiv an Hausärztinnen und Hausärzten für die vorliegende Untersuchung rekrutiert werden.

Abb. 4: Verteilung der 12 Praxen der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte über das Stadtgebiet Hamburgs



modifiziert durch Verfasser nach: Kartendaten©2015 GeoBasis-DE/BKG (©2009), Google

Insgesamt konnten 6 weibliche und 6 männliche Ärzte rekrutiert werden. Die Altersspanne bei allen Ärzten lag zwischen 39 und 70 Jahren, der Median lag bei 47 Jahren (MW \pm SD: 50 \pm 10,4 Jahre). Bei den weiblichen Ärzten lag die Altersspanne zwischen 39 und 56 Jahren, der Median lag bei 44 Jahren (MW \pm SD: 46 \pm 6,4 Jahre). Bei den männlichen Ärzten lag die Altersspanne zwischen 41 und 70 Jahren, der Median lag bei 58 Jahren (MW \pm SD: 55 \pm 11,7 Jahre). Das Alter unterschied sich nicht zwischen den Geschlechtern (2-seitiger T-Test: $p > 0,05$).

Unter den weiblichen Ärzten waren fünf Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und eine Fachärztin für Innere Medizin (hausärztlich tätige Internistin). Bei den männlichen Ärzten waren drei Fachärzte für Allgemeinmedizin, ein Facharzt für Allgemeinmedizin und Gynäkologie und zwei Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlich tätige Internisten) vertreten. Vier Ärzte hatten jeweils eine Zusatzbezeichnung: einmal Sportmedizin, einmal Suchtmedizin und zweimal Akupunktur. Ein Arzt hatte zwei Zusatzbezeichnungen: Akupunktur und Palliativmedizin. Die Niederlassungszeit der Hausärztinnen und Hausärzte lag zwischen einem Jahr und 31 Jahren; der Median lag bei 7,0 Jahren (MW \pm SD: 12,1 \pm 10,2 Jahre). Die kürzeste Zeit seit Approbation lag bei 11 Jahren, die längste bei 38 Jahren; der Median lag bei 18,5 Jahren (MW \pm SD: 21,3 \pm 9,4 Jahre).

Die Gemeinschaftspraxis war mit 7 Nennungen die häufigste Organisationsform der Praxis. Es fanden sich des Weiteren zwei Praxisgemeinschaften, zwei Einzelpraxen und eine Kombination aus Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft.

Die Selbstangabe der Ärzte bezüglich der Anzahl der Abrechnungsscheine pro Quartal lag zwischen 700 und 1600, im Median bei 860 (MW \pm SD: 927 \pm 262,2). Bei den Scheinzahlen ≥ 1000 waren zwei hausärztlich tätige Internisten und ein Allgemeinmediziner vertreten. Die Anzahl geschätzter persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte pro Woche betrug bei allen Ärzten zwischen 80 und 250, der Median lag bei 125 (MW \pm SD: 142 \pm 52,6). Details der Selbstangaben der Hausärztinnen und Hausärzte zu Scheinzahlen pro Quartal und zur Anzahl geschätzter persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte pro Woche zeigt Tabelle 3.

Tab. 3: Selbstangaben der 12 Hausärztinnen/Hausärzte zu Scheinzahlen pro Quartal und zur Anzahl geschätzter persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte pro Woche

Scheine/Quartal	Arzt-Patienten-Kontakte/Woche
700	80
700	100
760	100
770	120
770	135
820	110
900	120
900	180
950	130
1000	230
1250	150
1600	250

Bezüglich der Zuordnung des Patientenlientels zu einer sozialen Schicht fand sich lediglich in zwei Praxen die Nennung „niedrige soziale Schicht“, in den anderen 10 Praxen die Angabe „mittlere soziale Schicht“. In 8 der 12 eingeschlossenen Praxen erfolgte die Einbestellform der Patienten nach „Termin 15 Minuten und spontan“, in drei Praxen „je nach Anliegen adjustierte Zeit“ und in einer Praxis „Termin 15 Minuten und adjustierte Zeit“.

3.2 Charakteristika des Patientenkollektivs

Die Erhebung der Daten fand zwischen Juli 2013 und Januar 2014 statt. Im Untersuchungszeitraum fanden 516 konsekutive, persönliche Arzt-Patienten-Kontakte statt. Abzüglich von 41 Patienten, die der Teilnahme an der Studie widersprachen und 19 Patienten, die den Ausschlusskriterien entsprachen, konnten zunächst Daten von 456 Arzt-Patienten-Kontakten aufgenommen werden. Da es sich bei 7 dieser Kontakte um Zweitvorstellungen innerhalb des Untersuchungszeitraumes handelte, wurden sie aus allen weiteren Analysen ausgeschlossen, um eindeutige Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen dieser Arbeit erhalten zu können. Insgesamt wurden somit 449 Patienten in die Studie eingeschlossen.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl eingeschlossener Patienten je Hausärztin/Hausarzt sowie die zeitliche Verteilung über die drei im Untersuchungszeitraum eingeschlossenen Quartale. Die Anzahl der je Hausärztin/Hausarzt eingeschlossenen Patientinnen und Patienten betrug im Mittel 37 Patienten (minimal 27 Patienten, maximal 58 Patienten). Der überwiegende Anteil der Patienten wurde im 4. Quartal 2013 erfasst (56%). Im 3. Quartal 2013 wurden 24%, im 1. Quartal 2014 20% erfasst.

Tab. 4: Anzahl der eingeschlossenen Patienten (n=449) je Hausärztin/Hausarzt und zeitliche Zuordnung der Erhebungen im Untersuchungszeitraum pro Praxis und Quartal

Praxis Nr.	Häufigkeit / Quartal [n]			Summe [n]
	3-2013	4-2013	1-2014	
1	34	0	0	34
2	43	0	0	43
3	29	0	0	29
4	0	55	0	55
5	0	34	0	34
6	0	28	0	28
7	0	27	0	27
8	0	31	0	31
9	0	49	0	49
10	0	29	0	29
11	0	0	32	32
12	0	0	58	58
Summe [n]	106	253	90	449

Tabelle 5 zeigt sowohl die tatsächliche Verteilung der Wochentage sowie Vor- und Nachmittagssprechstunden, an denen Erhebungen durchgeführt wurden, als auch die errechnete, ideale Verteilung von Erhebungen. Eine Übereinstimmung mit der angestrebten idealen Verteilung in Bezug auf das Verhältnis von Vor- zu Nachmittagen gelang, in Bezug auf die Verteilung über die Wochentage konnte sie im Trend erreicht werden. An den Vormittagen wurden insgesamt 319 Patientinnen und Patienten rekrutiert, an den Nachmittagen 130.

Tab. 5: Verteilung der Erhebungseinheiten (n=36) über Wochentage und Vor- bzw. Nachmittagssprechstunden (VM/NM)

	MO	DI	MI	DO	FR	VM	NM	Σ
Soll *	9	9	4,5	9	4,5	22	14	36
Ist	6	9	3	11	7	23	13	36

* = theoretisches Soll bei angestrebter Gleichverteilung der Erhebungseinheiten

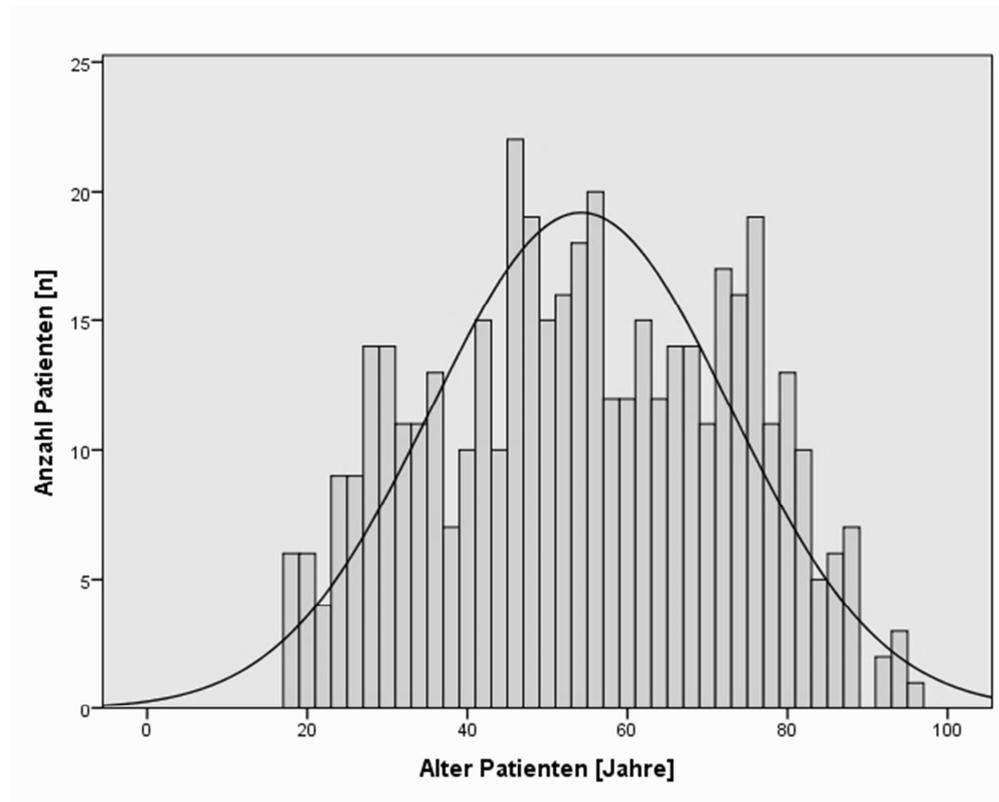
3.2.1 Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten

Von 449 Patienten waren 56% (n=252) weiblich und 44% (n=197) männlich.

Patientinnen wurden signifikant häufiger durch weibliche Ärzte (n = 146 weibliche vs. n = 72 männliche Patienten; Summe n = 218) behandelt (chi²-Test: p < 0,001). Das Geschlechterverhältnis der Patienten, die durch männliche Ärzte behandelt wurden, war hingegen ausgeglichener (n = 106 weibliche vs. n = 125 männliche Patienten bei männlichen Ärzten; Summe n = 231).

Die Altersspanne aller Patienten betrug 18 bis 95 Jahre, der Median lag bei 54 Jahren (MW ± SD: 54 ± 18,7 Jahre). Abbildung 5 zeigt die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten. Es gab keinen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Patienten im Hinblick auf das Alter (2-seitiger T-Test: p > 0,05).

Abb. 5: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten (n=449) mit Normalverteilungskurve



Die Gegenüberstellung der Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in der vorliegenden Untersuchung mit der Altersverteilung in der zugrundeliegenden Population (Bevölkerung der Stadt Hamburg) in Tabelle 6 zeigt, dass Patientinnen und Patienten ab dem 50. Lebensjahr relativ häufiger die Hausärztin/den Hausarzt konsultiert haben.

Tab. 6: Gegenüberstellung der Altersverteilung der Bevölkerung der Stadt Hamburg (HH) zum 31.12.2013 und der Teilnehmer an der Studie (n=449)

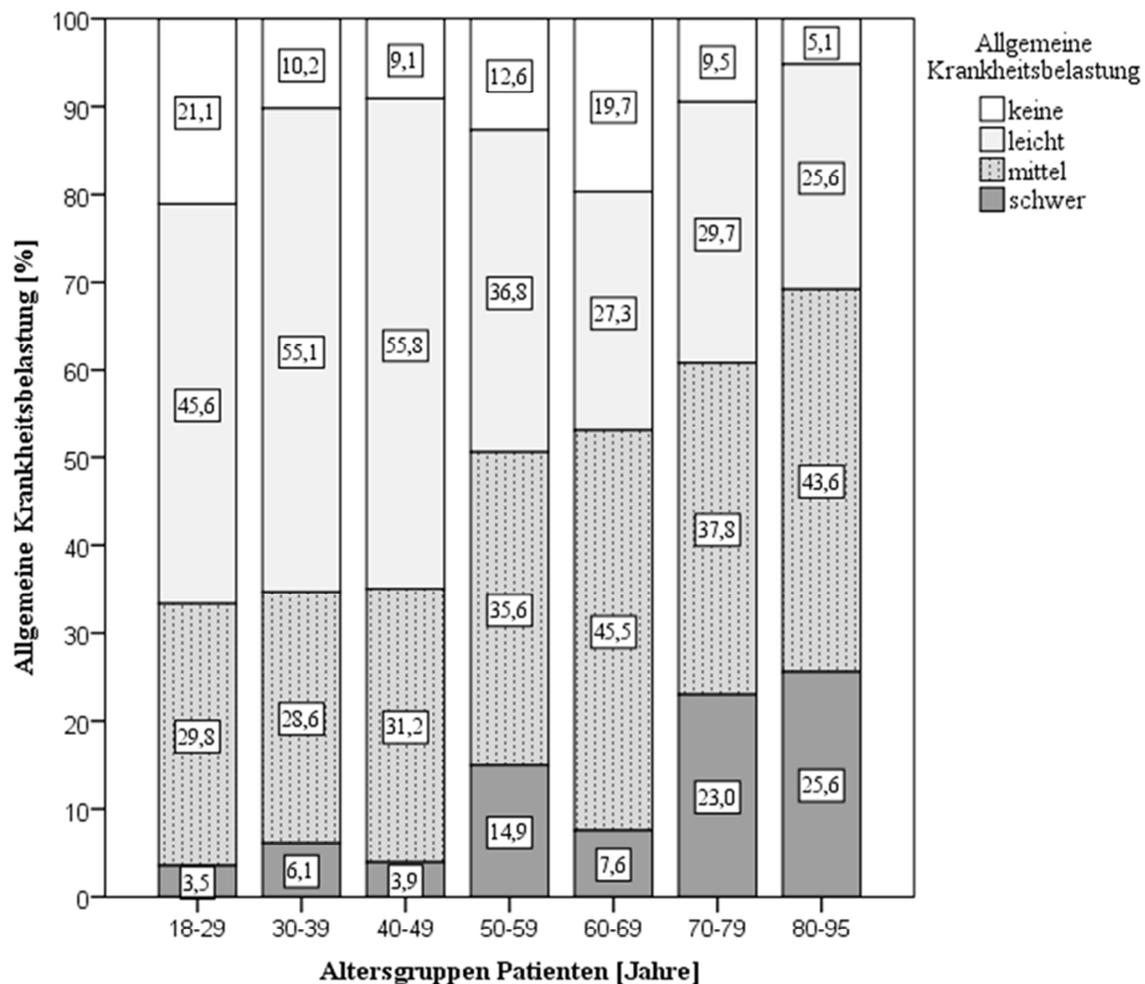
Altersgruppe	HH 2013 (n)	HH 2013 (%)	Studie (n)	Studie (%)
18-29	280.505	19,1%	57	12,7%
30-39	270.103	18,4%	49	10,9%
40-49	272.537	18,6%	77	17,1%
50-59	226.878	15,5%	87	19,4%
60-69	169.722	11,6%	66	14,7%
70-79	165.390	11,3%	74	16,5%
80-95*	82.104	5,6%	39	8,7%
Summe	1.467.239	100,0%	449	100,0%

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (2015);
 * = in dieser Altersgruppe fehlen bei den Angaben zu Hamburg die Personen, die bereits 95 Jahre alt sind. In der Jahresstatistik ist lediglich eine Gruppe „95 und älter“ angegeben, deren Anzahl gering (n=2.356) ist.

3.2.2 Allgemeine Krankheitsbelastung der Patientinnen und Patienten

Gefragt nach ihrer Einschätzung der allgemeinen Krankheitsbelastung der in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten sahen die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte bei 13% (n=57) keine, bei 39% (n=178) eine leichte, bei 36% (n=161) eine mittlere und bei 12% (n=53) eine schwere Krankheitsbelastung. Frauen und Männer unterschieden sich hinsichtlich ihrer vom Arzt eingeschätzten Krankheitsbelastung nicht (χ^2 -Test: $p > 0,05$). Die Allgemeine Krankheitsbelastung in Abhängigkeit der Altersgruppe ist in Abbildung 6 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Allgemeine Krankheitsbelastung mit zunehmendem Alter tendenziell ansteigt (χ^2 -Test: $p < 0,001$).

Abb. 6: Allgemeine Krankheitsbelastung der Patientinnen und Patienten (n=449) in Abhängigkeit vom Alter



3.3 Veranlasser und Konfiguration der hausärztlichen Konsultationen

3.3.1 Veranlasser der Arzt-Patienten-Konsultationen

Bei 64% (n=287) der Konsultationen wurden aus Sicht der Ärzte die Patienten als Veranlasser des Arzt-Patienten-Kontaktes benannt (s. Tab. 7). Zusammen mit der Gruppe der „Anderen“, zu denen überwiegend Angehörige (n=7) neben Bekannten des Patienten (n=1) zählten, ergaben sich so 66% (n=295) der Kontakte von Seiten der Patienten und deren persönlichem Umfeld aus (s. blaue Unterlegung bzw. Zeilen 1-2 in Tab. 7). Die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte selbst sahen sich oder ihre Kolleginnen und Kollegen aus derselben Praxis zusammengenommen für 21% (n=96) der Kontakte verantwortlich. Werden alle Kontakte zusammengenommen, die durch Beteiligung von Ärzten (behandelnde Hausärzte und andere Ärzte) entstanden waren, ergaben sich so 32% (n=144) aller Kontakte (s. grüne Unterlegung bzw. Zeilen 3-7 in Tab. 7).

Unter „Sonstige“ wurden Veranlasser subsummiert, die sich nicht in eine der anderen Nennungen eingruppiieren ließen. Unter diesen waren ein Apotheker, ein nichtärztlicher Osteopath und ein Pflegedienstmitarbeiter. Des Weiteren wurde hier ein Kontakt eingruppiert, der durch einen Hausarztwechsel zustande kam.

Tab. 7: Veranlasser der Konsultationen (n=449) aus Sicht der Ärzte

Veranlasser der Konsultation	Häufigkeit	Prozent
Patient	287	63,9
Anderer ^a	8	1,8
Behandelnder Hausarzt	88	19,6
Kollege des Hausarztes	8	1,8
Anderer Arzt, den Patient selbstständig aufsuchte	5	1,1
nach Überweisung	31	6,9
Krankenhaus	12	2,7
Arbeitgeber, Versicherung	6	1,3
Sonstige ^b	4	0,9
Nicht identifizierbar	0	0
Summe	449	100

a: Angehörige, Bekannte, Nichtmedizinische Berater; b: nicht eingruppiierbar in andere Kategorien;
 Erläuterung farbige Markierung: blau: Veranlassungen durch Patienten und deren persönliches Umfeld;
 grün: Veranlassungen durch Ärzte bzw. ärztliches Handeln

Anzumerken ist, dass von der in diesem Abschnitt geltenden Möglichkeit der Mehrfachnennung keiner der Ärzte Gebrauch machte. Auch wurde die Nennungsmöglichkeit „Nicht identifizierbar“ (in Bezug auf den Veranlasser) nie gewählt.

3.3.2 Kontaktkonfiguration der Arzt-Patienten-Konsultationen

Unter den 449 Patientinnen und Patienten waren 4% (n=20) neue Patienten, 96% (n=429) der Patienten waren in der Praxis bekannt. Die in der Praxis bekannten Patientinnen und Patienten teilten sich, bezogen auf die Gesamtsumme aller Konsultationen, in 33% (n=148) Erstvorstellungen (= neuer Anlass) und 63% (n=281) Wiedervorstellungen (= bekannter Anlass) auf. Die Wiedervorstellungen waren zu 71% (n=200) geplant und damit mit dem Arzt abgesprochen, 29% (n=81) waren nicht geplant. Bezogen auf alle erfassten Konstellationen erfolgte mit 35% (n=157) am häufigsten die Konsultation als mit dem Arzt geplante Wiedervorstellung im Rahmen einer Krankheitsepisode. 31% (n=139) der Konsultationen stellten eine Erstvorstellung im Rahmen einer Krankheitsepisode dar und 18% (n=80) eine ungeplante Wiedervorstellung im Rahmen einer Krankheitsepisode. Für weitere Details siehe Tabelle 8.

Tab. 8: Kontaktkonfiguration der Arzt-Patienten-Konsultationen (n=449) geordnet nach in der Praxis neuen und bekannten Patienten

	Häufigkeit	Prozent
Kontaktkonfiguration mit neuen Patienten:		
Neuer Patient Erstvorstellung in KHE	17	3,8
Neuer Patient Erstvorstellung ohne KHE	3	0,7
Kontaktkonfiguration mit bekannten Patienten:		
Erstvorstellung in KHE	139	31,0
Erstvorstellung ohne KHE	9	2,0
geplante Wiedervorstellung in KHE	157	35,0
nicht geplante Wiedervorstellung in KHE	80	17,8
geplante Wiedervorstellung ohne KHE	43	9,6
nicht geplante Wiedervorstellung ohne KHE	1	0,2
Summe	449	100

KHE: Krankheitsepisode

Aus dieser Darstellung der Gesamtheit aller Arzt-Patienten-Kontakte ergibt sich, dass 45% (n=200) aller Kontakte mit dem Arzt geplant und 55% (n=249) nicht vorgesehen waren. Des Weiteren zeigt sich, dass aus Sicht der Ärzte mit 88% (n=393) der größte Teil der Patienten sich in einer Krankheitsepisode befand und 12% (n=56) ohne eine solche vorstellig wurden.

3.3.3 Zusammenhang zwischen Veranlasser und Konfigurationsstruktur der Arzt-Patienten-Konsultationen

Tabelle 9 zeigt den Zusammenhang zwischen Angaben der Ärzte zu den Veranlassern und zur Konfigurationsstruktur der Arzt-Patienten-Konsultationen. Dabei offenbart sich, dass die Beteiligung von Ärzten an der Veranlassung der Konsultationen deutlich höher sein kann als sich in der direkten Frage nach dem Veranlasser gezeigt hat.

