

Technische Universität München

Fakultät für Medizin

Wie unterscheiden sich Patienten mit und ohne Termin- eine Querschnittserhebung in Hausarztpraxen

Simon Johannes Kehrer

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Schlegel

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. Klaus Linde

2. apl. Prof. Dr. Johannes Hamann

Die Dissertation wurde am 11.03.2020 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 06.10.2020 angenommen.

Für meine Eltern,
für meine Geschwister
und für die D-Bande.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Verzeichnis der Abkürzungen	4
1 Einleitung.....	5
1.1 Hintergrund	5
1.2 Ziele der Studie	8
2 Methoden	9
2.1 Studiendesign und ethische Aspekte	9
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien und Rekrutierung	9
2.2.1 Praxen.....	9
2.2.2 Patienten	10
2.3 Ablauf.....	11
2.4 Fragebogen für Patienten	13
2.5 Vom Arzt zu erhebende Daten.....	18
2.6 Codierung von Freitextangaben zu Beratungsanlass, Beratungs- ursache und Beratungsergebnis	18
2.7 Biometrie.....	19
2.7.1 Fallzahl.....	19
2.7.2 Dateneingabe.....	19
2.7.3 Auswertung	20
3 Ergebnisse.....	22
3.1 Stichprobenausschöpfung und Patientenrekrutierung	22
3.2 Allgemeine Merkmale der Studienteilnehmer.....	23
3.3 Angaben zum aktuellen Praxisbesuch	25
3.3.1 Beratungsgrund (Patientensicht).....	25
3.3.2 Beratungsursache aus Sicht des Arztes	28
3.3.3 Beratungsergebnis	31
3.3.4 Beratungsanlass	34
3.4 Dringlichkeit der Arztkonsultation.....	35
3.4.1 Dringlichkeit aus Sicht der Patienten.....	35
3.4.2 Dringlichkeit aus Sicht des Arztes	36
3.4.3 Differenz der Dringlichkeit aus Patienten- und Arztsicht	38

3.5	Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung.....	40
3.5.1	Hinweis auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei Patienten mit und ohne Termin	40
3.5.2	Zusammenhang zwischen Hinweisen auf eine psychische Erkrankung und der Dringlichkeit bei Patienten ohne Termin	42
3.6	Persönlichkeitsmerkmale der Patienten	43
3.7	Zufriedenheit der Patienten.....	44
3.8	Multivariate logistische Regressionsanalyse.....	45
3.9	Vergleich von Ergebnissen in den einzelnen Praxen	46
3.9.1	Alter und Geschlecht.....	46
3.9.2	Bewertung der Dringlichkeit durch Arzt und Patient	47
3.9.3	Hinweise auf psychische Erkrankungen.....	50
4	Diskussion.....	51
4.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	51
4.2	Methodenkritik.....	52
4.3	Interpretation und Bedeutung der Ergebnisse.....	54
4.4	Schlussfolgerung	60
5	Zusammenfassung	61
6	Literaturverzeichnis	63
7	Abbildungsverzeichnis.....	68
8	Tabellenverzeichnis.....	69
9	Anhang.....	70
9.1	Veröffentlichungen	70
9.1.1	Artikel in internationalen Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren	70
9.1.2	Kongresspublikationen mit Abstract	70
9.2	Fragebogen „Patient ohne Termin“	71
9.3	Fragebogen „Patient mit Termin“	75
9.4	Patienteninformation	79
9.5	Arztdokumentationsbogen	80
10	Danksagung	81

Anmerkung: In der vorliegenden Arbeit wurde zur Vereinfachung für die Bezeichnung von Personen oder Personengruppen unbekanntes bzw. potentiell unterschiedlichen Geschlechts immer das generische Maskulinum verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

Verzeichnis der Abkürzungen

BFI-K	Big Five Inventory Kurzversion
CI	Konfidenzintervall
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale
ICC	intra-class correlation coefficient
ICPC-2	International Classification of Primary Care version 2
n	Anzahl der Teilnehmer (in einer Gruppe)
OR	Odds-Ratio
PHQ-9	Patient Health Questionnaire for Depression
PHQ-15	Patient Health Questionnaire 15-Item
PmT	Patient mit Termin
PoT	Patient ohne Termin
SD	Standardabweichung
SSD-12	Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of Family Doctors

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Im Rahmen der Versorgungsforschung spielen organisationsbezogene Fragestellungen eine wichtige Rolle (Neugebauer et al., 2017; Ansmann et al., 2017). Für eine effiziente hausärztliche Versorgung ist eine gute Praxisorganisation eine wichtige Voraussetzung. Ein wichtiges Element hierbei ist gute und realisierbare Terminplanung. Hierbei gilt es, sowohl die tagesspezifische Planung, d.h. Terminvereinbarungen eines Werktages, als auch die Terminplanung mehrerer aufeinanderfolgender Werktage strukturiert und akkurat aufeinander abzustimmen (Wiesche et al., 2017).

Eine Reihe von Untersuchungen in Deutschland und anderen Ländern belegt, dass die Länge der Wartezeit in Arztpraxen einen wichtigen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hat (z.B. (Anderson et al., 2007; Balke et al., 2008; Lungen & Siegel, 2011; Oswald & Künzi, 2001)). Längere Wartezeiten führen, wie zu erwarten, im Mittel zu schlechteren Bewertungen der Praxen. Belegt ist auch, dass in Praxen, die keine Termine vergeben, die Wartezeit im Schnitt länger ist, als in Praxen, die Termine vergeben (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008). Eine effiziente Organisation der Praxis mit einem funktionierenden Terminvergabesystem vermindert Wartezeiten, erleichtert einen reibungslosen Arbeitsfluss und erhöht die Zufriedenheit von Patienten, Ärzten und Praxispersonal (Poschenrieder, 2010).

Eine empirische Untersuchung aus dem Jahr 2009 konnte zeigen, dass nach Umstellung auf ein konsequentes Terminvergabesystem die Wartezeiten in einer hausärztlichen Praxis reduziert werden konnten (Riedl, 2009). Eine Nachfolgeuntersuchung zeigte wiederum auf, dass trotz organisatorischer Umstrukturierung der Praxis dennoch 5% der Patienten ohne vorliegende Notfallindikation die Praxis ohne Termin aufsuchten (Riedl, 2010). Die hierbei gewonnen Erkenntnisse und Vorarbeiten stellen eine grundlegende Basis für die Initiation und Durchführung dieser Dissertation dar. Das im Folgenden gewählte Thema dieser Dissertation - „Wie unterscheiden sich Patienten mit und ohne Termin“ – greift hierbei als Thematik „Wartezeit“ auf und stellt den Zusammenhang zu einer relevanten Herausforderung in der Praxisorganisation her: Patienten, die aus unterschiedlichsten Gründen die Arztpraxis ohne Termin

aufsuchen und somit die Einhaltung und Erfüllung konkreter Terminplanung und -vorgaben beeinträchtigen. Um mit dieser organisatorischen Problematik umzugehen, existieren laut einer Arbeit aus dem Jahr 2003 vor allem in den Vereinigten Staaten sowie in einigen europäischen Ländern konkrete Modelle oder Strategien für den Umgang mit ungeplanten Patienten bzw. Patienten ohne Termin (Murray & Berwick, 2003). Als das klassische oder traditionelle Modell kann eine Terminplanung und -vergabe für den gesamten Arbeitstag im Voraus bezeichnet werden. Hierbei wird für Patienten ohne vorhergehende Terminvereinbarung kein spezieller Zeitpuffer eingeplant. Die Folge sind häufige Terminüberschneidungen und verlängerte Wartezeiten bei unzureichender zeitlicher Kapazität. In einem weiteren Modell erfolgt auf der Basis von Erfahrungswerten eine Bewertung der Dringlichkeit des Anliegens des Patienten, der ohne Termin die Praxis aufsucht. Bei Erforderlichkeit einer zeitnahen Konsultation und Behandlung sind feste Zeiträume für eben diese ambulanten Patienten oder Patienten mit erhöhter Dringlichkeit reserviert. In einem dritten Modell erhält der Patient die Möglichkeit, eine kurzfristige Terminvereinbarung innerhalb eines Tages vorzunehmen, wobei von Seiten der Arztpraxis keine Unterscheidung hinsichtlich der Dringlichkeit bei der Terminvergabe erfolgt. Jedoch dürften sich hierbei in Arztpraxen die Wartezeiten durch die Zusatztermine eher verlängern. Auf Grund ungeplanter Patientenfrequenz ist auch hier wieder eine konkrete Termindurchführung entsprechend der Vorabplanung nicht realisierbar. In Deutschland wird nicht starr nach einem dieser Modelle verfahren. Die Organisation der Terminvergabe und Umgang mit ungeplanten Patienten erfolgt sehr individuell und ist den jeweiligen Voraussetzungen der Praxis angepasst. Eine empirische Studie aus Deutschland aus dem Jahr 2010 zeigt jedoch beispielsweise, dass eine Kontaktaufnahme mit der Praxis via Telefon vor dem Aufsuchen der Praxis eine Reduzierung der Wartezeit zur Folge hat (Poschenrieder, 2010). Dennoch suchen ca. 5% der Patienten die Arztpraxis ohne vorherigen Anruf zur Terminvereinbarung auf (Barnsley et al., 2002; Riedl, 2009). Die meisten dieser Patienten weisen keine Notwendigkeit für eine dringende therapeutische Intervention oder Behandlung auf.

Darüber hinaus hat möglicherweise eine ganze Reihe von weiteren Faktoren Einfluss auf die Entscheidung bestimmter Patienten, die eine Allgemeinarztpraxis ohne Termin aufsuchen. Hierbei scheint es naheliegend zu sein, dass

beispielsweise als dringend bewertete Beschwerden oder ein anstehendes Wochenende die Wahrscheinlichkeit für ein solches Verhalten erhöhen. Dies scheint nach Einzelauffassung erfahrener Ärzte vor allem für Patienten jüngeren Alters zu gelten, wenn man sie mit älteren Patienten vergleicht. Es macht den Anschein, dass jüngere Patienten eine permanente Verfügbarkeit des Arztes, sei es mit oder gerade eben ohne vorherige Terminvereinbarung, erwarten. Diesem Verhalten könnte eine gewisse Anspruchshaltung zu Grunde liegen.

Einige Studien beschäftigen sich mit dem Vergleich zwischen Patienten „normaler“ Allgemeinarztpraxen und Patienten von Arztpraxen oder Kliniken, die auf die Behandlung von ambulanten Patienten und Notfallpatienten spezialisiert sind (Robb et al., 2003; Wiesche et al., 2017). Im Rahmen einer Literaturrecherche konnte jedoch keine wissenschaftliche Arbeit identifiziert werden, welche den Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Termin ausschließlich in gewöhnlichen Allgemeinarztpraxen untersucht und thematisiert. Nach den Erfahrungen mehrerer Allgemeinärzte, die eine Terminpraxis praktizieren, besteht der subjektive Eindruck, es handle sich bei eben diesen Patienten um ein besonders „schwieriges“ oder „zeitraubendes“ Klientel. Aus diesem Grund fiel das Interesse auf einen möglichen Zusammenhang hinsichtlich der Auffälligkeit der Patienten ohne Termin in Verbindung mit psychischen Erkrankungen (z.B. Depression, Angst, somatoforme Störungen, etc.) und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, die sie von den Patienten unterscheidet, die mit Termin den Arzt aufsuchen. Auch eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Patienten mit psychosomatischen Störungen führte zu dieser Überlegung (Robb et al., 2003; Schneider et al., 2011).

Um verlässliche Informationen bezüglich der Hintergründe für das Aufsuchen einer Allgemeinarztpraxis durch Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung zu sammeln, wurde am Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München die vorliegende Studie durchgeführt. Neben dem wissenschaftlichen Aspekt der Versorgungsforschung spielte es für die Studieninitiatoren ebenfalls eine wichtige Rolle, Strategien zu entwickeln, um zukünftig einerseits die Anzahl derartiger Konsultationen zu verringern und andererseits die Praxisorganisation und Modelle der Terminplanung und- vergabe anhand gewonnener Erkenntnisse effizienter zu gestalten.

1.2 Ziele der Studie

Es sollte untersucht werden, ob sich Patienten mit und ohne Termin in hausärztlichen Praxen in Bezug auf folgende Merkmale unterscheiden:

- Soziodemographische Merkmale
- Beratungsursache (welche Beschwerden führen zum Arztbesuch)
- Vom Patienten und vom Arzt empfundene Dringlichkeit des Arztbesuches
- Ausprägung von Hinweisen auf eine somatoforme Störung bzw. eine Störung mit somatischen Symptomen, eine Depression oder eine generalisierte Angststörung
- Persönlichkeitsmerkmale
- Zufriedenheit mit der Praxis

Außerdem sollten bei Patienten ohne Termin die situativen Beratungsanlässe (z.B. „Ich hatte gerade Zeit“) erfasst werden.

Auf Grund der Vielzahl der untersuchten Variablen und dem Fehlen empirischer Voruntersuchungen hatte die geplante Erhebung einen stark explorativen Charakter. Dennoch wurden auf der Basis theoretischer Überlegungen drei Hypothesen formuliert:

1. Patienten ohne Termin schätzen die Dringlichkeit (erfasst mit einer fünfstufigen Likert-Skala) eines Arzttermins im Mittel höher ein als Patienten mit Termin
2. Die Differenz der Einschätzung der Dringlichkeit durch Patient und Arzt ist bei Patienten ohne Termin größer als bei Patienten mit Termin
3. Bei Patienten ohne Termin, bei denen aus Sicht des Arztes keine hohe Dringlichkeit für einen Arzttermin besteht, ist eine psychische Erkrankung häufiger als
 - a) bei Patienten mit Termin und bei
 - b) Patienten ohne Termin mit hoher Dringlichkeitsbeurteilung durch den Arzt.

2 Methoden

2.1 Studiendesign und ethische Aspekte

Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie mit einmaliger schriftlicher Befragung von Patienten und Ärzten. Bei den befragten Patienten wurde in zwei Gruppen (Gruppe 1: Patienten ohne Termin, Gruppe 2: Patienten mit Termin) unterschieden.

Die Untersuchung wurde in Übereinstimmung mit der ärztlichen Berufsordnung und der Deklaration von Helsinki in der Fassung von 2008 sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durchgeführt. Die Teilnahme der Patienten an der Befragung war freiwillig. Wer nicht teilnehmen wollte, füllte den Fragebogen nicht aus. Die Durchführung der Studie erlaubte eine komplett anonyme Datenerhebung und Auswertung. Im Rahmen der Erhebung erfolgten keinerlei invasive oder auf sonstige Art und Weise den Patienten gefährdende Eingriffe. Es erfolgte eine kurze mündliche und eine schriftliche Information der Patienten bezüglich der Datenerhebung. Eine schriftliche Einwilligung wurde nicht eingeholt.

Der Untersuchungsplan wurde vor Studienbeginn der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München zur Begutachtung vorgelegt. Es wurde nicht mit dem Einschluss von Patienten begonnen, bevor das schriftliche Votum der Ethikkommission vorlag (Projektnummer 335/15).

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien und Rekrutierung

2.2.1 Praxen

In der durchgeführten Untersuchung wurden ausschließlich hausärztliche Terminpraxen einbezogen, in denen sowohl gesetzliche wie auch privat krankenversicherte Personen versorgt werden. Als eine Terminpraxis wurde im Rahmen dieser Studie nur eine Praxis angesehen, die den gesamten Praxisablauf mit Terminvergabe organisiert. Es wird in diesen Praxen nach Möglichkeit allen Patienten ein Termin zu einer Konsultation des Arztes zugeteilt. Selbstverständlich stehen diese Praxen für Notfälle zur Verfügung, nach Möglichkeit sollte jedoch auch in derartigen Fällen ein kurzer Anruf dem

Arztbesuch vorausgehen, um dem Praxispersonal die Möglichkeit zur effizienten Planung bzw. Umplanung der Terminabfolge einzuräumen. Regelmäßige Zeitintervalle, um unangemeldete Patienten ohne Zeitverlust in die Terminplanung einzuschließen und zu behandeln, kommen in dieser Form der Praxisorganisation nicht zum Einsatz. Patienten ohne Termin werden dennoch nicht grundsätzlich abgewiesen. Lediglich kurze Zeitpuffer werden eingesetzt um Verzögerungen im Praxisablauf durch längere Behandlungszeiten oder durch eben diese Patienten, die ohne Termin die Praxis aufsuchen, ausgleichen zu können.

Die Rekrutierung der Praxen erfolgte durch persönliche Ansprache von Ärzten durch den Studienleiter Dr. med. Bernhard Riedl aus dem Netz von Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München und aus dem persönlichen Umfeld des Studienleiters. Insgesamt wurden fünf Praxen in die Studie eingeschlossen. Hierbei handelte es sich um je eine Allgemeinarztpraxis im bayerischen Donaustauf und Wenzenbach, zwei Märkte in der Oberpfalz mit ca. 3800 bzw. 4500 Einwohnern, eine Gemeinschaftspraxis in der 8500-Einwohner-Gemeinde Peißenberg in Oberbayern sowie eine Praxis in der niederbayerischen Kleinstadt Rottenburg an der Laaber mit 4500 Einwohner und eine Praxis in Regensburg, Großstadt und Hauptstadt des Regierungsbezirks Oberpfalz mit ca. 145000 Einwohnern. Mit Ausnahme der oberbayerischen Gemeinschaftspraxis, welche durch eine Fachärztin für Allgemeinmedizin sowie einen Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin betrieben wird, handelt es sich bei allen übrigen, an der Studie teilnehmenden Praxen um Einzelpraxen. Für die Auswertung wurden die Praxen mit den Buchstaben A bis E kodiert, um Vertraulichkeit zu gewährleisten.

2.2.2 Patienten

Um an der Studie teilnehmen zu können bzw. eingeschlossen zu werden, mussten Patienten die geforderten Einschlusskriterien erfüllen:

- das Mindestalter zur Teilnahme betrug 18 Jahre
- es mussten ausreichende Deutschkenntnisse vorhanden sein, um den Fragebogen beantworten zu können
- die Bereitschaft des Patienten zur Studienteilnahme

Von der Teilnahme ausgeschlossen waren Patienten, bei denen eines oder mehrere der folgenden Merkmale erfüllt waren:

- Patienten, die nur wegen Blutwerten, Rezepten etc. oder ohne persönliche Konsultation des Arztes die Praxis aufsuchten
- Patienten mit einem Alter von unter 18 Jahren
- mangelnde Deutschkenntnisse
- Patienten, bei denen sofortige Notfallmaßnahmen unmittelbar notwendig waren

Die Rekrutierung der Patienten, die die Praxen ohne Terminabsprache aufsuchten, erfolgte streng konsekutiv, d.h. jeder Patient, der die genannten Auswahlkriterien erfüllte, sollte nach Möglichkeit in die Befragung eingeschlossen werden. Für die Bildung der Vergleichsgruppe wurde der nächste, unmittelbar auf den jeweiligen Patienten ohne Termin folgende, einwilligende Patient mit Termin eingeschlossen. Die Patienten wurden explizit darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig ist und ihnen durch eine Nichtteilnahme keinerlei Nachteile entstehen. Die Zahl der geeigneten, aber nicht einwilligenden Patienten sollte dokumentiert werden.

Insgesamt sollten 250 Patienten, die die teilnehmenden Praxen ohne Terminabsprache aufgesucht hatten, eingeschlossen werden. Das entspricht einer Zahl von 50 „Patienten ohne Termin“ pro Praxis. Entsprechend sollten 250 Patienten mit Termin eingeschlossen werden. Das entspricht ebenfalls einer Zahl von 50 „Patienten mit Termin“ pro Praxis.

2.3 Ablauf

Suchte ein potenziell geeigneter Patient eine teilnehmende Praxis ohne Termin auf, wurde er, wie in der Praxisroutine üblich aufgenommen bzw. registriert. Lag kein offensichtlicher Verstoß gegen die Ein- und Ausschlusskriterien vor, wurde der Patient auf die in der Praxis laufende Studie hingewiesen und gebeten, die Patienteninformation sorgfältig durchzulesen. Die Patienteninformation wurde

dem Patienten gemeinsam mit dem vierseitigen Fragebogen und einem kartonierten weißen DIN-4 Briefumschlag, der einen braunen DIN-A5 Briefumschlag und den Arztfragebogen enthielt, ausgehändigt. Wenn die Patienten nicht teilnehmen wollten, gaben Sie diese Unterlagen wieder dem Praxispersonal zurück. Bestanden Fragen bezüglich des Fragebogens oder der Studie im Allgemeinen, wurden diese vom Praxispersonal oder vom Arzt beantwortet. Wenn Patienten bereit waren, teilzunehmen, füllten sie den Fragebogen (in der Regel im Wartezimmer) aus. Nach dem Ausfüllen sollten die Patienten den Fragebogen in den braunen DIN-A5 Briefumschlag stecken, zukleben und diesen in den DIN-A4 Umschlag stecken. Dieser wurde dem Arzt dann bei der Konsultation übergeben, wobei der Arzt entsprechend keine Einsicht in den ausgefüllten Fragebogen erhielt. Der Arzt dokumentierte am Ende der Konsultation basale Angaben zum Patienten (siehe 2.6). Der Arzt-Bogen wurde schließlich ebenfalls in den DIN-A4 Umschlag gegeben und der Umschlag verschlossen. Auf dem Umschlag war lediglich eine Praxisnummer und ‚oT‘ (für Patienten ohne Termin) vermerkt. Die Umschläge wurden vom Praxispersonal abgelegt.

