

# **Inanspruchnahme von ambulanten akutmedizinischen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung**

Abschlussbericht August 2025

Strumann C., Steinhäuser J.

## **Kontakt:**

Dr. Christoph Strumann

Universität zu Lübeck

Institut für Allgemeinmedizin

Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

E-Mail [c.strumann@uni-luebeck.de](mailto:c.strumann@uni-luebeck.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Arbeitspakete</b>	<b>4</b>
2.1	<i>Arbeitspaket 1: Fragebogenentwicklung</i>	4
2.2	<i>Arbeitspaket 2: Fragebogenerhebung und -auswertung</i>	22
<b>3</b>	<b>Dissemination</b>	<b>25</b>
3.1	<i>Veröffentlichungen</i>	25
3.2	<i>Weitere Manuskripte</i>	26
3.3	<i>Abweichungen von ursprünglichem Vorgehen</i>	26
<b>4</b>	<b>Schlussfolgerungen und Ausblick</b>	<b>27</b>
4.1	<i>Schlussfolgerung</i>	27
4.2	<i>Limitationen und Ausblick</i>	28
<b>5</b>	<b>Referenzen</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>Anhang</b>	<b>32</b>

## 1 Hintergrund

In Deutschland konnte in den letzten Dekaden ein allgemeiner Anstieg von Notfallbehandlungen (stationär wie ambulant) beobachtet werden [1]. Dieser Anstieg war vor allem bis etwa 2016 zu beobachten, während es in den darauffolgenden Jahren zu einem moderaten Rückgang der ambulanten Notfälle in den Zentralen Notaufnahmen (ZNA) kam. Dieser Trend wurde durch die Corona-Pandemie noch verstärkt. Seit dem Jahr 2022 ist ein erneuter Anstieg zu verzeichnen, wobei das aktuelle Niveau jedoch noch unter demjenigen vor der Pandemie liegt [2]. Gleichzeitig kommt es in vielen Kliniken weiterhin zu erheblichen Überlastungssituationen, die unter anderem durch strukturelle Engpässe, Personaluntergrenzen und Schwierigkeiten bei der stationären Weiterverlegung begünstigt werden [3]. Vor diesem Hintergrund wird vor allem die weiterhin hohe Inanspruchnahme der ZNA durch Patient\*innen mit akuten, aber nicht notfallmedizinischen Versorgungsbedarf als zentrale Ursache für Überlastungen dieser Einrichtungen gesehen [4], wodurch die Qualität und Effektivität der Notfallversorgung beeinträchtigt werden kann [5–7]. Gleichzeitig wurde im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zwischen 2019 und 2021 ein Rückgang der Fallzahlen verzeichnet, während zwischen 2015 und 2018 noch ein Anstieg der Fallzahlen beobachtet werden konnte. Seit 2022 ist eine erneute Zunahme der Fallzahlen zu beobachten, die jedoch noch unter dem früheren Niveau liegen [2,8]. Als mögliche Gründe für diese Entwicklung werden ein verändertes Patientenverhalten sowie Steuerungsdefizite in der Notfall- und Primärversorgung genannt [9].

In dieser Diskussion wird die ambulante Versorgung bisher nur durch Ergebnisse von Studien zur Inanspruchnahme des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes berücksichtigt (z.B. [4,8,10–12]). Die Versorgung von Patient\*innen mit dringlichem Behandlungsbedarf in den hausärztlichen Praxen wurde bisher nicht betrachtet. Welche Rolle der ambulante Sektor insgesamt für die Behandlung von Notfallpatient\*innen und Patient\*innen mit akuten Beratungsanlässen spielt, wird daher bisher unzureichend berücksichtigt, da es keine systematischen Erhebungen hierzu gibt [13]. Für eine ausgewogene Bewertung der Versorgung von akutmedizinischen Fällen sollten alle daran beteiligten Sektoren umfassend berücksichtigt werden. Nur so können mögliche Bedarfe von strukturellen Anpassungen vollständig identifiziert werden, um eine effiziente und effektive Lösung entwickeln zu können.

Ziel des Projekts war es, das ambulante Inanspruchnahmeverhalten von Patient\*innen mit dringlichem Behandlungsbedarf in den hausärztlichen Praxen zu quantifizieren und zu beschreiben. Welchen Beitrag leisten die ambulant tätigen Primärärzt\*innen in der Versorgung von Patient\*innen mit akuten Beratungsanlässen? Da bisher auf kein relevantes Befragungsinstrument zur Kategorisierung der Beratungsanlässe in der hausärztlichen Routineversorgung hinsichtlich der Dringlichkeit des

Behandlungsbedarfs zurückgegriffen werden kann, wurde ein solches entwickelt und im Rahmen einer Befragung unter den Mitgliedern des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands eingesetzt.

## 2 Arbeitspakete

Die Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfragen lässt sich in zwei Arbeitspakete unterteilen: (1) Entwicklung eines Fragebogens zur Kategorisierung der Beratungsanlässe in der hausärztlichen Routineversorgung hinsichtlich der Dringlichkeit, (2) Einsatz des Fragebogens unter den Mitgliedern des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands mit anschließender statistischer Auswertung.