Bei der direkten Frage nach dem Veranlasser der Konsultationen gaben die Ärzte an, dass 32% (n=144) der Konsultationen von Ärzten veranlasst worden waren. Zur besseren Veranschaulichung sind diese in Tabelle 9 grün hinterlegt. Der Anteil der Konsultationen, bei denen Ärzte beteiligt sind, erhöht sich aber um die zwischen Patient und Hausarzt geplanten Wiedervorstellungen (orange Felder in Tab. 9). Die Summe aller Kontakte, die unter Beteiligung von Ärzten veranlasst wurden, steigt somit auf bis zu 51% (n=227) aller Kontakte.

Wird der Fokus nur auf die Beteiligung von Hausärzten und deren Kollegen gelegt, so zeigt sich, dass bei der direkten Frage nach dem Veranlasser 21% (n=96) und zusammen mit den zwischen Patient und Hausarzt geplanten Wiedervorstellungen bis zu 45% (n=202) aller Arzt-Patienten-Kontakte durch Beteiligung von Hausärzten und deren Kollegen zustande kamen.

Die Gesamtheit der mit dem Arzt geplanten Wiedervorstellungen (n=200, mit oder ohne Krankheitsepisode) lässt sich bezogen auf die genannten Veranlasser des Kontakts in drei große Gruppen differenzieren (s. fette Umrandung in Tab. 9): In 47% (n=94) aller geplanten Wiedervorstellungen sahen die Hausärzte und ihre Kollegen sich selbst als Veranlasser, in 40% (n=80) die Patienten und deren Angehörige/Bekannte und in 12% (n=23) andere Ärzte bzw. ärztliches Handeln („anderer Arzt, nach Überweisung, Krankenhaus“). In diesem Zusammenhang ist an dieser Stelle einschränkend zu erwähnen, dass bei der dritten Gruppe nicht erfasst wurde, ob der behandelnde Hausarzt bzw. dessen Kollege die Überweisungen bzw. die Krankenhauseinweisungen veranlasst hatte.

Tab. 9: Veranlasser der Konsultation in Bezug auf die Kontaktkonfigurationen (n=449)

Veranlasser der Konsultation	Kontaktkonfiguration								Σ
	Neuer Patient		Bekannter Patient						
	Erstvorstellung		Erstvorstellung		Wiedervorstellung				
					geplant		ungeplant		
	in KHE	ohne KHE	in KHE	ohne KHE	in KHE	ohne KHE	in KHE	ohne KHE	
Patient	13	1	122	6	59	19	66	1	287
Anderer ^a	0	0	5	0	1	1	1	0	8
Behandelnder Hausarzt	0	0	0	0	64	22	2	0	88
Kollege d. Hausarztes	0	0	0	0	7	1	0	0	8
anderer Arzt ^b	1	0	3	0	1	0	0	0	5
nach Überweisung	1	2	1	1	21	0	5	0	31
Krankenhaus	0	0	6	0	1	0	5	0	12
Arbeitgeber/Versicherung	0	0	1	2	2	0	1	0	6
Sonstige ^c	2	0	1	0	1	0	0	0	4
Summe	17	3	139	9	157	43	80	1	449

a: Angehörige/Bekannte des Patienten, Nichtmedizinische Berater;

b: anderer Arzt, den der Patient selbständig aufsuchte;

c: nicht eingruppierbar in andere Kategorien;

KHE: Krankheitsepisode.

Erläuterung farbige Markierung:

blau: Veranlasser Patienten, Angehörige/Bekannte/Nichtmedizinische Berater;

grün: Veranlasser durch Ärzte bzw. ärztliches Handeln;

orange: durch den Planungsstatus der Konsultation („geplant“) in der „Kontaktkonfiguration“ als von Behandelnden Hausärzten bzw. Kollegen zumindest als mitveranlasst zu werten (zusätzlich zu den grün markierten Feldern).

3.4 Gründe der hausärztlichen Konsultationen

3.4.1 Gründe der Konsultationen und Priorität der Anlässe

Insgesamt konnten bei den 449 an der Studie beteiligten Patienten 518 Konsultationsanlässe erfasst werden. Die maximale Anzahl an Anlassnennungen war im Vorfeld nicht festgelegt worden. Bei 85% (n=383) der Patienten wurde ein einzelner Hauptanlass für die Konsultation genannt. Bei 14% (n=63) der Patienten wurde ein weiterer Anlass als Nebenanlass dokumentiert, bei 1% (n=3) der Patienten wurden zwei zusätzliche Nebenanlässe angegeben. Es erfolgt zunächst die Darstellung der Hauptanlässe in Oberbegriffen (s. Tab. 10). Als häufigster Hauptanlass wurde „Beratungsbedarf“ mit 29% (n=131) angegeben, gefolgt von „Diagnostischen Maßnahmen“ mit 28% (n=127). „Attestierungsbedarf“ und „Prävention“ folgen in fast gleichen Anteilen mit je 15% (n=67 bzw. 66). Mit diesen vier Oberbegriffen wurden bereits 87% (n=391) aller Hauptanliegen beschrieben; werden zwei weitere („Verschreibung“ und „Therapeutische Maßnahmen“) hinzugenommen, können so über 98% (n=443) aller Hauptanliegen in Oberbegriffe eingruppiert werden. Ebenfalls ersichtlich wird, dass sich die Verteilung der Konsultationsgründe beim Hauptanlass praktisch nicht verändert, wenn die Nebenanlässe in die Betrachtung mit einbezogen werden (siehe Verteilung bei „Summe“). Daher wird im Folgenden nur der Hauptanlass weiter analysiert. Weitere Details sind Tabelle 10 zu entnehmen.

Tab. 10: Gründe der Konsultationen (in Oberbegriffen) und deren Häufigkeiten als Haupt- und Nebenanlässe, sortiert nach absteigender Häufigkeit des Hauptanlasses

Gründe Konsultation	Hauptanlass	Nebenanlass 1	Nebenanlass 2	Summe
	Anzahl (%)	Anzahl (%)	Anzahl (%)	Anzahl (%)
Beratungsbedarf	131 (29,2)	18 (27,3)	1 (33,3)	150 (29,0)
Diagnostische Maßnahmen	127 (28,3)	20 (30,3)	1 (33,3)	148 (28,6)
Attestierungsbedarf	67 (14,9)	8 (12,1)	0 (0)	75 (14,5)
Prävention	66 (14,7)	15 (22,7)	1 (33,3)	82 (15,8)
Verschreibung	33 (7,3)	3 (4,5)	0 (0)	36 (6,9)
Therapeutische Maßnahmen	19 (4,2)	1 (1,5)	0 (0)	20 (3,9)
Überweisung	4 (0,9)	1 (1,5)	0 (0)	5 (1,0)
Krankenhauseinweisung	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Sonstiges *	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Summe	449 (100)	66 (100)	3 (100)	518 (100)

* = Nicht eingruppiert in andere Kategorien

Im Folgenden sollen die wichtigsten Details der von den Ärzten als Hauptanlass definierten Konsultationsanlässe beschrieben werden (s. Tab. 11, S. 48). Nach Angaben der Ärzte war die körperliche Untersuchung mit 20% (n=88) der häufigste Hauptanlass für die Konsultation. Es folgten das Ersuchen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit 13% (n=60) und die Beratung zur Erkrankung mit ebenfalls 13% (n=58). Die Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung war mit 9% (n=38) die vierthäufigste Angabe. Mit 7% (n=31) folgt die Beratung zu extern erhobenen Befunden.

Zusammen mit den in absteigender Häufigkeit genannten weiteren Hauptanlässen Beratung zur Medikation, Durchführung eines Disease-Management-Programms, Verschreibung eines neuen Medikamentes, Erläuterung oder Ersuchen von Laboruntersuchungen sowie Durchführung einer sonographischen Untersuchung konnten über 81% (n=365) aller als Hauptanlass benannten Gründe der Konsultationen beschrieben werden.

Im Anhang findet sich Tabelle 19 (S. 104) mit einer summarischen Darstellung aller zu Haupt- und Nebenanlässen zählenden Anliegen und deren Häufigkeitsverteilung sowie Tabelle 20 (S. 105) mit Häufigkeiten aller Anlässe unterteilt nach Haupt- und Nebenanlässen. Angemerkt sei, dass insgesamt vier Auswahlmöglichkeiten des „Erhebungsbogens Konsultation“ (s. Kap. 2.5.1, S. 28) bei den „Gründen für die Konsultation“ nicht gewählt wurden: Spirometrie, Schulung, Verordnung Pflege und Rentenantrag.

Bei einer Arzt-Patienten-Konsultation war der Grund für die Konsultation die Nachfrage zu einer Rechnung privatärztlicher Leistungen. Dieser Grund konnte keinem der vorgesehenen Oberbegriffe zugeordnet werden und wurde daher unter dem Oberbegriff „Sonstiges“ klassifiziert.

Bei insgesamt 11 Arzt-Patienten-Konsultationen konnten die Gründe für die Konsultationen den entsprechenden Oberbegriffen zugeordnet werden, eine Zuordnung zu Detailnennungen unter dem jeweiligen Oberbegriff war aber nicht möglich. Diese wurden daher unter „Sonstiges“ verzeichnet. Die Gründe waren im Einzelnen:

- im Oberbegriff „Beratungsbedarf“: Beratung zu sozialem Problem (n=2), Beratung zur Patientenverfügung (n=2), Beratung zur Ablehnung eines Rehabilitations-Antrages (n=2)
- im Oberbegriff „Attestierungsbedarf“: Antrag zur Feststellung eines Grades der Behinderung (n=1), Attest zur Beurteilung der Rettungsschwimmtauglichkeit (n=2)
- im Oberbegriff „Therapeutische Maßnahmen - nicht medikamentös“: Ohrspülung (n=1), Therapeutische Bandage (n=1).

ERGEBNISSE

Tab. 11: Häufigkeiten der Gründe einer Konsultation (nur Hauptanlässe) und deren Details sowie Anteil von Gesamt-Nennungen und Anteil von jeweiligem Anlass-Oberbegriff

Oberbegriffe	Gründe Konsultation Details	Anteil von		
		Anzahl [n]	Gesamt [%]	Oberbegriff [%]
Beratungsbedarf	Erkrankung	58	12,9	44,3
	externer Befund	31	6,9	23,7
	Medikation	24	5,3	18,3
	Entlassung Krankenhaus	9	2,0	6,9
	Hausarzt-Wechsel	3	0,7	2,3
	Sonstiges	6	1,3	4,6
Diagnostische Maßnahmen	körperliche Untersuchung	88	19,6	69,3
	Laboruntersuchung	13	2,9	10,2
	Ultraschall	12	2,7	9,4
	Blutdruckmessung	5	1,1	3,9
	Langzeit-RR	5	1,1	3,9
	Langzeit-EKG	1	0,2	0,8
	Präoperative Untersuchung	2	0,4	1,6
	Weitere Maßnahmen geplant	1	0,2	0,8
Attestierungsbedarf	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	60	13,4	89,6
	Rehabilitationsantrag	2	0,4	3,0
	Wiedereingliederung	2	0,4	3,0
	Sonstiges	3	0,7	4,5
Prävention	Gesundheitsuntersuchung	38	8,5	57,6
	DMP	22	4,9	33,3
	Impfung	6	1,3	9,1
Verschreibung	neues Medikament	19	4,2	57,6
	laufende Medikation	9	2,0	27,3
	Physikalische Therapie	4	0,9	12,1
	Hilfsmittel	1	0,2	3,0
Therapeutische Maßnahmen	medikamentös - Infusion	1	0,2	5,3
	medikamentös - Injektion	1	0,2	5,3
	nicht medikamentös - Akupunktur	7	1,6	36,8
	nicht medikamentös - Wundversorgung	7	1,6	36,8
	nicht medikamentös - Operation	1	0,2	5,3
	nicht medikamentös - Sonstiges	2	0,4	10,5
Überweisung		4	0,9	100
Krankenhaus-EW		1	0,2	100
Sonstiges *		1	0,2	100
	Summe	449	100	

Auf dem Erhebungsbogen hinterlegte Gründe der Konsultation, die nicht genannt wurden, sind in der Tabelle nicht berücksichtigt; * = Nicht eingruppierbar in andere Kategorien; RR: Blutdruckmessung, EKG: Elektrokardiogramm, DMP: Disease-Management-Programm, EW: Einweisung.

3.4.2 Gründe und Veranlasser der Konsultationen

Tabelle 12 zeigt, welche Oberbegriffe von Konsultationsgründen aus Sicht der Ärzte welchen Veranlassern zugeschrieben wurden. Dabei zeigt sich, dass bei fast allen Hauptanlässen in weit überwiegenden Anteilen die Patienten und deren Angehörige als Veranlasser identifiziert wurden. Einzig im Bereich Prävention zeigt sich ein fast ausgeglichenes Verhältnis zwischen der Initiative zur Konsultation auf Seiten der Patienten (n=32) und der behandelnden Hausärzte bzw. deren Kollegen (n=33). Hierbei war das Verhältnis von Patient zu Hausarzt als Veranlasser einer Konsultation bei den Gesundheitsuntersuchungen 16 : 21, bei den Disease-Management-Programmen 11 : 11 und bei den Impfungen 5 : 1.

Tab. 12: Gegenüberstellung der Veranlasser der Konsultationen und der Konsultationsgründe in Oberbegriffen (n=449; nur Hauptanlässe)

Veranlasser Konsultation	Konsultationsgrund (Oberbegriff)									
	Beratungsbedarf	Diagnostische Maßnahmen	Prävention	Attestierungsbedarf	Verschreibung	Therapeutische Maßnahmen	Überweisung	KH-Einweisung	Sonstiges ^c	Summe
Patient	71	85	32	58	23	13	3	1	1	287
Andere ^a	4	2	0	0	2	0	0	0	0	8
Behandelnder Hausarzt	15	27	32	2	5	6	1	0	0	88
Kollege des Hausarztes	1	5	1	0	1	0	0	0	0	8
Anderer Arzt ^b	2	2	1	0	0	0	0	0	0	5
nach Überweisung	25	3	0	0	1	0	0	0	0	29
Krankenhaus	9	1	0	1	1	0	0	0	0	12
Arbeitgeber, Versicherung	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
Sonstige ^c	4	2	0	0	0	0	0	0	0	6
Summe	131	127	66	67	33	19	4	1	1	449

a: Angehörige/Bekannte des Patienten, Nichtmedizinische Berater; b: anderer Arzt, den der Patient selbständig aufsuchte; c: nicht eingruppiert in andere Kategorien; Man beachte die Gleichverteilung der Veranlasser beim Hauptanlass Prävention im Unterschied zur Verteilung bei den anderen Hauptanlässen (grau hinterlegt).

Neben den als Hauptanlass genannten präventiven Leistungen (n=66, s. Tab. 12) wurden bei 15 Patienten präventive Leistungen als Nebenanlässe erfasst. Dadurch ergeben sich bei der Gesamtbetrachtung der Veranlasser bei Präventionsleistungen als Konsultationsgrund (Haupt-

und Nebenanlässe) die in Tabelle 13 dargestellten Verhältnisse, bei der die Hausärzte in der Summe als Veranlasser überwiegen.

Tab. 13: Gegenüberstellung von Präventionsanlässen (Haupt- und Nebenanlässe) und der Veranlasser der Konsultation (n=81)

Präventionsanlässe	Veranlasser	
	Patient [n]	Hausarzt [n]
Gesundheitsuntersuchung	16	21
Hautkrebscreening	2	10
Krebsvorsorge	0	1
Disease-Management-Programm	12	13
Impfung	5	1
Summe	35	46

3.4.3 Gründe der Konsultationen - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Im Rahmen der 449 dokumentierten Arzt-Patienten-Kontakte wurde bei insgesamt 23% (n=102) eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ausgestellt. Nach Angaben der Ärzte war in 2/3 der Fälle (n=68) die AU ein Konsultationsanlass (Haupt- oder Nebenanlass), in 1/3 der Fälle (n=34) ein Beratungsergebnis (s. Tab. 14).

In den Fällen, in denen die AU als Hauptanlass der Konsultation genannt wurde (n=60), wäre nach Ansicht der Ärzte in 83% (n=50) der Fälle bei der Möglichkeit, eine AU außerhalb eines Arzt-Patienten-Kontaktes zu erhalten, dieser nicht zustande gekommen. Bei den verbleibenden 17% (n=10) wäre die Patientin/der Patient nach Ansicht der Ärzte auch unabhängig vom Erlangen der AU zum Arzt gegangen.

In den Fällen, in denen das Ersuchen einer AU als Nebenanlass oder als Beratungsergebnis formuliert wurde, dominierte hingegen die Einschätzung der Ärzte, dass die Patientin/der Patient auch unabhängig vom Erlangen der AU zum Arzt gegangen wäre.

In der summarischen Betrachtung hätte sich nach Einschätzung der Hausärztinnen und Hausärzte in fast 12% (n=53) der in die Studie eingeschlossenen Arzt-Patienten-Kontakte (n=449) kein persönlicher Kontakt ergeben, wenn die (hypothetische) Möglichkeit, eine AU außerhalb eines Arzt-Patienten-Kontaktes zu erhalten, bestanden hätte.

Tab. 14: Häufigkeit des Erhalts einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) als Anlass oder Beratungsergebnis und Beantwortung der „AU-Frage“ *

Erhalt AU als:	AU-Frage				Summe [n]
	Ja		Nein		
	[n]	[%]	[n]	[%]	
Anlass	16	23,5	52	76,5	68
Hauptanlass	10	16,7	50	83,3	60
Nebenanlass	6	75,0	2	25,0	8
Beratungsergebnis	33	97,1	1	2,9	34
Summe	49	48,0	53	52,0	102

* = „Hätte sich Ihrer Ansicht nach ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ergeben, wenn das Erhalten einer AU auch außerhalb der Praxis möglich wäre, es die AU z.B. umsonst in der Apotheke gäbe?“

Anzumerken ist, dass 79% (n=81) aller Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei akuten und 21% (n=21) bei chronischen Erkrankungen ausgestellt wurden. Insgesamt wurde allen Ersuchen um eine AU (als Haupt- oder Nebenanlass eingeordnet) entsprochen.

Ferner ist anzumerken, dass die Initiative zum Kontakt mit Attestierungsbedarf als Hauptanlass mit 87% (n=58) mehrheitlich den Patienten zugeschrieben wurden (s. Tab. 12, S. 49). Mit 90% (n=60) entfiel der größte Teil der 67 Kontakte mit Attestierungsbedarf auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Mit 92% (n=55) wurde dabei die Initiative zum Kontakt größtenteils den Patienten zugeordnet, in 5% (n=3) wurden diese Kontakte als vom Arbeitgeber veranlasst kategorisiert.

3.5 Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung zu den Variablen „Vorhandensein/Dauer Symptome“ und „Inhalt der Konsultation (Beratungsergebnis)“ beschrieben, deren Erhebung primär der Identifikation von Einflussfaktoren auf die „Erwartung einer Wiedervorstellung“ diene.

3.5.1 Vorhandensein und Dauer von Symptomen bei der aktuellen Konsultation

Bei 21% (n=95) der Patienten lagen keine Symptome oder Beschwerden vor. Bei den 79% (n=354), die mit Symptomen oder Beschwerden vorstellig wurden, zeigt Tabelle 15 die Verteilung nach der Dauer der Symptome.

Tab. 15: Vorhandensein und Dauer von Symptomen bei Konsultationen (n=449)

	Häufigkeit	Prozent
Symptome vorhanden		
Akut (≤ 1 Woche)	132	29,4
Länger (1 - 6 Wochen)	76	16,9
Protrahiert (≥ 6 Wochen)	146	32,5
Keine Symptome vorhanden	95	21,2

3.5.2 Klassifikation des Inhaltes der Konsultation als Beratungsergebnis

Den Großteil der als Beratungsergebnisse der Konsultation klassifizierten Inhalte machten die Feststellung einer „neuen akuten Erkrankung“ mit 34% (n=151) und einer „bekannten chronischen Erkrankung“ mit 33% (n=148) aus (s. Tab. 16, Spalte A). Es folgten mit 10% (n=44) Konsultationen, in denen „Prävention“ allein genannt wurde sowie die Klassifikation des Konsultationsinhaltes als „bekannte akute Erkrankung“ mit 9% (n=39) und als „neue chronische Erkrankung“ mit 5% (n=22). In der Zuordnung „Anderen Kategorien nicht entsprechend“ waren drei Patienten enthalten, welche wegen Laborauffälligkeiten vorstellig wurden und somit nicht in die anderen Nennungen eingruppiert werden konnten.

Tab. 16: Klassifikation der Inhalte der Konsultationen als Beratungsergebnisse.

Darstellung in Spalte

A: als Beratungsergebnis (entsprechend „Erhebungsbogen Konsultation“)

B: als Kategorisierung in vier Oberbegriffe („“) für weitergehende Analysen

	A	B
Klassifikationen der Inhalte der Konsultationen als Beratungsergebnisse	Häufigkeit [n] (Prozent [%])	Häufigkeit [n] (Prozent [%])
Neue akute Erkrankung	151 (33,6)	196 (43,7) „Akute Erkrankung“
Bekannte akute Erkrankung	39 (8,7)	
Neue akute Erkrankung und Prävention	4 (0,9)	
Bekannte akute Erkrankung und Prävention	2 (0,4)	
Neue chronische Erkrankung	22 (4,9)	182 (40,5) „Chronische Erkrankung“
Bekannte chronische Erkrankung	148 (33,0)	
Neue chronische Erkrankung und Prävention	6 (1,3)	
Bekannte chronische Erkrankung und Prävention	6 (1,3)	
Prävention	44 (9,8)	44 (9,8) „Prävention allein“
Symptomebene und Prävention	4 (0,9)	27 (6,0) „Sonstiges“
Symptomebene	11 (2,4)	
Anderen Kategorien nicht entsprechend	3 (0,7)	
keine Erkrankung	9 (2,0)	
Summe	449 (100)	449 (100)

Aus Tabelle 16 wird ersichtlich, dass sich durch die Möglichkeit der Mehrfachnennungen in dieser Rubrik insgesamt 13 Ausprägungen der Variable ergaben. Angesichts der erforderlichen methodischen Voraussetzungen für eine weiterführende Berechnung mittels binomialer logistischer Regressionsanalyse wurden die einzelnen Ausprägungen in vier Oberbegriffe kategorisiert, die in Spalte B der Tabelle 16 dargestellt sind.