Der auf den Patienten ohne Termin unmittelbar folgende Patient mit Termin wurde dann, bei nicht vorliegenden Ausschlusskriterien, in der gleichen Weise angesprochen, informiert und ggf. für eine Studienteilnahme gewonnen. Wollte dieser Patient nicht teilnehmen, wurde der nächstfolgende Patient angesprochen usw. Das weitere Vorgehen war identisch mit dem Vorgehen bei den Patienten ohne Termin. Auf dem weißen DIN-A4 Umschlag wurde entsprechend dieser Vergleichsgruppe neben der Praxisnummer ‚mT‘ (für Patienten mit Termin) vermerkt.

Die gefüllten und verschlossenen Umschläge wurden in den Praxen gesammelt und an das Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München weitergegeben, wo sie vom Autor in eine SPSS-Datenbank eingegeben und statistisch ausgewertet wurden. In der Praxis verblieben keine Unterlagen. Die Anzahl der Patienten, die aus diversen Gründen nicht an der Befragung teilnehmen wollten, wurde nach Abschluss der Studie nach Rücksprache mit den einzelnen Praxen im Nachhinein mündlich übermittelt und dementsprechend in den Studienergebnissen dokumentiert. Die geplante schriftliche Dokumentation

der Ablehnungen wurde auf Grund der geringen Anzahl und aus organisatorischen Gründen durch die jeweiligen Praxen leider nicht durchgeführt.

Das oben beschriebene Vorgehen erlaubte, dass

- a) der Name des Patienten nirgends dokumentiert wurde und
- b) der Arzt die Angaben des Patienten ebenso wenig einsehen konnte wie der Patient die Angaben des Arztes.

Durch die strikte Trennung von Erhebung und Auswertung ist auch eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einzelnen Personen nicht möglich. Die Erhebung ist somit komplett anonymisiert.

2.4 Fragebogen für Patienten

Der vierseitige Patienten-Fragebogen wurde in zwei, für Patienten ohne und mit Termin geringfügig unterschiedlichen und im finalen Druck unterschiedlich farbigen Versionen (gelb für Patienten ohne Termin, grün für Patienten mit Termin) ausgegeben (siehe Anhang). Die inhaltlichen Unterschiede sind in Abschnitt 2 beschrieben.

Abschnitt 1 - Fragen zur Person

Hier wurden Alter, Geschlecht, Familienstand, Zahl der Kinder, Art der Krankenversicherung, Schulabschluss sowie die Zeitdauer, seit welcher der Teilnehmer bereits Patient in der Praxis ist, abgefragt.

Abschnitt 2 - Angaben zum aktuellen Praxisbesuch/zu Beschwerden

In Abschnitt 2 wurden Information zum aktuellen Praxisbesuch und zu den Beschwerden erfasst. In der ersten Frage wurde in einem Freitextfeld der entsprechende Grund bzw. das akute Beschwerdebild, das zur Konsultation Arztes führte, in beiden Gruppen abgefragt. Darauf folgte die Frage nach dem Beratungsanlass, d.h. die Patienten wurden gefragt, was sie zum Arztbesuch an exakt diesem Tag zu genau diesem Zeitpunkt veranlasste. Dies erfolgte

ausschließlich in der Gruppe der Patienten ohne Termin. Hierbei konnte der Befragte zwischen den Antwortmöglichkeiten „war gerade in der Nähe“, „hatte gerade Zeit“, „plötzliche Beschwerden“, „immer stärker werdende Beschwerden/Schmerzen“, „Partner schickt mich“ oder „es war Wochenende/Feiertag“ wählen. Unter „Sonstiges“ war es dem Studienteilnehmer möglich, bei Nichtvorhandensein einer passenden Antwort bezüglich des Beratungsanlasses in der erwähnten Auflistung einen Freitext zu formulieren. Sowohl Einzel- als auch Mehrfachantworten waren möglich. In beiden Gruppen wurden anschließend Beschwerdedauer sowie eventuell vorausgegangene Informationsbeschaffung über das Internet und die Dringlichkeit erfragt, mit der die Patienten beider Gruppen ihr Anliegen bzw. Beschwerden bewerteten. Möglich waren hier Aussagen von „sehr dringlich“, „dringlich“ über „etwas dringlich“ und „nicht dringlich“ bis „gar nicht dringlich“. Patienten, die ihren Termin nicht aufgrund akuter Beschwerden, sondern z.B. wegen einer Routinekontrolle, erhalten hatten, konnten die Möglichkeit wahrnehmen, diese Fragen zu überspringen. Alle Patienten sollten außerdem beantworten, ob bei ihnen chronische Erkrankungen vorliegen.

Abschnitte 3 bis 6 - PHQ-D-Module Depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen sowie der Fragebogen 'Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12)

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D (Löwe, 2001)) ist die validierte deutsche Version des "Patient Health Questionnaire (PHQ)". Neben der Verwendung einer Kompletversion dieses Fragebogens, die bei Analyse der Patientenantworten die Diagnostik von somatoformen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch zulässt, ist es auch möglich, eine Kurzform oder nur einzelne Module von diesem zur Patientenbefragung zu verwenden. Der Fragebogen bzw. die einzelnen Module fungieren in Kombination mit ärztlicher Gesprächsführung als valides und zeitökonomisches Screeninginstrument für psychische Störungen. In der durchgeführten Studie kam das Modul für depressive Erkrankungen (PHQ-9 (Kroenke & Spitzer, 2002)), das Modul zur Bestimmung des Schweregrads somatischer Symptome (PHQ-15 (Kroenke et al., 2002)) sowie das Modul für Angststörungen GAD-7 (Spitzer et al., 2006) zur Anwendung. Aufgrund seiner

sehr guten diagnostischen Eigenschaften, seiner Praktikabilität und internationalen Verfügbarkeit ist der PHQ zu einem der am häufigsten verwendeten diagnostischen Fragebögen für die klinische Praxis und Forschungsfragestellungen geworden und dient besonders der Diagnostik bei Erstkontakt und der Beurteilung des Krankheitsverlaufs bei psychisch Erkrankten. Hierbei bewegt sich der Fragebogen hinsichtlich des Störungsbildes auf Syndrom- und nicht auf Störungsebene.

Das Modul für somatoforme Störungen (PHQ-15; Abschnitt 3) dient zur Befragung der Testteilnehmer hinsichtlich 13 unterschiedlicher Symptome in den vergangenen vier Wochen. Im Konkreten bedeutet das eine Bewertung mit 0 für die Antwort „nicht beeinträchtigt“, 1 für „wenig beeinträchtigt“ und 2 für „stark beeinträchtigt“. Hinzu kommen noch zwei Items aus dem Depressionsmodul „PHQ-9“, die beim „PHQ-15“ ebenfalls miteinbezogen werden. Hier entspricht die Antwort „überhaupt nicht“ dem Wert 0, „an einzelnen Tagen“ entspricht dem Wert 1, der Wert 2 entspricht der Antwort „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“. Zur Analyse des Fragebogens kann aus den, den Antworten entsprechenden, Zahlen ein Skalensummenwert errechnet werden, der in diesem Fall zwischen 0 und 30 liegen kann. Diese Art der Auswertung dient allerdings weniger der diagnostischen Beurteilung, sondern eher der Verlaufsbeurteilung (Therapiekontrolle, Follow-up) oder dem Vergleichen mit anderen Studienkollektiven. Die in der Studie verwendete kategoriale Auswertung zur Diagnostik erfolgt durch Auswertungsalgorithmen. Zur Diagnose eines somatoformen Syndroms durch den PHQ-15, im offiziellen PHQ-D Manual als Fragen 1a bis 1m (3a bis 3m nach der Nummerierung der vorliegenden Studie) bezeichnet, müssen wenigstens drei der genannten Fragen mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet sein und zusätzlich eine entsprechende organische Ursache fehlen.

Das Modul für depressive Störungen (PHQ-9; Abschnitt 4) besteht aus 9 Items und erfragt vom Teilnehmer die Häufigkeit depressiver Symptomatik in den vergangenen zwei Wochen. Die möglichen Antworten „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tage“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ bzw. „beinahe jeden Tag“ entsprechen in derselben Reihenfolge den Ziffern 0, 1, 2 und 3. Auch hier wird entsprechend dem „PHQ-15“ ein Summenskalenwert gebildet, der einen Gesamtwert zwischen 0 und 27 ergibt. Für die kategoriale Auswertung zur

Diagnose einer Major Depression durch den PHQ-9, im offiziellen PHQ-D Manual als Fragen 2a bis 2i (5a bis 5i nach Nummerierung in der vorliegenden Studie) bezeichnet, müssen wenigstens fünf der genannten Fragen (darunter in jedem Fall 2a oder 2b) mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sein. Frage 2i ist selbst dann Teil der Aufzählung, wenn sie lediglich mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet wurde. Die Kriterien für andere depressive Syndrome sind erfüllt, wenn zwei, drei oder vier Fragen des PHQ-9 wenigstens mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und sich unter diesen auch Frage 2a oder 2b befindet. Für die Frage 2i gilt dasselbe wie in der Auswertung für eine Major Depression.

Das Modul für generalisierte Angststörung oder auch „Generalized Anxiety Disorder“ (GAD-7, Abschnitt 6), fungiert als Screeninginstrument oder auch als Schweregradmesser der Symptomatik, um mögliche generalisierte Angststörungen und andere Angststörungen bei den Patienten zu erfassen. Es setzt sich aus sieben Aussagen bezüglich einer Angstsymptomatik zusammen und bezieht sich auf die vergangenen zwei Wochen. Die Antwortmöglichkeiten entsprechen der Auswahl im „PHQ-9“- Modul und werden ebenfalls mit den Ziffern 0, 1, 2 und 3 bewertet. Der Skalensummenwert reicht hier von 0 bis 21. Ein Wert ≥ 5 bedeutet eine mild ausgeprägte Angstsymptomatik, ein Wert ≥ 10 bedeutet eine mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik und ein Wert ≥ 15 bedeutet eine schwer ausgeprägte Angstsymptomatik.

Im Rahmen der Reklassifizierung somatoformer Beschwerden in der 5. Ausgabe des Diagnostic and Statistic Manual Disorders (DSM-V) wurde die neue Entität „Störung mit somatischen Symptomen“ (Somatic Symptom Disorder, SSD) gebildet, die auch im Rahmen der vorliegenden Studie von großem Interesse erscheint (Rief & Martin, 2014). Daher wurde der zur Erfassung dieser Störung neu entwickelte und in deutscher Sprache validierte Fragebogen Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12; Abschnitt 5) eingesetzt (Toussaint et al., 2016). In den Antwortmöglichkeiten ist der Teilnehmer dazu aufgefordert, die Aussagen der 12 Items mit der persönlich für ihn zutreffenden Häufigkeitsangabe zu beantworten. Diese 12 Items setzen sich wiederum aus 3 Unterkategorien der Entität „Störung mit somatischen Symptomen“ zusammen, im Konkreten aus den Kategorien „kognitive Aspekte“, „affektive Aspekte“ sowie „Verhaltensaspekte“. Jeder der drei Subskalen sind je vier Fragen des SSD-12

zugeordnet. Subkala I für „kognitive Aspekte“ beinhaltet die Items 1, 4, 7 und 10, Subskala II für „affektive Aspekte“ beinhaltet die Items 2, 5, 8 und 11, Subskala III für „Verhaltensaspekte“ beinhaltet die Items 3, 6, 9 und 12. Die Antworten „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „sehr oft“ werden hierbei entsprechend der Reihenfolge mit den Ziffern 0, 1, 2, 3 und 4 kodiert und zu einem Skalensummenwert zusammengezählt. Dieser kann dementsprechend zwischen einem Wert von 0 und 48 liegen (Toussaint et al., 2016).

Abschnitt 7. Fragen zur persönlichen Selbsteinschätzung

Mit der Kurzversion des „Big Five Inventory“, bestehend aus 21 Items (BFI-K (Rammstedt & John, 2005)), sollte die Ausprägung der fünf Persönlichkeitsdimensionen „Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“, „Neurotizismus“ und „Offenheit für Erfahrungen“ erfasst werden. Die Teilnehmer wählten bei der Befragung eine der fünf Antwortoptionen einer Likert-Skala aus, um jedes der 21 Fragebogenitems, die sich auf Aussagen zu seiner Persönlichkeit beziehen, bestmöglich zu beantworten. Die Aussagen „sehr unzutreffend“, „eher unzutreffend“, „weder noch“, „eher zutreffend“ und „sehr zutreffend“ werden entsprechend der Reihenfolge mit den Ziffern 1, 2, 3, 4 und 5 kodiert. Anhand der Kodierungen und der Skalensummenwerte kann anschließend eine Aussage über die fünf Persönlichkeitsdimensionen „Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“, „Neurotizismus“ und „Offenheit für Erfahrungen“ getroffen werden.

Abschnitt 8. Fragen zur Zufriedenheit mit der Praxis

Die Zufriedenheit mit der Praxis sollte bezüglich Wartezeiten, Organisation, ärztlicher Betreuung, Praxispersonal sowie insgesamt mit Schulnoten bewertet werden. Die Noten 1, 2, 3, 4, 5 und 6 wurden im Fragebogen mit den ausformulierten Bezeichnungen „sehr gut“, „gut“, „befriedigend“, „ausreichend“, „mangelhaft“ und „ungenügend“ in derselben Reihenfolge wie die entsprechend kodierten Zahlen aufgeführt.

2.5 Vom Arzt zu erhebende Daten

Am Ende der Konsultation sollte der Arzt für jeden an der Erhebung teilnehmenden Patienten Monat und Wochentag der Konsultation, Beratungsursache, Beratungsergebnis und Dringlichkeit in den entsprechenden Fragebogen eintragen. Als Beratungsursache wurde hier das eigentliche Beschwerdebild des Patienten dokumentiert, also die vom Patienten geschilderte oder auch die vom Arzt erfragte und beobachtete Symptomatik. Im Beratungsergebnis wurde zusammenfassend die vorläufige Diagnose durch den Arzt dokumentiert. Die Angaben zur Dringlichkeit entsprachen denjenigen im Patientenfragebogen.

2.6 Codierung von Freitextangaben zu Beratungsanlass, Beratungsursache und Beratungsergebnis

Zum Zweck einer statistischen Auswertbarkeit der Patienten- und Arztangaben erfolgte die Codierung der Freitextangaben zu Beratungsanlass, Beratungsursache und Beratungsergebnis anhand der ICPC-2-Klassifikation. Hierbei handelt es sich um eine Klassifizierung speziell für die medizinische Primärversorgung und den hausärztlichen Sektor, welche von der WONCA (Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin) erarbeitet wurde und stetige Erweiterung erfährt. Die Klassifikation ist offiziell durch die WHO anerkannt (WONCA International Classification Comitee, 2011; World Health Organisation, 2003).

Die ICPC-2-Klassifikation ist in 18 Kapitel unterteilt, welche medizinische Prozeduren, 16 Organsysteme bzw. spezifische Fachrichtungen sowie soziale Problematiken berücksichtigt. Es erfolgt eine weitere, individuelle Unterteilung der Kapitel in unterschiedliche Rubriken: Symptome, Infektionen, Neubildungen, Verletzungen, Fehlbildungen sowie andere Diagnosen. Jedem Kapitel, mit Ausnahme der medizinischen Prozeduren, ist ein Buchstabe zugeordnet. Die jeweilige Codierung erfolgt durch einen Buchstaben sowie eine zweistellige Zifferkombination, z.B. „Fieber“- A03 (WONCA International Classification Committee, 2017). Nach eben diesem genannten Prinzip erfolgte die Codierung aller Freitextangaben durch Ärzte und Patienten in der vorliegenden Studie.

2.7 Biometrie

2.7.1 Fallzahl

Die Fallzahl sollte ausreichend groß sein, um zumindest bei den unter 1.2 genannten Hypothesen 1 und 2 mit einer Power von 90% eine standardisierte Mittelwertsdifferenz von 0,3 erfassen zu können ($\alpha = 5\%$, zweiseitige Testung). Entsprechend einer Fallzahlschätzung mit der Software G*Power Version 3.1.9 wurden hierfür 235 Patienten pro Gruppe, also insgesamt 470 Patienten benötigt. Da angesichts des auf Anonymität ausgerichteten Studienablaufs mit einer gewissen Anzahl fehlender Angaben zu rechnen war, sollten 250 Patienten pro Gruppe, also insgesamt 500 Patienten rekrutiert werden. Für die Rekrutierung wurde auf der Basis einer Vorstudie (Riedl, 2009) davon ausgegangen, dass durchschnittlich 5% der Patienten einer Praxis mit 800 Scheinen pro Quartal mindestens einmal ohne Termin (also 40 Patienten) aufsuchen. Ein Viertel dieser Patienten können aufgrund unmittelbarer Notfallsituationen oder mangelnder Teilnahmebereitschaft nicht für die Studie rekrutiert werden. Auf Basis dieser Berechnungen erschien ein Rekrutierungszeitraum von maximal 6 Monaten für 50 Patienten ohne Termin realistisch. Die Größe von 2x50 Patienten pro Praxis erlaubte darüber hinaus orientierende Aussagen zu den Unterschieden in einzelnen Praxen und das Vorliegen von Unterschieden zwischen den Praxen.

2.7.2 Dateneingabe

Die Daten wurden vom Autor in das Programm SPSS (IBM SPSS Statistics, Armonk, NY, USA, Version 23) eingegeben. Bei 10% der Fragebögen wurde nach erfolgter Eingabe in das SPSS-Programm eine manuelle Kontrolle bezüglich der korrekten Dateneingabe durchgeführt. Darüber hinaus erfolgten, insbesondere hinsichtlich der Überprüfung von Minima und Maxima, für alle Variablen Plausibilitätschecks.

2.7.3 Auswertung

Für die deskriptive Auswertung wurden je nach Datentyp Mittelwerte und Standardabweichungen, Mediane und Quartile bzw. Häufigkeiten und Prozentangaben ermittelt. Die inferenzstatistische Überprüfung der Hypothesen 1 und 2 (bzw. der entsprechenden Null-Hypothesen) erfolgte mit dem Mann-Whitney U-Test. P-Werte (zweiseitig) $< 0,05$ wurden als signifikant interpretiert. Die Prüfung von Hypothese 3 erfolgte mit Fisher's exaktem Test in zwei Schritten (1. Vergleich der Häufigkeit des Vorliegens mindestens einer psychischen Komorbidität entsprechend Schwellenwerten in PHQ-9, PHQ-15 oder GAD-7 bei Patienten ohne Termin mit und ohne hoher Dringlichkeitsbewertung; 2. Vergleich zwischen Patienten ohne Termin und ohne hohe Dringlichkeit mit Patienten mit Termin).

Auch bezüglich der Gruppenunterschiede für weitere Variablen wurden p-Werte (je nach Skalenniveau mit Fisher's exaktem Test, Chi²-Test, Mann-Whitney-U oder Student's t-Test) und 95%-Vertrauensintervalle berechnet; diese wurden aber ausschließlich im Sinne einer Hypothesengenerierung interpretiert. Eine formale Korrektur für multiples Testen erfolgte nicht. Abgesehen von den drei Hypothesenprüfungen wurden Gruppenunterschiede jedoch im Ergebnisteil nur dann als „signifikant“ bezeichnet, wenn der p-Wert $< 0,001$ war. Bei p-Werten $0,001 < p < 0,05$ wurde von „Unterschieden“ gesprochen. In den Ergebnistabellen wurden p-Werte $\geq 0,01$ mit zwei Nachkommastellen angegeben, p-Werte $< 0,01$ mit drei Nachkommastellen.

Um die Übereinstimmung der Dringlichkeitsbewertung von Patient und Arzt zu überprüfen, wurde ein Intraclass-Korrelationskoeffizient (ICC; gemischtes two-way Modell) berechnet. Ein ICC $< 0,5$ wurde als gering bewertet, ein Wert zwischen 0,5 und 0,75 als mäßig, zwischen 0,75 und 0,9 als gut, und Werte $> 0,9$ als exzellent (Koo & Li, 2016).