### 2.1 Arbeitspaket 1: Fragebogenentwicklung

Für die Entwicklung des Fragebogens zur Kategorisierung der Beratungsanlässe in der hausärztlichen Routineversorgung hinsichtlich der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs wurden folgende Arbeitspakete durchgeführt:

#### 2.1.1 Systematische Literaturübersicht

Zur Identifizierung von etablierten Instrumenten zur Bewertung der Dringlichkeit von hausärztlichen Behandlungsfällen wurde eine systematische Literaturübersicht (systematic review) durchgeführt.

##### 2.1.1.1 Methode

Gemäß den PRISMA-Richtlinien wurden mehrere Datenbanken (PubMed, CINAHL, Scopus und Web of Science) im Juni 2024 durchsucht. Die Einschlusskriterien zielten auf Instrumente zur Bewertung der Akutversorgung im hausärztlichen Bereich ab. Dabei wurden Studien in englischer oder deutscher Sprache berücksichtigt, die Instrumente zur Messung akuter medizinischer Fälle in Hausarztpraxen beschrieben, unabhängig von Studiendesign oder Veröffentlichungsdatum. Um die Relevanz für die Primärversorgung sicherzustellen, wurden Studien ausgeschlossen, die sich auf Instrumente für akute medizinische Fälle in anderen klinischen Kontexten (z. B. Notaufnahmen, Intensivstationen) oder spezifische medizinische Entitäten (z. B. Asthma, Anaphylaxie) konzentrierten.

Die Suchstrategie bestand aus einer Kombination von Medical Subject Headings (MeSH)-Begriffen und anderen für jede Datenbank spezifischen Schlüsselwörtern, wobei boolesche Operatoren (AND, OR) zur Verfeinerung der Suche verwendet wurden. Die wichtigsten Schlüsselwörter, die bei der Literaturrecherche verwendet wurden, waren „Primärversorgung“, „Hausarztpraxis“, „Allgemeinmediziner“,

„Klinische Entscheidungsfindung“, „Akutversorgung“ und „Instrument“. Die vollständige Suchstrategie am Beispiel von PubMed ist in Abbildung 1 dargestellt.

**Abbildung 1. Such String PubMed.**

```
((("Clinical Decision Making" OR "Decision-Making, Clinical" OR "Medical Decision-Making" OR "Decision-Making, Medical" OR "Medical Decision Making" OR "acute medical emergencies" OR "acute medical emergency" OR "urgent medical situations" OR "emergency medical care" OR "emergency interventions" OR "emergency healthcare" OR "trauma care" OR "immediate care" OR "urgent medical attention" OR "emergency therapy" OR "Emergency treatment" OR "Emergency Medical Services" OR "After-Hours primary Care" OR "emergency and out-of-hours care" OR "out-of-hours primary health care" OR "subacute care" OR "acute care" OR "subacute care")) AND ("General Practice" OR "primary care" OR "Primary Health Care" OR "family medicine" OR "primary healthcare" OR "general practitioner services" OR "community medicine" OR "general medical practice" OR "family practice" OR "Ambulatory care" OR "outpatient care" OR "comprehensive health care" OR "Ambulatory care facility" OR "Outpatient health services" OR "Outpatient care" OR "Ambulance services" OR "Physicians, primary care" OR "Primary care offices")) AND ("tool" OR "Health services research" OR "Routinely collected health data" OR "Classification" OR "Scoring system" OR "Clinical practice guidelines" OR "Clinical decision rules" OR "Weights and measures") AND (psychometric* OR "psychometric quality criteria" OR "instrument" OR "assessment tool" OR "measure" OR "questionnaire" OR "Health Surveys"))
```

Um weitere relevante Artikel zu identifizieren, wurde eine manuelle Suche durchgeführt, bei der die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien überprüft wurden.

Das Screening umfasste eine zweistufige Überprüfung des Titels, der Kurzfassung und des Volltextes durch zwei unabhängige Forscher, wobei Konflikte durch einen dritten Prüfer gelöst wurden. Die Datenextraktion konzentrierte sich auf die Entwicklung und Anwendung der Instrumente.

**2.1.1.2 Ergebnisse**

Von den 1560 identifizierten Studien wurden 1292 gescreent, nachdem 268 Duplikate entfernt worden waren. Siebzehn Volltexte wurden überprüft. In Tabelle 1 sind diese Studien dargestellt mit der Begründung für deren Ein- bzw. Ausschluss.

Von den 17 Studien wurde eine Studie eingeschlossen, die ein Instrument zur Bewertung der Komplexität bei hausärztlichen Konsultationen unter Verwendung der Internationalen Klassifikation der Primärversorgung (ICPC: International Classification of Primary Care) beschreibt. Obwohl dieses Instrument die Komplexität der hausärztlichen Konsultationen effektiv erfasst, wurde es nicht speziell für die Messung der Dringlichkeit in der Akutversorgung entwickelt. Das Kodierungsformular zu diesem Instrument von Procter et al. [14] kann hier gefunden werden: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-105/figures/2>.