3.5.3 Häufigkeit der Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation und Assoziationen zu Patienten- und Ärzte-bezogenen Charakteristika

Bezüglich der Fragestellung, ob basierend auf dem aktuellen Arzt-Patienten-Kontakt als Konsequenz eine zukünftige Wiedervorstellung erwartet wird, gaben die befragten Hausärztinnen und Hausärzte in 61% (n=273) der Konsultationen an, sie erwarten eine Wiedervorstellung und in 39% (n=176) nicht.

In bivariaten Analysen mit Variablen, von denen angenommen wurde, dass sie einen Einfluss auf die Wiedervorstellungserwartung haben könnten, konnten insgesamt neun Variablen identifiziert werden, die diesbezüglich einen signifikanten Gruppenunterschied im Chi²-Test zeigten. Davon waren sechs Variablen Patienten-bezogen (Altersgruppen Patienten, Allgemeine Krankheitsbelastung, Veranlasser der Konsultation, Konfigurationskonfiguration, Vorhandensein/Dauer Symptome, Inhalt der Konsultation) und drei Ärzte-bezogen (Altersgruppen Ärzte, Facharztstatus, Scheinzahl pro Quartal). Die detaillierten Ergebnisse der bivariaten Analysen finden sich im Anhang (s. Tab. 21, S. 106). Hierbei ist anzumerken, dass bei der Variable „Veranlasser der Konsultation“ eine Zellenbesetzung bei der Ausprägung „Sonstige“ kleiner 5 war. Daher wurde in diesem Fall der Exakte Fisher-Test gerechnet ($p < 0,001$).

In den bivariaten Analysen zeigte weder das Geschlecht der Patientinnen/Patienten noch das der Hausärztinnen/Hausärzte einen signifikanten Gruppenunterschied bezüglich der Erwartung einer Wiedervorstellung. Die Niederlassungszeit der Hausärztinnen und Hausärzte zeigte ebenfalls keinen signifikanten Gruppenunterschied. Diese drei Variablen wurden dennoch in die Regression eingeschlossen, weil es möglich ist, dass sie bei Kontrolle der anderen Variablen im Modell doch einen Einfluss auf das Outcome zeigen. Die Ergebnisse der bivariaten Analysen dieser drei Variablen finden sich im Anhang (s. Tab. 22, S. 107).

Tabelle 17 zeigt die Zusammenhänge der Patienten- und Ärzte-bezogenen Variablen mit der Erwartung einer Wiedervorstellung in der binomialen logistischen Regression.

Eine Wiedervorstellung wurde signifikant häufiger erwartet, wenn von den Ärzten die „allgemeine Krankheitsbelastung“ des Patienten als „schwer“ im Vergleich zu „keine“ eingeschätzt wurde (OR 4,20; 95% CI 1,3-13,6). Ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit der Erwartung einer Wiedervorstellung zeigten bei der Variable „Vorhandensein/Dauer Symptome“ die Ausprägungen „länger“ (OR 4,81; 95% CI 2,3-10,1)

und „protrahiert“ (OR 5,58; 95% CI 2,4-13,1) im Vergleich zur Ausprägung „akut“.

Tab. 17: Zusammenhänge Patienten-bezogener, unabhängiger Variablen in binomialer logistischer Regression mit der Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation (n=449)

unabhängige Variablen	B	p-Wert	EXP (B)	95% CI (EXP (B))
Altersgruppen Patienten				
18-44 Jahre		0,332		
45-64 Jahre	0,334	0,277	1,397	0,765 - 2,550
≥65 Jahre	0,533	0,146	1,703	0,830 - 3,494
Geschlecht Patienten				
weiblich				
männlich	-0,001	0,998	0,999	0,608 - 1,643
Allgemeine Krankheitsbelastung				
keine		0,097		
leicht	0,892	0,064	2,440	0,949 - 6,275
mittel	0,714	0,156	2,041	0,762 - 5,466
schwer	1,436	0,017	4,203	1,299 - 13,602
Veranlasser der Konsultation				
Patienten und Angehörige/Bekannte		0,684		
Hausarzt und Kollege	0,464	0,257	1,590	0,713 - 3,547
Andere Ärzte	0,170	0,688	1,185	0,518 - 2,712
Sonstige	0,410	0,610	1,506	0,312 - 7,265
Kontaktkonfiguration				
Neuer Patient und Erstvorstellung		0,061		
Wiedervorstellung geplant	0,405	0,295	1,500	0,702 - 3,203
Wiedervorstellung nicht geplant	-0,504	0,191	0,604	0,284 - 1,285
Vorhandensein/Dauer Symptome				
akut		0,000		
länger	1,571	0,000	4,809	2,283 - 10,133
protrahiert	1,719	0,000	5,579	2,376 - 13,102
keine	0,914	0,088	2,494	0,872 - 7,139
Inhalt Konsultation (Beratungsergebnis)				
Akute Erkrankung		0,008		
Chronische Erkrankung	0,976	0,010	2,654	1,261 - 5,588
Prävention allein	1,932	0,003	6,900	1,895 - 25,128
Sonstiges	0,163	0,769	1,177	0,398 - 3,482

B: Regressionskoeffizient b; EXP (B): Effektkoeffizient e^{b1} = interpretierbar als Odds ratio (s. Text)
 p-Wert grau hinterlegt, wenn < 0,05; CI: Konfidenzintervall für EXP (B).

Anmerkung: Jeweils die erste Ausprägung (kursive Schrift) einer Variable ist die Referenzkategorie, zu der die Regressionskoeffizienten (B) und Effektkoeffizienten (EXP (B)) der anderen Variablenausprägungen in Beziehung stehen.

Des Weiteren wurde eine Wiedervorstellung signifikant häufiger erwartet, wenn der „Inhalt der Konsultation“ (als Beratungsergebnis formuliert) eine chronische Erkrankung bzw. Prävention im Vergleich zu einer akuten Erkrankung war (OR 2,65 bzw. 6,90; 95% CI 1,3-5,6 bzw. 1,9-25,1). Alle anderen untersuchten Variablen - darunter auch sämtliche Ärzte-bezogenen Variablen (s. Fortsetzung Tab. 17) - zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit der Erwartung einer Wiedervorstellung.

Fortsetzung Tab. 17: Zusammenhänge Ärzte-bezogener, unabhängiger Variablen in binomialer logistischer Regression mit der Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation (n=449)

unabhängige Variablen	B	p-Wert	EXP (B)	95% CI (EXP (B))
<i>Altersgruppen Ärzte</i>				
39-44 Jahre				
50-70 Jahre	-0,297	0,604	0,743	0,242 - 2,283
<i>Geschlecht Ärzte</i>				
weiblich				
männlich	-0,168	0,563	0,845	0,477 - 1,495
<i>Facharztstatus</i>				
Allgemeinmediziner/-in				
Hausärztlich tätige/-r Internist/-in	-0,464	0,166	0,628	0,326 - 1,213
<i>Zeit seit Niederlassung</i>				
1 - 7 Jahre				
14 - 31 Jahre	0,421	0,477	1,524	0,477 - 4,865
<i>Scheinzahl pro Quartal</i>				
700 bis 820				
900 bis 1600	-0,582	0,073	0,559	0,296 - 1,056

B: Regressionskoeffizient b; EXP (B): Effektkoeffizient e^{b1} = interpretierbar als Odds ratio (s. Text)

p-Wert grau hinterlegt, wenn < 0,05; CI: Konfidenzintervall für EXP (B).

Anmerkung: Jeweils die erste Ausprägung (kursive Schrift) einer Variable ist die Referenzkategorie, zu der die Regressionskoeffizienten (B) und Effektkoeffizienten (EXP (B)) der anderen Variablenausprägungen in Beziehung stehen.

3.6 Charakteristika der nicht in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten

Insgesamt konnten 60 Patientinnen und Patienten nicht in die Studie eingeschlossen werden (s. Tab. 18). Von diesen haben 41 Patienten (25 Frauen, 16 Männer) eine Teilnahme an der Untersuchung abgelehnt. Die anderen 19 Patienten entsprachen den Ausschlusskriterien (< 18 Jahre alt, nicht einwilligungsfähig, z.B. sprachliche Barriere, Demenz).

In Bezug auf die Merkmale Alter, Geschlecht und allgemeine Krankheitsbelastung gab es keinen Unterschied zwischen Patientinnen und Patienten, die in die Untersuchung eingeschlossen (Teilnehmer) und nicht eingeschlossen werden konnten (Ablehner und Ausgeschlossene; χ^2 -Test: $p > 0,05$).

Tab. 18: Merkmale der Teilnehmer, Ablehner und der Ausgeschlossenen aus der Studie (Angaben in % [n])

Merkmale		Teilnehmer (n=449)	Ablehner (n=41)	Ausgeschlossene (n=19)
Alter	< 65 Jahre	67 % [300]	56 % [23]	53 % [10]
	≥ 65 Jahre	33 % [149]	44 % [18]	47 % [9]
Geschlecht	Weiblich	56 % [252]	61 % [25]	53 % [10]
	Männlich	44 % [197]	39 % [16]	47 % [9]
Allgemeine Krankheitsbelastung	keine	13 % [57]	20 % [8]	26 % [5]
	leicht	40 % [178]	29 % [12]	37 % [7]
	mittel	36 % [161]	37 % [15]	21 % [4]
	schwer	12 % [53]	15 % [6]	16 % [3]

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die Erhebung der Daten erfolgte bei insgesamt 12 Ärzten, die im Hamburgischen Stadtgebiet in unterschiedlichen Praxen niedergelassen waren und je zur Hälfte Frauen und Männer waren. Es wurden Daten von insgesamt 449 Patienten erhoben. Die Mehrzahl der in die Studie eingeschlossenen Patienten war mit 56% weiblich. Das Alter der Patienten lag im Median bei 54 Jahren. Die meisten Patienten wiesen aus Sicht der Ärzte eine leichte (39%) und mittlere (36%) allgemeine Krankheitsbelastung auf. Diese stieg mit zunehmendem Alter an.

Bei einer insgesamt breiten Streuung wurden nach Angaben der Ärzte als Veranlasser der Arzt-Patienten-Kontakte mehrheitlich Patienten und deren Angehörige und Bekannte (66%) benannt. Als weitere Gruppen wurden die behandelnden Hausärzte selbst bzw. deren Kollegen aus derselben Praxis (21%) angegeben sowie andere Ärzte (11%).

Die Patienten waren zu 96% bereits in der Praxis bekannt, in nur 4% handelte es sich um neue Patienten. Bei 37% der dokumentierten Arzt-Patienten-Kontakte handelte es sich um Erstvorstellungen (= neuer Anlass) und in 63% um Wiedervorstellungen (= bekannter Anlass). 55% aller Kontakte waren nicht mit dem Arzt abgesprochen, immerhin 45% (n=200) konnten als geplante Wiedervorstellungen kategorisiert werden. Bei 40% (n=80) der geplanten Wiedervorstellungen sahen die Ärzte allerdings die Patienten und deren Angehörige und Bekannte als Veranlasser der Konsultation. Die als Beratungsergebnis formulierten Inhalte der Konsultationen waren dominiert von akuten (44%) und chronischen Erkrankungen (41%), zu 10% hatten sie einen reinen Präventionskontext.

Bei 85% der ärztlichen Konsultationen wurde ein einzelner Hauptanlass angegeben. Es zeigte sich, dass Beratungsbedarf (29%), Diagnostische Maßnahmen (28%), Attestierungsbedarf (15%) und Prävention (15%) zusammen 87% der Gründe für die Konsultationen ausmachten. Insgesamt war erwartungsgemäß eine sehr breite Streuung der genannten Anlässe zu verzeichnen. Von den 60 Konsultationen, bei denen als Hauptanlass der Konsultation der Erhalt einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegeben wurde, schätzten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei 83%, dass kein Kontakt zustande gekommen wäre, hätte es die (hypothetische) Möglichkeit gegeben, eine solche Bescheinigung auf anderem Wege zu erhalten. Dieser Anteil entspricht 11% aller dokumentierten Konsultationen.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erwarteten in 61% der dokumentierten Konsultationen eine Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation. In einer logistischen Regressionsanalyse ergab sich, dass die Erwartung einer Wiedervorstellung mit einer „schweren“ allgemeinen Krankheitsbelastung des Patienten, einer als „länger“ und „protrahiert“ eingeschätzten Dauer von Symptomen sowie den Konsultationsinhalten „chronische Erkrankung“ und „Prävention“ zusammenhing. Ärzte-bezogene Charakteristika hingegen zeigten keinen Einfluss auf die Erwartung einer Wiedervorstellung.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Diskussion der Gesamtanzahl der Studienteilnehmer unter Berücksichtigung der Selbstangaben der Ärzte zu wöchentlichen Arzt-Patienten-Kontakten und zu Quartalskontaktraten

Die Gesamtzahl der im Untersuchungszeitraum konsekutiv als persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgehabten Konsultationen lag bei insgesamt 516 Patienten⁷. Das im Vorfeld der Studie formulierte Ziel von 400 Studienteilnehmern wurde mit 449 Studienteilnehmern erreicht. Es zeigt sich jedoch, dass im Vergleich mit anderen Studien deutlich weniger konsekutive Patienten in der vorliegenden Studie die hausärztlichen Praxen aufsuchten und damit auch Studienteilnehmer gewonnen werden konnten.

Angepasst an die als arithmetisches Mittel formulierte Zählweise anderer Studien suchten in der vorliegenden Studie mit 14 Patienten pro Halbtage (Vor- oder Nachmittagssprechstunde) nur etwa halb so viele Patienten die Praxis auf wie in vergleichbaren Studien. So berichten Abholz et al. (2001), dass von 38 Ärzten an je drei „Halbtagen“ (keine Nennung, ob Vor- oder Nachmittagssprechstunde) 2.889 Arzt-Patienten-Kontakte untersucht wurden. Damit ergibt sich ein Durchschnitt von knapp 25 Patientenkontakten pro Halbtage. Wittchen et al. (2005) berichten aus der DETECT-Studie, dass der Durchschnitt aller konsekutiven Patienten, die an einem erfassten Halbtage (in der Studie nur Vormittagssprechstunden) die Praxis aufsuchten, bei 28,2 lag. Die Größenordnungen von etwa 25-30 Patienten pro Halbtage ergäben sich rechnerisch auch, wenn die in der Literatur mehrfach genannte Zahl von etwa 250 persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten pro Woche (Braun, 2003; Koch et al., 2007 und 2011)

⁷ Die Gesamtsumme konsekutiver Patienten (n=516) setzt sich wie folgt zusammen: Studienteilnehmer n=449; Nicht-Teilnehmer und Ausgeschlossene n=60; ausgeschlossene Zweitkontakte im Studienzeitraum n=7.

auf Halbtage umgerechnet würde (unter der gleichwohl unrealistischen Annahme, dass jeweils gleichviele Patienten an Vor- wie Nachmittagen behandelt werden).

Im Einklang mit den im Vergleich zu anderen Studien halbierten Patientenzahlen, die konsekutiv die Praxis besuchten, liegt auch die in der vorliegenden Arbeit von den Ärzten geschätzte Anzahl der wöchentlichen, persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte (Median 125; MW \pm SD: 142 \pm 52,6). Diese bewegt sich auch bei etwa der Hälfte der Angaben in der oben aufgeführten Literatur. Lichte (2016) berichtet in seiner Dissertation aus dem Hamburger Raum (Stadt, Umland, Land), dass die teilnehmenden Hausärzte (n=143) angaben, 183,4 \pm 88,4 (MW \pm SD) Patienten pro Woche zu betreuen. Diese Ergebnisse liegen deutlich näher an den Ergebnissen der vorliegenden Studie als die der zuvor genannten Arbeiten. Mögliche Erklärungen für dieses Ergebnis sind einerseits die Beobachtungen von Hammersley et al. (2002), dass Ärzte, die an Studien teilnehmen, niedrigere Kontaktraten haben als Ärzte, die keine Beteiligung an Studien vorweisen, andererseits auch die Ergebnisse der Studie von Steinhäuser et al. (2011), nach der Ärzte in städtischen Praxen weniger Patienten pro Woche betreuen als Ärzte in ländlichen Praxen.

Die Selbstangabe der Ärzte in der Studie bezüglich ihrer durchschnittlichen Behandlungsfälle (Scheinzahlen pro Quartal) lag im Median bei 860 (arithmetisches Mittel wäre 927). Vergleichbare Angaben ließen sich in anderen Studien nicht auffinden. Dem Autor wurden von der KV Hamburg folgende, durchschnittliche Behandlungsfälle von „Hausärzten“ (Fachärzten für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätigen Internisten, Praktischen Ärzten) in Hamburg pro Quartal - den Studienzeitraum umfassend und bezogen auf alle Fälle bei Ersatz- und Primärkassen-Versicherten – zur Verfügung gestellt: 3. Quartal 2013: 783; 4. Quartal 2013: 797; 1. Quartal 2014: 812 Fälle. Diese Angaben wurden anhand des Verhältnisses Anzahl der Behandlungsfälle zur Anzahl der Arztsitze errechnet (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, 2018). Für die Interpretation dieser Behandlungsfallzahlen sind allerdings diverse Besonderheiten der Berechnung zu berücksichtigen. Es gelten komplexe Besonderheiten bei der Definition der „Arztzahl“,

welche nicht der Anzahl der behandelnden Ärzte entspricht⁸. Dadurch wird der tatsächliche Durchschnitt der Scheine pro Quartal pro Arzt nach Rücksprache mit der Honorarabrechnungsstelle der KV Hamburg mit den o.a. Durchschnittsangaben eher überschätzt, ein genaueres Maß ist leider nicht zu erhalten.

In der Zusammenschau kann trotz der Einschränkung der Aussagekraft der Selbstangaben durch die Ärzte (bei fehlender Überprüfung dieser Daten) und trotz der genannten interpretatorischen Einschränkungen der Angaben der KV Hamburg als Schlussfolgerung formuliert werden, dass die in die Studie eingeschlossenen Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf die Zahl der Behandlungsfälle pro Quartal als durchschnittlich für Hamburg zu werten sind. Des Weiteren lässt sich festhalten, dass die Selbstangaben zu wöchentlichen Kontaktraten mit der tatsächlich beobachteten Anzahl von Kontakten in der vorliegenden Studie kongruent waren, im Vergleich mit anderen Studien aber deutlich geringer ausfielen.

4.2.2 Diskussion weiterer Arzt- und Praxischarakteristika

Das vor Studienbeginn festgesetzte Ziel, die Erhebungen in Bezug auf die Praxisstandorte geographisch homogen über das Stadtgebiet Hamburgs zu verteilen, konnte erreicht werden. Die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte waren relativ häufiger in gemeinschaftlich organisierten Praxen (n=9) im Vergleich zu Einzelpraxen (n=3) tätig, als dies auf schriftliche Anfrage von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 31.12.2013 für Hamburg angegeben wurde (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017). Demnach bestand zum genannten Stichtag in Hamburg für Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten ein Beschäftigungsverhältnis von 430 Ärzten in Berufsausübungsgemeinschaften (keine

⁸ Bis einschließlich 2010 basiert die Berechnung der Arztzahlen auf der Zahl der jeweiligen Köpfe. Seit 2011 wurde diese Zählung an den jeweiligen Zulassungsgrad angepasst. Eine hälftige Zulassung wird seither auch nur zu 50 Prozent eingerechnet. Ärzte in „Job Sharing“-Verhältnissen und Angestellte mit Leistungsmengenbegrenzung werden mit 0 gezählt, die Fallzahl von diesen Ärzten wird aber voll berücksichtigt. Ärzte mit einer Zulassung einer fremden KV, die in Hamburg überbezirklich tätig werden, werden ebenfalls mit 0 gezählt. Ermächtigte Ärzte werden mit einem Faktor von 0,20 gezählt. Des Weiteren werden die „Arztzahlen“ nach dem Tätigkeitsumfang angepasst: bis 10 Wochenstunden = 0,25, bis 20 Wochenstunden = 0,5, bis 30 Wochenstunden = 0,75, über 30 Stunden = 1. Zuletzt repräsentieren diese Behandlungsfallzahlen ohnehin nur kassenärztlich behandelte Patienten. Die Spannbreite der Fallzahlen zwischen Ärzten lag so bspw. im Quartal 3/2013 zwischen 2 (!) und 2204 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, 2017).

weitere Differenzierung wie in vorliegender Studie) zu 592 Ärzten in Einzelpraxen (Angaben bundesweit: Berufsausübungsgemeinschaften $n = 19.205$, Einzelpraxen $n = 27.453$). Eine Differenzierung nach Geschlecht wurde nicht angegeben.

Die im Studiendesign vorgesehene Gleichverteilung der Geschlechter unter den ärztlichen Teilnehmern der Studie wird durch Angaben einer im Internet frei zugänglichen, gestaltbaren Tabelle unterstützt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, o.J.). Demnach bestand im Studienzeitraum (Stichtag 31.12.2013) ein fast ausgeglichenes Verhältnis zwischen weiblichen ($n=544$) und männlichen ($n=597$) Fachärztinnen/-ärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internistinnen/-en, die an der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg teilnahmen.