Um weitergehend zu untersuchen, welche Variablen mit der Wahrscheinlichkeit, ein Patient ohne Termin zu sein, zusammenhängen, wurden multivariate logistische Regressionsanalysen gerechnet. Die Selektion der Variablen beruhte auf den Studienzielen und –hypothesen (siehe 1.2), signifikanten Gruppenunterschieden bei univariaten Analysen, Korrelationsanalysen, und der Häufigkeit fehlender Antworten. Um mögliche Zentrumseffekte zu

berücksichtigen, wurden die Praxen als Dummy-Variablen in das Modell einbezogen. Es wurden sowohl Einschlussmodelle wie auch Vorwärts- und Rückwärts-Selektionsmodelle gerechnet; die Ergebnisse waren in hohem Maße konsistent. Im Ergebnisteil werden ebenfalls die Ergebnisse der Wald-Rückwärts-Selektion dargestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenausschöpfung und Patientenrekrutierung

Zwischen November 2015 und April 2016 wurden insgesamt 501 Patienten in die Studie aufgenommen (Abbildung 1). Entsprechend dem geplanten Studiendesign teilt sich die Gesamtzahl der Teilnehmer zu fast gleichen Teilen in die Gruppe „Patienten ohne Termin“ (n=251) und die Vergleichsgruppe „Patienten mit Termin“ (n=250). Der Anteil der teilnehmenden Patienten in den Praxen A, B, D und E betrug jeweils 100. Lediglich in Praxis C wurden 101 Patienten befragt. Ca. 50 angesprochene Patienten lehnten eine Teilnahme an der Studie ab, zu gleichen Anteilen der Testgruppe und der Kontrollgruppe zugehörig. Die häufigsten Gründe für eine Nichtteilnahme waren Zeitmangel oder fehlendes Interesse. Somit lehnte in etwa jeder zehnte Patient eine Teilnahme an der Studie ab. Auf Grund eines Sortierfehlers bei Ausgabe der Fragebögen an die Arztpraxen wurde nicht stets die exakt gleiche Anzahl an Fragebögen beider Patientengruppen an die Praxen ausgehändigt. Dies wurde erst nach Rückgabe und Eingabe der Fragebogenergebnisse bemerkt. Auf diese Weise kam eine geringfügige Abweichung hinsichtlich der Anzahl an Fragebögen für beide Gruppen in den Arztpraxen zustande.

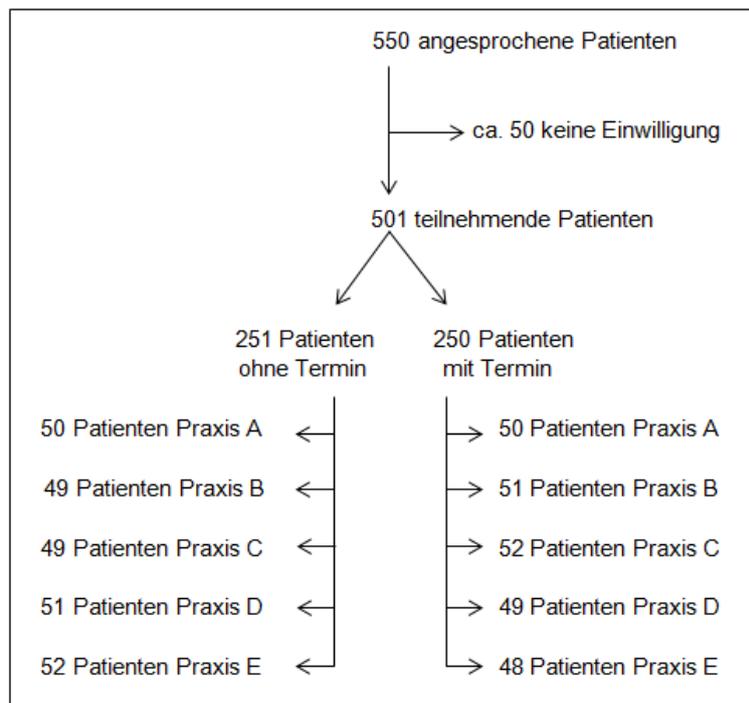


Abbildung 1: Flow Chart zur Rekrutierung

3.2 Allgemeine Merkmale der Studienteilnehmer

Betrachtet man die Gesamtheit der Studienteilnehmer, betrug das Alter im Mittel 47 Jahre (SD 16). Hierbei waren die „Patienten ohne Termin“ mit 44 Jahren (SD 16) durchschnittlich 6 Jahre jünger als die „Patienten mit Termin“ (SD 16, $p < 0,001$; Tabelle 1). Die geschlechtsspezifische Verteilung war sowohl im Gesamten als auch in den jeweiligen Gruppen nahezu gleich. 51% der Patienten ohne Termin gaben als Familienstand „verheiratet“ an, 31% der Teilnehmer dieser Gruppe waren „ledig“. In der Gruppe der Patienten mit Termin lag der Prozentanteil für das Merkmal „verheiratet“ mit 63% über dem der Patienten ohne Termin, mit 23% für das Merkmal „ledig“ lag die Gruppe mit vorhergehender Terminvereinbarung jedoch unter dem Wert der Gruppe der Patienten ohne Termin ($p < 0,05$). Während ungefähr ein Viertel der Patienten mit Termin bisher kinderlos lebte, lag dieser Anteil bei der Gruppe der Patienten ohne Termin bei 39%. Einer gesetzlichen Krankenversicherung waren in der Gruppe der Patienten ohne Termin mit 91% geringfügig mehr Individuen zugehörig als in der Vergleichsgruppe (87%). Hinsichtlich des erreichten Schulabschlusses ist mit 67% der Patienten ohne Termin und mit 74% der Patienten mit Termin in beiden Gruppen der größte Anteil für das Merkmal „Volks-/Hauptschulabschluss, Quali, mittlere Reife“ hinsichtlich der Schulbildung zu finden. 33% der Patienten ohne und 26% der Patienten mit Termin erreichten mit „Fachabitur/ Fachhochschulreife/ Abitur/ Hochschulreife“ einen höheren Schulabschluss. Als letztes Merkmal sei hier noch die Praxiszugehörigkeit der Patienten angesprochen. Vorhandene Unterschiede sind hierbei nicht statistisch signifikant. Die mit 60 „missings“ auffallend große Anzahl fehlender Werte sollte für dieses Merkmal nicht unerwähnt bleiben, könnte jedoch dadurch erklärt werden, dass diese Patienten sich anstelle einer möglicherweise inkorrekten Angabe ihrer Praxiszugehörigkeit lieber zu keiner Angabe hinsichtlich dieses Merkmals entschieden.

Tabelle 1: Allgemeine Merkmale der Studienteilnehmer.

Angegeben sind der Mittelwert (Standardabweichungen) für das Alter, der Median (1. und 3. Quartil) für die Praxiszugehörigkeit in Jahren und absolute Häufigkeiten (Prozent) für die übrigen Variablen, sowie die entsprechenden p-Werte aus dem Gruppenvergleich

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Patienten ohne Termin (n = 251)	Patienten mit Termin (n = 250)	p-Wert
Alter in Jahren (4)	44 (16)	50 (16)	<0,001§
Geschlecht weiblich (3)	120 (48%)	139 (56%)	0,11&
Familienstand (4)			0,005*
- ledig	77 (31%)	56 (23%)	
- unverheiratet in Partnerschaft lebend	38 (15%)	21 (9%)	
- verheiratet	129 (51%)	155 (63%)	
- verwitwet	7 (3%)	14 (6%)	
Mindestens ein Kind (3)	154 (61%)	178 (72%)	0,13&
Krankenversicherung privat (5)	22 (9%)	21 (13%)	0,19&
Schulabschluss mind. Fachabitur (10)	82 (33%)	63 (26%)	0,08&
Praxiszugehörigkeit in Jahren (60)	8 (2, 15)	8 (4, 20)	0,13#

§ = p-Wert berechnet aus t-Test; # = p-Wert berechnet aus Mann-Whitney-U-Test;

& = p-Wert berechnet aus Fisher's exaktem Test; * = p-wert berechnet aus Chi²-Test

3.3 Angaben zum aktuellen Praxisbesuch

3.3.1 Beratungsgrund (Patientensicht)

Die Patienten beider Gruppen waren im Fragbogen dazu angehalten, den konkreten Grund ihres Arztbesuches unmittelbar vor der Konsultation des Arztes anzugeben. Damit war die Beratungsursache aus Patientensicht gemeint, jedoch wurde zum besseren Verständnis der Patienten der Begriff „Grund“ gewählt. Die entsprechenden Ergebnisse sind in der Abbildung 2 und mit weiteren Details in Tabelle 2 dargestellt.

Am häufigsten konsultierten Patienten ohne Termin ihren Hausarzt auf Grund von Beschwerden der oberen und unteren Atemwege, dies erfolgte mit 26% in etwa einem Viertel der Fälle. Beschwerden im Bewegungsapparat wurden in 23% als Hauptgrund für die Arztkonsultation angegeben. Zusammen stellen diese beiden Beratungskategorien fast die Hälfte aller Beschwerdebilder dar. Probleme im Verdauungssystem (12%) und ärztliche Prozeduren/Behandlungen (12%) wurden zu annähernd gleichen Anteilen durch die Patienten ohne Termin angegeben. Sie stellen zusammen mit 24% fast ein weiteres Viertel der durch die Befragten angegebenen Gründe dar. 18 Patienten gaben an, auf Grund eines neurologischen Beratungsanlasses ihren Hausarzt aufzusuchen, mit 7% handelte es sich hierbei bereits um eine weniger häufig angegebene Problematik. Alle übrigen Angaben, die durch die ICPC-2-Klassifikation (WONCA International Classification Committee, 2011) erfasst wurden, liegen in ihrer Häufigkeit jeweils unter 5% und sind in Tabelle 2 konkret aufgeführt und in Abbildung 2 unter „Sonstiges“ zusammengefasst. 7 Patienten machten keine Angaben zum Grund ihres Arztbesuches.

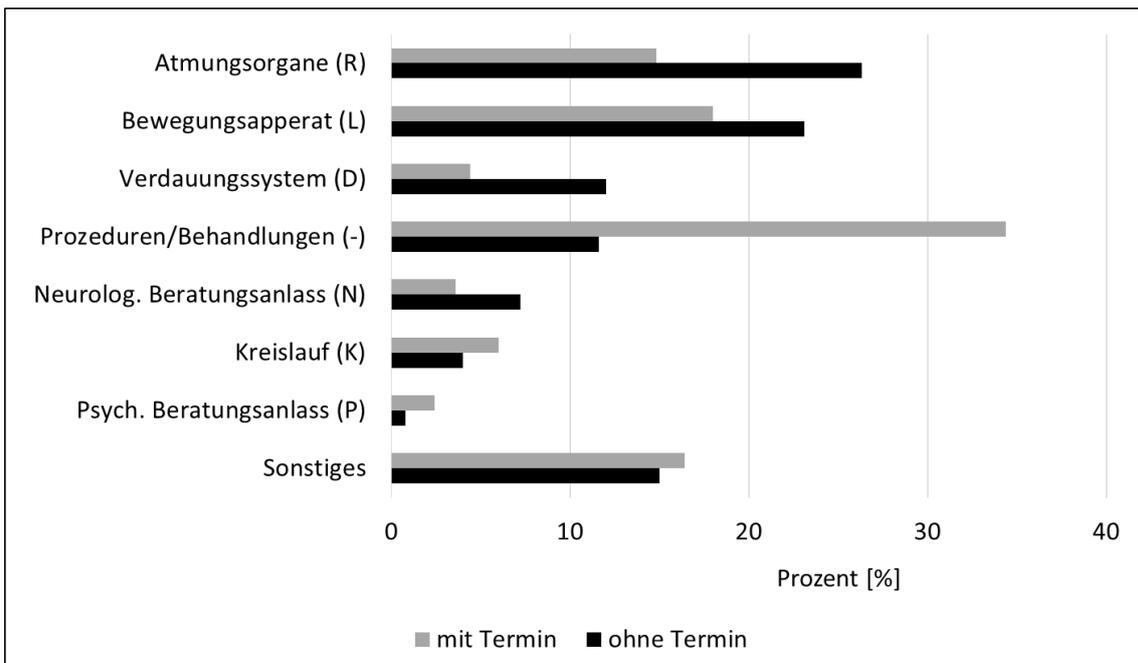


Abbildung 2: Hauptursache der Arztkonsultation anhand von Patientenangaben

„Patienten mit Termin“ suchten den jeweiligen Hausarzt am häufigsten auf Grund ärztlicher Prozeduren bzw. Behandlungen auf. Dies erfolgte in 34% der Fälle und wurde damit fast 3-mal so häufig als Hauptgrund der Arztkonsultation angegeben wie bei den Patienten ohne Termin. In 18% der Fälle wurden Beschwerden im Bewegungsapparat und in 15% der Fälle Beschwerden in den Atmungsorganen als auslösend für den Arztbesuch angegeben. Somit spiegeln die drei eben genannten Beratungsursachen bereits zwei Drittel aller angegebenen Gründe für die Arztkonsultation durch Patienten mit Termin wider. Kreislaufbeschwerden wurden in 15 Fällen angegeben, das entspricht einem Anteil von 6%. Beschwerden im Verdauungssystem traten mit 4% noch seltener auf. Entsprechend den Angaben zu Patienten ohne Termin sind übrige Gründe unter „Sonstiges“ in Abbildung 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Beratungsgrund aus Patientensicht.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) sowie p-Werte für Gruppenunterschiede (Fisher's exakter Test)

ICPC Kategorie (ICPC Kürzel)	Patienten ohne Termin (n = 251)	Patienten mit Termin (n = 250)	p-Wert
Atmungsorgane (R)	66 (26%)	37 (15%)	0,02
Bewegungsapparat (L)	58 (23%)	45 (18%)	0,19
Verdauungssystem (D)	30 (12%)	11 (4%)	0,03
Prozeduren/Behandlungen (-)	29 (12%)	86 (34%)	<0,001
Neurologisch (N)	18 (7%)	9 (4%)	0,11
Kreislauf (K)	10 (4%)	15 (6%)	0,31
Psychisch (P)	2 (1%)	6 (2%)	0,18
Sonstige gesamt	38 (15%)	41 (16%)	0,69
- Allgemein/unspezifisch (A)	12 (5%)	5 (2%)	
- Blut/Immunsystem (B)	0 (0,0%)	2 (1%)	
- Auge (F)	2 (1%)	0 (0,0%)	
- Ohr (H)	4 (2%)	3 (1%)	
- Haut (S)	6 (2%)	9 (4%)	
- Endokrin/metabolisch (T)	2 (1%)	8 (3%)	
- Urologisch (U)	5 (2%)	5 (2%)	
- Schwangerschaft/Geburt (W)	0 (0%)	1 (0,4%)	
- Soziale Probleme (Z)	0 (0%)	1 (0,4%)	
- keine Angabe	7 (3%)	7 (3%)	

Zusätzlich aufgeführt sind in Tabelle 3 die häufigsten, durch die Patienten angegebenen, Unterkategorien in beiden Gruppen, die ebenfalls durch die ICPC-2-Klassifikation kodiert wurden. In der Gruppe der Patienten ohne Termin wurde in den meisten Fällen der Arzt auf Grund einer akuten Infektion der oberen Atemwege aufgesucht (19%), gefolgt von Nackenbeschwerden (6%) und Kopfschmerzen (5%). Die übrigen genannten Ursachen bewegen sich in ihrer Häufigkeit unter 5% und sind in der nachstehenden Tabelle im Detail aufgeführt.

In der Gruppe der Patienten mit Termin wurde durch die Befragten ebenfalls am häufigsten eine akute Infektion der oberen Atemwege (10%) als Ursache für den Arztbesuch angegeben. Nur geringfügig seltener suchten die Patienten ihren Arzt wegen einer Blutuntersuchung auf (9%). 5% der Patienten mit Termin gaben eine präventive Impfung bzw. Medikation als Grund an. Übrige häufige Gründe der Befragten dieser Gruppe liegen in ihrer Häufigkeit ebenfalls unter 5% und sind in der folgenden Tabelle 3 detailliert aufgeführt

Tabelle 3: Häufigste Beratungsgründe nach Einzeldiagnosen.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozent)

Wichtigste Beratungsgründe ICPC (Code)	Patienten ohne Termin (n = 251)	Patienten mit Termin (n = 250)
- akute Infektion obere Atemwege (R74)	47 (19%)	24 (10%)
- Blutuntersuchung (-34)	2 (1%)	23 (9%)
- Nackensymptomatik/-beschwerden (L01)	14 (6%)	6 (2%)
- Präventive Impfung/Medikation (-44)	4 (2%)	13 (5%)
- Kopfschmerzen (N01)	13 (5%)	3 (1%)
- Therapeutische Beratung/Zuhören (-58)	10 (4%)	4 (2%)
- Folgevorstellung unspezifiziert (-63)	4 (2%)	10 (4,0%)
- Untere Rückensymptomatik/-beschwerden (L03)	8 (3%)	6 (2%)
- Ärztliche Untersuchung komplett(-30)	3 (1%)	10 (4%)
- Hals-/Rachensymptome/-beschwerden (R21)	8 (3%)	3 (1%)
- Verband/Kompression/Tamponade(-56)	3 (1%)	7 (3%)

3.3.2 Beratungsursache aus Sicht des Arztes

Die Beratungsursache ist definiert als das Anliegen bzw. Problem gesundheitlicher Art, welches zum Aufsuchen des Arztes führt (Riedl & Peter, 2017). Die Beratungsursache wurde direkt nach der Konsultation durch den Arzt notiert und dem jeweiligen Fragebogen und Angaben des Patienten zugeordnet (Tabelle 4). Hierbei handelte es sich lediglich um das Beschwerdebild bzw. die Symptome, wie sie vom Patienten geschildert oder durch den Arzt erfragt oder registriert wurden. Der Patient wurde über das genaue Ergebnis bzw. die Angaben durch den Arzt nicht in Kenntnis gesetzt.

Die häufigste durch den Arzt notierte Beratungsursache in der Gruppe der Patienten ohne Termin kann mit 25% als Beschwerden im Bewegungsapparat angegeben werden, dicht gefolgt von Beschwerden in den Atmungsorganen (24%). Beschwerden im Verdauungssystem wurden in 12% der Fälle als Beratungsursache angegeben, Prozeduren/Behandlungen waren nur in 9% der Patientenkontakte ursächlich für das Aufsuchen des Hausarztes. Neurologische oder psychische Beschwerden sowie Kreislaufprobleme wurden jeweils in unter 5% der Fälle als Ursache notiert. Übrige Angaben sind ebenfalls konkret aufgeführt oder unter „Sonstiges“ in Tabelle 4 dargestellt.

Die Beratungsursachen für Patienten mit Termin verteilen sich etwas anders. Während Beschwerden in den Atmungsorganen, im Bewegungsapparat und im Verdauungssystem in nur 15%, 19% und 4% der Fälle als Ursache der Arztkonsultation auf Seiten der Ärzte angegeben wurden, liegt das Ergebnis für das Merkmal „Prozeduren/Behandlungen“ in dieser Gruppe mit 38% um mehr als das Vierfache höher als in der Gruppe der Patienten ohne Termin. Neurologische und psychische Beschwerden sowie Kreislaufprobleme liegen wiederum ebenfalls in ihrer Häufigkeit unter 5%.

Tabelle 4: Beratungsursache aus Arztsicht.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) sowie p-Werte für Gruppenunterschiede (Fisher's exakter Test)

ICPC Kategorie (OCPC Kürzel)	Patienten ohne Termin (n = 251)	Patienten mit Termin (n = 250)	p-Wert
Atmungsorgane (R)	59 (24%)	36 (14%)	0,01
Bewegungsapparat (L)	62 (25%)	47 (19%)	0,13
Verdauungssystem (D)	30 (12%)	11 (4%)	0,01
Prozeduren/Behandlungen (-)	23 (9%)	96 (38%)	<0,001
Neurologisch (N)	11 (4%)	12 (5%)	0,83
Kreislauf (K)	10 (4%)	10 (4%)	1,0
Psychisch (P)	7 (3%)	4 (2%)	0,54
Sonstige gesamt	49 (20%)	34 (14%)	0,14
- Allgemein/unspezifisch (A)	22 (9%)	10 (4%)	
- Blut/Immunsystem (B)	1 (0,4%)	2 (1%)	
- Auge (F)	2 (1%)	0 (0%)	
- Ohr (H)	5 (2%)	4 (2%)	
- Haut (S)	6 (2%)	10 (4%)	
- Endokrin/metabolisch (T)	1 (0,4%)	2 (1%)	
- Urologisch (U)	4 (2%)	3 (1%)	
- Schwangerschaft/Geburt (W)	2 (1%)	0 (0%)	
- Männliche Genitale (Y)	1 (0,4%)	0 (0%)	
- Soziale Probleme (Z)	3 (1%)	2 (1%)	
- keine Angabe	2 (1%)	1 (0,4%)	

Betrachtet man für beide Patientengruppen die Häufigkeit der vier häufigsten ICPC-Kategorien aus Patientensicht (Beratungsgrund) und Arztsicht (Beratungsursache) wird deutlich, dass hier eine gute Übereinstimmung vorliegt. Beschwerden in den Atmungsorganen traten aus Patientensicht bei 26%

(Patienten ohne Termin) bzw. 15% (Patienten mit Termin) auf. Aus Arztsicht wurde selbiges Beschwerdebild in 24% (Patienten ohne Termin) bzw. 14% (Patienten mit Termin) festgestellt. Ähnlich verhielt es sich bei Beschwerden im Bewegungsapparat. Aus Patientensicht suchten 23% der Patienten ohne Termin und 18% der Patienten mit Termin aus diesem Grund die Arztpraxis auf. Aus Arztsicht war dies bei 25 % der Patienten ohne Termin und bei 19% der Patienten mit Termin der Fall. Bei Beschwerden des Verdauungssystems fanden sich aus Arzt- und Patientensicht mit je 12% der Patienten ohne Termin und je 4% der Patienten mit Termin identische Werte. Prozeduren/Behandlungen als Beratungsgrund aus Patientensicht waren mit 12% (Patienten ohne Termin) bzw. 34% (Patienten mit Termin) nur geringfügig abweichend von der Häufigkeit entsprechend der ärztlichen Beurteilung. Aus Arztsicht suchten 9% der Patienten ohne Termin und 38 % der Patienten mit Termin auf Grund von Prozeduren/Behandlungen den Arzt auf.