**Tabelle 1. Übersicht über die ein- bzw. ausgeschlossenen Studien**

Studie	Grund für Ausschluss/Einschluss
Black KJ, Buckley PL. Developing a consistent approach to determining priority for HACC services. Aust J Prim Health. 2003;9(1):78-87.	Nicht eingeschlossen, da es sich um die Priorisierung von HACC-Diensten (Home and Community Care) handelt – außerhalb des Fokus auf hausärztliche Akutversorgung.
Foster NE, Dunn KM, Protheroe J, Hill JC, Lewis M, Saunders B, et al. Stratified primary care for adults with musculoskeletal pain: the STarT MSK research programme including RCTs. Program Grant Appl Res. 2023;11(4):vii-41.	Studie zu muskuloskelettalen Schmerzen mit Fokus auf stratifizierte Versorgung – kein Bezug zur allgemeinen Dringlichkeit akuter hausärztlicher Fälle.
Friborg JT, Taastrøm A, Andersen IB, Schultz-Larsen P, Andreasen PB. Can acute admissions to a medical department be replaced by sub-acute planned admissions? Ugeskr Laeg. 2002;164(40):4660-3.	Fokus auf den Ersatz stationärer durch subakute geplante Aufnahmen – keine Erhebung oder Analyse akuter hausärztlicher Fälle.
Gill JM, Chen YX, Grimes A, Diamond JJ, Lieberman MI, Klinkman MS. Electronic clinical decision support for management of depression in primary care: A prospective cohort study. Prim Care Companion J Clin Psych. 2012;14(1).	Elektronische Entscheidungshilfe für Depressionen in der Primärversorgung – kein Fokus auf Dringlichkeit oder akute medizinische Probleme.
Hall CB, Tennen H, Wakefield DB, Brazil K, Cloutier MM. Organizational assessment in paediatric primary care: Development and initial validation of the primary care organizational questionnaire. Health Serv Manage Res. 2006;19(4):207-14.	Entwicklung eines Fragebogens zur organisatorischen Bewertung pädiatrischer Versorgung – nicht auf akute medizinische Fälle oder Dringlichkeit bezogen.
Henrichs TF, Beitman BD. Further evaluation of the MMPI Pan scale in psychiatric and medical patients. J Clin Psychol. 1992;48(2):211-5.	Psychometrische Analyse der MMPI-PAN-Skala – keine Relevanz für Akutversorgung in der Hausarztpraxis.
Holmboe ES, Arnold GK, Weng W, Lipner R. Current yardsticks may be inadequate for measuring quality improvements from the medical home. Health Aff. 2010;29(5):859-66.	Kritik an Qualitätsindikatoren im „Medical Home“-Modell – kein Bezug zu konkreten Fallanalysen oder Dringlichkeit.
Hutchison MG, Schweizer TA, Tam F, Graham SJ, Comper P. fMRI and brain activation after sport concussion: A tale of two cases. Front Neurol. 2014;5.	fMRT-Fallberichte nach Sportunfall mit Schädel-Hirn-Trauma – keine Relevanz für die Primärversorgung oder Instrumentenentwicklung.
Kalemoglu M, Keskin O, Demirbas S, Özisik T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. Rev Med Chile. 2004;132(9):1085-9.	Analyse nicht-dringlicher Patienten in der Notaufnahme – kein Fokus auf hausärztliche Versorgung, sondern Kliniksetting.
Kalis A, Freysz M. The general practitioners' emergency bag: What is needed for life-threatening emergencies? Presse Med. 2003;32(31):1450-4.	Inhaltliche Betrachtung des Notfallkoffers von Hausärzten – keine empirische Datenerhebung, keine Dringlichkeitserfassung oder Instrumentenentwicklung.

Langlo NMF, Orvik AB, Dale J, Uleberg O, Bjørn- sen LP. The acute sick and injured patients: An overview of the emergency department patient population at a norwegian university hospital emergency department. Eur J Emerg Med. 2014;21(3):175-80.	Beschreibung von Patientenkollektiven in einer Notaufnahme – kein Bezug zur hausärztlichen Versorgung oder Erfassung der Dringlichkeit in Praxen.
MacKey K, Parchman ML, Leykum LK, Lanham HJ, Noël PH, Zeber JE. Impact of the Chronic Care Model on medication adherence when pa- tients perceive cost as a barrier. Prim Care Dia- betes. 2012;6(2):137-42.	Einfluss des Chronic Care Models auf Medika- menten-Adhärenz bei wahrgenommener Kosten- barriere – keine Relevanz für akute Fälle.
McBride S, Schreiber T, Terrell J, McBride S, Tietze M. Workflow Redesign in a Quality-Im- provement Modality 2019. 209-27 p. 14	Workflow-Redesign zur Qualitätsverbesserung – nicht auf akute hausärztliche Versorgung oder Dringlichkeitskonzepte bezogen.
Meents E, Boyles T. Emergency medical ser- vices--poor response time in the rural Eastern Cape. S Afr Med J. 2010;100(12):790.	Problemanalyse der Einsatzzeiten von Notfallme- dizin in ländlichen Gebieten Südafrikas – Setting außerhalb des Forschungskontexts.
<b>Procter S, Stewart K, Reeves D, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. Complex consultations in pri- mary care: a tool for assessing the range of health problems and issues addressed in gen- eral practice consultations. BMC family prac- tice. 2014;15(1):1-15.</b>	<b>Entwicklung eines Instruments zur Erfassung von Komplexität hausärztlicher Konsultationen – Eingeschlossen</b>
Renzi PM, Ghezzi H, Goulet S, Dorval E, Thiv- ierge RL. Paper stamp checklist tool enhances asthma guidelines knowledge and implementa- tion by primary care physicians. Can Respir J. 2006;13(4):193-7.	Papier-Checkliste zur Implementierung von Asth- maleitlinien – krankheitsspezifisch, kein Fokus auf akute hausärztliche Versorgung oder Dring- lichkeitsbeurteilung.
Vuik SI, Mayer E, Darzi A. Enhancing risk strati- fication for use in integrated care: A cluster analysis of high-risk patients in a retrospective cohort study. BMJ open. 2016;6(12).	Clusteranalyse zur Risikostratifizierung in inte- grierter Versorgung – retrospektive Daten, kein Bezug zur hausärztlichen Primärversorgung aku- ter Fälle oder zur Instrumentenentwicklung