Im Vergleich zu Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2017) waren die an der Studie teilnehmenden weiblichen Hausärzte mit im Median 44 Jahren etwas jünger als für Hamburg zum Stichtag 31.12.2013 angegeben (Median 50 Jahre⁹), die männlichen Hausärzte hingegen waren mit im Median 58 Jahren etwas älter (Median 55 Jahre). Insgesamt waren die an der Studie teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mit im Median 47 Jahren etwas jünger als die Gesamtheit der Hausärztinnen und Hausärzte in Hamburg (Median 52 Jahre).

In Bezug auf den Facharztstatus der in die Studie einbezogenen Hausärztinnen und Hausärzte war im Verhältnis mit neun Fachärztinnen/-ärzten für Allgemeinmedizin zu drei hausärztlich tätigen Internistinnen/-en ein Überwiegen des Facharztstatus Allgemeinmedizin zu verzeichnen. Damit steht dieses Ergebnis im Einklang mit den Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Hausärzte in Hamburg, welche ein Verhältnis von 730 „Allgemeinärzten“ zu 411 „Hausärztlich tätigen Internisten“ zum Stichtag 31.12.2013 konstatieren (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, o.J.).

In Bezug auf die zwei Maße, welche die Berufserfahrung der Ärzte repräsentierten (Niederlassungszeit und Zeit seit Approbation), konnten mangels Verfügbarkeit keine Vergleiche angestellt werden. Jedoch kann festgehalten werden, dass das Ziel, im Ärztekollektiv eine möglichst breite Spanne in Bezug auf diese Daten abzudecken, erreicht wurde. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Berufserfahrung als möglicher Einflussfaktor in Bezug auf die Erwartung einer Wiedervorstellung in Betracht gezogen wurde (s. Kap.

⁹ Die Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Alter von „Hausärzten“ beziehen sich auf an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Allgemeinmediziner/-innen und hausärztlich tätige Internist/-innen.

3.5.3, S. 54 bzw. Kap. 4.2.7, S. 79).

Die Ergebnisse zu Einbestellformen in den Praxen und zur überwiegenden sozialen Schichtzugehörigkeit der Patientenklientel können mangels vergleichbarer Angaben in der Literatur nicht im Hinblick auf andere Studien diskutiert werden und verbleiben auf einer rein deskriptiven Ebene.

In der Zusammenschau kann festgehalten werden, dass mit den eingeschlossenen Hausärztinnen und Hausärzten in Bezug auf das Geschlecht, das Alter und den Facharztstatus ein repräsentatives Kollektiv der Hamburger Hausärztinnen und Hausärzte für die Untersuchung gewonnen werden konnte.

4.2.3 Diskussion des Patientenkollektivs

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie in Bezug auf die Alters- und Geschlechtsverteilung (Alter: Median 54 Jahre, MW \pm SD: 54 \pm 18,7 Jahre; Geschlecht: 56% weibliche, 44% männliche Patienten) der teilnehmenden Patienten können als repräsentativ erachtet werden.

Über sehr ähnliche Ergebnisse berichten die Autoren einer von Szecsenyi und Gerlach (2016) herausgegebenen Jahresanalyse von insgesamt 1.590.412 in der AOK-Baden-Württemberg Versicherten aus dem Jahr 2014. Es wurde ein Durchschnittsalter bei den in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschriebenen Versicherten von 57,69 \pm 18,28 Jahren (n=861.223), bei den Nicht-HZV-Versicherten von 55,51 \pm 19,72 Jahren (n=729.189) angegeben. Das Geschlechterverhältnis war in beiden Gruppen nahezu identisch mit 56% weiblichen und 44% männlichen Versicherten. In beiden untersuchten Kollektiven waren - wie in der eigenen Studie - Versicherte unter 18 Jahren ausgeschlossen.

Die Beobachtung, dass der Anteil von Frauen bei Arztkontakten höher ist als der von Männern, findet sich übereinstimmend in anderen Studien wieder (Anteil Frauen in bspw. folgenden Studien: Düsseldorfer Studie: 58%, Abholz et al. (2001); SESAM-2-Studie: Stichprobe aus 1-Jahreskontaktgruppe: 56,9%, Voigt (2003); DETECT-Studie: 59,2%, Pieper et al. (2005); CONTENT-Projekt: 1- bzw. 3-Jahreskontaktgruppe: 59,1% bzw. 59,9%, Kühlein et al. (2008) bzw. Laux et al. (2010)).

Angaben in Bezug auf das Alter des untersuchten Patientenkollektivs unterscheiden sich in der Literatur, da einerseits unterschiedliche Altersgruppen untersucht wurden bzw. die Stichprobenauswahl differiert und andererseits die Altersangaben unterschiedlich erfolgen (bspw. als Median oder „Durchschnittsalter“). Während sich bspw. in der DETECT-Studie

bei auf das Alter bezogen gleichen Ausschlusskriterien (Alter <18 Jahre, Wittchen et al., 2005) ein „Durchschnittsalter“ von 53,8 Jahren zeigte (Pieper et al., 2005), gibt Voigt (2003) in der SESAM-2-Studie einen Median von 55 Jahren an (Altersspanne von 1 bis 102 Jahren). Laux et al. (2010) berichten aus dem CONTENT-Projekt hingegen über ein deutlich niedrigeres „Durchschnittsalter“ von $45,3 \pm 23,6$ Jahren.

Die Beobachtung in der Studie, dass Patientinnen und Patienten ab dem 50. Lebensjahr - im Vergleich zur Bezugspopulation Bürger der Stadt Hamburg - relativ häufiger den Hausarzt aufsuchen als jüngere, entspricht im Trend der bei Riens et al. (2012) anhand der Bezugspopulation aus der KM6-Statistik¹⁰ herausgearbeiteten deutlichen Altersabhängigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte. In dieser Arbeit berichten die Autoren, dass mit zunehmendem Alter sowohl die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte (alle Fachgruppen) als auch der Anteil der Hausarztkontakte steigt.

Nebenbefundlich sei erwähnt, dass in der vorliegenden Arbeit beobachtet wurde, dass weibliche Patienten (n=146 weiblich vs. n=72 männlich) signifikant häufiger weibliche Ärzte konsultieren, während keine Präferenz der männlichen Patienten nachgewiesen werden konnte. In einer Untersuchung aus der „Eurocommunication-study“ (n = 190 Hausärzte und n = 3.324 Patienten) wurden von van den Brink-Muinen et al. (2000) sehr ähnliche Verhältnisse dargestellt.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Verteilung der Allgemeinen Krankheitsbelastung zeigen eine steigende Krankheitsbelastung mit zunehmendem Alter. Dieser Zusammenhang erscheint unter klinischen Gesichtspunkten plausibel. Direkt vergleichbare Untersuchungen liegen nach Kenntnis des Verfassers nicht vor. Die Erfassung dieser Kenngröße gewinnt aber an Bedeutung bei der Beschreibung von Einflussfaktoren auf die Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der beobachteten Konsultation (s. Kap. 4.2.7, S. 79).

4.2.4 Diskussion der Veranlasser und Konfigurationsstruktur der Konsultationen

Bezüglich der Frage nach dem Veranlasser zeigte sich, dass der überwiegende Anteil der Konsultationen nach Angaben der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte durch den Patienten oder dessen persönliches Umfeld (66%, n=295) initiiert wurde. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der eingangs zitierten Aussage von Thode et al. (2005, S. 296), die -

¹⁰ KM6-Statistik: Anzahl der zum Stichtag 01.07.2007 gesetzlich Versicherten mit Wohnsitz in Deutschland.

ohne konkrete Hinweise auf Studiendaten - anführten, dass Patienten in der ambulanten Versorgung (im Gegensatz zur Inanspruchnahme der stationären Versorgung) „in der Regel“ selbst darüber entscheiden, ob sie einen Arzt kontaktieren. Wie dargelegt, fehlten in Deutschland bislang belastbare Studiendaten darüber, wer die Arztkontakte beim Hausarzt initiiert.

Bei den detaillierten Ergebnissen lässt sich feststellen, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte und deren Kollegen in nur 21% (n=96) der Konsultationen als Veranlasser sahen. Darüber hinaus lag eine deutlich breitere Streuung der Veranlasser vor, als die z.T. in der Literatur vereinfacht dargestellten Varianten „Patient oder Arzt oder beide“ ahnen lassen. Neben den beiden „Hauptakteuren“ der Konsultationen, Patienten (mit Angehörigen und Bekannten) und behandelnden Hausärzten (mit deren Praxiskollegen) verteilten sich die restlichen 13% auf andere Initiatoren („anderer Arzt, den Patient selbstständig aufsuchte“, „Krankenhaus“, „Arbeitgeber/Versicherung“, „Sonstige“) bzw. Maßnahmen („nach Überweisung“).

Als methodisch interessante Beobachtung ergibt sich zudem, dass es erstens mit der angebotenen Auswahl möglich war, allen Konsultationen einen bestimmten Veranlasser zuzuordnen (die Ausprägung „Nicht identifizierbar“ wurde nie gewählt). Zweitens entschieden sich die Ärztinnen und Ärzte bei jeder Konsultation nur für einen Veranlasser und machten von der Möglichkeit der Mehrfachnennung keinen Gebrauch.

Die Auswertung der Kontaktkonfigurationen zeigte, dass 45% (n=200) aller Kontakte als „geplante Wiedervorstellungen“ stattfanden. Es sei an dieser Stelle zum besseren Verständnis der folgenden Ausführungen erneut angeführt, dass der Begriff „geplant“ als Absprache einer Kontaktvereinbarung zwischen Arzt und Patient definiert wurde. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit den Ergebnissen der SESAM-2-Studie von Voigt (2003). In dieser waren 47,9% der Patienten als „bestellt“ klassifiziert worden, die anderen 52,1% stellten sich „spontan“ vor. Voigt sah im Bestellstatus ein „wichtiges Indiz für die Veranlassung einer Konsultation“ (Voigt, 2003, S. 64) und klassifizierte im Anschluss bestellte Patientenkontakte als im Wesentlichen „arztinitiiert“ und spontan stattfindende Patientenkontakte als im Wesentlichen „patienteninitiiert“.

Eine Differenzierung der Kontaktkonfiguration wie in der vorliegenden Arbeit konnte in der Literatur nicht identifiziert werden. Demnach können lediglich auf einzelnen Differenzierungsebenen wie dem Bekanntheitsgrad des Patienten („neu“ vs. „bekannt“), dem Planungsstatus der Konsultation („geplant“ vs. „ungeplant“) sowie der Unterscheidung von

Erst- und Wiedervorstellungen Vergleiche mit Ergebnissen anderer Studien erfolgen, wenngleich die Datengrundlage insgesamt als lückenhaft zu bezeichnen ist.

Der Anteil an „neuen“ Patienten lag in der vorliegenden Studie bei rund 4%. Mit 2% zeigte sich ein vergleichbares Ergebnis in der „Verdenstudie“ (Moehr & Haehn, 1977) und in der „Koblenzer Studie“ (= Vorstudie zur „EVaS-Studie“) mit 2,6% (Schach et al., 1989).

Bezogen auf den Planungsstatus zeigen die Anteile von rund 45% „geplanten“ vs. 55% „ungeplanten“ Arzt-Patienten-Kontakten in der vorliegenden Studie vergleichbare Ergebnisse zu denen anderer Studien. In der „Koblenzer Studie“ wurden 40,4% der hausärztlichen Konsultationen als „bestellt“ aufgenommen (Schach et al., 1989). Wie bereits oben erwähnt, waren in der SESAM-2-Studie 47,9% der Patienten als „bestellt“ und 52,1% als „spontan“ eingruppiert worden (Voigt, 2003).

In der vorliegenden Studie waren 37% der Konsultationen „Erstvorstellungen“ (= neuer Anlass) und 63% „Wiedervorstellungen“ (= bekannter Anlass). Als einzige Studie ist erneut die „Koblenzer Studie“ anzuführen, in welcher die Kategorien „Patient kommt deswegen zum ersten Mal“ (40,1%) sowie „Problem/Kontak Anlass bekannt“ (59,9%) als vergleichbare Items gelten können.

Wie anhand der Ergebnisse in der vorliegenden Studie zu sehen ist, macht es einen großen Unterschied, ob Ärzte den Veranlasser der Konsultation benennen oder der Veranlasser aus anderen Daten konstruiert wird. Während sich in der direkten Frage nach dem Veranlasser die Hausärztinnen und Hausärzte und deren Kollegen in nur 21% (n = 96) als Veranlasser sahen, ist davon auszugehen, dass sich dieser Anteil um den Anteil der in direkter Arzt-Patientenabsprache geplanten Wiedervorstellungen erweitert. Somit erhöht sich der Anteil der durch Hausärztinnen und Hausärzte und deren Kollegen zumindest als „mitveranlasst“ zu bezeichnenden Konsultationen auf bis zu 45%, was dafür spricht, dass die Hausärztinnen und Hausärzte ihren Praxisalltag zu einem großen Anteil mitbestimmen.

Nach Ansicht des Autors kommt als naheliegende Ursache für die Unterschätzung der eigenen Veranlassung der Konsultation am ehesten in Betracht, dass in der Studie die teilnehmenden Ärzte einem Hawthorne-Effekt unterlagen: Die Teilnahme an der Studie und insbesondere das Wissen darum, dass es in Deutschland im internationalen Vergleich die meisten Arztkontakte gibt, könnten dazu geführt haben, dass die Ärzte die Verantwortung für die Veranlassung der Konsultationen eher den Patienten oder anderen übertrugen. Möglicherweise lag die Formulierung „Veranlasser des Arztbesuchs“ für die Ärzte im Wortlaut zu nah an einer Art „Schuldeingeständnis“.

Als Alternative hätte sich angeboten, die Ärzte zu bitten, die Initiative zum Arztkontakt - wenn mehr als ein Veranlasser theoretisch denkbar ist - in Prozentangaben zu benennen. Diese Möglichkeit wurde bereits im Vorfeld der Studienplanung bedacht, aber wieder verworfen, da dieses Konzept in der eingangs zitierten Studie von Bösner et al. (2011) in Bezug auf die Fragestellung, wer als Veranlasser von Überweisungen gilt, angewandt wurde und mit diesen Antwortkategorien erhebliche Schwierigkeiten verbunden waren. Es kam in einem - nach Auffassung des Verfassers als erheblich zu bezeichnenden - Anteil von 44% zu Angaben einer „50/50-Situation“ in der Zuweisung der Initiative zu „Arzt“ bzw. „Patient“. Bei der Auswertung der Studie von Bösner wurde schließlich eine Grenze gezogen („Arztinitiative“ 0-50% = Patient als Veranlasser, 51-100% = Arzt als Veranlasser der Überweisung; S. 372), die das Gesamtergebnis zugunsten der Patienten als Veranlasser der Überweisungen erheblich beeinflusste.

4.2.5 Diskussion der Gründe für die Konsultationen

Ein entscheidendes Qualitätsmerkmal der vorliegenden Arbeit ist die fokussierte Erfassung von Leistungen und Prozeduren als Gründe für die Konsultation von Hausärztinnen und Hausärzten. Dies erlaubt, Anforderungsprofile an Hausärztinnen und Hausärzte in Konsultationen darzustellen. Wie in der Einleitung dargestellt, sind dem Autor nach ausführlicher Literaturrecherche keine Studien mit vergleichbarer Vorgehensweise bekannt.

Vor diesem Hintergrund sind der folgenden Diskussion zwei wesentliche Beobachtungen voranzustellen:

Erstens besteht eine bedeutsame Beobachtung dieser Arbeit darin, dass die Hausärztinnen und Hausärzte sämtliche Arzt-Patienten-Konsultationen (n=449) mittels Beschreibung von Leistungen und Prozeduren klassifizieren konnten. An dieser Stelle sei erneut erwähnt, dass, abhängig vom jeweiligen Klassifikationssystem, der Anteil von Leistungen und Prozeduren in anderen eingangs vorgestellten Studien bei der Erfassung von Gründen für die Konsultation gegenüber Symptomen und Diagnosen nachrangig war¹¹.

Bei den eigenen Ergebnissen sticht hervor, dass lediglich in einem Fall der Grund für die Konsultation nicht in die auf dem Erhebungsbogen zur Verfügung stehenden Kategorien

¹¹ Anteil Prozeduren an Beratungsanlässen anhand exemplarisch ausgewählter Studien: EVaS-Studie (Schach et al., 1989): 16,6%, SESAM-2-Studie (Voigt, 2003): 27,8%, BEACH-Program (Britt et al., 2014b): 40,6%.

eingruppiert werden konnte. Diese Beobachtung spricht dafür, dass die Hausärztinnen und Hausärzte keine weiteren Ausprägungen benötigten, um die Gründe der Konsultation zu beschreiben und dass die Kategorisierung der Beratungsanlässe in Form einer Nachfrage nach Leistungen oder Prozeduren valide konzipiert war.

Als zweite Beobachtung ist anzuführen, dass in Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien bei einem relevanten Anteil der Patienten - trotz der selektiven Erfassung von Leistungen und Prozeduren - mehrere Konsultationsanlässe identifiziert werden konnten (85% ein Hauptanlass, 14% ein Haupt- und ein Nebenanlass, 1% ein Haupt- und zwei Nebenanlässe). In den Studien von Voigt (2003) und Britt et al. (2014a) waren es im Schnitt 1,5 respektive 1,8 Beratungsanlässe pro Konsultation, wobei hervorzuheben ist, dass im Unterschied zur vorliegenden Untersuchung in diesen Studien zusätzlich Symptome und Diagnosen/Krankheiten als Beratungsanlässe erfasst wurden. Bei Voigt hatten 58% der Patienten einen Beratungsanlass, 32% zwei und 9% drei Beratungsanlässe, in der Studie von Britt et al. wiesen 58% der Patienten einen Beratungsanlass, 29% zwei und 13% drei Beratungsanlässe auf.

Insgesamt zeigte sich mit 38 unterschiedlichen Nennungen für Haupt- und Nebenanlässe eine erwartungsgemäß sehr breite Streuung der aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte zur Konsultation führenden Gründe. Erwartet wurde diese Breite aufgrund des bekannt umfänglichen, bspw. in der Veröffentlichung der Bundesärztekammer (2012, S. 1) ausführlich beschriebenen Versorgungsauftrages von Hausärztinnen und Hausärzten als zentralen Ansprechpartnern „für die akute Versorgung und die kontinuierliche, oft lebenslange Betreuung der Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen“.

Trotz der breiten Streuung zeigte sich bei der Analyse, dass sich die weit überwiegende Anzahl von Gründen für die Konsultationen auf die vier Oberbegriffe „Beratungsbedarf“, „Diagnostik“, „Prävention“ und „Attestierungsbedarf“ konzentrierten. Dieses Ergebnis gilt sowohl für die Hauptanlässe allein, als auch für die summarische Betrachtung von Haupt- und Nebenanlässen. So gelang es mit diesen vier Oberbegriffen bereits 87% aller Hauptanlässe und 88% aller Haupt- und Nebenanlässe zu klassifizieren.

Vor diesem Hintergrund wird sich die Diskussion - kongruent zur Darstellung im Ergebnisteil - auf die als Hauptanlass geltenden Gründe für die Konsultationen beschränken. Die Diskussion sämtlicher Nennungen für Haupt- und Nebenanlässe wäre mangels Vergleichsdaten nicht sinnvoll. Sowohl durch den besonderen methodischen Ansatz der vorliegenden Studie, Beratungsanlässe primär als Nachfrage nach Leistungen oder

Prozeduren zu beschreiben, als auch durch die Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen, die in anderen Untersuchungen verwendet werden, sind direkte Vergleiche mit Ergebnissen anderer Studien oft nur eingeschränkt möglich.

Als häufigster Grund für die Konsultation ergab sich mit rund 29% der **Beratungsbedarf** als Hauptanlass. Nach ausführlicher Literaturrecherche ließen sich keine Studien finden, welche die Häufigkeit ärztlicher Beratungen als Haupt- oder Nebenanlass der Konsultation im Praxisalltag in Zahlen benennen, auch wenn diese bspw. von Schmeling-Kludas (2004, S. 429) als „häufige und bedeutsame ärztliche Leistungen“ beschrieben werden. Die Äußerung Schrömbgens (1976, S. 129), „Jede ärztliche Tätigkeit in der Sprechstunde des Arztes fällt unter den Begriff Beratung, einschließlich der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.“, mag auf den ersten Blick irritierend wirken. Im digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache ist der Begriff „Beratung“ allerdings bereits in der Bezeichnung des persönlichen Aufeinandertreffens zwischen Patient und Arzt, der Konsultation¹² enthalten. Dadurch wird die Aussage Schrömbgens inhaltlich gestützt.

Wie ausführlich in Kap. 1.3 der Einleitung besprochen, stellt die Klassifikation von Gründen für die Konsultation - selbstredend - die entscheidende Grundlage für deren Häufigkeitsverteilung dar. Angesichts der Häufigkeit, mit welcher der Beratungsbedarf als Grund für die Konsultation in der vorliegenden Studie klassifiziert wurde, ist bemerkenswert, dass der Begriff der „Beratung“ in der International Classification of Primary Care (ICPC), Version 2 - bei der es sich nach Auffassung des Autors um die umfassendste und geeignetste Klassifikation handelt, um hausärztliche Konsultationsanlässe zu kategorisieren - lediglich in zwei Prozedurencodierungen (-45 = Beobachtung/Schulung/Beratung/Diät; -58 = Therapeutische Beratung/ Zuhören; Kühlein et al., 2008) vorkommt. Aus Sicht des Verfassers wird die Beratung als bedeutsamer Bestandteil hausärztlichen Handelns durch diese Klassifikationsversion nicht ausreichend differenziert und ist eher „versteckt“ repräsentiert.