3.3.3 Beratungsergebnis

Als Beratungsergebnis wird das Resultat der ärztlichen Diagnostik bezeichnet (Riedl & Peter, 2017). Patienten ohne Termin konsultierten ihren Hausarzt laut dessen jeweiliger Aussage am häufigsten auf Grund von Beschwerden in den Atmungsorganen (Abbildung 3 und Tabelle 5). Mit 27% wurde dieses Beratungsergebnis nur wenig häufiger genannt als Beschwerden im Bewegungsapparat mit einer konkreten Häufigkeit von 24%. Beschwerden im Verdauungssystem (11%), ärztliche Prozeduren/Behandlungen (7%) sowie ein allgemeiner/unspezifischer Beratungsanlass (6%) waren zusammengefasst in fast einem Viertel der Fälle Ergebnis der ärztlichen Beratung. In 15 Fällen wurde ein psychologischer Beratungsanlass als Ergebnis der Arztkonsultation aufgeführt, das entspricht einer Häufigkeit von 6% und wurde nur wenig häufiger genannt als Kreislaufbeschwerden mit 5%.

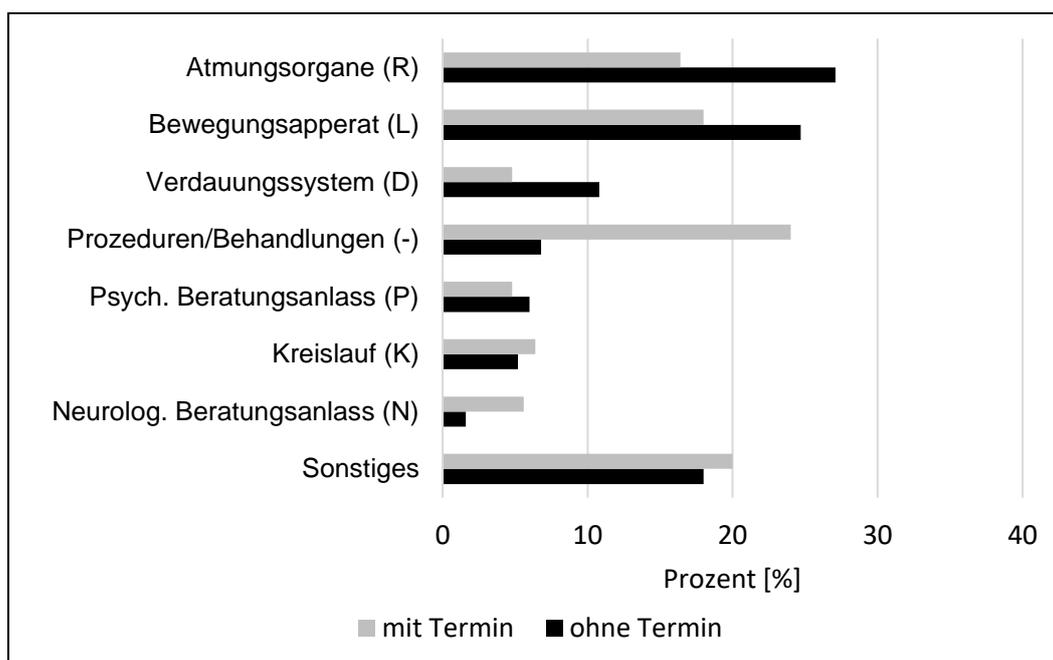


Abbildung 3: Beratungsergebnis durch Arztangaben

In der Gruppe der Patienten mit Termin stellen sich die Angaben des Beratungsergebnisses durch die Ärzte deutlich anders dar.

Als häufigstes Ergebnis der Arztkonsultation wurden in der Kontrollgruppe „ärztliche Prozeduren/Behandlungen“ mit einer Häufigkeit von 24% genannt. In 18% der Fälle wurden Beschwerden im Bewegungsapparat diagnostiziert, Beschwerden an den Atmungsorganen waren 41-mal (16%) das Ergebnis der ärztlichen Beratung. Mit annähernd gleicher Häufigkeit von ca. 5% sind in Abbildung 3 noch entsprechend der ICPC-2-Klassifikation die Beratungsergebnisse „Kreislauf“, „neurologischer Beratungsanlass“, „psychologischer Beratungsanlass“ und „Verdauungssystem“ aufgeführt. Übrige Ergebnisse sind unter „Sonstiges“ angegeben.

Tabelle 5: Beratungsergebnis aus Arztsicht.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) sowie p-Werte für Gruppenunterschiede (Fisher's exakter Test)

ICPC Kategorie (ICPC Kürzel)	Patienten ohne Termin (n = 251)	Patienten mit Termin (n = 250)	p-Wert
Atmungsorgane (R)	68 (27%)	41 (16%)	0,01
Bewegungsapparat (L)	62 (25%)	45 (18%)	0,08
Verdauungssystem (D)	27 (11%)	12 (5%)	0,02
Prozeduren/Behandlungen (-)	17 (7%)	60 (24%)	<0,001
psychisch (P)	15 (6%)	12 (5%)	0,69
Neurologisch (N)	4 (2%)	14 (6%)	0,02
Kreislauf (K)	13 (5%)	16 (6%)	0,57
Sonstige gesamt	45 (18,0%)	50 (20,0%)	0,49
Allgemein/unspezifisch (A)	15 (6,0%)	13 (5,2%)	
Blut/Immunsystem (B)	2 (0,8%)	1 (0,4%)	
Auge (F)	2 (0,8%)	0 (0,0%)	
Ohr (H)	6 (2,4%)	3 (1,2%)	
Haut (S)	6 (2,4%)	13 (5,2%)	
Endokrin/metabolisch (T)	0 (0,0%)	12 (4,8%)	
Urologisch (U)	5 (2,0%)	4 (1,6%)	
Schwangerschaft/Geburt(W)	2 (0,8%)	1 (0,4%)	
Weibliche Genitale/Brust (X)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	
Männliche Genitale (Y)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	
Soziale Probleme (Z)	4 (1,6%)	1 (0,4%)	
- keine Angabe	1 (0,4%)	2 (0,8%)	

Zusätzlich aufgeführt sind in der folgenden Tabelle 6 die häufigsten durch die Behandler angegebenen Einzeldiagnosen in beiden Gruppen, die ebenfalls durch die ICPC-2-Klassifikation kodiert wurden. In der Gruppe der Patienten ohne Termin wurde in den meisten Fällen die Diagnose einer akuten Infektion der oberen Atemwege gestellt (14%), gefolgt vom Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung (6%) und Gastroenteritis (6%). Die übrigen oft gestellten Diagnosen bewegen sich in ihrer Häufigkeit unter 5% und sind in der nachstehenden Tabelle im Detail aufgeführt.

In der Gruppe der Patienten mit Termin wurde durch die Behandler ebenfalls am häufigsten eine akute Infektion der oberen Atemwege (9%) diagnostiziert, nur wenig seltener wurde durch den Arzt eine Blutuntersuchung durchgeführt (7%). Bei 4% der Patienten mit Termin erfolgte eine präventive Impfung bzw. Medikation. Übrige, häufige Gründe der Befragten dieser Gruppe liegen in ihrer Häufigkeit unter 4% und sind in Tabelle 6 detailliert aufgeführt.

Tabelle 6: Häufigste Beratungsergebnisse nach Einzeldiagnosen.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozent)

Wichtigste Beratungsergebnisse ICPC (Code)	Patienten ohne Termin (n = 251)	Patienten mit Termin (n = 250)
- akute Infektion obere Atemwege (R74)	35 (14%)	22 (9%)
- Rückensyndrom ohne Schmerzausstr. (L84)	15 (6%)	8 (3%)
- Blutuntersuchung (-34)	1 (0,4%)	18 (7%)
- Gastroenteritis (D73)	14 (6%)	3 (1%)
- Präventive Impfung/Medikation (-44)	4 (2%)	11 (4%)
- Therapeutische Beratung/Zuhören (-58)	8 (3%)	7 (3%)
- Halswirbelsäulensyndrom (L83)	10 (4%)	4 (2%)
- Allgemeinsymptome/-beschwerden (A29)	9 (4%)	3 (1%)
- akute/chronische Sinusitis (R75)	6 (2%)	4 (2%)
- akute Bronchitis/Bronchiolitis (R78)	5 (2%)	4 (2%)
- Bursitis/Tendinitis/Synovitis (L87)	2 (1%)	6 (2%)

Insgesamt zeigt sich hinsichtlich der Häufigkeiten der vier häufigsten ICPC-Kategorien in beiden Patientengruppen für Beratungsgrund aus Patientensicht und Beratungsursache sowie Beratungsergebnis aus Arztsicht im Allgemeinen eine gute Übereinstimmung. Eine Ausnahme stellt das Merkmal „Prozeduren/Behandlungen“ dar, welches prozentual gesehen als Beratungsergebnis aus

Arztsicht (7% der Patienten ohne Termin, 24% der Patienten mit Termin) gegenüber den Zahlen für Beratungsgrund (12% der Patienten ohne Termin, 34% der Patienten mit Termin) und Beratungsursache (9% der Patienten ohne Termin, 38 % der Patienten mit Termin) deutlich seltener genannt wurde.

3.3.4 Beratungsanlass

Im Gegensatz zu der Gruppe der Patienten mit Termin wurde die Gruppe der Patienten ohne Termin zu Beginn des Fragebogens neben Angaben zum konkreten Grund des Praxisbesuchs, d.h. Beschwerdebild, Symptome etc. zusätzlich noch dazu aufgefordert, den situativen Anlass ihres Praxisbesuchs anzugeben, den sogenannten Beratungsanlass. Der einzelne Patient machte somit eine oder mehrere konkrete Angaben, was ihn genau zu dem jeweiligen Zeitpunkt zum Aufsuchen der Arztpraxis veranlasst hatte. Von 251 Patienten, die ohne Termin die Praxis aufsuchten, wurde mit 97 Nennungen am häufigsten eine Aggravation der Beschwerden als akuter Anlass für den Praxisbesuch angegeben. Das entspricht ca. 39% der gegebenen Antworten. Plötzlich einsetzende Beschwerden waren in 31% der Fälle der Grund für das Aufsuchen einer Hausarztpraxis. Allerdings wurden auch in je ca. 8% der Aussagen ein vorangegangener Feiertag bzw. ein Wochenende oder die Aussage „hatte gerade Zeit“ als Beratungsanlass angegeben. Je 6% der Antworten lauteten „gerade in der Nähe“ oder „Partner schickt mich“. Unter „Sonstige Antworten“, die in Abbildung 4 mit drittgrößter Häufigkeit aufgeführt sind, wurde in den meisten Fällen eine durch den Patienten vermutete kurze Wartezeit oder die Urlaubsvertretung des eigentlichen Hausarztes durch den jeweiligen Allgemeinarzt angegeben.

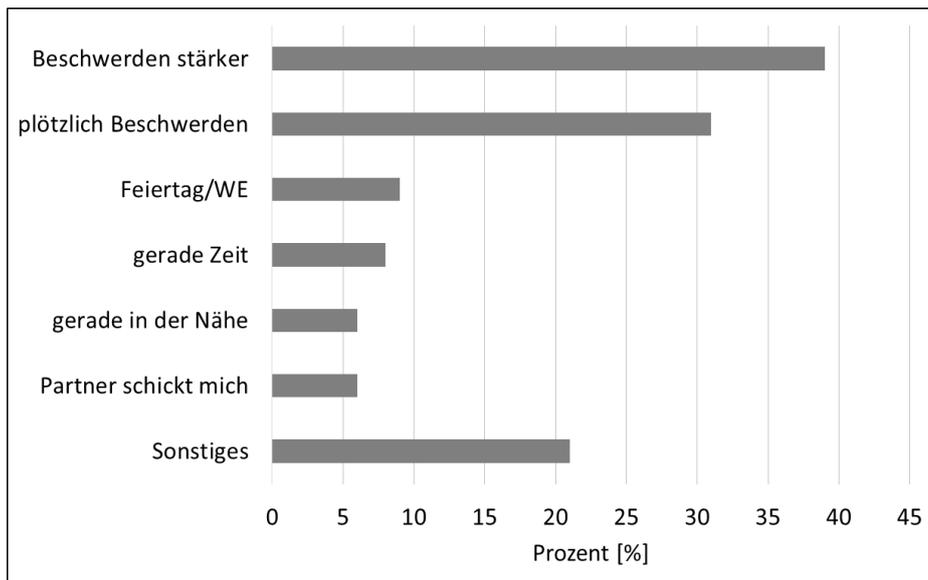


Abbildung 4: Beratungsanlass bei Patienten ohne Termin (Mehrfachangaben möglich)

3.4 Dringlichkeit der Arztkonsultation

3.4.1 Dringlichkeit aus Sicht der Patienten

Betrachtet man die Patientenbewertung der Dringlichkeit in Tabelle 7, so fällt auf, dass mit 2% der Antworten in der Gruppe der Patienten ohne Termin das Merkmal „gar nicht dringlich“ am seltensten im Fragebogen angegeben wurde. Die Antworten „nicht dringlich“ „etwas dringlich“ wurden in 14% bzw. 33% der Fälle gewählt. Ihr Anliegen als „dringlich“ bezeichneten 41% der Patienten ohne Termin, 10% schätzten den Grund ihrer Arztkonsultation als „sehr dringlich“ ein.

In der Vergleichsgruppe der Patienten mit Termin schätzte lediglich ein Patient sein Anliegen als „gar nicht dringlich“ ein. 13% der Patienten wählten die Aussage „nicht dringlich“, als „etwas dringlich“ und „dringlich“ bewerteten 43% bzw. 36% der Patienten mit Termin den Grund ihrer Arztkonsultation. 15 Patienten aus dieser Gruppe (8%) wählten für ihre Anliegen die Bewertung „sehr dringlich“. Die Bewertungen der Dringlichkeit der Arztkonsultation von Patienten mit und ohne Termin unterscheiden sich nicht statistisch signifikant ($p = 0,46$). Somit sprechen die Resultate nicht dafür, dass die erste der drei in der Einleitung formulierten Hypothesen zutrifft.

Jedoch gilt es, an dieser Stelle noch die hohe Anzahl fehlender Angaben hinsichtlich der Dringlichkeit in der Gruppe der Patienten mit Termin zu erwähnen. Gerade bei Patienten, die auf Grund von medizinischen Prozeduren wieder in die Praxis einbestellt wurde, wurde offensichtlich häufig eine Dringlichkeitsangabe unterlassen.

Tabelle 7: Dringlichkeit aus Patientensicht.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) sowie p-Werte für Gruppenunterschiede (Mann-Whitney-U-Test), sowie zusätzlich Mittelwert (Standardabweichung) und Median (Minimum, Maximum)

Antwort (Code)	Patienten ohne Termin (n = 245)	Patienten mit Termin (n = 184)	p-Wert
Sehr dringlich (4)	24 (10%)	15 (8%)	
Dringlich (3)	100 (41%)	66 (36%)	
Etwas dringlich (2)	81 (33%)	79 (43%)	0,46
Nicht dringlich (1)	35 (14%)	23 (13%)	
Gar nicht dringlich (0)	5 (2%)	1 (1%)	
Mittelwert (Standardabweichung)	2,4 (0,9)	2,4 (0,8)	
Median (Min, Max)	3,0 (0;4)	2,0 (0;4)	

3.4.2 Dringlichkeit aus Sicht des Arztes

Anders verhält es sich bei der durch die Ärzte durchgeführten Dringlichkeitsbewertung. In der Gruppe der Patienten ohne Termin wurde die Aussage „sehr dringlich“ mit 6% am wenigsten häufig angegeben. Mit einer Häufigkeit von je knapp 23% bewerteten die Ärzte die Anliegen dieser Patienten als „dringlich“ bzw. „nicht dringlich“, „etwas dringlich“ wurde dagegen mit fast 34% am häufigsten für die Dringlichkeitsbewertung durch die Ärzte in der Gruppe der Patienten ohne Termin im Fragebogen angekreuzt. In knapp 15% der Fälle wurde der Beratungsgrund als „gar nicht dringlich“ bewertet (Tabelle 8).

Betrachtet man dagegen die Vergleichsgruppe der Patienten mit Termin, so lässt sich insgesamt feststellen, dass die Beratungsgründe bzw. die aktuellen Anliegen der Patienten insgesamt als weniger dringlich durch die Ärzte bewertet wurden. Dies geht auch deutlich aus Abbildung 5 hervor. Am wenigsten häufig wurde mit 3% wieder die Aussage „sehr dringlich“ und in 13% die Aussage „dringlich“ durch

die Ärzte getroffen. In knapp 24% der Fälle entschieden sich die Ärzte dazu, die Anliegen ihrer Patienten mit „etwas dringlich“ oder „gar nicht dringlich“ zu bewerten. Den größten Posten nimmt in der Dringlichkeitsbewertung durch die Ärzte in der Vergleichsgruppe die Aussage „nicht dringlich“ mit fast 37% ein. Die Ärzte bewerteten die Dringlichkeit bei den Patienten ohne Termin somit insgesamt signifikant höher als bei den Patienten mit Termine ($p < 0,001$).

Tabelle 8: Dringlichkeit aus Arztsicht.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) sowie p-Werte für Gruppenunterschiede (Mann-Whitney-U-Test), sowie zusätzlich Mittelwert (Standardabweichung) und Median (Minimum, Maximum)

Antwort (Code)	Patienten ohne Termin (n = 249)	Patienten mit Termin (n = 249)	p-Wert
Sehr dringlich (4)	15 (6%)	8 (3%)	
Dringlich (3)	56 (23%)	33 (13%)	
Etwas dringlich (2)	84 (34%)	60 (24%)	<0,001
Nicht dringlich (1)	57 (23%)	91 (37%)	
Gar nicht dringlich (0)	37 (15%)	57 (23%)	
Mittelwert (Standardabweichung)	1,8 (1,1)	1,4 (1,1)	
Median (Min, Max)	2,0 (0;4)	1,0 (0;4)	

In der folgenden Abbildung 5 sind die Dringlichkeitsangaben der Patienten und der Ärzte sowohl für die Patienten mit als auch für die Patienten ohne Termin nochmals in Form eines Balkendiagramms graphisch dargestellt, um die Unterschiede zu veranschaulichen.

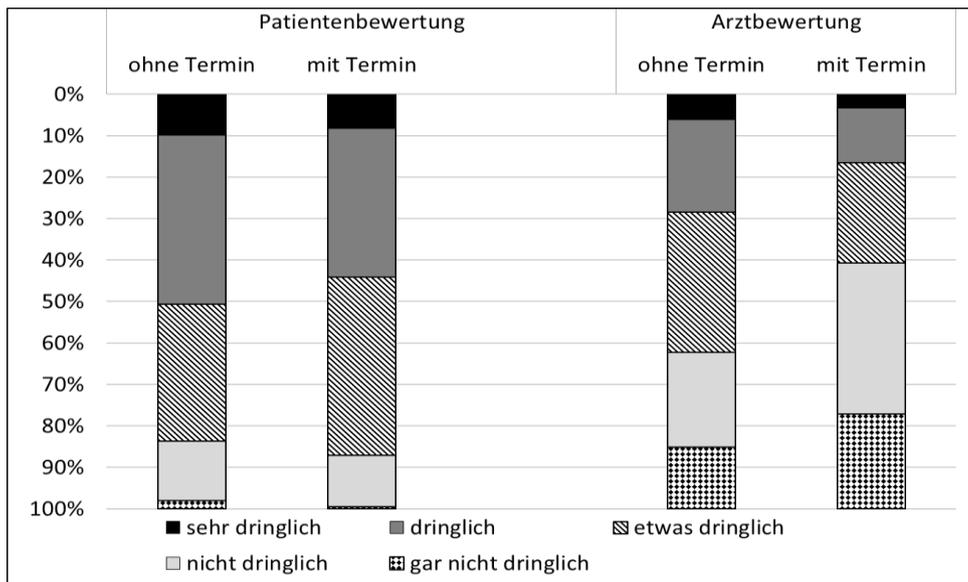


Abbildung 5: Dringlichkeit durch Patienten- und Arztbewertung

3.4.3 Differenz der Dringlichkeit aus Patienten- und Arztsicht

Für die Gruppe der Patienten ohne Termin ist in 31% der Fälle die Bewertung der Dringlichkeit exakt mit der Dringlichkeitsbewertung des Arztes übereinstimmend. Mit 30% bewerteten annähernd genauso viele Patienten dieser Gruppe die Dringlichkeit ihres Anliegens um eine Dringlichkeitsstufe höher, in Tabelle 9 als „etwas dringlicher“ bezeichnet. Für 33 Patienten bzw. 14% lag diese sogar zwei Stufen („Patient dringlicher“), für 6% dieser Gruppe sogar drei Stufen („Patient viel dringlicher“) höher hinsichtlich der Bewertung der Dringlichkeit gegenüber dem Arzt. Nur drei Patienten bewerteten den Grund ihrer Arztkonsultation als „sehr viel dringlicher“ als der behandelnde Arzt. In 36 Fällen bewertete der Arzt das Anliegen des Patienten als „etwas dringlicher“, in nur noch lediglich 3% der Fälle lag der Arzt zwei Stufen in der Dringlichkeitsbewertung über der des Patienten.