### 2.1.1.3 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse verdeutlichen die mangelnde Sichtbarkeit hausärztlicher Akutversorgung in der wissenschaftlichen Literatur. Trotz der hohen Bedeutung in der Versorgungspraxis stammen bestehende Instrumente zur Dringlichkeitseinschätzung nahezu ausschließlich aus dem stationären Bereich (Triage-Systeme in Krankenhäusern). Dies unterstreicht den Bedarf für ein eigenes, kontextspezifisches Instrument zur Erfassung akuter hausärztlicher Fälle. Das identifizierte Instrument, welches die Komplexität von hausärztlichen Behandlungsfällen bewertet konnte, nach einholen der Erlaubnis der Autoren dieser Arbeit [14] übersetzt, kulturell adaptiert und für unsere Zwecke erweitert werden. Das so

entwickelte Instrument zur Kategorisierung der Beratungsanlässe in der hausärztlichen Routineversorgung hinsichtlich der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs wurde erfolgreich publiziert [13].

### **2.1.2 Routinedatenanalyse**

Mit dem Überregionaler Versorgungsforschungsverbund (Supraregional Health Service Research Network - SHRN) hat das Institut für Allgemeinmedizin eine Forschungsinfrastruktur, um Forschungsfragen aus der ambulanten hausärztlichen Versorgung, beantworten zu können [15]. Zur Quantifizierung und Charakterisierung von akuten Behandlungsfällen in der hausärztlichen Versorgung wurden anonymisierte Routinedaten von 17 am SHRN teilnehmenden Praxen aus den Jahren 2022 und 2023 analysiert.

#### **2.1.2.1 Vorgehen**

In einem ersten Schritt wurden die Behandlungsfälle in akut und nicht-akut eingeteilt. Als akute Fälle wurden Fälle definiert, bei denen es keinen Termin im Vorfeld gab oder wo die Terminvergabe am selben Tag wie der Praxisbesuch stattfand. Ebenso wurden Fälle als akut eingestuft, wenn Gebührenordnungspositionen der Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst (EBM: 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01205, 01207, 01418), der Unvorhergesehenen Inanspruchnahme (EMB: 01100, 01101, 01102, 03030, 04030, 03130; GOÄ: Zuschläge A-D zu Nr. 1, 3, 5, 6, 7, 8) oder der Dringende Besuch (EBM: 01411, 01412, 01415, 01418; GOÄ: Zuschläge A-H zu Nr. 50, 51, 55, 56) dokumentiert wurden.

Zur Charakterisierung der akuten Behandlungsfälle wurden fallspezifische (Diagnosen, Symptombeschreibungen, Über-/Einweisungen, Uhrzeit, Wochentag) und patientenspezifische Eigenschaften (Alter, Geschlecht, vorheriges Inanspruchnahmeverhalten (z.B. Anzahl Praxisbesuche/Überweisungen, Krankenhausaufenthalte), chronische Erkrankungen, Medikamentenverschreibungen) herangezogen. In einem ersten Schritt wurden die Unterschiede zwischen den akuten und den nicht-akuten (elektiven) Fällen untersucht.

Im Rahmen einer zweiten Analyse wurden die Verläufe der Akutfälle von Patient\*innen betrachtet und evaluiert, inwiefern diese als medizinisch abgeklärt eingestuft werden können. Dabei wurden nur akute Erstkontakte berücksichtigt, die so definiert wurden, dass die Patient\*innen in den 14 Tagen vor der Konsultation nicht wegen eines akuten Behandlungsbedarfs in der Praxis waren. Die Festlegung des 14-Tage-Zeitraums erfolgte durch Konsens innerhalb des Forschungsteams. Die am Forschungsteam beteiligten Ärzt\*innen berichteten aus ihrer praktischen Erfahrung, dass Patient\*innen, die ihre Praxis länger als 14 Tage nicht aufgesucht hatten, bei einem erneuten Kontakt in der Regel als neue Fälle eingestuft wurden. Diese Perspektive floss maßgeblich in die Definition akuter Erstkontakte ein: Fälle gelten als abgeschlossen, wenn keine weitere Inanspruchnahme inner- und außerhalb der

Praxis (Besuch bei einem Spezialisten/Krankenhaus oder Über-/Einweisung dorthin) (1) am Tag des Praxisbesuches, (2) innerhalb von 3 Tagen oder (3) innerhalb von 2 Wochen dokumentiert wurde.

Zusätzlich wurden die Verläufe der Erstakutfälle als getrennte Kohorten betrachtet, die durch einen unterschiedlichen ordinal-skalierten Weiterbehandlungsbedarf charakterisiert sind. Hierbei bildete Kohorte 1 den niedrigsten Weiterbehandlungsbedarf und beinhaltet alle Patient\*innen, deren Behandlung ab dem Tag des Erstakutbesuchs als abgeschlossen angesehen werden können. Das heißt, für Patient\*innen aus dieser Kohorte wurde seit dem Tag des Erstakutbesuchs keine weiteren Inanspruchnahmen innerhalb von 14 Tagen dokumentiert. Patient\*innen der Kohorte 2 hatten innerhalb von 4-14 Tagen erneut die Versorgung in Anspruch genommen und zwar innerhalb oder außerhalb der Praxis. Die Kohorte 3 umfasst Patient\*innen, für die dies innerhalb von 1-3 Tagen nach dem Erstkontakt zutrifft. Korrelationen zwischen den Patienten- und Falleigenschaften und dem ordinalen Weiterbehandlungsbedarf (1: Kohorte 1, 2: Kohorte 2 und 3: Kohorte 3) wurden mithilfe einer bivariaten ordinalen Regression untersucht.