Als zweithäufigster Grund für die Konsultationen wurden mit 28% **Diagnostische Maßnahmen** als Hauptanlass angegeben. Im Gegensatz zum Beratungsbedarf lässt sich zumindest anhand des Unterbegriffs der „körperlichen Untersuchung“, welche mit fast 70% eine hervorstechende Position unter den Diagnostischen Maßnahmen einnahm, ein inhaltliches Pendant zu Ergebnissen ICPC-basierter Studien ausmachen. Allerdings handelt es

¹² Wortbedeutung „Konsultation“: ärztliche Beratung, Befragung des Arztes, dem lateinischen consultatio = Beratschlagung, Anfrage entlehnt (Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache, o.J.).

sich bei den gefundenen Quellen nicht um deutsche Arbeiten, sondern um Studiendaten aus dem holländischen Transition-Projekt (Okkes et al., 2005; Anm. d. Verf.: gestaltbare Tabelle auf CD-Rom) und dem australischen BEACH-Projekt (Britt et al., 2014b). In diesen Studien zeigt sich übereinstimmend, dass als häufigster Beratungsanlass - neben anderen Prozeduren, aber auch Symptomen und Diagnosen - die Prozeduren-Codierung „Check-up“ (= medizinische bzw. ärztliche Untersuchung) genannt wird. Allerdings muss betont werden, dass die Vergleichbarkeit mit den genannten Arbeiten eingeschränkt ist, da die Codierung „Check-up“ sehr umfassend definiert ist und neben multiplen Organ-bezogenen, körperlichen Untersuchungen (partiell oder komplett) bspw. auch die Evaluation von sozialen oder psychischen Problemen mit einschließt (Britt et al., 2014b¹³).

Es war bereits in der Einleitung darauf hingewiesen worden, dass sich anhand von Abrechnungsdaten gesetzlich Krankenversicherter, d.h. Leistungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in Bezug auf die in dieser Arbeit mit Abstand dominierenden Oberbegriffe - Beratungsbedarf und Diagnostische Maßnahmen - weder ein präzises Anforderungs- noch ein Leistungsprofil hausärztlicher Arbeit rekonstruieren lässt. Unter den häufigsten Abrechnungspositionen sind nach Angaben von bspw. Drähter et al. (2010) oder dem Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das zweite Quartal 2012¹⁴ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013) die allgemeinen Grundpauschalen für persönliche Hausarztkontakte aufgeführt (EBM-Ziffern 03111 = Versichertenpauschale 6. – 59. Lebensjahr, 03112 = Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr, 01410 = Besuch). Diese beinhalten bereits die in der vorliegenden Arbeit als häufigste Einzelpositionen festgestellten Leistungen aus den Oberbegriffen „Beratungsbedarf“ (bspw. „zur Erkrankung, zu externen Befunden, zur Medikation“) und „Diagnostische Maßnahmen“ (bspw. „körperliche Untersuchung“). Daher enthalten Abrechnungsstatistiken nur sehr spezifische, intensive Beratungsleistungen¹⁵, für die „körperliche Untersuchung“ bspw. existiert kein Vergütungskorrelat im EBM-Katalog. Auch wenn sich diese spezifischen Überlegungen auf

¹³ Link zu „Appendix 4, Table A4.1“, in dem dieser Sachverhalt dargestellt ist: [Online im Internet] URL: https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/9365/5/Appendix_4_YEAR_15.pdf [Stand: 18.09.2018].

¹⁴ Stand 09/2018: einzige Veröffentlichung, in der über Rangfolge von Gebührenordnungsziffern berichtet wird; Anmerkung: im Text aufgeführte Versichertenpauschalen sind mittlerweile geändert.

¹⁵ 35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, 35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, 03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist (Quelle: Online-Version des EBM. [Online im Internet] URL: <http://www.kbv.de/html/online-ebm.php> [Stand: 18.09.2018]).

die Abrechnungsdaten gesetzlich Versicherter beschränken, so stellt diese Patientengruppe nach Angaben von Grobe et al. (2010) mit etwa 85% die Mehrheit der Bevölkerung.

Der „**Attestierungsbedarf**“ war mit 15% der dritthäufigste aller Hauptanlässe für die Konsultation und dominiert durch das Ersuchen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU). Das Ausstellen einer AU wurde in 13% (n=60) aller Konsultationen als Hauptanlass, in 15% (n=68) als Haupt- oder Nebenanlass genannt. Insgesamt wurde in 23% (n=102/449) aller Konsultationen eine AU ausgestellt. Es erwies sich als abermals schwierig, Vergleichsdaten in der Literatur zu finden. Zwar gibt es umfangreiche Statistiken, welche sich regelmäßig der Dokumentation und Aufarbeitung von Arbeitsunfähigkeit widmen (bspw. Statista-Dossier „Krankheit und Beruf“; Statista GmbH, 2017), die Schwierigkeit eines direkten Vergleichs liegt aber darin, dass in diesen Statistiken das Ersuchen oder der Erhalt einer AU nicht in derselben Maßeinheit wie in der vorliegenden Arbeit angegeben werden können (Rate pro Konsultationen), da ihnen schlicht der Nenner, die Anzahl der Konsultationen, fehlt. Dass auch in internationalen Studien bei Untersuchungen von Krankschreibungsraten kein einheitlicher Nenner Verwendung findet und Vergleiche der Raten (bspw. als Rate pro 100 Personen-Jahre, Rate pro 100 Angestellte pro Jahr, Rate pro Konsultationen) dadurch unmöglich sind, zeigen Wynne-Jones et al. (2008) in einer systematischen Übersichtsarbeit. Lediglich in vereinzelt Literaturangaben ließen sich daher direkte Vergleichswerte für die vorliegenden Ergebnisse finden. Kirchner berichtet in seiner Dissertation (1982), in der Beratungsinhalte von 4.554 Arzt-Patienten-Kontakten untersucht wurden, über einen durchschnittlichen Anteil von Krankschreibungen von fast 16%. Nach Angaben von Gerlach (2011) wurden in der Gesamtstichprobe der SESAM-4-Studie bei 18,9% (n=477) der Patienten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt. Nach Angaben von Abholz und Donner-Banzhoff (2012) erfolgt das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an einem durchschnittlichen Arbeitstag bei Allgemeinärzten 9 mal bei 45-80 Konsultationen. Auf schriftliche Nachfrage über den Verlag bei einem der genannten Autoren hat sich ergeben, dass diese Angaben - in diesem Lehrbuch nicht belegte Quelle - auf Berechnungen aus den Abrechnungsstatistiken der KV Berlin aus dem Jahr 1996 beruhen (Georg Thieme Verlag KG, 2015). Bezogen auf die Gesamtzahl der Konsultationen wird diesen Angaben zufolge in 11,25 bis 20% aller Konsultationen eine AU ausgestellt. In einer aktuelleren Studie von Herrmann et al. (2015) erfolgten in 21,6% der 259 beobachteten Konsultationen in vier deutschen Hausarztpraxen Krankschreibungen. Es bleibt anzumerken, dass die Ergebnisse der genannten Quellen (im Gegensatz zu der in der vorliegenden Studie vorgenommenen Differenzierung in Beratungsanlässe oder -ergebnisse) sämtlich als Beratungsergebnisse von

Konsultationen dargestellt werden. Somit werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit 23% AU-Ausstellungen bezogen auf alle Konsultationen im Vergleich zu denen anderer Studien als eher hoch eingeschätzt, wenngleich die Vergleichsmöglichkeiten als sehr stark eingeschränkt bezeichnet werden müssen.

Der Anteil der abgefragten Leistungen im Bereich **Prävention** als Hauptanlass lag bei 15%. Diese Größenordnung erscheint zunächst einmal hoch. Die Einordnung durch den Vergleich zu Daten anderer Studien ist leider nur eingeschränkt möglich. Durch bruchstückhaft vorhandene und in großen zeitlichen Abständen erhobene Daten lässt sich jedoch nachvollziehen, dass sich der Stellenwert präventiver Leistungen im Versorgungsalltag von Hausärzten - über einen langen Zeitraum betrachtet - erheblich gesteigert hat.

Schach et al. (1989, S. 296) berichten aus der „Koblenzer Studie“ (Vorstudie der EVaS-Studie, Datenerhebung 1978/9) über einen sehr geringen Anteil von Präventionsmaßnahmen bei Allgemeinmedizinerinnen und schließen: „Aus der Tatsache, daß Kontakte mit Vorsorgemaßnahmen bei Allgemeinmedizinerinnen relativ selten vorkamen (1,55% Schwangerschaftsvorsorge; 0,3% Krankheitsfrüherkennung Kinder; keine Kontakte im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes; 1,08% der Kontakte im Rahmen der Krebsvorsorge), ergibt sich, daß der Schwerpunkt der allgemeinmedizinischen Versorgung im kurativen Bereich liegt.“

Voigt (2003, S. 80) berichtet aus der SESAM-2-Studie in Form einer Tabelle im Anhang über eine Inanspruchnahmerate von Vorsorgeleistungen durch 7,3% (n=652/8.877 Patienten) aller Patienten in Form zweier ICPC-1-basierten Codierungen (A44 = „Impfung“, A30 = „Vollständige Untersuchung, allgemein“). Dabei erfolgt die Anteilsangabe in Form einer Unterteilung „Vorsorge“ vs. „keine Vorsorge“.

Eine Erklärung für die geringeren Anteile an Vorsorgemaßnahmen der genannten Studien liegt darin, dass eine Reihe anderer Vorsorgeleistungen erst nach Durchführung der genannten Studien in die hausärztliche Versorgung implementiert wurden. Nach Informationen auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses (2016) traten die Richtlinien zur Krebsvorsorge beim Mann (KVS) bereits 1977 in Kraft, die der Gesundheitsuntersuchung (GU) 1989, die des Hautkrebsscreenings (HKS) erst 2008. Nach Angaben auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes (o.J.) wurden die Disease-Management-Programme (DMP) Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und 2 zwischen 2002 und 2005, das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ im Rahmen des DMP Koronare Herzkrankheit in 2009 zugelassen. Dieses Zulassungsdatum entspricht jedoch nicht dem der klinischen Umsetzung, da zunächst die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen die entsprechenden

Verträge verhandeln mussten.

Um einen Vergleich mit dem Anteil von Vorsorgeleistungen als Beratungsanlass bei Voigt (2003) zu ermöglichen, müssen demzufolge die Anteile der Disease-Management-Programme und des Hautkrebscreenings aus den Daten der vorliegenden Arbeit herausgerechnet werden. Demnach läge der Anteil der Patienten, für die als Hauptanlass die Gesundheitsuntersuchung, Krebsvorsorge oder Impfungen angegeben wurden, mit 9,8% (n=44) etwas höher als die bei Voigt erwähnten 7,3%.

Vor dem Hintergrund der aktuell z.T. nicht annähernd ausgeschöpften Teilnahmeraten an den Disease-Management-Programmen, Gesundheitsuntersuchungen und Hautkrebscreenings¹⁶ und der vom Bundesversicherungsamt veröffentlichten Information, dass sich aktuell weitere Disease-Management-Programme¹⁷ in Planung befinden, ergibt sich in der Zusammenschau die Frage, wie sich das Anforderungsprofil und damit auch der Arbeitsalltag von Hausärzten in Zukunft gestalten wird.

Nebenbefundlich hatte sich in einer Gegenüberstellung der Veranlasser der Konsultation mit den Gründen für die Konsultation gezeigt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte ausschließlich beim Oberbegriff „Prävention“ sich selbst mehrheitlich als Veranlasser der Konsultation benannten, wohingegen bei allen anderen Konsultations-Hauptanlässen mehrheitlich die Patienten als Veranlasser gesehen wurden. Dieses Ergebnis lässt unterschiedliche Interpretationen zu. So könnte es einerseits sein, dass die Hausärztinnen und Hausärzte die Durchführung der Präventionsleistungen als medizinisch sinnvoll betrachten und Patientinnen und Patienten gezielt einbestellen (und dies auch so angeben). Andererseits ist denkbar, dass die Veranlassung auch auf ökonomische Gründe zurückzuführen sein kann,

¹⁶ Teilnahmeraten an Disease-Management-Programmen und anderen Präventionsleistungen [Angaben in % der Anspruchsberechtigten]:

DMP: Asthma 24,5%, COPD 37%, KHK 45-47%, Diabetes Typ I 72-82%, Diabetes Typ II 84-96%

(Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2015; Daten auf Gebiet KV-Nordrhein beschränkt);

GU: Frauen 50%, Männer 45,8% (Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, o.J.; Anm. d. Verf.: Vollerhebung unter allen gesetzlichen Krankenversicherten, Erhebungsjahre 2013/4);

HKS: Frauen 27,6%, Männer 35,4% (Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2016; Anm. d. Verf.: Erhebungsjahre 2013/4).

¹⁷ Rheumatoide Arthritis, Osteoporose, Chronischer Rückenschmerz, Depressionen

(Quelle: Bundesversicherungsamt, o.J.; Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA)).

da bei gesetzlich Versicherten z.T.¹⁸ extrabudgetäre Vergütungen dieser Präventionsleistungen gewährt werden.

In der Zusammenschau ist zunächst festzuhalten, dass die eingangs formulierten Fragestellungen, welche Gründe bei Konsultationen von Hausärztinnen und Hausärzten - fokussiert auf die Abfrage von Leistungen oder Prozeduren - vorliegen und wie deren Häufigkeitsverteilungen bei Unterscheidung in Haupt- und Nebenanlässe sind, beantwortet werden konnte. Des Weiteren kann festgehalten werden, dass sich der für die Untersuchung angefertigte Erhebungsbogen zur Beantwortung dieser Fragestellungen als praktikabel erwies. Gleichwohl ist festzustellen, dass durch den besonderen methodischen Ansatz der Studie, den Fokus auf Leistungen und Prozeduren als Beratungsanlass der Patientinnen und Patienten für hausärztliche Konsultationen abzufragen, Vergleiche mit anderen Studien nur punktuell möglich sind, da bislang nach bestmöglicher Kenntnis der Literatur keine gleichartigen Untersuchungen vorliegen. Ursächlich hierfür ist, dass es in Deutschland keine etablierte Verwendung eines adäquaten Klassifizierungssystems für diese Beratungsanlass- bzw. Bedarfsbeschreibung gibt. Im Ergebnis steht eine Darstellung hausärztlicher Versorgung anhand eines Bedarfsprofils von Patientinnen und Patienten, welches gleichermaßen als Anforderungsprofil an Hausärztinnen und Hausärzte anzusehen ist.

Die erzielten Ergebnisse sind einerseits von berufstheoretischem Interesse, da sie ein detailliertes und wirklichkeitsnahes Anforderungsprofil aufzeigen, welches bspw. für Lehrende in der Aus- und Weiterbildung für Allgemeinmediziner/-innen bzw. Hausärztlich tätige Internist/-innen Verwendung finden kann. So ist es bspw. trotz lückenhafter Dokumentation in der Literatur anhand der Konsultationen mit Präventionsanlässen gelungen, aufzuzeigen, dass sich das Berufsbild von Hausärztinnen und Hausärzten durch Implementation neuer präventiver Maßnahmen in die hausärztliche Versorgung verändert hat. Auch wenn dies nicht völlig unbemerkt geschehen sein mag, da jede/r Hausärztin/Hausarzt quartalsweise Statistiken dieser Präventionsleistungen auf Honorarabrechnungen präsentiert bekommt, muss betont werden, dass diesen Abrechnungsdaten der konkrete Bezug in Form der alltagsnahen Beobachtungseinheit Beratungsanlass pro Konsultation fehlt.

¹⁸ Ausnahmen können Gesetzlich Versicherte, die sich in der Hausarzt-zentrierten Versorgung (HZV) befinden, bilden: in manchen Verträgen sind Präventionsleistungen bereits in der Versichertenpauschale enthalten; eine exaktere Angabe konnte diesbezüglich nach telefonischer Auskunft vom Hausärzterverband Hamburg nicht zur Verfügung gestellt werden.

Andererseits schließen die erzielten Ergebnisse eine nach Auffassung des Autors als fundamental zu bezeichnende Lücke in der Versorgungsforschung. Die Autoren des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009, S. 402) prognostizieren vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit einhergehender Zunahme chronisch- und mehrfach-Erkrankter in der primärärztlichen Versorgung eine „steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“ und warnen bei gleichzeitig zukünftig ausgeprägtem Hausärztemangel bundesweit, aber insbesondere in ländlichen Regionen, vor „empfindlichen Versorgungsengpässen“. Auch wenn ausführlich über Themen wie Multimorbidität, Polypharmazie und Pflegebedürftigkeit debattiert wird, lassen sich keine konkreten Ausführungen über zu erwartende Veränderungen der Anforderungen in Bezug auf die angesprochenen „medizinischen Leistungen“ und damit auf die Sprechstundentätigkeit der behandelnden Hausärzte finden. In Anbetracht dieser Prognosen ist aber entscheidend, den Bedarf an medizinischer Versorgung beschreiben zu können und damit insbesondere auch auswertbar zu machen. In dem Zusammenhang merken von Stillfried et al. (2012, S. 222) in einem Kapitel eines Lehrbuchs der Medizinökonomie über die ambulante Versorgung kritisch an, dass den Ärzten im Rahmen der Versichertenpauschalen die Möglichkeit fehlt, „mittels Abrechnungsdaten Art und Umfang ihrer Tätigkeit und die Entwicklung des Versorgungsbedarfs abzubilden“ und betonen, dass der „in den vergangenen Jahren beobachtete Trend weg von Einzelleistungsvergütungen hin zu Versichertenpauschalen zunehmend wieder in Frage gestellt werden [muss]“. Darüber hinaus ist anzumerken, dass den allein für Abrechnungszwecke dienlichen Leistungsziffern der praxisnahe Bezug in der Beobachtungseinheit Rate/Konsultation fehlt und damit die Abbildbarkeit hausärztlicher Arbeit nicht adäquat möglich ist. Nach Einschätzung des Autors könnte in der „Nicht-Abbildbarkeit“ hausärztlichen Handelns durch das bestehende Honorarsystem bei gesetzlich versicherten Patienten eine relevante Ursache für die hohe Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland liegen. Es ist davon auszugehen, dass eine erhebliche Anzahl der Konsultationen ohne ärztliches Vergütungskorrelat bleibt. In der Folge ergibt sich für die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte - die sich immer im Spagat zwischen medizinischer Verantwortung für die Patienten und der ökonomischen Verantwortung für die Praxis befinden - einerseits die Motivation, nicht-bezahlte Kontakte möglichst kurz zu halten; da andererseits die medizinische Dimension der Patienten Anliegen in der Kürze des Kontaktes nicht suffizient bearbeitet werden kann, resultieren (ggf. mehrfache) Wiedervorstellungen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die derzeitige Codierung ärztlichen Handelns

mittels Konsultationspauschalen einerseits den bürokratischen Aufwand im Praxisalltag mindert, andererseits gehen durch diese wichtige und häufige Details, welche den Inhalt von Konsultationen ausmachen, für Forschungszwecke (bspw. für die Versorgungsforschung) verloren.

4.2.6 Diskussion der Zusatzfrage bei Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Wie im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, wurden in der vorliegenden Studie mit 23% (n=102) in einem erheblichen Teil der Konsultationen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt. Dabei wurde der Erhalt einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu 2/3 (n=68) als Beratungsanlass (Haupt- oder Nebenanlass) und zu 1/3 (n=34) als Beratungsergebnis gewertet. Die jeweils bei Ersuchen (als Haupt- oder Nebenanlass) oder Erhalt (als Beratungsergebnis der Konsultation) einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Hausärztinnen und Hausärzte gerichtete Zusatzfrage¹⁹ hatte gezeigt, dass sich mit 52% (n=53) mehrheitlich kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ergeben hätte, wenn es möglich gewesen wäre, eine AU auf anderem Wege, ohne ärztlichen Kontakt, zu erhalten. Bezogen auf alle an der Studie teilnehmenden Patientinnen und Patienten wären so 12% aller Arzt-Patienten-Kontakte aus Sicht der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte nicht zustande gekommen, welches nach Einschätzung des Autors ein beachtliches Ergebnis darstellt.

Dem Verfasser der vorliegenden Studie sind keine Untersuchungen bekannt, die eine gleichlautende Fragestellung bearbeitet haben. Es kann zunächst festgestellt werden, dass Patienten in einem großen Prozentsatz auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe verzichten (bzw. verzichten können). Dies steht im Einklang mit der vielzitierten Studie von Green et al. (2001), die zeigt, dass in den Vereinigten Staaten von Amerika jeden Monat von 1.000 Personen (Frauen, Männern, Kindern) 800 über Symptome klagen, 327 überlegen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen und 217 schließlich eine Arztpraxis aufsuchen (davon 113 bei „primary care physicians“, d.h. Allgemeinmediziner, hausärztlichen Internisten, Pädiatern). Im Umkehrschluss ergibt sich aus diesen Daten, dass 73% der Personen, die über Symptome berichten bzw. immerhin 34% der Personen, die erwägen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, auf den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

¹⁹ „Hätte sich Ihrer Ansicht nach ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ergeben, wenn das Erhalten einer AU auch außerhalb der Praxis möglich wäre, es die AU z.B. umsonst in der Apotheke gäbe?“

verzichten. Laubach und Brähler (2001) zeigten, dass ein bedeutsamer Anteil von Patienten selbst mit als gravierend eingestuften körperlichen Symptomen wie z.B. „Blut im Urin“, „Engegefühl oder Schmerzen in der Brust“ auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe verzichtet bzw. keinen Anlass sieht, einen Arzt aufzusuchen. Die Autoren folgern, dass ein erheblicher Forschungsbedarf bezüglich der individuellen Gesundheitsüberzeugungen und Entscheidungsprozesse für die Inanspruchnahme von Ärzten besteht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen auf den ersten Blick nahe, dass ein großer Teil der Arzt-Patienten-Kontakte, die im Zusammenhang mit der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen stehen, als „vermeidbar“ oder „überflüssig“ anzusehen ist. Nach Ansicht des Verfassers entspräche diese Einschätzung jedoch einer vorschnellen Interpretation. So ist erstens hervorzuheben, dass es sich um eine Einschätzung der Hausärztinnen und Hausärzte handelt - und nicht der Patientinnen und Patienten. Zweitens wurde keinesfalls die Sinnhaftigkeit des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit untersucht.