Betrachtet man die Vergleichsgruppe der Patienten mit Termin lässt sich in 27% der Fälle eine exakte Übereinstimmung zwischen Patienten- und Arztbewertung hinsichtlich der Dringlichkeit feststellen. In 29% der Fälle bewerteten die Patienten ihr Anliegen als „etwas dringlicher“, in 23% als „dringlicher, in 9% als „viel dringlicher“ und lediglich ein Patient schätzte den Grund seiner Arztkonsultation als „sehr viel dringlicher“ ein als der Behandler.

In 17 Fällen sah der Arzt die Dringlichkeit des Beratungsgrunds als „etwas dringlicher“ als der Patient, in 3% der Fälle führte die Berechnung zur Aussage „Arzt dringlicher“ (Tabelle 9).

Insgesamt lässt sich also sagen, dass bei Patienten mit Termin die Diskrepanz hinsichtlich der Bewertung der Dringlichkeit zwischen Patient und Arzt größer ist als bei der Gruppe der Patienten ohne Termin ($p=0,007$). Die Ergebnisse stehen somit im Widerspruch zur zweiten im Studienprotokoll formulierten Hypothese, in der postuliert wurde, dass die Diskrepanz in der Gruppe der Patienten ohne Termin größer ist.

Bewertet man die Übereinstimmung der Dringlichkeitsbewertung von Patient und Arzt mit Hilfe des Intraclass-Korrelationskoeffizienten, ergibt sich ein Wert von 0,33 (95%-Vertrauensintervall 0,11 bis 0,48); dies ist als eine geringe Übereinstimmung zu interpretieren.

Tabelle 9: Differenz der Dringlichkeit aus Patientensicht – Arztsicht.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) sowie p-Werte für Gruppenunterschiede, sowie zusätzlich Mittelwert (Standardabweichung) und Median (Minimum, Maximum)

Differenz (Codedifferenz)	Patienten ohne Termin (n = 243)	Patienten mit Termin (n = 184)	p-Wert
Patient sehr viel dringlicher (-4)	3 (1%)	1 (1%)	
Patient viel dringlicher (-3)	15 (6%)	16 (9%)	
Patient dringlicher (-2)	33 (14%)	43 (23%)	
Patient etwas dringlicher (-1)	72 (30%)	53 (29%)	
Exakte Übereinstimmung (0)	76 (31%)	49 (27%)	0,007#
Arzt etwas dringlicher (1)	36 (15%)	17 (9%)	
Arzt dringlicher (2)	8 (3%)	5 (3%)	
Arzt viel dringlicher (3)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Arzt sehr viel dringlicher (4)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Mittelwert (Standardabweichung)	-0,59 (1,24)	-0,89 (1,23)	
Median (Min, Max)	-1,0 (-4;2)	-1,0 (-4;2)	

= p-Wert berechnet aus Mann-Whitney-U-Test

3.5 Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung

3.5.1 Hinweis auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei Patienten mit und ohne Termin

Bei der kategorialen Auswertung der PHQ-9 für die Gruppe der Patienten ohne Termin ergab sich für das Merkmal „Major Depression“ (Depression schwerer Ausprägung (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019) ein Wert von 8%, das entspricht einer Patientenzahl von 19 in dieser Gruppe (Tabelle 10). In 12% der Fälle lagen Hinweise auf eine „Minor Depression“ (zeitlich begrenzte Depression mit geringerer Ausprägung als eine „Major Depression“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019) vor. Die weiteren Ergebnisse weisen darauf hin, dass 16% an einer „Somatoformen Störung“ (somatisch nicht begründbare körperliche Beschwerdesymptomatik (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019) und 10% der Patienten dieser Gruppe an einer „Angststörung“ (psychische Störung unterschiedlichster Manifestation und Ausprägung mit Angst als Hauptsymptom (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019) gelitten haben könnten.

Bei Patienten mit Termin ergaben sich in 7% der Fälle Hinweise auf das Vorliegen einer „Major Depression“, für eine „Minor Depression“ liegt der Wert bei 4%. Für das Merkmal der „Somatoformen Störung“ ergab die Auswertung einen Wert 16%, das entspricht einer Patientenzahl von 34. In 21 Fällen (9%) gab das Ergebnis Anlass zur Annahme hinsichtlich des Vorliegens einer „Angststörung“.

Lediglich für das Merkmal der „Minor Depression“ weist der Vergleich zwischen den beiden Gruppen eine statistische Signifikanz auf ($p < 0,001$) und zeigt, dass dieses Merkmal entsprechend den genannten Ergebniswerten in der Gruppe der Patienten ohne Termin fast dreimal so häufig ist wie in der Gruppe der Patienten mit Termin. Für die übrigen Merkmale „Major Depression“, „Somatoforme Störung“ und „Angststörung“ bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die Ergebnisse der metrischen Auswertung bezüglich der Hinweise auf psychische Komorbidität in den Gruppen sind detailliert in Tabelle 10 aufgeführt.

Hinweise auf das Vorliegen „mindestens einer psychischen Erkrankung“, d.h. auf das Vorliegen einer Minor/Major Depression und/oder einer somatoformen Störung und/oder einer mittelgradigen Angststörung, bestanden bei 28% Patienten ohne Termin, das entspricht einer absoluten Häufigkeit von 71 Teilnehmern dieser Gruppe. Mit einem Anteil von 20% bzw. 52 Teilnehmern liegt die Gruppe der Patienten mit Termin somit unter dem Prozentanteil der Gruppe der Patienten ohne Termin. Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0,06$).

Tabelle 10: Ausprägung der Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung laut der eingesetzten Fragebögen.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) für die kategoriale Auswertung und Mittelwerte (Standardabweichungen) für die metrische Auswertung sowie die entsprechenden p-Werte (Fisher's exakter Test bzw. Student t-Test).

Erkrankung/Instrument (n fehlend)	Patienten ohne Termin (n = 251)	Patienten mit Termin (n = 250)	p-Wert
- mind. eine psychische Erkrankung	71 (28%)	52 (20%)	0,06
Kategoriale Auswertung			
- Major Depression/PHQ-9 (34)	19 (8%)	17 (7%)	0,73
- Minor Depression/PHQ-9 (34)	30 (13%)	9 (4%)	<0,001
- Somatoforme Störung/PHQ-15 (70)	34 (16%)	34 (16%)	1,00
- Angststörung/GAD-7 *(34)	24 (10%)	21 (9%)	0,64
Metrisch			
- Depressivität/PHQ (34)	5,2 (4,9)	5,0 (4,8)	0,64
- Somatoforme Störung/PHQ-15 (34)	6,8 (5,2)	6,8 (4,8)	0,96
- Angststörung/GAD-7 *(70)	4,1 (4,3)	3,7 (3,9)	0,32
- somatoformen Beschwer. SSD-12: gesamt (34)	11,6 (8,7)	11,3 (9,3)	0,70
- SSD-12: kognitive Aspekte	3,8 (2,7)	3,7 (4,2)	0,81
- SSD-12: affektive Aspekte	4,3 (3,3)	4,2 (3,6)	0,84
- SSD-12: behaviorale Aspekte	3,5 (3,5)	3,5 (3,7)	0,95

*Angststörung = generalisierte Angststörung klassifiziert als mittel bzw. schwer

3.5.2 Zusammenhang zwischen Hinweisen auf eine psychische Erkrankung und der Dringlichkeit bei Patienten ohne Termin

Die Häufigkeit des Vorliegens einer Screening-Diagnose Major Depression, Minor Depression und Angststörung war bei Patienten ohne Termin, die ihr Anliegen als dringlich, etwas dringlich oder nicht dringlich bewerteten, entsprechend unserer Auswertung ähnlich (Tabelle 11). Lediglich bei der somatoformen Störung wurde ein Unterschied beobachtet (27% mit sehr dringlicher, 8% mit etwas dringlicher und 15% mit gar nicht dringlicher Bewertung).

Die ermittelten Zahlen lassen vermuten, dass Patienten aus der Kategorie „sehr dringlich/dringlich“ mit 34% etwas häufiger an einer psychischen Komorbidität litten als Patienten aus der Kategorie „etwas dringlich“ und „nicht/gar nicht dringlich“, bei welchen das nur bei 25% bzw. 28% der Patienten der Fall zu sein schien.

Bei der Überprüfung der dritten Hypothese „psychische Komorbidität und Dringlichkeit“ konnte lediglich in der kategorialen Auswertung für das Merkmal „Somatoforme Störung/PHQ-15“ mit einem p-Wert $p=0,015$ ein statistisch relevanter Unterschied ermittelt werden. Hierbei wurde festgestellt, dass 27% der Patienten, deren Anliegen als „sehr dringlich/dringlich“ durch den Arzt bewertet wurde, an einer somatoformen Störung litten. Bei den Patienten, deren Beratungsgrund als „etwas dringlich“ durch den Behandler bewertet wurde, war das in 8% der Fall. 15% der Patienten, deren Anliegen als „nicht/gar nicht dringlich“ bewertet wurde, litten ebenfalls an einer somatoformen Störung.

Somit ist die aufgestellte dritte Hypothese nicht belegt.

In der dimensionalen Auswertung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und der Dringlichkeit bei Patienten ohne Termin konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede gezeigt werden.

Tabelle 11: Prüfung von Hypothese 3 - Ausprägung der Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei Patienten ohne Termin je nach Dringlichkeitsbewertung durch den Arzt

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) für die kategoriale Auswertung und Mittelwerte (Standardabweichungen) für die dimensionale Auswertung sowie die entsprechenden p-Werte.

Erkrankung/Instrument (n fehlend)	Sehr dringlich/ dringlich	Etwas dringlich	Nicht/gar nicht dringlich	p-Wert
Patienten ohne Termin (2)				
- mind. eine psychische Komorbidität	24 (34%)	21 (25%)	26 (28%)	0,47&
Kategoriale Auswertung				
- Major Depression/PHQ-9 (20)	8 (12%)	4 (5%)	7 (8%)	0,30&
- Minor Depression/PHQ-9 (20)	7 (11%)	13 (16%)	10 (12%)	0,56&
- Somatoforme Störung/ PHQ15(39)	16 (27%)	6 (8%)	12 (15%)	0,02&
- Angststörung/GAD-7 *(20)	10 (15%)	6 (8%)	8 (9%)	0,33&
Dimensional				
- Depressivität/PHQ (20)	5,9 (5,4)	4,8 (4,7)	5,1 (4,8)	0,43*
- Somatoforme Störung/ PHQ-15 (20)	7,9 (5,5)	6,1 (5,3)	6,6 (4,8)	0,14*
- Angststörung/GAD-7 (39)	4,9 (4,8)	3,6 (4,4)	4,0 (3,6)	0,16*
- somatoformen Beschwerden SSD-12: Total (20)	12,5 (9,4)	11,4 (9,0)	11,1 (7,8)	0,59&
- SSD-12: kognitive Aspekte	4,1 (2,8)	3,7 (2,9)	3,6 (2,3)	0,62*
- SSD-12: affektive Aspekte	4,4 (3,5)	4,4 (3,2)	4,1 (3,1)	0,79*
- SSD-12: behaviorale Aspekte	4,0 (3,7)	3,3 (3,5)	3,4 (3,3)	0,42*

Angststörung = generalisierte Angststörung klassifiziert als mittel bzw. schwer; & = p-Wert berechnet aus Fisher's exaktem Test; * = p-wert berechnet aus Chi²-Test

3.6 Persönlichkeitsmerkmale der Patienten

Hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale „Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“, „Neurotizismus“ und „Offenheit für Erfahrungen“ wurden keine Unterschiede zwischen der Testgruppe und der Vergleichsgruppe gefunden (Tabelle 12). Die Antworten liegen im errechneten Mittelwert für die genannten Merkmale zwischen den Ausprägungen 3 und 4. Im Konkreten bedeutet dies, dass sich die Patienten in den meisten Fällen für die, den Ziffern entsprechenden Antworten „weder noch“ (Ziffer 3) bzw. „eher zutreffend“ (Ziffer 4) hinsichtlich des jeweiligen Persönlichkeitsmerkmals entschieden haben.

Tabelle 12: Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen laut BFI-K.

Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) und Mittelwerte (Standardabweichungen) sowie die entsprechenden p-Werte.

Persönlichkeitsmerkmal (n fehlend)	Patienten ohne Termin	Patienten mit Termin	p-Wert
- Extraversion (36)	3,4 (0,8)	3,5 (0,8)	0,50#
- Verträglichkeit (38)	3,3 (0,7)	3,3 (0,7)	0,12#
- Gewissenhaftigkeit (33)	3,7 (0,7)	3,8 (0,7)	0,28#
- Neurotizismus (37)	2,9 (0,9)	3,0 (0,9)	0,93#
- Offenheit für Erfahrungen (38)	3,6 (0,7)	3,7 (0,7)	0,05#

= p-Wert berechnet aus Mann-Whitney-U-Test

3.7 Zufriedenheit der Patienten

Die am Ende des Fragebogens durch die Patienten beider Gruppen erhobene Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Praxismerkmalen ergab in allen Kategorien einen Notenwert zwischen 1,3 und 2,0. Statistisch auffällige Unterschiede zwischen Gruppen zeigten sich nicht. Am besten wurde mit einer Durchschnittsnote von 1,4 durch Patienten ohne und von 1,3 durch Patienten mit Termin die ärztliche Betreuung in den Praxen bewertet. Mit einer Durchschnittsnote von 2,0 bei Patienten ohne Termin und einer Durchschnittsnote von 1,9 wurde die Wartezeit in den Praxen am wenigsten positiv bewertet. Insgesamt erhielten die Praxen durch die Patienten ohne Termin eine Durchschnittsbewertung von 1,6, durch die Patienten mit Termin von 1,5 (Tabelle 13).

Tabelle 13: Zufriedenheit der Patienten mit den Arztpraxen.

Angegeben sind der Mittelwert (Standardabweichungen) sowie entsprechend p-Werte

Praxismerkmale (n fehlend)	Patienten ohne Termin	Patienten mit Termin	p-Wert
- Wartezeiten (18)	2,0 (0,9)	1,9 (0,8)	0,20#
- Organisation (19)	1,6 (0,6)	1,5 (0,6)	0,50#
- Ärztliche Betreuung (19)	1,4 (0,6)	1,3 (0,5)	0,64#
- Nichtärztliche Betreuung (23)	1,5 (0,6)	1,5 (0,6)	0,47#
- Insgesamt (21)	1,6 (0,6)	1,5 (0,5)	0,34#

= p-Wert berechnet Mann-Whitney- U

3.8 Multivariate logistische Regressionsanalyse

In multivariaten logistischen Regressionsanalysen (Tabelle 14) zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen jungem Alter, männlichem Geschlecht, Nichtvorhandensein chronischer Erkrankungen, positivem Screening-Ergebnis für mindestens eine psychische Störung, niedrigen Ergebniswerten für das Persönlichkeitsmerkmal „Offenheit für Erfahrungen“, hoher Dringlichkeitsbewertung durch den Arzt sowie eine ICPC-2-Klassifizierung der angegebenen Beschwerden für die Kategorien „respiratorisch“ und „muskuloskeletal“ auf der einen und einer höheren Wahrscheinlichkeit ein Patient der Gruppe ohne Termin zu sein auf der anderen Seite. Medizinische Prozeduren entsprechend der ICPC-2-Klassifikation waren bei Patienten ohne Termin weniger häufig festzustellen. Die Dringlichkeitsangabe durch beide Patientengruppen wurde auf Grund der hohen Anzahl fehlender Werte nicht in die Regressionsanalyse miteinbezogen. Die Varianzaufklärung des berechneten Modells lag bei 25%.

Tabelle 14: logistische Regressionsanalyse

Zusammenhang zwischen Patientenmerkmalen und höherer Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zu der Gruppe von Patienten ohne Termin (Wald Rückwärts-Selektion, $r^2 = 0.25$; $n = 454$)

Variable	β	p-Wert	OR (95%-CI)
Alter (pro Jahr)	-0,03	<0,001	0,97 (0,96; 0,99)
männlich	0,56	0,01	1,75 (1,14; 2,69)
mind. eine chron. Erkrankung	-0,55	0,02	0,58 (0,36; 0,91)
mind. eine psychische Störung vermutet	0,55	0,03	1,73 (1,07; 2,79)
Höhere Offenheit für Erfahrungen	-0,31	0,04	0,73 (0,54; 0,99)
Höhere Dringlichkeit (Arztbewertung)	-0,38	<0,001	1,47(1,20; 1,79)
ICPC Kategorie Atmungsorgane	0,63	0,03	1,89 (1,08; 3,30)
ICPC Kategorie Verdauungssystem	0,82	0,06	2,72 (0,98; 5,28)
ICPC Kategorie Bewegungsapparat	0,57	0,04	1,77 (1,02; 3,05)
ICPC Kategorie Prozeduren/Behandlung	-0,83	0,03	0,44 (0,21; 0,91)

β = Regressionkoeffizient; OR = odds ratio; 95%-CI = 95% Konfidenzintervall. Nicht eingeschlossene Variablen: Schulabschluss, Familienstand, Anzahl der Kinder, Versicherungsstatus, Extraversion, Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit.

3.9 Vergleich von Ergebnissen in den einzelnen Praxen

3.9.1 Alter und Geschlecht

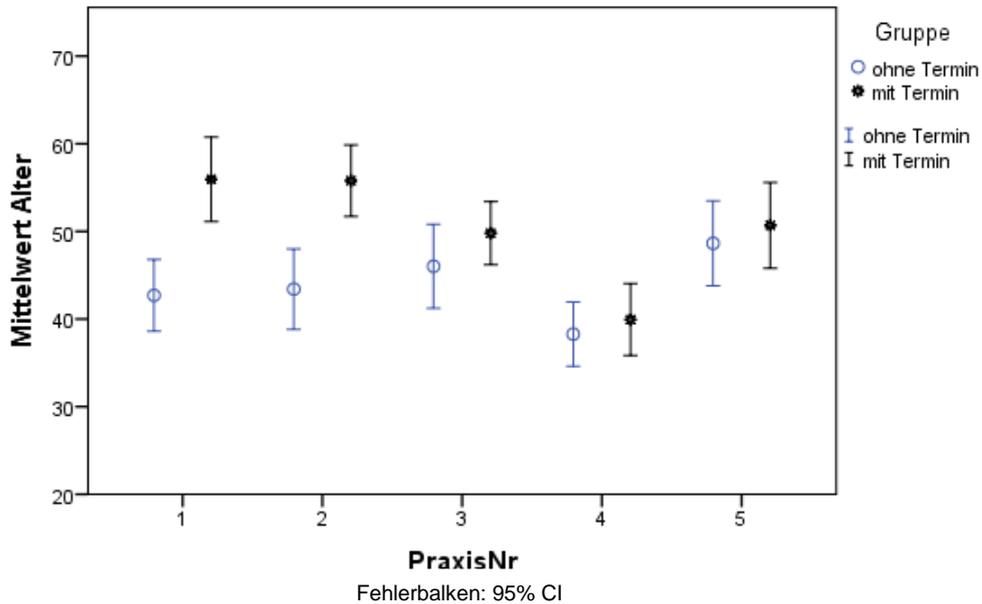


Abbildung 6: Alter der Patienten mit und ohne Termin einzeln aufgeführt in allen fünf teilnehmenden Praxen.

Vergleicht man alle beteiligten Praxen der Studie untereinander, fällt auf, dass die Patienten in Praxis 4 jünger waren als die Patienten der übrigen Praxen. Weiterhin wird deutlich, dass in den Praxen 1 und 2 die Patienten ohne Termin im Mittel deutlich jünger waren als die Patienten mit Termin; in den übrigen Praxen war dieser Unterschied weniger stark ausgeprägt.