### **2.1.2.2 Ergebnisse**

#### ***Anteil akuter Fälle***

In den Jahren 2022 bis 2023 wurden in den 17 Hausarztpraxen 94.058 Patient\*innen behandelt. In Tabelle 2 ist die Anzahl der Praxisbesuche für jede Praxis aufgeführt und unterteilt nach der oben skizzierten Einteilung in elektiv und akut, sowie einmal getrennt nach allen Besuchen und den Erstkontakten (hierbei werden Besuche, die innerhalb von 14 Tagen stattfinden nicht betrachtet). In Praxis 13 konnten keine elektiven Besuche identifiziert werden, so dass diese Praxis bei der weiteren Analyse ausgeschlossen wurde. Dadurch reduzierte sich die Anzahl der betrachteten Patienten auf 90.020 mit insgesamt 873.732 Besuchen. Hiervon konnten 623.531 (71,4%, CI95%: [71,3;71,5]) als akut identifiziert werden. Werden davon nur die Erstkontakte berücksichtigt, sinkt der Anteil der akuten Fälle auf 60,7% (CI95%: [60,5;60,8]).

**Tabelle 2: Verteilung der Anteile akuter Fälle**

PraxisID	Patient*innen	alle Besuche		Erstkontakte
		elektiv	akut	akut
1&2 <sup>a</sup>	26.748	44.650 (23,6)	144.788 (76,4)	81.607 (64,6)
3&4 <sup>a</sup>	7.316	30.203 (25,3)	89.058 (74,7)	45.529 (60,1)
5	6.590	26.650 (38,5)	42.497 (61,5)	25.029 (48,4)
6	6.366	22.945 (31,0)	51.090 (69,0)	37.146 (61,8)
7	5.828	13.328 (24,1)	41.915 (75,9)	30.629 (69,7)
8	5.402	19.899 (32,6)	41.182 (67,4)	25.652 (56,3)
9	5.391	6.903 (12,1)	50.083 (87,9)	30.282 (81,4)
10	5.139	18.686 (36,2)	32.940 (63,8)	21.441 (53,4)
11	5.026	16.629 (33,0)	33.799 (67,0)	19.339 (53,8)
12	4.601	19.498 (36,3)	34.184 (63,7)	25.017 (56,2)
<b>13</b>	<b>4.038</b>	0 (0)	37.638 (100)	19.877 (100)
14	3.508	11.420 (36,5)	19.849 (63,5)	15.077 (56,9)
15	3.450	10.643 (33,7)	20.952 (66,3)	16.714 (61,1)
16	2.362	7.561 (31,1)	16.712 (68,9)	9.453 (55,6)
17	2.293	1.186 (20,9)	4.482 (79,1)	2.772 (70,0)
Alle	94.058	250.201 (27,5)	661.169 (72,5)	405.564 (61,8)
<b>ohne 13</b>	<b>90.020</b>	<b>250.201 (28,6)</b>	<b>623.531 (71,4)</b>	<b>385.687 (60,7)</b>

<sup>a</sup>Die Praxen 1&2, und 3&4 können aus datentechnischen Gründen nicht separiert werden.

### ***Patienten- und Falleigenschaften***

In Tabelle 3 sind die Patienten- und Falleigenschaften aller Konsultationen dargestellt. Für jede betrachtete Variable sind die Odds-Ratios angegeben, die das Verhältnis der Chancen ausdrücken, dass ein Fall akut ist. Im Schnitt waren die Patient\*innen mit akutem Behandlungsbedarf um 3,8 Jahre jünger, als die Patient\*innen, die mit einem nicht-akuten Behandlungsbedarf die Praxis aufsuchten (54,5 vs. 58,3 Jahre). Bei den akuten Fällen sind Frauen etwas überrepräsentiert, bei den elektiven Fällen hingegen Männer. Mit 95,4% ist der Anteil der gesetzlich Versicherten bei akuten Fällen höher als bei elektiven Fällen (93,3%). Bei den privat Versicherten hingegen zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Akute Fälle wurden im 1. Quartal sowie an Montagen und an den Wochenenden signifikant häufiger beobachtet. In der Altersgruppe der Erwerbstätigen (18-65 Jahre) wurde in 32,1% der akuten Fälle eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dokumentiert, im Vergleich betrug der Anteil bei den elektiven Fällen 17,3%.