In Anbetracht der Häufigkeit, mit der das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Grund für die Konsultation genannt wurde, ist jedoch nachvollziehbar, dass als Lösungsansatz zur Reduktion der hohen Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland von Forschergruppen alternative Regelungen bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bedacht werden. In einer Studie von Herrmann et al. (2015) wurden u.a. mittels qualitativer Interviews mit Patientinnen und Patienten relevante Faktoren untersucht, welche die unterschiedlichen Inanspruchnahmeraten in Deutschland und Norwegen erklären können. Die Autoren kamen bei 400 beobachteten Konsultationen zu dem Ergebnis, dass Krankschreibung in Deutschland (21,6%) ein häufigeres Konsultationsergebnis als in Norwegen (13,5%) ist. Als Ursache wird angeführt, dass sich die Patienten in Norwegen mittels Eigenmeldung selbst krankschreiben können. Nach Angaben der Autoren nahmen die Zahlen der Krankmeldungen in Norwegen nach Einführung der Eigenmeldungsmöglichkeit²⁰ tendenziell leicht ab. Die Autoren schlagen in der Konsequenz der Ergebnisse ihrer Studie vor, nach dem Vorbild Norwegens erweiterte Eigenmeldungsregelungen im Falle einer Arbeitsunfähigkeit in Deutschland in Pilotprojekten zu erproben und zu evaluieren, um „die Hausärzte von medizinisch nicht notwendigen, ungeplanten Arztkontakten mit dem alleinigen Zweck einer Krankschreibung“ zu entlasten

²⁰ Eigenmeldung eines Arbeitnehmers bis zu viermal im Jahr für bis zu drei zusammenhängende Tage regulär; im Rahmen sogenannter „Verträge zum inkludierenden Arbeitsleben“ ist Arbeitnehmern eine Eigenmeldung für bis zu acht zusammenhängende Tage an bis zu 24 Tagen im Jahr erlaubt.

(Herrmann et al., 2015, S. 558). Auf die Darstellung der Studienergebnisse in der „Welt am Sonntag“²¹ folgte deutschlandweit ein großes, z.T. hochemotional geführtes und kontrovers debattiertes mediales Echo²², welches die Bedeutung des Themas in der (haus-) ärztlichen Versorgung unterstreicht. Auszugsweise im Folgenden ausgeführt, reichten die Reaktionen auf das von Dr. Herrmann vorgeschlagene Pilotprojekt von Zustimmung bis zu vollständiger Ablehnung. So sahen bspw. Befürworter der Argumentation Herrmanns die Chance, dass sich die hohe Zahl der durchschnittlichen Arztbesuche verringern ließe und dass durch die konsekutive Entlastung der Hausärzte mehr Zeit für die Behandlung von Patienten mit langwierigeren Erkrankungen zur Verfügung stünde. Dem Artikel aus der „Welt am Sonntag“ ist zu entnehmen, dass bspw. zuständige Sprecher der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hingegen keinen Handlungsbedarf sahen, da sich die gesetzlichen Regelungen zu Krankschreibungen „insgesamt bewährt“ haben und nicht zu unnötigen Arztbesuchen führen würden. Ein anderes Argument gegen eine Änderung der bestehenden Arbeitsunfähigkeitsregelungen wurde in der Gefahr gesehen, dass sich hinter scheinbaren Bagatellbeschwerden, die Anlass zur Krankschreibung sind, behandlungsbedürftige Erkrankungen verbergen und übersehen werden könnten²³.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der eigenen Ergebnisse ergibt sich als Konsequenz in der Zusammenschau, dass weitere qualitative und quantitative Studien notwendig sind, um besser zu verstehen, welche Konsultationen im Zusammenhang mit der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit notwendig und welche vermeidbar sind. Dazu gehören sicher regionale Pilotprojekte und deren Evaluation. Zudem ist die Aufnahme der Patientenperspektive (zusätzlich zur Ärzteperspektive) zur Beurteilung der Sinnhaftigkeit eines persönlichen Kontaktes zur Ärztin/zum Arzt beim Erhalt einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung anzustreben.

²¹ Kade C (2015) Mediziner verzweifeln am Krankschreiben. Welt am Sonntag, 15.02.2015, S. 7.

²² Vom 15. - 18.02.2015 erschienen Veröffentlichungen von online-Zeitschriften-Ausgaben wie z.B. spiegel.de, süddeutsche.de, faz.net, aerzteblatt.de, medscape.com oder aeztezeitung.de, welche die Studie von Herrmann et al. reflektierten.

²³ Kötter J (2015) Magdeburger Studie - Hitzige Debatte um Krankmeldung entbrannt. Ärztezeitung, 18.02.2015. [Online im Internet] URL: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/879508/magdeburger-studie-hitze-debatte-krankmeldung-entbrannt.html?sh=2&h=-11575830
[Stand: 18.09.2018].

4.2.7 Diskussion der Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation

Es hat sich gezeigt, dass die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte als Konsequenz aus den aktuellen Arzt-Patienten-Kontakten in 61% mehrheitlich eine Wiedervorstellung der Patientinnen und Patienten erwarten. Die Einschätzung der Größenordnung dieses Ergebnisses ist erheblich erschwert, da diesbezüglich keine aktuellen Forschungsdaten vorliegen. Wie in der Einleitung erwähnt, konnte als einzige Quelle die Studie von Schach et al. (1989) eruiert werden. Demnach gaben in der als Vorstudie zur „EVaS-Studie“ durchgeführten „Koblenzer Studie“ Allgemeinärzte (Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte) in einem als Listenabfrage gestalteten „Behandlungsplan“ in 88,4% die Notwendigkeit einer Wiedervorstellung an. In der folgenden Hauptstudie („EVaS-Studie“) wurde derselbe Behandlungsplan abgefragt - allerdings unter Einbeziehung von Ärzten anderer Fachrichtungen - und es zeigte sich, dass die Notwendigkeit einer Wiedervorstellung deutlich seltener (53,2%) angegeben wurde. Auch wenn die Autoren die unterschiedlichen Größenordnungen der Ergebnisse nicht diskutieren und diesbezüglich auch keine Daten anderer Studien vorliegen, so weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Rate von Wiedervorstellungen bei Hausärztinnen und Hausärzten höher ist als bei Ärzten anderer Fachgebiete.

Die Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Erwartung einer Wiedervorstellung von Patientinnen und Patienten mittels einer binomialen logistischen Regressionsanalyse zeigte insgesamt plausible und nachvollziehbare Ergebnisse. Die Erwartung einer Wiedervorstellung war signifikant mit einer „schweren“ allgemeinen Krankheitsbelastung des Patienten, mit einer als „länger“ und „protrahiert“ klassifizierten Dauer von Symptomen sowie mit den als Beratungsergebnis formulierten Konsultationsinhalten „chronische Erkrankung“ sowie „Prävention“ assoziiert.

Der folgenden Diskussion ist voranzustellen, dass in bislang durchgeführten Studien - nach bestmöglicher Kenntnis der Literatur - lediglich Einflussfaktoren und deren Assoziationen mit der Inanspruchnahme von Konsultationen, nicht jedoch, wie in der vorliegenden Arbeit, mit der Erwartung von Wiedervorstellungen untersucht worden sind. Dadurch ist nur die Möglichkeit einer Gegenüberstellung, nicht jedoch die eines direkten Vergleichs gegeben.

Die Beobachtung, dass bei schwerer „Allgemeiner Krankheitsbelastung“ die Chancen für eine

Wiedervorstellung steigen, zeigt ein inhaltliches Korrelat zu Studien, in denen die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands als Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen untersucht wurde. So berichteten bspw. Thode et al. (2005), dass ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinerinnen führte. Niephaus (2009) zeigte in einer ebenfalls logistischen Regressionsanalyse, dass Arztbesuche in den letzten 3 Monaten signifikant häufiger mit einem subjektiv schlechten Gesundheitszustand assoziiert waren. Lungen und Siegel (2012) berichteten, dass Personen mit einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand fast doppelt so viele Kontakte mit ihrem Hausarzt hatten als Personen mit einem mindestens guten Gesundheitszustand. Rattay et al. (2013) zeigten, dass ein schlechterer subjektiver Gesundheitszustand relativ häufiger zur Inanspruchnahme von Allgemeinmediziner/-innen führte. Allerdings ist zu betonen, dass der Gesundheitszustand in den genannten Studien aus der Patientenperspektive erfasst wurde, wohingegen die in dieser Arbeit vorgelegten Ergebnisse auf Einschätzungen aus der Arztperspektive basieren.

Für die Variable „Vorhandensein/Dauer Symptome“ ist keine direkte Gegenüberstellung mit Daten anderer Studien möglich, da dem Verfasser eine Operationalisierung dieser Variable aus der Literatur nicht bekannt ist. Der Trend in den vorliegenden Ergebnissen, dass mit zunehmender Dauer von Symptomen („länger“ und „protrahiert“) signifikant höhere Chancen für eine Wiedervorstellung assoziiert waren, ist jedoch unter klinischen Gesichtspunkten plausibel: bei anhaltenden Symptomen kann bspw. eine intensivere Diagnostik bzw. Behandlung mit ggf. nötigen Verlaufskontrollen angezeigt sein, die konsekutiv Folgekontakte verursachen. Dass in der bivariaten Analyse bei der Ausprägung „akut“, welche als Referenzkategorie in der logistischen Regression diente, mit 77% überwiegend keine Wiedervorstellung erwartet wurde, lässt sich durch den eher selbstlimitierenden Verlauf akuter Erkrankungen erklären.

Bei der Variable „Inhalt der Konsultation (Beratungsergebnis)“ zeigte die Klassifikation als „chronische Erkrankung“ eine signifikante Assoziation zur Erwartung einer Wiedervorstellung. Dieses Ergebnis passt zu den Ergebnissen von Lungen und Siegel (2012), die zeigten, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen etwa doppelt so viele Hausarztkontakte wie Patienten ohne chronische Erkrankungen aufweisen. Als weitere inhaltliche Entsprechungen können sowohl die Ergebnisse der Studie von Thode et al. (2005) gelten, die zeigten, dass Patienten mit mehreren Krankheiten im Leben mehr Arztkontakte zu Allgemeinmedizinerinnen aufweisen, als auch die Ergebnisse der Studie von Riens et al. (2012),

die nachwies, dass mit jeder „Morbi-RSA-Krankheit“²⁴ die Anzahl der Arztkontakte anstieg. Einen ebenfalls signifikanten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer Wiedervorstellung - und gleichzeitig das höchste Odds ratio der Analyse - zeigte das Beratungsergebnis „Prävention allein“. Dieses Ergebnis lässt sich dadurch interpretieren, dass die unter dem Begriff „Prävention“ subsumierten Präventionsleistungen in regelmäßigen Intervallen²⁵ durchgeführt werden. Vor dem Hintergrund, dass in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden konnte, dass Präventionsleistungen als häufige Gründe für die Konsultation von Hausärztinnen und Hausärzten (15% aller Hauptanlässe für die Konsultation) gelten und auch als Beratungsergebnis der Konsultationen häufig (10%) angegeben wurden, ist bemerkenswert, dass diese Variable in bisherigen Analysen, die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme untersuchten, nicht verwendet wurde.

Die anderen neun in die finale Regressionsanalyse eingeschlossenen Variablen (Altersgruppen Patienten, Geschlecht Patienten, Veranlasser der Konsultation, Kontakt-konfiguration, Altersgruppen Ärzte, Geschlecht Ärzte, Facharztstatus, Zeit seit Niederlassung und Scheinzahl pro Quartal) zeigten keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Erwartung einer Wiedervorstellung.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass der Verfasser bei zwei Variablen überrascht war, dass sich bei diesen kein Zusammenhang mit der Erwartung einer Wiedervorstellung zeigte: das Geschlecht der Patienten sowie die Zeit seit Niederlassung der Ärzte.

Auch wenn - wie oben bereits angemerkt - Inanspruchnahmeraten mit Raten einer Wiedervorstellungserwartung nicht direkt vergleichbar sind, so kann der fehlende Gruppenunterschied bei der Variable „Geschlecht der Patienten“ zumindest als auffällig bezeichnet werden, da bei der Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen wiederholt berichtet wird, dass Frauen häufigere Arzt-Inanspruchnahmeraten haben als Männer (bspw. Abholz et al., 2001; Voigt, 2003; Pieper et al., 2005; Thode et al., 2005; Kühlein et al., 2008; Laux et al., 2010; Riens et al., 2012; Rattay et al., 2013). Bei der Variable „Zeit seit Niederlassung“ fehlt die Möglichkeit des

²⁴ nach Angaben des Bundesversicherungsamtes werden aktuell im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“) 80 kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu Grunde gelegt (Bundesversicherungsamt, 2015).

²⁵ DMP alle 3-6 Monate, GU und HKS alle 2 Jahre, KVS Mann jährlich, Impfungen in unterschiedlichen Intervallen.

Literaturvergleichs, jedoch hätte angenommen werden können, dass jüngere Hausärztinnen und Hausärzte mit einer kürzeren Berufserfahrung eher dazu tendieren, Patienten wieder einzubestellen, um bspw. Komplikationen im Verlauf einer Erkrankung nicht zu übersehen.

In der Zusammenschau lässt sich festhalten, dass es gelungen ist, sowohl die Fragestellung zur Größenordnung der Erwartung einer Wiedervorstellung nach erfolgtem Arzt-Patienten-Kontakt zu beantworten als auch deren Assoziationen aufzuzeigen.

Es lässt sich konstatieren, dass sich eine Vielzahl an Studien bislang auf Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Leistungen fokussiert hat und dass der Themenkomplex „Wiedervorstellung“ in der Literatur nur unzureichend reflektiert worden ist. Nach Auffassung des Verfassers ergibt sich insbesondere vor dem Hintergrund des in Kap. 3.3.2 (S. 43) dargestellten Ergebnisses, dass fast $\frac{2}{3}$ (63%) aller hausärztlichen Arzt-Patienten-Kontakte als Wiedervorstellungen erfolgen, die Notwendigkeit für weitere Forschungsarbeit.

So liegt in erster Linie nahe, die Erwartungen für Wiedervorstellungen in weiteren Studien in der Größenordnung zu bestätigen und damit zu zeigen, ob die Menge für die hausärztliche Versorgung typisch ist und ggf. Ausdruck spezifischer allgemeinmedizinischer/hausärztlicher Arbeitsweise (wie z.B. „abwartendes Offenhalten“ oder die oftmals gebotene Notwendigkeit, bereits vor Diagnosestellung therapeutisch tätig zu werden und in der Folge in Kontrolluntersuchungen Verlaufsbeurteilungen vorzunehmen). Ferner bietet sich an, in weiteren Studien zu klären, ob die Menge der Wiedervorstellungen von Patientinnen und Patienten für die hausärztliche Versorgung notwendig ist bzw. ob dadurch eine effiziente Versorgung nicht sogar behindert wird: bei jeder einzelnen Konsultation fällt eine Vielfalt an Informationen an, die sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten bewertet, interpretiert und in den weiteren Behandlungsprozess integriert werden muss.

Für die logistische Regressionsanalyse zur Erwartung einer Wiedervorstellung lässt sich einerseits als Fazit formulieren, dass sich bei einzelnen Patienten-bezogenen Charakteristika inhaltliche Übereinstimmungen zu Ergebnissen von Studien zeigten, welche die Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Leistungen untersucht haben (wie bspw. eine schwere Krankheitsbelastung oder das Vorliegen einer chronischen Erkrankung). Andererseits ließen sich bei den Ärzte-bezogenen Charakteristika keine solchen Assoziationen nachweisen, woraus sich die naheliegende Forderung ergibt, dass der Fokus in künftigen Untersuchungen bspw. auf Arbeitsbedingungen der Hausärztinnen und Hausärzte auszuweiten ist. Es bietet sich z.B. an, den Zeitmangel bei hausärztlichen Konsultationen als mögliche Ursache für

häufige Wiedervorstellungen zu untersuchen. Des Weiteren könnten auch ökonomische Rahmenbedingungen des Abrechnungssystems von kassenärztlichen Leistungen (bspw. der Quartalsbezug der Abrechnungen) als ursächlich für einen Teil der Wiedervorstellungen identifiziert werden. So zeigt eine aktuelle Studie von Himmel und Schneider (2017) anhand von Versichertendaten bei Fachärzten unterschiedlicher Gebiete auf, dass erstens zum Ende eines Abrechnungsquartals Abrechnungen budgetierter Leistungen stark abnehmen, um zu Beginn eines neuen Quartals stark anzusteigen. Zweitens zeigt sich, dass sich dieser Effekt bei nicht-budgetierten Leistungen nicht nachweisen lässt. Ferner müssten auch organisatorische Abläufe der Praxis in der Patientenversorgung als mögliche Einflussfaktoren auf Wiedervorstellungsraten in künftigen Studien bedacht und untersucht werden. Schließlich ist denkbar, dass auch forensische Aspekte - im Sinne eines gesteigerten Sicherheitsbedürfnisses von Patientinnen und Patienten, aber auch von Hausärztinnen und Hausärzten, welches ggf. durch Verunsicherung durch Medien wie das Internet getriggert wird - zur Häufigkeit von Wiedervorstellungen beitragen können.

4.3 Methodenkritik und Limitationen der Studie

4.3.1 Rahmenbedingung der Erhebungen

Die Datenerhebung fand im Zeitraum Juli 2013 bis Januar 2014 und in drei unterschiedlichen Quartalen statt. Dabei überwog die Gesamtzahl der im vierten Quartal 2013 rekrutierten Patienten die der beiden anderen Quartale. Es ist denkbar, dass das Verhältnis von Patienten mit akuten versus chronischen Erkrankungen durch saisonale Schwankungen in der Häufigkeit von akuten Infektionserkrankungen beeinflusst wurde. Auch ein Einfluss auf die Gesamtzahl der rekrutierten Patienten ist zu erwägen.

Die Beschränkung auf städtische Praxen ist als Limitation anzusehen, da unklar bleibt, inwieweit die erzielten Ergebnisse auf ländliche Regionen übertragbar sind. Ferner ist anzumerken, dass ein Selektionsbias bei der Auswahl der teilnehmenden Praxen bestand und dass das Verhältnis von Einzel- zu Gemeinschaftspraxen bezogen auf bundesweite Daten nicht repräsentativ war.

Durch die zeitnah zum Arzt-Patienten-Kontakt am Ende der Sprechstunde erfolgte Datenaufnahme und die Möglichkeit für die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte, die eigene Dokumentation einzusehen, wird eine Beeinflussung der Ergebnisse durch den „Recall Bias“ (Erinnerungsverzerrung, auch Retrospektionseffekt genannt; Quelle: Deutsches

Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., 2011) als sehr unwahrscheinlich eingeschätzt. Positiv ist auch anzumerken, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht mit den Fragebögen „alleingelassen“ wurden, sondern zu jedem Patienten teilstandardisiert befragt wurden. Unklarheiten konnten sofort besprochen werden. Dieses Procedere erhöht die Validität der Daten sowie deren Vollständigkeit.

4.3.2 Perspektive der erhobenen Daten

Sämtliche Untersuchungsdaten wurden aus der Sicht der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte erhoben. Dadurch unterliegen die meisten der abgefragten Informationen - mit Ausnahme von Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten - einer subjektiven Bewertung durch die teilnehmenden Ärzte.

Gleichzeitig waren die Ärzte auch selbst Gegenstand der Untersuchung und bei der Frage nach dem Veranlasser der Konsultation könnte dies zu Konflikten geführt haben. Die Ärzte waren vor Beginn über den Hintergrund der Studie, dass Deutschland die international häufigsten Arztkontakte aufweist, informiert. Dadurch ist denkbar, dass Ärzte zur Vermeidung eines „Schuldeingeständnisses“ eher den Patienten oder andere als sich selbst als Veranlasser angegeben haben. Gleiches mag auch für die Frage nach der Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der beobachteten Konsultation gelten. Des Weiteren ist denkbar, dass über die erfassten Gründe für die Inanspruchnahme hinaus weitere verborgen geblieben sind, die der Patient hatte, die in der Konsultation jedoch nicht angesprochen wurden oder werden konnten. Das Arrangement der Studie, die Patienten und die Ärzte schon vor der Konsultation über Inhalt und Ziel der Studie zu informieren, konnte hingegen eine Motivation für die Beteiligten darstellen, möglichst alle zum Arztkontakt führenden Anliegen anzusprechen.

Anzumerken ist, dass durch die Wahl der Perspektive andererseits auch wertvolle Informationen gewonnen werden konnten, die durch alleiniges Befragen der Patienten möglicherweise verborgen geblieben wären. Dies betrifft bspw. die Zusatzfrage bei Erhalt einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder die Einschätzung, ob eine chronische Erkrankung vorliegt. So ist in Bezug auf letzteres anzunehmen, dass die Häufigkeit hinsichtlich des Vorliegens chronischer Erkrankungen bei Patientenbefragungen eher unterschätzt wird, wenn bspw. eine symptomlose, arterielle Hypertonie von Arzteseite aus als chronische Erkrankung klassifiziert, vom Patienten aber nicht als solche angesehen wird.

4.3.3 Erhebungsinstrumente

Die Selbstangaben der Hausärztinnen und Hausärzte zu den durchschnittlichen Scheinzahlen pro Quartal und zu den wöchentlichen Arzt-Patienten-Kontakten konnten im Rahmen der Studie nicht überprüft werden und werden daher als eher „weiche Daten“ angesehen.