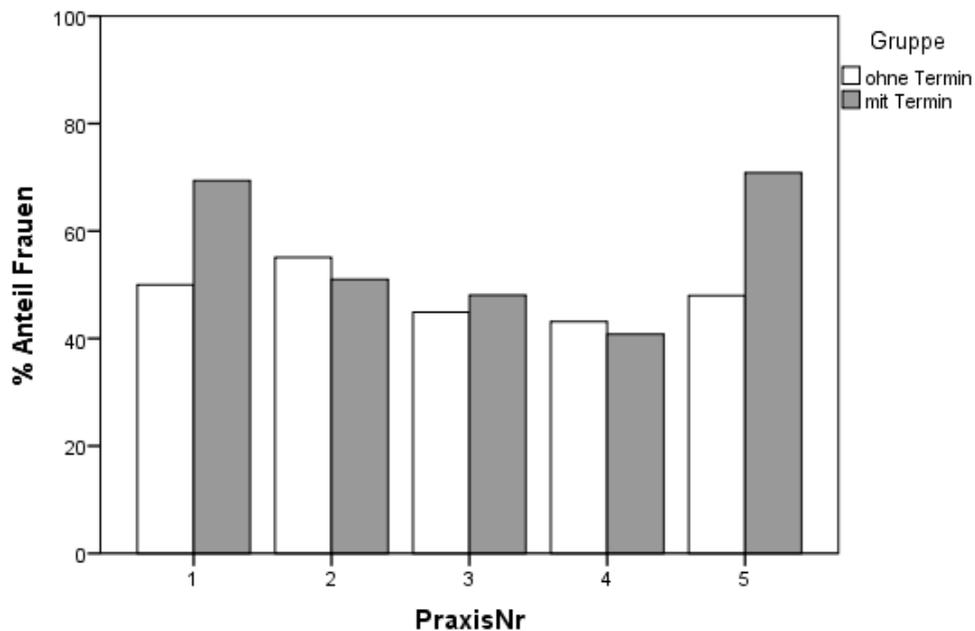


Abbildung 7: Frauenanteil an den Patienten mit und ohne Termin einzeln aufgeführt in allen fünf teilnehmenden Praxen.

In den Praxen 1 und 5 lag der Frauenanteil in der Gruppe der Patienten mit Termin deutlich höher als in der Gruppe ohne Termin. In den übrigen drei Praxen gab es dagegen keine nennenswerten Unterschiede in der Geschlechterverteilung zwischen den Gruppen.

3.9.2 Bewertung der Dringlichkeit durch Arzt und Patient

Unterschiede in der Dringlichkeitsbewertung (0=gar nicht dringlich bis 4=sehr dringlich) zwischen Arzt und Patient zeigten sich sowohl zwischen den Praxen als auch zwischen den beiden Patientengruppen (Abbildung 8 und 9). Während in den Praxen 2 und 5 generell die geringsten Unterschiede bei Patienten ohne Termin zu finden waren, lag in Praxis 4 die größte Diskrepanz vor. Anders verhielt es sich in der Gruppe der Patienten mit Termin. Hier zeigten die Praxen 2 und 3 den größten Unterschied, Praxis 5 hingegen zeigte eine sehr ähnliche Dringlichkeitsbewertung durch Arzt und Patient.

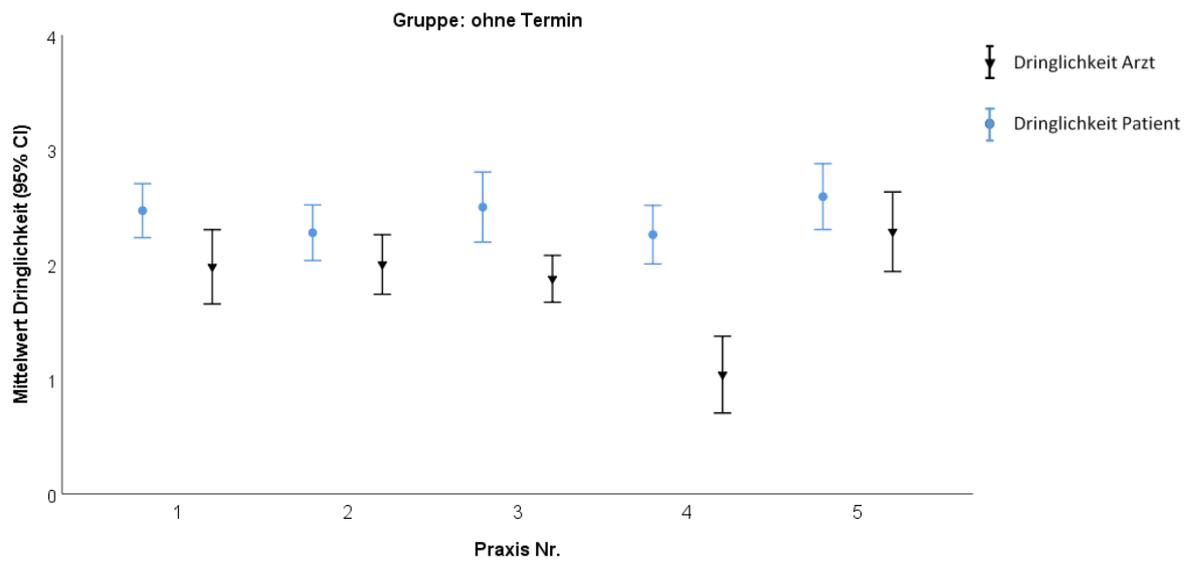


Abbildung 8: Bewertung der Dringlichkeit in den einzelnen Praxen aus Sicht der Ärzte sowie der Patienten ohne Termin

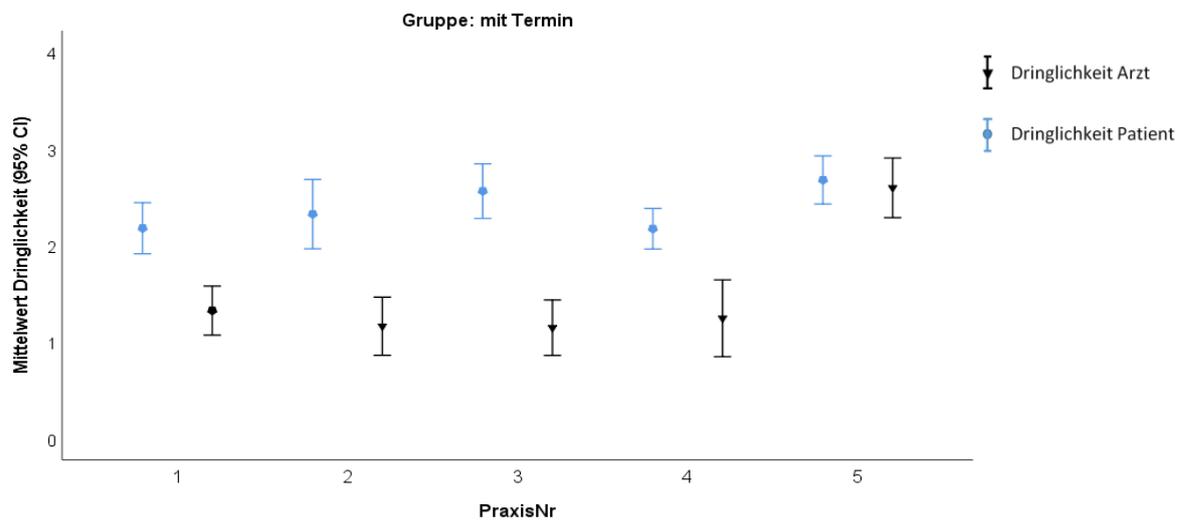


Abbildung 9: Bewertung der Dringlichkeit in den einzelnen Praxen aus Sicht der Ärzte sowie der Patienten mit Termin

Vergleicht man beide Gruppen einer Praxis zu dieser Thematik, war in Praxis 5 der geringste Unterschied in der Diskrepanz der Dringlichkeitsbewertung durch Arzt und Patient festzustellen. Praxis 2 und 3 zeigten hier ein sehr deutliches Auseinanderweichen im praxisinternen Gruppenvergleich.

Betrachtet man nun die konkrete Bewertung der Dringlichkeit durch den Arzt zeigte sich eine generell höhere Dringlichkeitsbewertung in Praxis 5 für Patienten beider Gruppen. Die übrigen Ärzte zeigten für die Gruppe der Patienten mit Termin im Gesamtüberblick eine nicht dringliche Bewertung. Anders verhielt es sich für die Gruppe der Patienten ohne Termin. Hier zeigte sich vor allem die niedrige Einschätzung der Dringlichkeit in Praxis 4. Die übrigen Praxen bewerteten im Gesamtüberblick die Patienten Anliegen dringlicher.

Die Dringlichkeitsbewertung durch die Patienten unterschied sich in beiden Gruppen nicht wesentlich. Eine studiengruppeninterne Diskrepanz zwischen den Praxen war erkennbar, jedoch ebenso nicht groß.

3.9.3 Hinweise auf psychische Erkrankungen

Hinweise auf mindestens eine psychische Erkrankung lagen in allen teilnehmenden Praxen häufiger für die Gruppe der Patienten ohne Termin vor (Abbildung 10). Am seltensten wurden Hinweise auf eine psychische Erkrankung in Praxis 4 (Praxis mit den jüngsten Patienten, dem geringsten Frauenanteil und der niedrigsten ärztlichen Dringlichkeitseinschätzung in der Gruppe der Patienten ohne Termin) beobachtet. Absolut gesehen waren die Unterschiede zwischen den Patientengruppen allerdings eher klein.

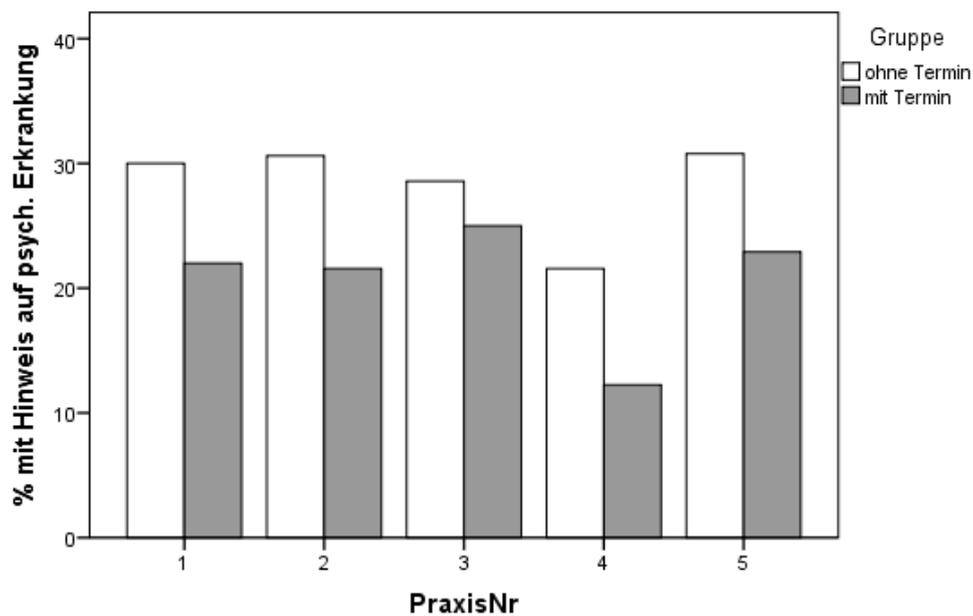


Abbildung 10: Hinweis auf psychische Erkrankung der Patienten mit und ohne Termin einzeln aufgeführt in allen fünf teilnehmenden Praxen.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

In der durchgeführten Studie unterschieden sich Patienten, die ohne Termin bzw. mit Termin den Hausarzt aufsuchten, in mehreren Merkmalen in statistisch auffälliger Weise. Allerdings waren diese Unterschiede in der Regel von eher geringerer Größe.

In der univariaten Analyse waren Patienten ohne Termin im Durchschnitt 6 Jahre jünger, seltener verheiratet und tendenziell besser gebildet.

Die ICPC-Kategorie „Prozeduren/Behandlungen“ war als Beratungsursache in der Gruppe der Patienten ohne Termin seltener als in der Gruppe mit Termin, Erkrankungen der „Atmungsorgane“ und des „Verdauungssystems“ waren dagegen häufiger. Patienten ohne Termin litten außerdem seltener an chronischen Erkrankungen als Patienten mit Termin.

Die Ärzte schätzten die Dringlichkeit der Anliegen beider Patientengruppen durchschnittlich niedriger ein als die Patienten beider Gruppen selbst. Allerdings bewerteten die Ärzte die Dringlichkeit der Arztkonsultation bei Patienten ohne Termin höher als bei Patienten mit Termin.

Bei Patienten ohne Termin lag etwas häufiger ein Verdacht auf eine psychische Erkrankung vor.

In multivariaten, logistischen Regressionsanalysen zeigte sich, dass ein jüngeres Alter und eine hohe Dringlichkeitsbewertung durch den Arzt besonders stark mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, ein Patient der Gruppe ohne Termin zu sein, zusammenhing. Darüber hinaus waren ein männliches Geschlecht, ein positives Screening-Ergebnis für mindestens eine psychische Störung, sowie eine Erkrankung der Atmungsorgane oder des Bewegungsapparates als Beratungsursache statistisch signifikant mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, ein Patient der Gruppe ohne Termin zu sein, assoziiert.

Die in der Einleitung formulierten Hypothesen konnten durch die Studienergebnisse nicht bestätigt werden.

4.2 Methodenkritik

Die durchgeführte Studie ist, nach dem Kenntnisstand des Autors, die erste systematische, empirische Untersuchung, die Unterschiede zwischen Patienten mit und Patienten ohne Termin in Allgemeinarztpraxen thematisiert. Das gewählte, vergleichende Querschnittsstudiendesign ermöglichte eine effiziente Durchführung der Studie; es ist jedoch bis zu einem gewissen Grad ungewöhnlich (Riedl et al., 2018). Unsere Strategie, möglichst alle konsekutiven Patienten ohne Termin und die jeweils unmittelbar folgenden Patienten mit Termin einzuschließen, gewährleistete, dass Gruppen bezüglich Aufnahmetag und Aufnahmeuhrzeit gut vergleichbar waren. Bei der Studienplanung wurde alternativ erwogen, in jeder teilnehmenden Praxis eine zufällige Auswahl aller Patienten mit Termin als Vergleichsgruppe festzulegen. Dies hätte den Vorteil gehabt, dass die Patienten der Vergleichsgruppe weitgehend repräsentativ für alle Patienten einer Praxis gewesen wären, hätte aber den potenziellen Einfluss von Wochentag und Tageszeit nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wären Planung und Umsetzung einer echten Zufallsauswahl im gleichen Zeitraum wesentlich komplizierter gewesen. Daher wurde diese Alternative verworfen.

Wie bereits im Methodenteil erwähnt, wurde die Studie in fünf bayerischen Allgemeinarztpraxen durchgeführt, welche alle nach dem Konzept einer Terminpraxis organisiert sind. Vier der fünf teilnehmenden Ärzte führen eine Einzelpraxis, in einem Fall handelt es sich um eine Gemeinschaftspraxis. Dies spiegelt in etwa das Verhältnis in deutschen Hausarztpraxen bundesweit (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019; Clade, 2016) wider. Die Beratungsanlässe der Patienten unserer Untersuchung sind vergleichbar mit denen der Patienten einer großen Studie aus dem Jahr 2008, in der die Merkmale von 49.423 Patienten aus 23 deutschen Allgemeinarztpraxen erfasst worden waren (Kühlein et al., 2008). Dennoch kann auf Grund der geringen Zahl an teilnehmenden Praxen keine sichere Aussage über die Repräsentativität der Ergebnisse getroffen werden. Dies gilt für deutsche Hausarztpraxen insgesamt, aber auch in Bezug auf Terminpraxen.

Eine Schwäche der vorliegenden Studie ist die unvollständige Dokumentation von Patienten, welche eine Studienteilnahme ablehnten. Entsprechend dem Protokoll hätte für jeden dieser Patienten Alter, Geschlecht und Grund der

Teilnahmeverweigerung festgehalten werden sollen. Dies erfolgte jedoch leider nur unvollständig oder gar nicht. Grund hierfür war möglicherweise die unzureichende Betonung der Wichtigkeit dieser Daten im Gespräch mit dem jeweiligen Praxispersonal vor Studienbeginn. Auch berichteten einzelne Mitarbeiter der teilnehmenden Praxen, die Dokumentation im Rahmen des laufenden Praxisbetriebes schlichtweg vergessen zu haben. Auf Grundlage der Gespräche mit den Praxismitarbeitern schätzen wir, dass insgesamt ca. 50 Patienten (darunter etwa gleich viele Patienten mit und ohne Termin) eine Teilnahme verweigerten. Über Alter, Geschlecht und Grund der Nichtteilnahme lässt sich jedoch rückblickend keine Aussage mehr treffen. Da nur ca. 10% der angesprochenen Patienten eine Teilnahme verweigerten, scheint eine relevante Beeinflussung der Ergebnisse unwahrscheinlich.

Kritisch zu diskutieren ist auch die Verwendung standardisierter, psychometrischer Screening-Instrumente (PHQ-15, SSD-12, GAD-7) zur Diagnostik psychischer Begleiterkrankungen eines Patienten. Die verwendeten Screeninginstrumente sind zwar validiert und werden in klinischen Studien und in der Versorgung häufig verwendet, können aber standardisierte klinische Interviews (z.B. das Composite International Diagnostic Interview CIDI (Margraf & Schneider, 2000)) oder eine sorgfältige klinische Diagnostik nicht ersetzen. Zu beachten ist vor allem, dass solche Screeninginstrumente im häuslichen Bereich, in dem psychische Erkrankungen vergleichsweise selten sind, deren Prävalenz in der Regel deutlich überschätzen (Thombs et al., 2018). Daher wird im Ergebnisteil lediglich von „Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung“ gesprochen. Die verwendeten Instrumente sind vermutlich auch nur eingeschränkt hilfreich, um „schwierige“ Patienten zu identifizieren (Riedl et al., 2018).

Da es sich um eine explorative Untersuchung handelt, bei deren Auswertung multiple p-Werte berechnet wurden, müssen die gefundenen Gruppenunterschiede mit Zurückhaltung interpretiert werden. Dies gilt vor allem für die Unterschiede, die sich lediglich in univariaten Analysen fanden. Die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalysen sind zuverlässiger einzuschätzen.

4.3 Interpretation und Bedeutung der Ergebnisse

Unsere Ergebnisse zeigen, dass allgemeine Patientenmerkmale bzw. soziale Komponenten die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, ob Patienten den Hausarzt ohne Termin aufsuchen. Vor allem jüngeres Alter und männliches Geschlecht erhöhen diese Wahrscheinlichkeit.

Dies könnte als Ausdruck einer Erwartungshaltung, wie beispielsweise ständiger Verfügbarkeit medizinischer Leistungen, in dieser Gesellschaftsgruppe gedeutet werden (Robb et al., 2003). Jüngere Patienten nutzen häufiger mediale Möglichkeiten zur Informationsbeschaffung und hinterfragen gezielter getroffene Entscheidungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018). Erwartungshaltung oder Anspruchshaltung bedeutet in diesem Kontext konkret den unmittelbaren, ständigen Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Einschränkung oder Zugangsregelung wie geregelter Terminvereinbarung. Fast jeder dritte Patient dieser Gruppe gibt einem vorliegenden zeitlichen oder örtlichen Anlass für seinen Praxisbesuch Vorrang vor Abwägung einer akuten medizinischen Notwendigkeit.

Die zeitlich unmittelbare Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch einen unangekündigten Arztbesuch erschwert eine geregelte und planbare Organisation auf Praxisseite. Von der genannten Patientengruppe wird eine hohe organisatorische Variabilität und Pufferfähigkeit des Zeitmanagements in der Praxisorganisation in Anspruch genommen. Weiterhin setzt dies ungefragt die Akzeptanz von dadurch bedingter Zeitverzögerung durch andere Patienten voraus.

Wie kann diesem Verhalten einzelner Patienten entgegengewirkt werden? Primär gilt es, Patienten für Vorteile einer konsequenten Terminvereinbarung zu sensibilisieren und das Bewusstsein für Voraussetzungen einer funktionierenden Praxisorganisation zu fördern. Dies kann bereits durch eine adäquate Aufklärung z.B. mittels schriftlicher Information in der Praxis oder durch die persönliche Ansprache durch Mitarbeiter der Allgemeinarztpraxis erfolgen. Weiterhin sollte den Patienten eine unkomplizierte und praktikable Möglichkeit zur Terminvereinbarung angeboten werden, die auch die Verwendung moderner Medien einschließt. Dabei ist eine klare Information für die Patienten über das Terminvergabesystem der Praxis vermutlich essentiell. Es liegt auch gleichzeitig in der Verantwortung der zuständigen Praxisorganisatoren eine Kombination

mehrerer Medien zur Verfügung zu stellen. Dabei sind die Möglichkeiten von einem klassischen Telefonanruf über online-Terminkalender bis hin zu speziell entwickelten Websites offizieller Terminvermittlungsagenturen oder Servicestellen zur Vermittlung von Facharztterminen durch die zuständigen kassenärztlichen Vereinigungen breit gefächert. Es hat sich gezeigt, dass bei einem entsprechenden Angebot gerade junge Patienten die Möglichkeit einer online-Terminvergabe einem Telefonanruf vorziehen. Hierbei wird vor allem die Möglichkeit einer Terminvereinbarung unabhängig von Sprechzeiten als Vorteil genannt. Des Weiteren werden Tendenzen deutlich, die eine Beeinflussung der Arztwahl je nach Verfügbarkeit einer Terminvereinbarung über das Internet vermuten lassen (Stölzle, 2016).