**Tabelle 3: Patienten- und Falleigenschaften (alle Konsultationen), n (%)**

	gesamt n=873.732	akut n=623.531 (71,4%)	elektiv n=250.201 (28,6%)	Odds- Ratio <sup>a</sup>
<i>Geschlecht</i>				
Männlich	385554 (44,1)	273.899 (43,9)	111.655 (44,6)	ref. <sup>b</sup>
Weiblich	486802 (55,7)	348.334 (55,9)	138.468 (55,3)	1,02*
<i>Alter, <math>\mu</math> (SD)</i>	55,6 (21,8)	54,5 (22,5)	58,3 (19,6)	0,99*
<i>Altersgruppen</i>				
unter 18 Jahre	34186 (3,9)	28.991 (4,7)	5.195 (2,1)	2,62*
18-49 Jahre	284731 (32,6)	215.338 (34,6)	69.393 (27,7)	1,46*
50-65 Jahre	228691 (26,2)	156.946 (25,2)	71.745 (28,7)	1,02*
über 65 Jahre	324504 (37,2)	220.702 (35,5)	103.802 (41,5)	ref. <sup>b</sup>
<i>Versicherungsstatus</i>				
GKV	828.337 (94,8)	594.986 (95,4)	233.351(93,3)	ref. <sup>b</sup>
PKV	42.291 (4,8)	25.792 (4,1)	16.499(6,6)	0,61*
<i>Quartal</i>				
1	246.164 (28,2)	179.512 (28,8)	66.652 (26,6)	ref. <sup>b</sup>
2	201.412 (23,1)	141.426 (22,7)	59.986 (24,0)	0,88*
3	206.785 (23,7)	149.200 (23,9)	57.585 (23,0)	0,96*
4	219.371 (25,1)	153.393 (24,6)	65.978 (26,4)	0,86*
<i>Wochentag</i>				
Montag	219.289 (25,1)	168.929 (27,1)	50.360 (20,1)	ref. <sup>b</sup>
Dienstag	199.537 (22,8)	135.172 (21,7)	64.365 (25,7)	0,63*
Mittwoch	133.012 (15,2)	91.164 (14,6)	41.848 (16,7)	0,65*
Donnerstag	180.333 (20,6)	125.025 (20,1)	55.308 (22,1)	0,67*
Freitag	124.910 (14,3)	86.863 (13,9)	38.047 (15,2)	0,68*
Wochenende	16.651 (1,9)	16.378 (2,6)	273 (0,1)	17,9*
AU	147.623 (16,9)	122.580 (19,7)	25.043 (10,0)	2,20*
AU (18-65-Jährige), n/N (%)	14.3734/513.422 (28,0)	119.381/372.284 (32,1)	24.353/141.138 (17,3)	2,26*
Spezialisten-Besuch/Überweisung	180.077(20,6)	109.643 (17,6)	70.434 (28,2)	0,54*
Krankenhausaufenthalt/Einweisung	26.936 (3,1)	17.654 (2,8)	9.282 (3,7)	0,76*

<sup>a</sup>P-Wert<0,001<sup>b</sup>Die Odds-Ratios geben das Verhältnis der Chancen an, dass ein Fall akut ist.<sup>\*</sup>Referenzkategorie**Akuter Erstkontakt**

In Tabelle 4 sind die Patienten- und Falleigenschaften der Fälle von Patient\*innen dargestellt, die nicht in den vorangegangenen 14 Tagen zuvor eine der Praxen aufgesucht hatten (akuter Erstkontakt). Die Anzahl der akuten Fälle reduzierte sich durch die Konzentration auf die Erstbesuche auf 385.687. Die Anzahl der elektiven Fälle blieb dagegen gleich.

Im Vergleich zu allen Konsultationen ist der Altersunterschied auf 6,4 Jahre angestiegen. In den verschiedenen Altersgruppen zeigte sich, dass die Anteile der akuten Fälle bis zu einem Alter von 65 Jahren höher waren, wenn nur die Erstbesuche betrachtet werden. Patient\*innen, die älter als 65 Jahre

sind, hatten dagegen einen geringeren Anteil (30,6% vs. 35,5%). Dies deutet darauf hin, dass ältere Patient\*innen häufiger eine Praxis spontan besuchten (z.B. zur Kontrolle), welches aufgrund der Operationalisierung als akuter Beratungsanlass identifiziert wurde. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war dagegen geringer als zuvor.