Die Datenerfassung des Hauptteils der Studie erfolgte mittels eines selbstentwickelten „Erhebungsbogens Konsultation“. Die Gestaltung des Erhebungsbogens entspricht einer Teilstandardisierung. Durch die Möglichkeit, in einigen der Rubriken des Erhebungsbogens eine alternative, nicht näher definierte Auswahlmöglichkeit („Sonstiges“) anzubieten, wurde dem in qualitativen Studien geforderten Prinzip der „Offenheit“ (Marx und Wollny, 2009) entsprochen.

Eine Prämisse bei der Konzeption des Erhebungsbogens lag darin, einen Kompromiss zwischen der Praktikabilität der Durchführung einerseits und der Detailschärfe der abgefragten Komponenten andererseits zu erlangen. Mit der vorgenommenen Klassifizierung der Gründe für die Konsultation ist unvermeidlich auch eine Vergrößerung der individuellen Anlässe, welche die einzelnen Patienten in die Praxis geführt haben, verbunden. Allerdings ist es nur so möglich - bei der Vielfalt aller denkbar möglichen Konsultationsgründe - diesen Teil hausärztlicher Tätigkeit übersichtlich abzubilden. Der möglicherweise entstandene Informationsverlust gleicht allerdings dem realen Praxisalltag. Auch hier finden durch Bewertung und Interpretation von Patientenanliegen durch Hausärzte unvermeidlich Priorisierungsprozesse statt. Bower et al. (2011, S. 584) heben in ihrer qualitativen Studie - im besonderen Zusammenhang mit Multimorbidität - hervor, dass die Fähigkeit zur Priorisierung zu den „Kernkompetenzen von Generalisten“ zählt. Andererseits konnten Barry et al. (2000) in einer qualitativen Studie auch zeigen, dass viele Patientenanliegen bei Konsultationen nicht thematisiert werden und als „unvoiced agendas“ unbearbeitet verbleiben. Der Verfasser teilt darüber hinaus die Ansicht von Dawes (2012), der geäußert hat, dass es unwahrscheinlich ist, dass sämtliche Elemente einer Konsultation aufgezeichnet werden können.

4.3.4 Patientenkollektiv

Nach Kenntnis des Autors werden im Unterschied zu anderen Studien in der vorliegenden Arbeit Charakteristika der nicht eingeschlossenen Patientinnen und Patienten mit erfasst. Über die geringe Anzahl an ausgeschlossenen Patientinnen und Patienten hinaus unterstreichen die fehlenden Unterschiede in Bezug auf Alter, Geschlecht und allgemeine Krankheitsbelastung

im Vergleich zum eingeschlossenen Kollektiv die Repräsentativität der Untersuchung. Methodenkritisch ist anzumerken, dass keine Differenzierung der Patientinnen und Patienten bezüglich des Versicherungsstatus (kassenärztlich vs. privatärztlich) erfolgte. In Folgeuntersuchungen sollte der Versichertenstatus mit berücksichtigt werden.

4.4 Schlussfolgerung und Perspektive

„The consultation is the central act of medicine, and as such it deserves to be understood“²⁶ lautet der erste Satz des Eingangskapitels eines Buchs von Pendleton et al. (1984, S. 1). Auch wenn diese Aussage über 30 Jahre alt ist und es sich um ein theoretisches Lehrbuch über hausärztliche Konsultationen handelt, hat sie an Aktualität nichts verloren. Es ist festzustellen, dass trotz Forschungsbemühungen der vergangenen Jahrzehnte weiterhin erhebliche Wissenslücken in Bezug auf die hausärztliche Sprechstundentätigkeit zu verzeichnen sind. Motivation der vorliegenden Untersuchung ist, dass Deutschland die international höchste Rate an Arzt-Patienten-Kontakten aufweist und etwa die Hälfte davon in hausärztlichen Praxen stattfindet. Die Gründe der häufigen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sind wenig untersucht und mit den für Abrechnungszwecke geschaffenen Diagnose- und Leistungsziffern nicht adäquat darstellbar.

Die vorliegende Studie konnte Rahmenbedingungen und Gründe persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte in hausärztlichen Praxen in einem repräsentativen städtischen Patientenkollektiv ermitteln. Aus den Ergebnissen können mehrere Schlussfolgerungen abgeleitet werden.

In einem überwiegenden Anteil waren die Patientinnen und Patienten Veranlasser der Konsultationen, wobei die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte selbst häufig am Zustandekommen der Konsultationen beteiligt waren. Hieraus lässt sich ableiten, dass die Hausärztinnen und Hausärzte die Auslastung Ihrer Praxis zu einem erheblichen Anteil mit bestimmen. In Einklang mit dieser Einschätzung wurde nach den meisten Konsultationen eine Wiedervorstellung erwartet. Die Erwartung einer Wiedervorstellung war dabei ausschließlich mit Patienten-bezogenen Charakteristika wie schwerer allgemeiner Krankheitsbelastung, der längeren bzw. protrahierten Dauer der Symptome sowie dem Vorliegen chronischer Erkrankungen und Anlässen mit Präventionskontext assoziiert. Damit entsprechen diese Assoziationen inhaltlich denen, die in anderen Studien als ursächlich für die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen identifiziert wurden. Als überraschendes Ergebnis kann angesehen werden, dass Ärzte-bezogene Charakteristika in der vorliegenden Analyse keine Assoziationen mit der Erwartung einer Wiedervorstellung zeigten. Hieraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass der Fokus künftiger Studien auf andere denkbare Einflussgrößen wie

²⁶ Übersetzung durch Verfasser: „Die Konsultation ist der zentrale Akt der Medizin und als solche verdient sie es, verstanden zu werden.“

bspw. Zeitmangel oder ökonomische Rahmenbedingungen ausgeweitet werden muss, um die hochfrequente Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen zu erklären.

Als häufigste Gründe für die Konsultationen konnten in absteigender Relevanz Beratungsbedarf, Diagnostische Maßnahmen, Attestierungsbedarf und Prävention identifiziert werden. Der besondere methodische Ansatz der Studie, die Gründe für die Konsultation fokussiert auf Leistungen oder Prozeduren zu erheben, die von Patientinnen und Patienten abgefragt werden, kann als erstmalig bezeichnet werden. Im Ergebnis steht die detaillierte Darstellung eines Bedarfsprofils von Patientinnen und Patienten, welches gleichzeitig als Anforderungsprofil an Hausärztinnen und Hausärzte anzusehen ist und relevante Ergänzungen zu den aus Diagnose- und Leistungsziffern ermittelten Versorgungszahlen liefert. Es werden weitere Untersuchungen im größeren Kollektiv benötigt, um die Größenordnungen der Ergebnisse zu bestätigen. Vor dem Hintergrund des prognostizierten demographischen Wandels - der mutmaßlich mit einer erheblichen Zunahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einhergehen wird - stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft zu begegnen. Hierzu ist eine präzise Bedarfsbeschreibung der hausärztlichen Versorgung zu etablieren.

Auf der Suche nach Möglichkeiten zur Reduktion hausärztlicher Inanspruchnahmen bieten sich durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie zwei Optionen an, die zukünftig in der Hausärzteschaft diskutiert werden sollten. Sollte sich das Ergebnis, dass aus der Hausärztesperspektive fast 12% der Arzt-Patienten-Kontakte nicht zustande gekommen wären, wenn es eine alternative Regelung zur AU-Meldung gäbe, in weiteren Studien auch aus der Patientenperspektive bestätigen, so läge nahe, eine solche alternative Regelung in Pilotprojekten zu evaluieren. Ferner zeigt sich trotz lückenhafter Vergleichsdaten, dass sich der Anteil an Präventionsleistungen in Hausarztpraxen deutlich gesteigert hat. In Anbetracht weiterer, in Planung befindlicher Präventionsleistungen und derzeit z.T. nicht annähernd ausgeschöpfter Teilnahmeraten an den Angeboten stellt sich die Frage, in wieweit standardisierte Untersuchungen im Rahmen von Präventionsleistungen durch andere medizinische Professionen erbracht werden könnten. Bei der Umsetzung dieser Ideen ist es allerdings notwendig, die Hausärztinnen und Hausärzte ökonomisch nicht schlechter zu stellen, da momentan Präventionsleistungen einen wichtigen, extrabudgetären Anteil des Praxisumsatzes ausmachen und AU-Patienten notwendige „Verdüner“ darstellen, im Sinne eines geringen Zeiteinsatzes bei Abrechnung der Konsultationspauschale. Durch beide Änderungen ließen sich Ressourcen (Zeit und Geld) gewinnen, die für die schwieriger zu behandelnden, chronisch kranken Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen könnten.

5. Zusammenfassung

Hintergrund: Deutschland hat im internationalen Vergleich die häufigsten Arzt-Patienten-Kontakte in der ambulanten medizinischen Versorgung. Gründe für die Inanspruchnahme von Hausärzten wurden bislang fokussiert auf Diagnosen und Symptome erhoben. Ein präzises Bedarfsprofil der Patienten lässt sich hieraus nicht ableiten. Die vorliegende Arbeit untersucht die Gründe hausärztlicher Konsultationen - fokussiert auf patientenseitig nachgefragte Leistungen und Prozeduren - sowie die Rahmenbedingungen hausärztlicher Konsultationen.

Fragestellungen: Wer ist Veranlasser der Konsultation? Wie häufig erfolgt die Konsultation als Erst- bzw. Wiedervorstellung? Welche Gründe für die Konsultationen liegen vor? Wie häufig ist die Erwartung einer Wiedervorstellung als Konsequenz aus der aktuellen Konsultation und ist diese mit Patienten- bzw. Arzt-bezogenen Charakteristika assoziiert?

Methode: Nach Ethikvotum und schriftlichem Einverständnis der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wurden 12 Hamburger Hausärzte (6 Frauen, 6 Männer) an jeweils 3 Halbtagen mittels teilstandardisiertem Erhebungsbogen im Anschluss an die Konsultationen befragt. Die Auswertungen erfolgten deskriptiv. Die Frage zur Assoziation von erwarteten Wiedervorstellungen mit Patienten- bzw. Arzt-bezogenen Charakteristika wurde mittels binomial logistischer Regression analysiert.

Ergebnisse: 449 persönliche Arzt-Patienten-Konsultationen wurden im Rahmen der Studie analysiert. Die Patienten wurden als häufigste Veranlasser der Konsultationen (64%) identifiziert, wobei die behandelnden Ärzte bei bis zu 45% aller Konsultationen in diese Initiative involviert waren. In 63% der Konsultationen handelte es sich um Wiedervorstellungen bekannter Patienten. In absteigender Häufigkeit waren Beratung, Diagnostische Maßnahmen, Attestierung und Prävention die Gründe für 87% aller Konsultationen. In 61% aller Konsultationen wurde eine Wiedervorstellung erwartet. Die Erwartung einer Wiedervorstellung war Patienten-bezogen mit schwerer Krankheitsbelastung, länger und protrahiert eingeschätzter Dauer von Symptomen, chronischen Erkrankungen und Prävention assoziiert. Ärzte-bezogene Faktoren zeigten keine Assoziationen mit einer Wiedervorstellung.

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Arbeit bildet anhand des erhobenen Bedarfsprofils und der Rahmenbedingungen hausärztlicher Konsultationen ein präzises Abbild hausärztlicher Versorgung in einem repräsentativen, deutschen Großstadtkollektiv ab. Möglichkeiten der Reduktion von Konsultationen und Implikationen für weitere Forschung werden diskutiert.

Abstract

Background: In international comparison Germany has the most frequent physician-patient contacts in outpatient medical care. Studies analyzing the reasons for the consultation of General Practitioners (GP) have focused on diagnoses and symptoms so far. However, a precise profile of the patients' demands cannot be drawn from these findings. The present study examines the reasons for GP consultations by focusing on requested services and procedures, as well as the general conditions of GP consultations.

Questions: Who is the initiator of the consultation? What are the rates of first- vs. follow-up consultations? What are the reasons for encounter? What is rate of a follow-up consultation as a consequence of the current consultation? What are patient- or physician-related characteristics associated with expected follow-up consultations?

Methods: After ethical approval of the study and written informed consent obtained from the patients, 12 GPs (6 female, 6 male) in Hamburg were interviewed about the consultations at the end of a consultation hour by using a partially standardized questionnaire. The analyses were carried out descriptively. Associations with expected follow-up consultations were analyzed using binomial logistic regression analysis.

Results: 449 personal physician-patient consultations were analyzed. Patients were identified as the main initiators (64%) of the consultations, but the GPs contributed to consultation initiatives in up to 45% of all consultations. The most common constellations of encounters were follow-up contacts with known patients (63%). In descending frequency, medical advice, diagnostic procedures, certifications and prevention were the reasons for 87% of all consultations. In 61% of all visits a follow-up consultation was expected. Patient-related factors for a follow-up consultation included severe disease burden, longer and protracted estimated duration of symptoms, chronic diseases and prevention. There were no physician-related factors associated with an expected follow-up consultation.

Conclusions: The patient-related demands and general conditions of consultations evaluated by this study give a precise picture of primary care consultations in a representative German outpatient collective in a large city. Options for the reduction of consultations and implications for further research are discussed.

6. Literaturverzeichnis

Abholz HH, Hager WC, Rose CM (2001) Der Behandlungsanlass - Oberfläche und Hintergrund. *Z Allg Med*, 77, S. 409-414.

Abholz HH & Donner-Banzhoff N (2012) Kap. C 2: Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin. In: *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. MM. Kochen (Hrsg.), 4. Auflage, Stuttgart: Thieme-Verlag, S. 530-546.

Andersen HH & Schwarze J (1997) Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb. Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. *Blaue Reihe 97-5*, Berlin: Berliner Zentrum Public Health.

Andersen HH & Schwarze J (2003) Bedarfsprofile in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems. *Blaue Reihe 2003-5*, Berlin: Berliner Zentrum Public Health.

Babitsch B, Gohl D, Lengerke T von (2012) Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psychosoc Med*, Vol. 9, S. 1-15.

Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R (2016) Kap. 5: Logistische Regressionsanalyse. In: *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*, 14. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer Gabler, S. 283-356.

Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N (2000) Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*, 320 (7244), S. 1246-1250.

Bender R, Ziegler A, Lange S (2007) Logistische Regression - Artikel Nr. 14 der Statistik-Serie in der DMW - Logistic regression. *Dtsch med Wochenschr*, 132, S. e33-e35.

Bösner S, Träger S, Hirsch O, Becker A, Ilhan M, Baum E, Donner-Banzhoff N (2011) Vom Hausarzt zum Facharzt – aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. ZFA, 87 (9), S. 371-377.

Bower P, Macdonald W, Harkness E, Gask L, Kendrick T, Valderas JM, Dickens C, Blakeman T, Sibbald B (2011) Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. Fam Pract, 28 (5), S. 579-587.

Braun RN & Mader FH (2005) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung. 5. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Braun V (2003) Inhalte allgemeinmedizinischer Tätigkeit - eine Wochenanalyse in 25 bundesdeutschen Praxen. ZFA, 79 (4), S. 173-175.

Brenner G, Koch H, Kerek-Bodden H, Heuer J, Lang A, Franke A (2007) Diagnosen als Gegenstand der Versorgungsforschung zur Analyse der Morbidität ambulanter Patienten. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 50 (8), S. 1021–1027.

Britt H, Miller GC, Henderson J, Bayram C, Valenti L, Harrison C, Pan Y, Wong C, Charles J, Chambers T, Gordon J, Pollack AJ (2014 a) A decade of Australian general practice activity 2004–05 to 2013–14. General practice series no. 37. Sydney: Sydney University Press. [Online im Internet] URL: https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/11883/4/9781743324240_ONLINE.pdf [Stand: 18.09.2018].

Britt H, Miller GC, Henderson J, Bayram C, Harrison C, Valenti L, Wong C, Gordon J, Pollack AJ, Pan Y, Charles J (2014 b) General practice activity in Australia 2013-14. General practice series no. 36. Sydney: Sydney University Press. [Online im Internet] URL: https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/11882/4/9781743324226_ONLINE.pdf [Stand: 18.09.2018].

Bundesärztekammer (2012) BÄKGROUND. 115. Deutscher Ärztetag in Nürnberg. Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer „Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“. [Online im Internet] URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK_Ground_Hausarzt.pdf [Stand: 18.09.2018].

Bundesversicherungsamt (o.J.) Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). [Online im Internet] URL: <https://www.bundesversicherungsamt.de/weiteres/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html#c201> [Stand: 18.09.2018].

Bundesversicherungsamt (2015) Übersicht über die für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 2 RSAV. [Online im Internet] URL: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/01a_Krankheitsauswahl_AJ2016__nur_Krankheiten_.pdf [Stand: 18.09.2018].

Dawes (2012) Symptoms, reasons for encounter and diagnoses. Family practice is an international discipline. *Fam Pract*, 29 (3), S. 243–244.

De Boer AG, Wijker W, de Haes HC (1997) Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy*, 42 (2), S. 101-115.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2011) Glossar zur Evidenzbasierten Medizin. [Online im Internet] URL: http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/dnebm-glossar-2011.pdf/at_download/file [Stand: 18.09.2018].

Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, de Maeseneer J (2002) Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325 (7362): 472, S. 1-6.

Diaz-Bone R (2013) Kap. 9: Logistische Regression. In: *Statistik für Soziologen*. 2. Auflage, Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft, S. 235-259.

Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (o.J.) Wortbedeutung „Konsultation“. [Online im Internet] URL: <https://www.dwds.de/wb/Konsultation> [Stand: 18.09.2018].

Dräther H, Gutsch A, Preuß W (2010) Das Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahre 2009 - Auswertung der GKV-Frequenzstatistik. [Online im Internet] URL: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_lisabericht2009_0210.pdf [Stand: 18.09.2018].

Fink W & Haidinger G (2007) Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. Z Allg Med, 83, S. 102-108.

Fromm S (2012) Kap. 4: Logistische Regressionsanalyse. In: Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene 2: Multivariate Verfahren für Querschnittsdaten. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften, S. 107-158.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Gesundheitsuntersuchungs- und Krebsfrüherkennungsrichtlinien. [Online im Internet] URL: <https://www.g-ba.de> (Rechercheweg: Startseite >Informationsarchiv >Richtlinien >unter dem Reiter „Historie“ findet sich bei den genannten Richtlinien das Datum deren Inkrafttretens) [Stand: 18.09.2018].

Georg Thieme Verlag KG (2015) Betreff/Thema: Erläuterungen zur Quellenangabe der Tabelle C-2.9 , S. 538, „Was tut der Allgemeinarzt wie häufig?“, In: Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin, MM. Kochen (Hrsg.), 4. Auflage, Stuttgart: Thieme-Verlag. [persönliche Email-Korrespondenzen, 27.10.2015, 16:41 Uhr; 02.11.2015, 13:57 und 15:06 Uhr].

Gerlach K (2011) Durchfall als Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde. Medizinische Dissertation. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o.J.) Anzahl der Hausärzte in Hamburg nach Geschlecht und Facharztstatus. [Online im Internet] URL: <http://www.gbe-bund.de> (Rechercheweg: Startseite > Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen > Tabelle (gestaltbar): „Ärztinnen/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten der vertragsärztlichen Versorgung, u.a. nach Arztgruppen“) [Stand: 18.09.2018].

Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM (2001) The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*, 344 (26), S. 2021-2025.

Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2010) Barmer GEK Arztreport. Auswertungen zu Daten bis 2008. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 1, St. Augustin: Asgard-Verlag.

Grobe TG, Heller G, Szecsenyi J (2014) Barmer GEK Arztreport 2014. Auswertungen zu Daten bis 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 24, Siegburg: Asgard-Verlags-service GmbH.

Hager WC, Abholz HH, Rose CM (2000) Der Gehalt der Allgemeinmedizin im Spiegel epidemiologischer Studien. *Z Allg Med*, 76, S. 275-279.

Hammersley V, Hippisley-Cox J, Wilson A, Pringle M (2002) A comparison of research general practices and their patients with other practices--a cross-sectional survey in Trent. *Br J Gen Pract*, 52 (479), S. 463–468.

Hauswaldt J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U (2012) Leistungsansprüche von chronisch Kranken, Multimorbiden und Häufignutzern. *Dtsch Arztebl*, 109 (47), S. 814-820.

Herrmann WJ, Haarmann A, Bärheim A (2015) Arbeitsunfähigkeitsregelungen als Faktor für Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 109 (8), S. 552-559.

Heuer J (2015) Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts Jahr 2014. [Online im Internet] URL: https://www.zi.de/cms/fileadmin/pdf/Die_50_häufigsten_ICD-2014.pdf [Stand: 18.09.2018].

Himmel K & Schneider U (2017) Ambulatory Care at the End of a Billing Period. Research Paper No. 14, Hamburg Center for Health Economics. [Online im Internet] URL: <https://www.hche.de/dokumente/research-papers/rp14-himmelschneider.pdf> [Stand: 18.09.2018].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013) Honorarbericht für das zweite Quartal 2012 - Zahlen und Fakten. [Online im Internet] URL: http://www.kbv.de/media/sp/2013_06_23_Honorarbericht_2_2012_web.pdf [Stand: 18.09.2018].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) Betreff/Thema: Informationen zu Organisationsformen hausärztlicher Praxen (Allgemeinmediziner/-innen und hausärztlich tätige Internist/-innen) in Hamburg sowie Altersangaben der Ärzte zum Stichtag 31.12.2013. [persönliche Email-Korrespondenzen, 28.09.2017, 10:49 Uhr; 10.10.2017, 17:08 Uhr].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2017) Betreff/Thema: Erläuterungen zu den Datengrundlagen der Quartalsergebnisse der KV Hamburg. [persönliche Email-Korrespondenzen, 11.11.2015, 13:56 Uhr; 19.12.2016, 15:59 Uhr; 16.01.2017, 10:44 Uhr].