Eine Förderung der Patientenautonomie in der Terminvergabe kann möglicherweise die Chance bieten, die Compliance hinsichtlich einer verbindlichen Terminvereinbarung zu erhöhen und gleichzeitig auch positiven Einfluss auf ein überhöhtes Anspruchsdenken zu haben. Der Patient wird in die Organisation und Planung unmittelbar eingebunden.

Durch eine Versichertenbefragung aus dem Jahr 2015 wird deutlich, dass 19% aller Befragten in Bayern im letzten Jahr einen Arzttermin kurzfristig absagen mussten (Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2016). Diese Tatsache und das Aufsuchen der Praxis ohne Termin verursachen Terminlücken und Zeitdruck in Arztpraxen. Eine durchgehende Einhaltung der vergebenen Behandlungstermine kann durch diese ungeplanten Doppelbelegungen und Kollisionen im Terminplan nicht gewährleistet werden. Diese Diskrepanz zwischen dem Blickwinkel von Arzt und Patient und die Komplexität der Praxisorganisation kann eine Belastung für die Arzt-Patienten-Beziehung darstellen.

Es scheint also essentiell, Patienten über die Möglichkeiten, Grenzen und die Herausforderung der allgemeinärztlichen Versorgung und deren Inanspruchnahme schriftlich und auch im persönlichen Gespräch adäquat zu informieren und aufzuklären. Eine entsprechende Patientenführung durch den Allgemeinarzt stellt hierbei einen wichtigen Punkt in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient dar.

Neben soziodemographischen Aspekten nimmt die Dringlichkeit der Arztkonsultation in unserer Studie besonders in Hinblick auf unsere formulierten

Hypothesen die zentrale Stellung ein. Entgegen unserer ursprünglichen Vermutung ging eine hohe Dringlichkeit aus Sicht der Patienten aber nicht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, eine Praxis ohne Termin aufzusuchen. Die erste der drei formulierten Hypothesen erscheint somit unzutreffend.

Beim Ausfüllen des Fragebogens durch Patienten mit Termin wurde dieses Merkmal jedoch in nur knapp 74% der Fälle beantwortet. Patienten, die mit Termin jedoch ohne aktuelle Beschwerden, z.B. auf Grund einer Routineuntersuchung oder im Ergebnisteil genannter medizinischer Prozeduren den Arzt aufsuchten, sahen sich möglicherweise gar nicht dazu veranlasst, ihr Anliegen mit einer Dringlichkeitsangabe zu bewerten. Dies könnte theoretisch eine Erklärung dafür liefern, warum in univariaten Analysen keine auffälligen Unterschiede feststellbar waren. In einer Sensitivitätsanalyse, bei der angenommen wurde, dass alle Patienten ohne Angabe ihr Anliegen als gar nicht dringlich bewerteten, traten jedoch ebenfalls keine auffälligen Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Termin auf. Daher erscheint diese Erklärung für die Ergebnisse der vorliegenden Studie wenig wahrscheinlich.

Die Resultate der Dringlichkeitsangaben der Ärzte legen die Schlussfolgerung nahe, dass ein Aufsuchen der Praxis ohne Termin in bestimmten Fällen auf Grund der erhöhten Dringlichkeit gerechtfertigt sein kann. Beim Vergleich zwischen Patienten- und Arztangaben zeigt sich außerdem, dass die Diskrepanz hinsichtlich der Bewertung der Dringlichkeit zwischen Arztangaben und Patientenangaben in der Gruppe der Patienten mit Termin größer ist. Patienten ohne Termin bewerten ihre Beschwerden subjektiv häufiger in Übereinstimmung mit oder näher an der Arztbewertung. Dieses Ergebnis lässt ebenfalls vermuten, dass ein Aufsuchen der Praxis durch Patienten ohne Termin auf Grund der eingeschätzten höheren Dringlichkeit gerechtfertigt sein kann (Riedl et al., 2018).

Die Häufigkeit der Arztbesuche einzelner Patienten wurde nicht untersucht. Wir können somit keine Aussage darüber treffen, ob sich die Besuchsfrequenz zwischen den Gruppen unterscheidet. Wir können auch keine Aussage dazu treffen, ob beim gleichen Patienten bei mehrfacher Vorstellung ohne Termin die Dringlichkeit im Vergleich zum Arzt stets ähnlich bewertet wird.

Krankheitserfahrung kann bei diesem Aspekt eine Rolle spielen. In einer Studie aus dem Jahr 2010 waren Patienten, die regelmäßig die Notaufnahme

aufsuchten, tendenziell schwerer erkrankt als Patienten, die nur gelegentlich die Notaufnahme aufsuchten (LaCalle & Rabin, 2010). Dies könnte bedeuten, dass die Krankheitserfahrung einen Einfluss auf die verbesserte Einschätzung der Dringlichkeit hat. Diese Patienten wissen um die Bedeutung ihrer Beschwerden und nehmen somit berechtigterweise eine medizinische Versorgung ohne Terminvereinbarung in Anspruch.

Doch welche Beschwerden führen die Patienten überhaupt in die Hausarztpraxis und welche Schlüsse lassen sich daraus ziehen?

Im Vergleich der Ergebnisse beider Gruppen hinsichtlich Beratungsgrund, Beratungsursache und Beratungsergebnis wird durchweg deutlich, dass Patienten ohne Termin häufiger auf Grund akuter Symptomatik den Allgemeinarzt aufsuchen als Patienten mit Termin. Dieses Ergebnis ist kaum überraschend, betrachtet man die konkreten Beratungsergebnisse beider Gruppen. Patienten mit Termin suchen am häufigsten die Praxis auf Grund von vereinbarten Prozeduren oder Behandlungen auf. Da es sich hierbei häufig um Folgetermine bei begonnenen Therapien handelt, ist eine Terminvereinbarung obligat. Das Anliegen ist für Praxis und Patient planbar. Dringliche Behandlungsbedürftigkeit oder Notfallsituationen sind hierbei die Ausnahme. Entsprechend seltener suchen Patienten ohne Termin für vorhersehbare Prozeduren und Behandlungen den Arzt auf. Für diese Patientengruppe spielen akute Beschwerdebilder wie respiratorische, abdominale oder urogenitale Infekte oder Schmerzen im Bewegungsapparat eine übergeordnete Rolle. Hierbei ist typisch, dass die akuten gesundheitlichen Probleme unerwartet und ungeplant auftreten. Unsere Ergebnisse stimmen insofern gut mit einer Reihe von Studien überein, die sich mit Patienten und ihren Merkmalen befassen, welche regelmäßig Notaufnahmen aufsuchen (LaCalle & Rabin, 2010). Auch hinsichtlich der Beratungsergebnisse in unserer Studie stimmen die Resultate mit Studienergebnissen für Allgemeinarztpraxen überein (Kühlein et al., 2008).

Ein weiterer wichtiger Teil unserer Studie war die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und der Wahrscheinlichkeit gibt, dass Patienten eine Praxis ohne Terminvereinbarung aufsuchen. Mehrere Studien haben bereits eine Assoziation von psychischen Beschwerden und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Krankenhausverhalten gezeigt (Glaesmer et al., 2008).

Die Fragestellung in unserer Studie fußte primär auf dem subjektiven Eindruck von Hausärzten, dass „schwierige“ Patienten unter den Patienten ohne Termin seien. Wie bereits in Abschnitt 4.2 angesprochen, sind Fragebögen zu psychischen Beschwerden und Persönlichkeit nicht der optimale Weg um „schwierige“ Patienten zu identifizieren.

Dennoch erachten wir deren Gebrauch für unserer Fragestellung auf Grund der häufigen Verwendung und der Bewährtheit in wissenschaftlichen Arbeiten (Barsky et al., 2005; Schneider et al., 2013; Schneider et al., 2011; Toussaint et al., 2016; Toussaint et al., 2017; Riedl et al., 2018) als vertretbar; sie wurden aber primär aus Mangel an geeigneten Indikatoren für das unscharfe Konstrukt „schwieriger Patienten“ ausgewählt. Die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalysen sprechen tatsächlich für eine gewisse Assoziation zwischen dem Hinweis auf eine psychische Störung und der Wahrscheinlichkeit eine Praxis ohne Termin aufzusuchen. Auch für das Persönlichkeitsmerkmal „Offenheit für Erfahrungen“ könnte möglicherweise ein Zusammenhang existieren.

Vermutlich überschätzen Ärzte im Praxisalltag die Anzahl der Patienten, die in Zusammenschau multipler Merkmale als „schwierig“ eingeschätzt werden und gleichzeitig keine Terminvereinbarung vornehmen. Gründe auf Seiten der Ärzte hierfür könnten eine selektive Wahrnehmung (unter Patienten ohne Termin bleiben die „schwierigen“ besonders häufig und intensiv in Erinnerung), insgesamt ein erhöhtes Patientenaufkommen und dadurch eine erschwerte Praxisorganisation, verlängerte Arbeitszeiten durch Nichteinhaltbarkeit von Terminvorgaben und die individuelle Belastbarkeit des Praxispersonals (Gerrard & Riddell, 1988) sein. Ähnliche Erfahrungen wurden bereits in einer vorangegangenen Studie des Institutes für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München aus dem Jahr 2013 gemacht, welche die psychische Komorbidität bei Patienten untersuchte, die ohne vorhergehende Beratung eine ärztliche Überweisung verlangten (Schneider et al., 2013). Auch hier war bei den Ärzten der subjektive Eindruck einer gehäuften psychischen Auffälligkeit vorhanden gewesen, der jedoch durch die Daten nicht bestätigt werden konnte. Es muss bei dem subjektiven, ärztlichen Eindruck eines „schwierigen Patienten“ vermutlich auch an Faktoren gedacht werden, die nicht dem Patienten zuzuordnen sind. Einflüsse durch die örtlichen

Gegebenheiten, Sprachbarrieren oder kulturelle Unterschiede sowie auch die Persönlichkeit des Arztes tragen wesentlich zur Wahrnehmung bei (Hull & Broquet, 2007). Unsere Daten sprechen dafür, dass kulturelle und soziale Einflussfaktoren für das Aufsuchen einer Allgemeinarztpraxis eine wichtigere Rolle spielen als wir angenommen hatten. Jedoch ist objektiv gesehen aus statistischer Sicht auch eine gewisse Assoziation für den Aspekt der psychischen Komorbidität nicht vernachlässigbar.

4.4 Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie spricht dafür, dass sich Patienten, die mit oder ohne Termin eine hausärztliche Praxis aufsuchen, nur relativ geringfügig unterscheiden. Ein jüngeres Alter und eine (aus Arztsicht) höhere Dringlichkeit gehen jedoch mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit einher, eine Praxis ohne Termin aufzusuchen. Keine der von uns aufgestellten drei Hypothesen konnte bestätigt werden: Weder schätzten Patienten ohne Termin die Dringlichkeit ihres Arztbesuches höher ein als Patienten mit Termin (Hypothese 1), noch war die Differenz zwischen Dringlichkeitseinschätzung von Arzt und Patient größer (Hypothese 2). Auch waren bei Patienten ohne Termin, bei denen der Arzt die Dringlichkeit als gering einschätzte, psychische Auffälligkeiten nicht häufiger als bei Patienten mit höherer Dringlichkeit (Hypothese 3).

Die Problematik der Praxisbesuche ohne Termin stellt nach wie vor ein relevantes Thema dar. Zukünftige Studien, sowohl quantitativer als auch qualitativer Art sollten darauf abzielen, besser zu verstehen, warum Patienten mit geringer Dringlichkeit Praxen ohne vorherige Terminabsprache aufsuchen. Sie könnten damit Ansatzpunkte liefern, wie Organisation und Abläufe in Allgemeinarztpraxen weiter verbessert werden können. Außerdem sollte in weiteren Studien der subjektive Eindruck der behandelnden Ärzte hinsichtlich des „schwierigen Patienten“ unter den Patienten ohne Termin weiter objektiviert werden. Ziel wäre es hierbei, wiederum Strategien in der Organisation der Arztpraxis sowie für den konkreten Umgang mit diesen Patienten zu entwickeln und zu etablieren.

5 Zusammenfassung

Hintergrund:

In reinen Terminpraxen wird versucht, auch mit Patienten mit akuten Beschwerden kurzfristig einen Termin zu vereinbaren. Dennoch sucht eine Minderheit von Patienten die Praxen ohne Terminabsprache auf, was zu Beeinträchtigungen im organisatorischen Ablauf und zu längeren Wartezeiten führen kann.

Bisher wurde, soweit bekannt, keine Studie durchgeführt, die sich mit der Analyse unterschiedlicher Merkmale in Verbindung mit einer Unterscheidung zwischen Patienten befasst, welche eine Allgemeinarztpraxis mit bzw. ohne Terminvereinbarung aufsuchen.

Ziel:

In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, ob sich Patienten mit und ohne Termin in hausärztlichen Praxen in Bayern in Bezug auf soziodemographische Merkmale, Beratungsanlass, Beratungsgrund, Beratungsergebnis, Dringlichkeit, psychische Komorbidität und Persönlichkeitmerkmale unterscheiden.

Methoden:

Bei der zwischen November 2015 und April 2016 durchgeführten Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie mit einmaliger schriftlicher Befragung von konsekutiven Patienten ohne Termin und den jeweils unmittelbar folgenden Patienten mit Termin. Der vierseitige Patienten-Fragebogen beinhaltete neben Fragen zu soziodemographischen Merkmalen und Beschwerdebild unter anderem validierte Instrumente zum Screening auf depressive Störungen (PHQ-9), somatoformen Beschwerden (PHQ-15 und SSD-12), Angststörungen (GAD-7) sowie zur Messung von Persönlichkeitsmerkmalen (BFI-K). Vom Arzt waren für jeden Patienten Beratungsursache, Beratungsergebnis und Dringlichkeit in den entsprechenden Fragebogen zu dokumentieren. Die Auswertung erfolgte mit uni- und multivariaten Methoden im Statistikprogramm SPSS.

Ergebnisse:

Von ca. 550 angesprochenen Patienten nahmen 501 Patienten an der Studie teil (251 ohne und 250 Patienten mit Termin).

In den univariaten Analysen waren Patienten ohne Termin im Durchschnitt 6 Jahre jünger, seltener verheiratet und tendenziell besser gebildet als Patienten mit Termin.

Die ICPC-Kategorie (International Classification of Primary Care) „Prozeduren/Behandlungen“ war als Beratungsursache in der Gruppe der Patienten ohne Termin seltener als in der Gruppe mit Termin, Erkrankungen der „Atmungsorgane“ und des „Verdauungssystems“ waren dagegen häufiger (jeweils $p < 0,05$). Patienten ohne Termin litten außerdem seltener an chronischen Erkrankungen als Patienten mit Termin. Die Ärzte schätzten die Dringlichkeit der Anliegen beider Patientengruppen durchschnittlich niedriger ein als die Patienten beider Gruppen selbst. Allerdings bewerteten die Ärzte die Dringlichkeit der Arztkonsultation bei Patienten ohne Termin höher als bei Patienten mit Termin. Bei Patienten ohne Termin lag etwas häufiger ein Verdacht auf eine psychische Erkrankung vor.

In multivariaten logistischen Regressionsanalysen zeigte sich, dass ein jüngeres Alter und eine hohe Dringlichkeitsbewertung durch den Arzt besonders stark mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, ein Patient der Gruppe ohne Termin zu sein, zusammenhing. Darüber hinaus waren männliches Geschlecht, ein positives Screening-Ergebnis für mindestens eine psychische Störung, sowie eine Erkrankung der Atmungsorgane oder des Bewegungsapparates als Beratungsursache statistisch signifikant mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, ein Patient der Gruppe ohne Termin zu sein, assoziiert.

Schlussfolgerung:

In der durchgeführten Studie unterschieden sich Patienten, die ohne Termin bzw. mit Termin den Hausarzt aufsuchten, in mehreren Merkmalen in statistisch signifikanter Weise. Allerdings waren diese Unterschiede in der Regel von eher geringerer Größe. Ein jüngeres Alter und eine (aus Arztsicht) höhere Dringlichkeit gehen jedoch mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit einher, eine Praxis ohne Termin aufzusuchen. Zukünftige Studien, sowohl quantitativer als auch qualitativer Art, sollten darauf abzielen, besser zu verstehen, warum Patienten mit geringer Dringlichkeit Praxen ohne vorherige Terminabsprache aufsuchen.

6 Literaturverzeichnis

- Anderson, R. T., Camacho, F. T. & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, 7(1), 31.
- Ansmann, L., Baumann, W., Gostomzyk, J., Götz, K., Hahn, U., Pfaff, H., Rölker-Denker, L. & Nöst, S. (2019). DNVF-Memorandum III–Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4–Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Kapitel 1–Definition und Konzept der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen*, 81(03), e64-e71.
- Balke, K., Schnitzer, S., Walter, A., Richter, S. & Kuhlmeier, A. (2008). KBV-Versichertenbefragung: Wartezeit ist ein wichtiges Kriterium bei der Wahl der Arztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(34), 1525.
- Barnsley, J., Williams, A. P., Kaczorowski, J., Vayda, E., Vingilis, E., Campbell, A. & Atkin, K. (2002). Who provides walk-in services? Survey of primary care practice in Ontario. *Canadian Family Physician*, 48(3), 519-526.
- Barsky, A. J., Orav, E. J. & Bates, D. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903-910.
- Clade, H. (2016). Existenzgründer: Einzelpraxis liegt weiter im Trend. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(40): A-1770 / B-1490 / C-1482.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (24.08.2018). ICD-Code Andere Angststörungen. ICD-10-GM Version 2019, 10.Revision.
zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter
<http://www.icd-code.de/icd/code/F41.-.html>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (21.09.2018). ICD-Code Depressive Episode. ICD-10-GM Version 2019, 10. Revision.
zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter
<http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (24.08.2018). ICD-Code Andere Angststörungen. ICD-10-GM Version 2019, 10. Revision.
zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter
<http://www.icd-code.de/icd/code/F45.-.html>

Gerrard, T. & Riddell, J. (1988). Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ British Medical Journal*, 297(6647), 530.

Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Martin, A., Brähler, E. & Rief, W. (2008). Die Bedeutung psychischer Beschwerden für die medizinische Inanspruchnahme und das Krankheitsverhalten Älterer. *Psychiatrische Praxis*, 35(04), 187-193.

Hull, S. K. & Broquet, K. (2007). How to manage difficult patient encounters. *Family Practice Management*, 14(6), 30.