**Tabelle 4: Patienten- und Falleigenschaften (nur Erstbesuche), n (%)**

	gesamt n=636.057	akut n=385.687 (60,7%)	elektiv n=250.201 (39,3%)	Odds- Ratio <sup>a</sup>
<i>Geschlecht</i>				
Männlich	284.802 (44,8)	173.147 (44,9)	111.655(44,6)	ref. <sup>b</sup>
Weiblich	350.150 (55,1)	211.682 (54,9)	138.468(55,3)	0,98*
<i>Alter, μ (SD)</i>	54,4 (21,3)	51,9 (22,0)	58,3 (19,5)	0,99*
<i>Altersgruppen</i>				
unter 18 Jahre	26.604 (4,2)	21.409 (5,6)	5.195 (2,1)	3,63*
18-49 Jahre	214.249 (33,7)	144.856 (37,6)	69.393 (27,7)	1,84*
50-65 Jahre	172.958 (27,2)	101.213 (26,3)	71.745 (28,7)	1,24*
über 65 Jahre	221.798 (34,9)	117.996 (30,6)	103.802 (41,5)	ref. <sup>b</sup>
<i>Versicherungsstatus</i>				
GKV	601.334 (94,6)	367.983 (95,4)	233.351(93,3)	ref. <sup>b</sup>
PKV	33.553 (5,3)	17.054 (4,4)	16.499(6,6)	0,66*
<i>Quartal</i>				
1	175.540 (27,6)	108.888 (28,2)	66.652 (26,6)	ref. <sup>b</sup>
2	149.028 (23,4)	89.042 (23,1)	59.986 (24,0)	0,91*
3	151.355 (23,8)	93.770 (24,3)	57.585 (23,0)	1,00
4	159.965 (25,2)	93.987 (24,4)	65.978 (26,4)	0,87*
<i>Wochentag</i>				
Montag	159.376 (25,1)	109.016 (28,3)	50.360 (20,1)	ref. <sup>b</sup>
Dienstag	147.874 (23,3)	83.509 (21,7)	64.365 (25,7)	0,60*
Mittwoch	99.018 (15,6)	57.170 (14,8)	41.848 (16,7)	0,63*
Donnerstag	127.962 (20,1)	72.654 (18,8)	55.308 (22,1)	0,61*
Freitag	89.624 (14,1)	51.577 (13,4)	38.047 (15,2)	0,63*
Wochenende	12.034 (1,9)	11.761 (3,0)	273 (0,1)	19,9*
AU	98.518 (15,5)	73.475 (19,1)	25.043 (10,0)	2,12*
AU (18-65 Jährige), n/N (%)	95.942/387.207 (24,8)	71.589/246.069 (29,1)	24.353/141.138 (17,3)	1,97*
Spezialisten-Besuch/Überweisung	144.173 (22,7)	73.739 (19,1)	70.434 (28,2)	0,60*
Krankenhausaufenthalt/Einweisung	19.030 (3,0)	9.748 (2,5)	9.282 (3,7)	0,67*

\*P-Wert<0,001

<sup>a</sup>Die Odds-Ratios geben das Verhältnis der Chancen an, dass ein Fall akut ist.

<sup>b</sup>Referenzkategorie

### Akuter Erstkontakt vs. Folgekontakt

In Tabelle 5 werden die Falleigenschaften der Beratungsanlässe mit akutem medizinischem Bedarf dargestellt, unterteilt nach Erstkontakt und Folgekontakt innerhalb von 14 Tagen. Von den 623.531 akuten Besuchen gab es bei 237.844 (38,1%) einen weiteren akuten Besuch innerhalb von 14 Tagen nach der ersten akuten Inanspruchnahme. In den Quartalen 1 traten Folgekontakte häufiger auf als in den anderen Quartalen. Die Odds-Ratios, die in Tabelle 5 das Verhältnis der Chancen angeben, dass ein Fall ein Folgekontakt im Vergleich zu einem Erstkontakt ist, sind kleiner als 1. Während montags, mittwochs und am Wochenende Erstkontakte häufiger zu beobachten waren, traten an den anderen Wochentagen relativ mehr Folgekontakte auf. Der Anteil für eine AU Ausstellung bei Patient\*innen im erwerbsfähigen Alter ist bei den Folgekontakten mit 37,9% höher als bei den Erstkontakten (29,1%). Während bei den Erstkontakten häufiger eine Überweisung zum Spezialisten erfolgte, wurden bei den Folgekontakten relativ mehr Patienten ins Krankenhaus überwiesen.

**Tabelle 5: Falleigenschaften (akute Besuche), n (%)**

	gesamt n=623.531	Erstkontakte n=385.687 (61,9%)	Folgekontakte n=237.844 (38,1%)	Odds- Ratio <sup>a</sup>
<i>Quartal</i>				
1	179.512 (28,8)	108.888 (28,2)	70.624 (29,7)	ref. <sup>b</sup>
2	141.426 (22,7)	89.042 (23,1)	52.384 (22,0)	0,91*
3	149.200 (23,9)	93.770 (24,3)	55.430 (23,3)	0,91*
4	153.393 (24,6)	93.987 (24,4)	59.406 (25,0)	0,97*
<i>Wochentag</i>				
Montag	168.929 (27,1)	109.016 (28,3)	59.913 (25,2)	ref. <sup>b</sup>
Dienstag	135.172 (21,7)	83.509 (21,7)	51.663 (21,7)	1,13*
Mittwoch	91.164 (14,6)	57.170 (14,8)	33.994 (14,3)	1,08*
Donnerstag	125.025 (20,1)	72.654 (18,8)	52.371 (22,0)	1,31*
Freitag	86.863 (13,9)	51.577 (13,4)	35.286 (14,8)	1,24*
Wochenende	16.378 (2,6)	11.761 (3,0)	4.617 (1,9)	0,71*
AU	122.580 (19,7)	73.475 (19,1)	49.105 (20,6)	1,11*
AU (18-65 Jährige), n/N (%)	119.381/372.284 (32,1)	71.589/246.069 (29,1)	47.792/126.215 (37,9)	1,49*
Spezialisten-Besuch/Überweisung	109.643 (17,6)	73.739 (19,1)	35.904 (15,1)	0,75*
Krankenhausaufenthalt/Einweisung	17.654 (2,8)	9.748 (2,5)	7.906 (3,3)	1,33*

\*P-Wert<0,001

<sup>a</sup>Die Odds-Ratios geben das Verhältnis der Chancen an, dass ein Fall ein Folgekontakt ist im Vergleich zu einem Erstkontakt.

<sup>b</sup>Referenzkategorie

### Verlauf der Erstakutfälle

In Tabelle 6 werden die Verläufe der akuten Erstkonsultationen dargestellt. Hierbei wurde der Verlauf der Episode innerhalb desselben Tages, innerhalb von drei Tagen oder innerhalb von zwei Wochen betrachtet.