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2018) Betreff: Anzahl Behandlungsfälle in Hamburg. [persönliche Email-Korrespondenz, 11.09.2018, 10:48 Uhr].

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2015) Fakten zu den Disease-Management-Programmen (DMP). [Online im Internet] URL: https://www.kvno.de/downloads/quali/fakten_dmp2014.pdf [Stand: 18.09.2018].

Kerek-Bodden H, Koch H, Brenner G, Flatten G (2000) Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenklientels. Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Z Arztl Fortbild Qualitätssich, 94, S. 21-30.

Kirchner HG (1982) Die Gesundenberatung in der Allgemeinpraxis. Medizinische Dissertation. Medizinische Poliklinik der Ludwig-Maximilian-Universität zu München.

Koch K, Gehrman U, Sawicki PT (2007) Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Dtsch Arztebl, 104 (38), S. A-2584-2591.

Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT (2011) Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Hausärzte. Dtsch Arztebl, 108 (15), S. 255-61.

Körner T, Saad A, Laux G, Rosemann T, Beyer M, Szecsenyi J (2005) Die Episode als Grundlage der Dokumentation. Eine episodenzugewandene Patientenakte mit einer speziell für die Allgemeinmedizin entwickelten Klassifikation verbessert die Datenbasis in der hausärztlichen Versorgung. Dtsch Arztebl, 102 (46), S. A3168-72.

Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J (2008) Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis. Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel.

Kühlein T, Maibaum T, Gensichen J, Engeser P (2011) Dokumentation und Kodierung in der Hausarztpraxis - ein Lösungsvorschlag nach Wegfall der neuen Kodierrichtlinien. Z Allg Med, 87 (10), S. 400-406.

Lamberts H, Meads S, Wood M (1985) Results of the International Field Trial with the Reason for Encounter Classification. Soz Praventivmed, 30 (2), S. 80-87.

Lamberts H & Hofmans-Okkes I (1996) Episode of Care: A Core Concept in Family Practice. J Fam Pract, 42 (2), S. 161-167.

Landolt-Theus P (1992) Fälleverteilung in der Allgemeinmedizin. Fünfjahresstatistik einer Schweizer Allgemeinpraxis. Der Allgemeinarzt, 14, S. 254-268.

Laubach W & Brähler E (2001) Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung. Dtsch Med Wochenschr, 126 (07), S. T1-T7.

Laux G, Rosemann T, Körner T, Heiderhoff M, Schneider A, Kühlein T, Szecsenyi J (2007) Detaillierte Erfassung von Inanspruchnahme, Morbidität, Erkrankungsverläufen und Ergebnissen durch episodenzugehörige Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. *Gesundheitswesen*, 69 (5), S. 284–291.

Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (2010) Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009. München: Springer Medizin, Urban & Vogel.

Lichte KJ (2016) Häufige Inanspruchnahme von Hausärzten im regionalen Vergleich: Assoziationen mit soziodemographischen Faktoren, Morbidität und Praxisfaktoren. Ergebnisse einer quantitativen Studie in Norddeutschland. Medizinische Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg.

Luciano JV, Fernández A, Pinto-Meza A, Luján L, Bellón JA, García-Campayo J, Peñarrubia MT, Fernández R, Sanavia M, Blanco ME, Haro JM, Palao DJ, Serrano-Blanco A (2010) Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *Brit J Gen Pract*, 60 (571): S.e49-e55.

Lüngen M & Siegel M (2012) Gesundheitliche Ungleichheit, Struktur der Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Versorgung. Abschlussbericht Projekt-Nr. S 2010-368-4. Uniklinik Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, S.1-74. [Online im Internet] URL: https://www.boeckler.de/pdf_fof/97562.pdf [Stand: 18.09.2018].

Mader FH (2014) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung. 7. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Mangiapane S, Riens B, Augustin J (2011) Populationsbildung auf Grundlage von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung. [Online im Internet] URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/10/ID10_Dok1_Bericht_Langversion_neu.pdf [Stand: 18.09.2018].

Marx G & Wollny A (2009) Qualitative Sozialforschung - Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. *Z Allg Med*, 85 (3), S. 105-113.

Maydell B von, Kosack T, Repschläger U, Sievers C, Zeljar R (2010) Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details. In: Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2010. Beiträge und Analysen. U. Repschläger, C. Schulte, N. Osterkamp (Hrsg.), Berlin: Barmer GEK, S. 176-191. [Online im Internet] URL: <https://www.barmer.de/blob/71086/c7e9beab4ce3252171274ce76095777e/data/achtzehn-arztkontakte-im-jahr.pdf> [Stand: 18.09.2018].

Medkey AG-TrustCenter Zentralschweiz (o.J.) Reason For Encounter RFE. [Online im Internet] URL: <http://www.reasonforencounter.ch> [Stand: 08.09.2018].

Meyer RL (2005) Von der ICHPPC zur ICPC. Klassifikationssysteme und der Hausarzt: Teil 3 von 4. *PrimaryCare*, 5 (10), S. 236-239.

Moehr JR & Haehn KD (1977) Verdenstudie: Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Niephaus Y (2009) Multidimensionale Deprivation: Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitliche Versorgung. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Nr. 157. [Online im Internet] URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.95404.de/diw_sp0157.pdf [Stand: 18.09.2018].

Olde Hartman TC, van Ravesteijn H, Lucassen P, van Boven K, van Weel-Baumgarten E, van Weel C (2011) Why the 'reason for encounter' should be incorporated in the analysis of outcome of care. *Br J Gen Pract*, 61 (593), S. e839-e841.

Okkes I, Oskam S, van Boven K, Lamberts H (2005) Episodes of care in Dutch Family Practice. Epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care (ICPC) in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). CD-Rom. Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P (1984) The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford General Practice Series 6, Oxford/New York/Toronto/Melbourne: Oxford University Press.

Pieper L, Wittchen HU, Glaesmer H, Klotsche J, März W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, Silber S, Koch U, Böhler S, Pittrow D, Ruf G (2005) Kardiovaskuläre Hochrisikokonstellationen in der primärärztlichen Versorgung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 48 (12), S. 1374-1382.

Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 56 (5/6), S. 832-844.

Riens B, Erhart M, Mangiapane S (2012) Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. [Online im Internet] URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID_14_Dok1_Bericht.pdf [Stand: 18.09.2018].

Rosemann T , Rüter G, Wensing M, Szecsenyi J (2006) Überweisungen vom Hausarzt zum Facharzt: Naht- oder Bruchstelle? Ergebnisse einer Überweisungsstudie im Raum Marbach/Ludwigsburg (Baden-Württemberg). Dtsch Arztebl, 103 (37), S. A 2387–92.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Sondergutachten 2009). Bundestags-Drucksache 16/13770. [Online im Internet] URL: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> [Stand: 18.09.2018].

Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, Valderas J, Blakeman T, Reeves D (2013) The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. Br J Gen Pract, 63 (616), S. e751-e759.

Schach E, Schwartz FW, Kerek-Bodden HE (1989) Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Publikationsreihe „Wissenschaftliche Reihe“, Band 39.1. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Scherer M, Abholz HH, Chenot JF, Gerlach F, Kochen MM (2011) Kap. 8.2: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik-Methodik-Anwendung. H. Pfaff, EAM. Neugebauer, G. Glaeske, M. Schrappe (Hrsg.), Stuttgart: Schattauer-Verlag, S. 337-341.

Schmeling-Kludas C (2004) Kap. 2.4.1: Ärztliche Beratung. In: Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. B. Strauß, U. Berger, J. Troschke, E. Brähler (Hrsg.), 1. Aufl., Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag: Hogrefe-Verlag, S. 429-436.

Schneider A, Hörlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K (2011) Unlimited access to health care - impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. BMC Fam Pract, 12:51, S. 1-7.

Schrömbgens HH (1976) Sexualberatung in der Allgemeinmedizin. Phys Med Rehabil, 17(6), S. 129-130. [Online im Internet] URL: <https://zaen.gruen.net/archiv/pdf/1976/1976-06.pdf> [Stand: 18.09.2018].

Statista GmbH (2017) Statista-Dossier Krankheit und Beruf 2017. [Online im Internet] URL: <https://de.statista.com/statistik/studie/id/6697/dokument/krankheit-und-beruf-statista-dossier/> [Stand: 18.09.2018].

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2015) Betreff/Thema: Altersstruktur der Bevölkerung in Hamburg zum 31.12.2013. [persönliche Email-Korrespondenz, 22.10.2015, 15:38 Uhr].

Steinhaeuser J, Joos S, Szecsenyi J, Miksch A (2011) A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. BMC Fam Pract, 12: 112, S. 1-8.

Stillfried D Graf von, Erhart M, Czihal T (2012) Kap. 6: Ambulante Versorgung. In: Medizinökonomie Band 1: Das System der medizinischen Versorgung. C. Thielscher (Hrsg.), Wiesbaden: Springer Gabler, S. 178-228.

Szecsényi J & Gerlach FM (Hrsg.) (2016) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2016. [Online im Internet] URL: http://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/HZV_Evaluation_Broschuere.pdf [Stand: 18.09.2018].

Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth, BM (2004) Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen (Schlussbericht), S. 1-138. [Online im Internet] URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Versorgung/projektbericht.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 18.09.2018].

Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz, 48 (3), S. 296-306.

Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Leiva F, Mead N, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M, Perez A (2000) Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. Patient Educ Couns, 39 (1), S. 115-127.

Van den Bussche H, Schön G, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, Koller D (2011) Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity - Results from a claims data based observational study in Germany. BMC Geriatr, 11:54, S. 1-10.

Vedsted P, Sørensen HT, Nielsen JN, Olesen F (2004) Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practices. Scand J Public Health, 32 (3), S. 188-193.

Vedsted P & Christensen MB (2005) Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public health*, 119 (2), S. 118-137.

Vilain M (2009) Analyse der Versorgungswege von Patienten mit primär therapieresistenten chronischen Schmerzen am Beispiel von Rückenschmerzen. Medizinische Dissertation. Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Voigt R (2003) Der Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Konsultationssprechstunde. Medizinische Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Leipzig.

Wittchen HU, Glaesmer H, März W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, Silber S, Koch U, Böhler S, Pittrow D, Ruf G (2005) Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates – the DETECT program. *Curr Med Res Opin*, 21:4, S. 619-629.

Wynne-Jones G, Mallen CD, Welsh V, Dunn KM (2008) Rates of sickness certification in European primary care: a systematic review. *Eur J Gen Pract*, 14 (3-4), S. 99-108.

Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM (2005) The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. *Fam Pract*, 22 (3), S. 293-297.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (o.J.) Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up 2014. [Online im Internet] URL: <http://www.gbe-bund.de> (Rechercheweg: Startseite >Gesundheitsversorgung >Prävention >Früherkennung allgemein >Tabelle (gestaltbar): Gesundheits-Check-up) [Stand: 18.09.2018].

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2016) Betreff/Thema: Teilnahmeraten an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen - Hautkrebsscreening 2013/4. [persönliche Email-Korrespondenz, 15.12.2016, 13:46 Uhr].

Tab. 19, Anhang: Häufigkeiten aller Haupt- und Nebenanlässe der dokumentierten Konsultationen (n=518) bei n=449 Patienten

Beratungsanlässe (Haupt- und Nebenanlässe)	n	% d. Anlässe	% d. Patienten
Beratung-Procedere Erkrankung	70	13,5%	15,6%
Beratung-externer Befund	33	6,4%	7,3%
Beratung-Medikation	28	5,4%	6,2%
Beratung-Entlassung Krankenhaus	9	1,7%	2,0%
Beratung-Hausarzt-Wechsel	3	0,6%	0,7%
Beratung-Sonstiges	7	1,4%	1,6%
Diagnostik-körperliche Untersuchung	95	18,3%	21,2%
Diagnostik-Laborergebnisse	21	4,1%	4,7%
Diagnostik-Ultraschall	15	2,9%	3,3%
Diagnostik-Blutdruckmessung	6	1,2%	1,3%
Diagnostik-Langzeit-RR	5	1,0%	1,1%
Diagnostik-EKG	1	0,2%	0,2%
Diagnostik-Langzeit-EKG	1	0,2%	0,2%
Diagnostik-Belastungs-EKG	1	0,2%	0,2%
Diagnostik-PräOP-Untersuchung	2	0,4%	0,4%
Diagnostik-Weitere Maßnahmen geplant	1	0,2%	0,2%
Attestierung-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	68	13,1%	15,1%
Attestierung-Rehabilitationsantrag	2	0,4%	0,4%
Attestierung-Wiedereingliederung	2	0,4%	0,4%
Attestierung-Sonstiges	3	0,6%	0,7%
Prävention-Gesundheitsuntersuchung	38	7,3%	8,5%
Prävention-Hautkrebscreening	12	2,3%	2,7%
Prävention Krebsvorsorge	1	0,2%	0,2%
Prävention-Disease Management Program (DMP)	25	4,8%	5,6%
Prävention-Impfung	6	1,2%	1,3%
Verschreibung-neues Medikament	22	4,2%	4,9%
Verschreibung-laufende Medikation	9	1,7%	2,0%
Verschreibung-Physikalische Therapie	4	0,8%	0,9%
Verschreibung-Hilfsmittel	1	0,2%	0,2%
Therapie-medikamentös-Infusion	2	0,4%	0,4%
Therapie-medikamentös-Injektion	1	0,2%	0,2%
Therapie-nichtmedikamentös-Akupunktur	7	1,4%	1,6%
Therapie-nichtmedikamentös-Wundversorgung	7	1,4%	1,6%
Therapie-nichtmedikamentös-Operation	1	0,2%	0,2%
Therapie-nichtmedikamentös-Sonstiges	2	0,4%	0,4%
Überweisung	5	1,0%	1,1%
Krankenhauseinweisung	1	0,2%	0,2%
Sonstiges*	1	0,2%	0,2%
Summe	518	100,0%	115,4%

* = Nicht eingruppiert in andere Kategorien; RR: Blutdruckmessung, EKG: Elektrokardiogramm, PräOP: Präoperative Untersuchung

Tab. 20, Anhang: Häufigkeiten aller Anlässe (n=518) unterteilt in Haupt- und Nebenanlässe bei n=449 Patienten

Beratungsanlässe (unterteilt)	Hauptanlass	Nebenanlass 1	Nebenanlass 2
Beratung-Erkrankung	58	12	
Beratung-externer Befund	31	2	
Beratung-Medikation	24	4	
Beratung-Entlassung Krankenhaus	9		
Beratung-Hausarzt-Wechsel	3		
Beratung-Sonstiges	6		1
Diagnostik-körperliche Untersuchung	88	7	
Diagnostik-Laboruntersuchung	13	8	
Diagnostik-Ultraschall	12	2	1
Diagnostik-Blutdruckmessung	5	1	
Diagnostik-Langzeit-RR	5		
Diagnostik-EKG		1	
Diagnostik-Langzeit-EKG	1		
Diagnostik-Belastungs-EKG		1	
Diagnostik-PräOP-Untersuchung	2		
Diagnostik-Weitere Maßnahmen geplant	1		
Attestierung-AU	60	8	
Attestierung- Rehabilitationsantrag	2		
Attestierung-Wiedereingliederung	2		
Attestierung-Sonstiges	3		
Prävention-Gesundheitsuntersuchung	38		
Prävention-Hautkrebscreening		12	
Prävention-Krebsvorsorge (Mann)			1
Prävention-DMP	22	3	
Prävention-Impfung	6		
Verschreibung-neues Medikament	19	3	
Verschreibung-laufende Medikation	9		
Verschreibung-Physikalische Therapie	4		
Verschreibung-Hilfsmittel	1		
Therapie-medikamentös-Infusion	1	1	
Therapie-medikamentös-Injektion	1		
Therapie-nichtmedikamentös-Akupunktur	7		
Therapie-nichtmedikamentös-WV	7		
Therapie-nichtmedikamentös-Operation	1		
Therapie-nichtmedikamentös-Sonstiges	2		
Überweisung	4	1	
Krankenhauseinweisung	1		
Sonstiges*	1		
Summe	449	66	3

* = Nicht eingruppiert in andere Kategorien; RR: Blutdruckmessung, EKG: Elektrokardiogramm, PräOP: Präoperative Untersuchung, DMP: Disease-Management-Programm

Tab. 21, Anhang: Signifikante Ergebnisse bivariater Analysen Patienten- und Ärztebezogener Variablen (Kreuztabellen [n (%)] und zugeordnete Asymptotische Signifikanz im χ^2 -Test) in Bezug auf die Erwartung einer Wiedervorstellung bei n = 449 Patienten

Variable	Erwartung einer Wiedervorstellung dichotomisiert			Wert Asymptot. Signifikanz
	JA	NEIN	Σ	
Altersgruppen Patienten				0,000
18 - 44 Jahre	60 (43,2%)	79 (56,8%)	139 (100%)	
45 - 64 Jahre	102 (63,4%)	59 (36,6%)	161 (100%)	
≥65 Jahre	111 (74,5%)	38 (25,5%)	149 (100%)	
Allgemeine Krankheitsbelastung				0,002
keine	28 (49,1%)	29 (50,9%)	57 (100%)	
leicht	98 (55,1%)	80 (44,9%)	178 (100%)	
mittel	105 (65,2%)	56 (34,8%)	161 (100%)	
schwer	42 (79,2%)	11 (20,8%)	53 (100%)	
Veranlasser der Konsultation				0,000
Patienten u. Angehörige	152 (51,5%)	143 (48,5%)	295 (100%)	
Hausarzt und Kollegen	81 (84,4%)	15 (15,6%)	96 (100%)	
Andere Ärzte	34 (70,8%)	14 (29,2%)	48 (100%)	
Sonstige*	6 (60,0%)	4 (40,0%)	10 (100%)	
Kontaktkonfiguration				0,000
Neuer Patient und Erstvorstellung	62 (36,9%)	106 (63,1%)	168 (100%)	
Wiedervorstellung geplant	163 (81,5%)	37 (18,5%)	200 (100%)	
Wiedervorstellung nicht geplant	48 (59,3%)	33 (40,7%)	81 (100%)	
Vorhandensein/Dauer Symptome				0,000
akut	31 (23,5%)	101 (76,5%)	132 (100%)	
länger	52 (68,4%)	24 (31,6%)	76 (100%)	
protrahiert	120 (82,2%)	26 (17,8%)	146 (100%)	
keine	70 (73,7%)	25 (26,3%)	95 (100%)	
Inhalt Konsultation (Beratungsergebnis)				0,000
Akute Erkrankung	73 (37,2%)	123 (62,8%)	196 (100%)	
Chronische Erkrankung	147 (80,8%)	35 (19,2%)	182 (100%)	
Prävention allein	38 (86,4%)	6 (13,6%)	44 (100%)	
Sonstiges	15 (55,6%)	12 (44,4%)	27 (100%)	
Altersgruppen Ärzte				0,039
39-44 Jahre	150 (56,8%)	114 (43,2%)	264 (100%)	
50-70 Jahre	123 (66,5%)	62 (33,5%)	185 (100%)	
Facharztstatus				0,000
Allgemeinmediziner/-in	223 (65,6%)	117 (34,4%)	340 (100%)	
Hausärztlich tätige/-r Internist/-in	50 (45,9%)	59 (54,1%)	109 (100%)	
Scheinzahl pro Quartal				0,005
700 bis 820	133 (68,2%)	62 (31,8%)	195 (100%)	
900 bis 1600	140 (55,1%)	114 (44,9%)	254 (100%)	
Summe	273 (60,8%)	176 (39,2%)	449 (100%)	

*Anmerkung: da die Einzelbesetzung einer Zelle < 5 war, wurde der exakte Test nach Fischer angewandt; es ergab sich keine Änderung des Gesamtergebnisses (zweiseitige exakte Signifikanz: 0,000).

Tab. 22, Anhang: Nicht-signifikante Ergebnisse bivariater Analysen Patienten- und Ärztebezogener Variablen (Kreuztabellen [n (%)] und zugeordnete Asymptotische Signifikanz im χ^2 -Test) in Bezug auf die Erwartung einer Wiedervorstellung bei n=449 Patienten

Variable	Erwartung einer Wiedervorstellung dichotomisiert			Wert Asymptot. Signifikanz
	JA	NEIN	Σ	
Geschlecht Patienten				0,812
weiblich	152 (60,3%)	100 (39,7%)	252 (100%)	
männlich	121 (61,4%)	76 (38,6%)	197 (100%)	
Geschlecht Ärzte				0,765
weiblich	131 (60,1%)	87 (39,9%)	218 (100%)	
männlich	142 (61,5%)	89 (38,5%)	231 (100%)	
Zeit seit Niederlassung				0,063
1-7 Jahre	169 (57,7%)	124 (42,3%)	293 (100%)	
14-31 Jahre	104 (66,7%)	52 (33,3%)	156 (100%)	

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz für die Überlassung dieses spannenden Themas sowie für die konstant engagierte Unterstützung und konstruktive Kritik bedanken.

Ein besonderer Dank gilt auch Prof. Dr. Henrik van den Bussche für die begleitende Beratung und die kritische Durchsicht der Arbeit.

Den an der Studie beteiligten und mitwirkenden Ärztinnen und Ärzten sei an dieser Stelle ebenfalls herzlich gedankt. Die Durchführung der Studie wäre ohne ihre Mitarbeit nicht möglich gewesen.

Weiterhin möchte ich einen speziellen Dank an meine Familie aussprechen. Meine Eltern haben mir insbesondere das Studium ermöglicht und mich bei meinem beruflichen Weg fortwährend tatkräftig unterstützt. Bei meiner langjährigen Lebensgefährtin möchte ich mich für die moralische Unterstützung und beständige Motivation während der Fertigstellung dieser Arbeit bedanken.

Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

Alexander Detjen