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2008). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Mai/Juni 2008.
zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter
http://www.kbv.de/media/sp/080820_versichertenbefragung_tabellenband.pdf

Kassenärztliche Vereinigung Bayern. (2016). KVB Infos 2015. Jahresinhaltsverzeichnis 2015 - KVB Infos Kassenärztliche Vereinigung Bayern.
zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter
<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Publikation/KVB-FORUM/Einzeldateien-INFOS/2015/KVB-INFOS-Gesamtausgabe-2015.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April-Juni 2018.
zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter
www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2018.pdf

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). Immer weniger Einzelpraxen. zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
- Kroenke, K. & Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515.
- Kühlein, T., Laux, G., Gutscher, A. & Szecsenyi, J. (2008). Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis: Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel.
- LaCalle, E. & Rabin, E. (2010). Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Annals of Emergency Medicine*, 56(1), 42-48.
- Löwe, B. P. (2001). Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual; Komplettversion und Kurzform. Pfizer GmbH.
- Lüngen, M. & Siegel, M. (2011). Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung. Eine empirische Abschätzung für Deutschland. *Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*, Köln: Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln
- Margraf, J. & Schneider, S. (2000) Diagnostik psychischer Störungen mit strukturierten Interviews. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Murray, M. & Berwick, D. (2003). Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 289(8), 1035-1040.
- Neugebauer, E., Pfaff, H., Schrappe M. & Glaeske, G. (2017). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik – Anwendung* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

- Oswald, W. & Künzi, B. (2001). Wartezeiten in der hausärztlichen Praxis. Antworten aus QualiDoc-Evaluationen. *Primary Care*, 1(24), 734-739.
- Poschenrieder, E. (2010). Analyse tageszeitlicher Häufungen von Beratungsanlässen ohne Termin in der Allgemeinarztpraxis. Dissertation Universität Regensburg.
- Rammstedt, B. & John, O. (2005). Kurzversion des big five inventory (BFI-K). *Diagnostica*, 51(4), 195-206.
- Riedl, B. (2009). Eine Bestellpraxis fragt nach. *Der Allgemeinarzt*, 16, 26-27.
- Riedl, B. (2010). Mit einfachen Mitteln zum Erfolg. *Der Allgemeinarzt*, 11, 24-25.
- Riedl, B. & Peter, W. (2017). *Basiswissen Allgemeinmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Riedl, B., Kehrer, S., Werner, C. U., Schneider, A. & Linde, K. (2018). Do general practice patients with and without appointment differ? Cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1), 101.
- Rief, W. & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10.
- Robb, C., Haley, W., Becker, M., Polivka, L. & Chwa, H.-J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: Similarities and differences. *Aging and Mental Health*, 7(2), 142-152.
- Schneider, A., Hilbert, B., Hörlein, E., Wagenpfeil, S. & Linde, K. (2013). The effect of mental comorbidity on service delivery planning in primary care: an analysis with particular reference to patients who request referral without prior assessment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(39), 653.
- Schneider, A., Hörlein, E., Wartner, E., Schumann, I., Henningsen, P. & Linde, K. (2011). Unlimited access to health care-impact of psychosomatic comorbidity on utilisation in German general practices. *BMC Family Practice*, 12(1), 51.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of International Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Stölzle, B. (2016) Vorteile durch online Terminbuchung. *Gynäkologie + Geburtshilfe*, 21(6), 43.
- Koo, T. K. & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163.
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A. W. & Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 190(2), E44-E49.
- Toussaint, A., Murray, A. M., Voigt, K., Herzog, A., Gierk, B., Kroenke, K., Rief, W., Henningsen, P. & Löwe, B. (2016). Development and validation of the Somatic Symptom Disorder–B Criteria Scale (SSD-12). *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 5-12.
- Toussaint, A., Riedl, B., Kehrer, S., Schneider, A., Löwe, B. & Linde, K. (2017). Validity of the Somatic Symptom Disorder–b Criteria Scale (ssd-12) in primary care. *Family Practice*, 35(3), 342-347.
- Wiesche, L., Schacht, M. & Werners, B. (2017). Strategies for interday appointment scheduling in primary care. *Health Care Management Science*, 20(3), 403-418.
- WONCA International Classification Comitee (2011). *Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2*. Wien: Springer-Verlag.
- Wonca International Classification Committee (WICC). (19.10.2017). *ICPC-2 Deutsch/German International Classification of Primary Care 2nd Edition*. zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter www.icpc.ch/fileadmin/user_upload/twopager0208.pdf
- World Health Organisation (WHO). (März 2003). *International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2)*. zuletzt zugegriffen am: 03.02.2020; unter <https://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>

7 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flow Chart zur Rekrutierung.....	22
Abbildung 2: Hauptursache der Arztkonsultation anhand von Patientenangaben	26
Abbildung 3: Beratungsergebnis durch Arztangaben	31
Abbildung 4: Beratungsanlass bei Patienten ohne Termin (Mehrfachangaben möglich).....	35
Abbildung 5: Dringlichkeit durch Patienten- und Arztbewertung.....	38
Abbildung 6: Alter der Patienten mit und ohne Termin einzeln aufgeführt in allen fünf teilnehmenden Praxen.....	46
Abbildung 7: Frauenanteil an den Patienten mit und ohne Termin einzeln aufgeführt in allen fünf teilnehmenden Praxen.	47
Abbildung 8: Bewertung der Dringlichkeit in den einzelnen Praxen aus Sicht der Ärzte sowie der Patienten ohne Termin	48
Abbildung 9: Bewertung der Dringlichkeit in den einzelnen Praxen aus Sicht der Ärzte sowie der Patienten mit Termin.....	48
Abbildung 10: Hinweis auf psychische Erkrankung der Patienten mit und ohne Termin einzeln aufgeführt in allen fünf teilnehmenden Praxen.....	50

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Allgemeine Merkmale der Studienteilnehmer.	24
Tabelle 2: Beratungsgrund aus Patientensicht.	27
Tabelle 3: Häufigste Beratungsgründe nach Einzeldiagnosen.	28
Tabelle 4: Beratungsursache aus Arztsicht.	29
Tabelle 5: Beratungsergebnis aus Arztsicht.	32
Tabelle 6: Häufigste Beratungsergebnisse nach Einzeldiagnosen.	33
Tabelle 7: Dringlichkeit aus Patientensicht.	36
Tabelle 8: Dringlichkeit aus Arztsicht.	37
Tabelle 9: Differenz der Dringlichkeit aus Patientensicht – Arztsicht.	39
Tabelle 10: Ausprägung der Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung laut der eingesetzten Fragebögen.	41
Tabelle 11: Prüfung von Hypothese 3 - Ausprägung der Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei Patienten ohne Termin je nach Dringlichkeitsbewertung durch den Arzt.	43
Tabelle 12: Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen laut BFI-K.	44
Tabelle 13: Zufriedenheit der Patienten mit den Arztpraxen.	44
Tabelle 14: logistische Regressionsanalyse.	45

9 Anhang

9.1 Veröffentlichungen

9.1.1 Artikel in internationalen Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren

Riedl, B., Kehrer, S., Werner, C. U., Schneider, A. & Linde, K. (2018). Do general practice patients with and without appointment differ? Cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0787-5>

Toussaint, A., Riedl, B., Kehrer, S., Schneider, A., Löwe, B. & Linde, K. (2018). Validity of the Somatic Symptom Disorder–b Criteria Scale (ssd-12) in primary care. *Family Practice*, 35(3), 342-347. doi:10.1093/fampra/cmz116

9.1.2 Kongresspublikationen mit Abstract

Kehrer, S., Linde, K., Schneider, A. & Riedl, B. (2016). Wie unterscheiden sich Patienten mit und ohne Termin? Eine Querschnittserhebung in Hausarztpraxen. 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Frankfurt am Main, 29.09.-01.10.2016. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2016. Doc16degam033. doi: 10.3205/16degam033. zuletzt zugegriffen am 17.02.2020; unter <https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2016/16degam033.shtml>

Linde, K., Riedl, B., Kehrer, S., Schneider, A., Löwe, B. & Toussaint, A. (2017). Der Fragebogen SSD-12 zur Erfassung der psychischen Belastung bei somatischer Belastungsstörung – erste Erfahrungen und Validierung bei Hausarztpatienten. 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Düsseldorf, 21.-23.09.2017. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2017. Doc17degam143. doi: 10.3205/17degam143. zuletzt zugegriffen am 17.02.2020; unter <https://www.egms.de/static/de/meetings/degam2017/17degam143.shtml>

9.2 Fragebogen „Patient ohne Termin“

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich um Fragen, bei denen Sie aus verschiedenen Antwortoptionen wählen können. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der für Sie zutreffenden Antwort an. Falls Sie Fragen haben sollten, wenn Sie sich bitte an den Studienbetreuer, das Praxispersonal oder die Ärztin/den Arzt. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

1. Allgemeines: Angaben zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig unverheiratet, in einer Partnerschaft
 verheiratet verwitwet

Wie viele Kinder haben Sie? keine 1 2 3 4 >4

Wie lange sind Sie bereits Patient in unserer Praxis? _____ Monate bzw. _____ Jahre

Art der Krankenversicherung: gesetzlich privat

Höchster Schulabschluss: Schule ohne Abschluss beendet
 Volks-/Hauptschulabschluss, Quali, Mittlere Reife
 Fachabitur/Fachhochschulreife/Abitur, Hochschulreife
 Sonstiges: _____

2. Angaben zum aktuellen Praxisbesuch/zu Ihren Beschwerden

Grund Ihres Praxisbesuches/Beschwerden: _____

Warum kommen Sie heute ohne Termin in unsere Praxis? (bitte alle zutreffenden Gründe ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> war gerade in der Nähe | <input type="checkbox"/> Partner schickt mich |
| <input type="checkbox"/> habe gerade Zeit | <input type="checkbox"/> Schmerzen/Beschwerden immer stärker |
| <input type="checkbox"/> plötzliche Schmerzen/Beschwerden | <input type="checkbox"/> kurze Wartezeit vermutet |
| <input type="checkbox"/> wäre schon eher gekommen, aber es war Feiertag/Wochenende | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Seit wann bestehen Ihre aktuellen Beschwerden? Seit _____

Wie schätzen Sie die Dringlichkeit Ihrer Beschwerden ein?

sehr dringlich dringlich etwas dringlich nicht dringlich gar nicht dringlich

Haben sie sich im Internet über ihre Beschwerden/Erkrankung informiert?

nein ja

Haben Sie dauerhaft behandelte chronische Erkrankungen?

nein ja, und zwar: _____

Wie unterscheiden sich Patienten mit und ohne Termin?
Fragebogen Gruppe ohne Termin

Nun folgen Fragen aus dem so genannten Gesundheitsfragebogen (PHQ-D)

3. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bei Frauen: Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bitte lesen sie die Aussagen genau durch und kreuzen Sie jeweils an, was für Sie am ehesten zutrifft.	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
a. Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="checkbox"/>				
b. Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
c. Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>				
d. Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="checkbox"/>				
e. Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>				
f. Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="checkbox"/>				
g. Andere sagen dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="checkbox"/>				
h. Ich mache mir Sorgen dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>				
i. Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.	<input type="checkbox"/>				
j. Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>				
k. Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="checkbox"/>				
l. Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				
	Überhaupt	An einzel-	An mehr als der	Oft	Beina

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	nicht	nen	Hälfte der	he
	Tagen	Tagen	Tage	jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Über-	An	An mehr	Beinahe
	haupt	einzel-	als der	jeden
	nicht	nen	Hälfte der	Tag
	Tagen	Tagen	Tage	Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuletzt noch Fragen zu Ihrer persönlichen Selbsteinschätzung (Fragebogen BFK-I)

7. Wie schätzen Sie sich selbst ein

Inwieweit treffen die folgende Aussagen auf sie persönlich zu? Wählen sie bitte die entsprechende Kategorie und kreuzen sie rechts neben der Aussage an.

Ich...	sehr unzu- treffend	eher unzu- treffend	weder noch	eher zutref- fend	sehr zutref- fend
1. ...bin eher zurückhaltend, reserviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...neige dazu, andere zu kritisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... erledige Aufgaben gründlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... werde leicht deprimiert, niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... bin vielseitig interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... bin begeisterungsfähig und kann andere gut mitreißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das gute im Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... bin bequem, neige zur Faulheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... bin entspannt. lasse mich durch Stress nicht aus er Ruhe bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... bin tief sinnig, denke gerne über Sachen nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... bin eher der „stille Typ“, wortkarg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... kann mich kalt und distanziert verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... bin tüchtig und arbeite flott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... mache mir viele Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... haben eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... gehe aus mir heraus, bin gesellig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... mache Pläne und führe sie auch durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... werde leicht nervös und unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... habe nur wenig künstlerisches Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie zufrieden sind Sie mit unserer Arztpraxis? Bitte geben Sie Noten wie in der Schule!

	1 sehr gut	2 gut	3 befrie- digend	4 ausrei- chend	5 mangel- haft	6 unge- nügend
1. Wartezeiten	<input type="checkbox"/>					
2. Organisation	<input type="checkbox"/>					
3. Ärztliche Betreuung	<input type="checkbox"/>					
4. Nichtärztliches Praxispersonal	<input type="checkbox"/>					
5. Insgesamt	<input type="checkbox"/>					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

9.3 Fragebogen „Patient mit Termin“

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich um Fragen, bei denen Sie aus verschiedenen Antwortoptionen wählen können. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der für Sie zutreffenden Antwort an. Falls Sie Fragen haben sollten, wenn Sie sich bitte an den Studienbetreuer, das Praxispersonal oder die Ärztin/den Arzt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Allgemeines: Angaben zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig unverheiratet, in einer Partnerschaft
 verheiratet verwitwet

Wie viele Kinder haben Sie? keine 1 2 3 4 >4

Wie lange sind Sie bereits Patient in unserer Praxis? _____ Monate bzw. _____ Jahre

Art der Krankenversicherung: gesetzlich privat

Höchster Schulabschluss: Schule ohne Abschluss beendet
 Volks-/Hauptschulabschluss, Quali, Mittlere Reife
 Fachabitur/Fachhochschulreife/Abitur, Hochschulreife
 Sonstiges: _____

2. Angaben zum aktuellen Praxisbesuch/zu Ihren Beschwerden

Grund Ihres Praxisbesuches/Beschwerden: _____

Die folgenden drei Fragen brauchen Sie nur beantworten, wenn Sie aktuelle Beschwerden haben

A) Seit wann bestehen Ihre aktuellen Beschwerden? Seit _____

B) Wie schätzen Sie die Dringlichkeit Ihrer Beschwerden ein?

sehr dringlich dringlich etwas dringlich nicht dringlich gar nicht dringlich

C) Haben sie sich im Internet über ihre Beschwerden/Erkrankung informiert?

nein ja

Ab hier bitte wieder alle antworten

Haben Sie dauerhaft behandelte chronische Erkrankungen?

nein ja, und zwar: _____

Wie unterscheiden sich Patienten mit und ohne Termin?
Fragebogen Gruppe mit Termin

Nun folgen Fragen aus dem so genannten Gesundheitsfragebogen (PHQ-D)

3. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bei Frauen: Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bitte lesen sie die Aussagen genau durch und kreuzen Sie jeweils an, was für Sie am ehesten zutrifft.	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
a. Ich denke, das meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="checkbox"/>				
b. Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
c. Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>				
d. Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="checkbox"/>				
e. Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>				
f. Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="checkbox"/>				
g. Andere sagen dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="checkbox"/>				
h. Ich mache mir Sorgen dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>				
i. Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mit Energie.	<input type="checkbox"/>				
j. Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>				
k. Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="checkbox"/>				
l. Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuletzt noch Fragen zu Ihrer persönlichen Selbsteinschätzung (Fragebogen BFK-I)

7. Wie schätzen Sie sich selbst ein

Inwieweit treffen die folgende Aussagen auf sie persönlich zu? Wählen sie bitte die entsprechende Kategorie und kreuzen sie rechts neben der Aussage an.

Ich...	sehr unzu- treffend	eher unzu- treffend	weder noch	eher zutref- fend	sehr zutref- fend
1. ... bin eher zurückhaltend, reserviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... neige dazu, andere zu kritisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... erledige Aufgaben gründlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... werde leicht deprimiert, niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... bin vielseitig interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... bin begeisterungsfähig und kann andere gut mitreißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das gute im Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... bin bequem, neige zur Faulheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... bin entspannt. lasse mich durch Stress nicht aus er Ruhe bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... bin tief sinnig, denke gerne über Sachen nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... bin eher der „stille Typ“, wortkarg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... kann mich kalt und distanziert verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... bin tüchtig und arbeite flott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... mache mir viele Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... haben eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... gehe aus mir heraus, bin gesellig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... mache Pläne und führe sie auch durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... werde leicht nervös und unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... habe nur wenig künstlerisches Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie zufrieden sind Sie mit unserer Arztpraxis? Bitte geben Sie Noten wie in der Schule!

	1 sehr gut	2 gut	3 befrie- digend	4 ausrei- chend	5 mangel- haft	6 unge- nügend
1. Wartezeiten	<input type="checkbox"/>					
2. Organisation	<input type="checkbox"/>					
3. Ärztliche Betreuung	<input type="checkbox"/>					
4. Nichtärztliches Praxispersonal	<input type="checkbox"/>					
5. Insgesamt	<input type="checkbox"/>					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

9.4 Patienteninformation

Praxis ...

Wie unterscheiden sich Patienten mit und ohne Termin?

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient!

Wie viele andere Praxen sind auch wir ständig bemüht, die Organisation unserer Praxis zu verbessern und die Wartezeiten für Sie weiter zu vermindern. Daher möchten wir und mehrere andere Arztpraxen mit wissenschaftlichen Methoden untersuchen, ob sich Patienten, die unsere Praxis mit einem festen Termin aufsuchen, von solchen Patienten unterscheiden, die unsere Praxis ohne einen Termin aufsuchen. Dies soll uns bei unseren Verbesserungsbemühungen unterstützen. **Wir wären Ihnen daher sehr dankbar, wenn Sie den beiliegenden vierseitigen Fragebogen möglichst vollständig ausfüllen würden.** In dem Bogen werden Fragen zu Ihrer Person, zum Anlass Ihres anstehenden Arztbesuches, Ihren Beschwerden, aber auch zu Ihrem körperlichen und seelischen Befinden in den letzten 4 Wochen gestellt.

Bitte beachten Sie, dass diese Untersuchung streng anonymisiert durchgeführt wird; d.h. Ihr Name wird nirgends festgehalten. Auch Ihre Ärztin/Ihr Arzt bekommt den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen nicht zu sehen. Bitte stecken Sie daher den Fragebogen nach dem Ausfüllen in den beiliegenden, kleinen braunen Briefumschlag und kleben Sie diesen zu. Bitte stecken Sie den zugeklebten braunen Umschlag dann in den großen Umschlag (ohne diesen zuzukleben). Nehmen Sie den Umschlag mit ins Arztzimmer und übergeben Sie ihn Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt. Diese/dieser wird dann am Ende des Termins Ihre Beschwerden, Ihre Diagnose bzw. das Beratungsergebnis sowie eine Einschätzung der Dringlichkeit Ihres Problems auf einem eigenen einseitigen Bogen festhalten. Dieser Bogen wird dann zu Ihrem Umschlag in den großen weißen Umschlag gesteckt, der wiederum zugeklebt wird. Die Unterlagen werden an das Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München weiter gegeben, wo sie von einem Doktoranden (Herrn Simon Kehrer) in ein Computerprogramm eingegeben und statistisch ausgewertet werden. Jede an der Untersuchung teilnehmende Praxis erhält nach Abschluss der Erhebung eine zusammenfassende Auswertung, in der die Patienten mit und ohne Termin verglichen werden. Durch die strikte Trennung von Erhebung und Auswertung ist auch eine nachträgliche Zuordnung Ihrer Person zu Ihrem Fragebogen nicht möglich.

Mit Ihrer Mitwirkung unterstützen Sie auch die Doktorarbeit von Herrn Simon Kehrer, einem Medizinstudenten, der am Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München promoviert.

Ihre Mitwirkung bei unserer Erhebung ist freiwillig, d.h. Sie müssen nicht mitwirken! Durch eine Nichtteilnahme entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Falls Sie weitere Fragen haben sollten, können Sie sich gerne an Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder ans Praxispersonal wenden.

Vielen Dank!

Unterschrift Arzt/Ärztin Praxisstempel

Institut für Allgemeinmedizin (Direktor Univ.-Prof. Dr. med. Antonius Schneider)
Technische Universität München / 09.07.15

9.5 Arztdokumentationsbogen

Dokumentationsbogen Arzt

„Wie unterscheiden sich Patienten mit und ohne Termin?“

Monat (bitte einkreisen):

Jan Feb Mär Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez

Wochentag (bitte einkreisen):

Mo Di Mi Do Fr Sa

Beratungsursache (geschildertes Problem):

.....

.....

Beratungsergebnis:

.....

.....

Einschätzung der Dringlichkeit:

sehr dringlich

dringlich

etwas dringlich

nicht dringlich

gar nicht dringlich

10 Danksagung

Ich möchte mich zunächst bei Herrn Prof. Dr. med. Antonius Schneider für die Möglichkeit der Promotion am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München bedanken.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Klaus Linde für seine außergewöhnlich engagierte und äußerst zuverlässige Betreuung und seine uneingeschränkte Unterstützung in der konzeptionellen Entwicklung, Datenerhebung, Ergebnisanalyse und inhaltlichen Ausarbeitung dieser Dissertation.

Ebenso gilt mein besonderer Dank Herrn Dr. med. Dipl.-oek. Bernhard Riedl für die grundsätzliche Idee und grundlegenden Basisuntersuchungen zu dieser Dissertation und für die geduldige, zuverlässige und engagierte Unterstützung während der gesamten Arbeitsphase.

Des Weiteren bedanke ich mich bei den Kolleginnen und Kollegen der teilnehmenden Allgemeinarztpraxen sowie dem jeweiligen Praxispersonal für die zuverlässige und akkurate Durchführung der grundlegenden Patientenbefragung, ohne welche diese Dissertation nicht möglich gewesen wäre.

Zum Schluss möchte ich außerdem meiner Familie für ihre große Unterstützung und Hilfe während der gesamten Phase meiner Doktorarbeit danken. Mein ganz besonderer Dank gilt vor allem meinen Eltern Hans und Annekathrin, die mir das Studium der Humanmedizin ermöglicht, mir stets ein offenes Ohr geschenkt und mich zu jeder Zeit und in jeder Lebenslage bedingungslos unterstützt haben. Das Erreichte habe ich ganz besonders ihnen zu verdanken.

Nicht zuletzt danke ich meinen Freunden, die mich mit dem nötigen Humor und der gleichzeitig notwendigen Deutlichkeit zur Vollendung der Dissertation motiviert haben.