Bei 77.438 (20,1%) der Konsultationen nahmen die Patient\*innen am selben Tag weiteren Leistungen in Anspruch, d.h. das bei fast 80% der Fälle keine weiteren Leistungen außerhalb der Hausarztpraxis in Anspruch genommen wurden. In 19,1% der Fälle wurden die Patient\*innen an einen Spezialisten überwiesen, in 2,5% der Fälle in ein Krankenhaus eingewiesen. Nach zwei Wochen nahmen die Patient\*innen in 45,3% der Fälle weitere (dokumentierte) Gesundheitsleistungen in Anspruch. Bei einem Drittel der Konsultationen suchten die Patient\*innen nach zwei Wochen erneut die Praxis auf, während in 23,7% der Fälle, die Patient\*innen an einen Facharzt überwiesen und in 3,4% der Fälle ins Krankenhaus eingewiesen wurden. In über 75% der Fälle nahmen die Patient\*innen zwei Wochen nach ihrem ersten Besuch mit einem akuten Beratungsanlass keine weitere (dokumentierte) Leistung außerhalb der Hausarztpraxis in Anspruch.

**Tabelle 6: Verlauf der Erstakutfälle, n (%)**

	Gesamt n=385.687	Altersgruppen		
		<50 n=166.265 (43,1%)	50-65 n=101.213 (26,2%)	>65 n=117.996 (30,6%)
<b>weitere dokumentierte Inanspruchnahme</b>				
am gleichen Tag	77.438 (20,1)	25.312 (15,2)	28.216 (27,9)	23.884 (20,2)
innerhalb von 3 Tagen	117.685 (30,5)	44.120 (26,5)	37.466 (37,0)	36.048 (30,6)
innerhalb von 2 Wochen	174.577 (45,3)	64.698 (38,9)	51.380 (50,8)	58.404 (49,5)
<b>weitere dokumentierte Inanspruchnahme außerhalb der Praxis</b>				
innerhalb von 3 Tagen	83.433 (21,6)	27.297 (16,4)	29.915 (29,6)	26.193 (22,2)
innerhalb von 2 Wochen	95.706 (24,8)	30.858 (18,6)	33.621 (33,2)	31.193 (26,4)
<b>Praxisbesuch</b>				
innerhalb von 3 Tagen	52.285 (13,6)	22.869 (13,8)	13.461 (13,3)	15.923 (13,5)
innerhalb von 2 Wochen	124.530 (32,3)	47.948 (28,8)	33.038 (32,6)	43.459 (36,8)
<b>Überweisung zum Spezialisten</b>				
am gleichen Tag	73.739 (19,1)	24.102 (14,5)	27.311 (27,0)	22.305 (18,9)
innerhalb von 3 Tagen	79.559 (20,6)	26.073 (15,7)	28.961 (28,6)	24.502 (20,8)
innerhalb von 14 Tagen	91.564 (23,7)	29.565 (17,8)	32.625 (32,2)	29.345 (24,9)
<b>Hospitalisierung</b>				
am gleichen Tag	9.748 (2,5)	3.135 (1,9)	2.604 (2,6)	4.003 (3,4)
innerhalb von 3 Tagen	11.027 (2,9)	3.508 (2,1)	2.928 (2,9)	4.585 (3,9)
innerhalb von 14 Tagen	13.053 (3,4)	4.014 (2,4)	3.503 (3,5)	5.528 (4,7)

90.020 Patient\*innen mit 385.687 akuten Erstbesuchen, d.h. Fälle ohne vorherigen Praxisbesuch innerhalb von 14 Tagen.

Die Verläufe der Episoden unterscheiden sich zwischen den Altersgruppen der Patient\*innen. So weisen Patient\*innen im Alter zwischen 50-65 Jahren mit 32,2% einen höheren Anteil an Überweisungen an einen Spezialisten nach 2 Wochen auf als die Jüngeren (17,8%) und die Älteren (24,9%), während der Anteil der Patient\*innen mit einem Praxisbesuch innerhalb von 2 Wochen in der ältesten Gruppe mit 36,8% höher ist, als in den anderen Gruppen (28,8%: unter 50 Jahre und 32,6%: 50-65-Jährige). Dies bedeutet, dass Patient\*innen über 65 Jahre zwar häufiger ein weiteres Mal nach dem Erstbesuch die Hausarztpraxis aufsuchen, aber seltener an einen Spezialisten überwiesen werden. Das Hospitalisierungsrisiko steigt jedoch mit dem Alter, so werden 4,7% der Patient\*innen über 65 Jahre in einem Krankenhaus behandelt, im Vergleich zu 2,4% in der Gruppe der unter 50-Jährigen.

### ***Verlaufskohorten***

In Tabelle 7 werden die Verläufe der Erstakutfälle als getrennte Kohorten betrachtet, die den ordinalskalierten Weiterbehandlungsbedarf wiedergeben. Hierbei bildet Kohorte 1 mit 211.110 (54,7%) Patient\*innen die größte Gruppe, gefolgt von Kohorte 3 (30,5%) und Kohorte 2 (14,8%). Die Ergebnisse unterstreichen den Einfluss des Alters auf den Verlauf (Odds Ratio (OR) = 1,01,  $p < 0.001$ ). Wenn sich das Alter einer\*s Patient\*in um ein Jahr erhöht, erhöhen sich die Chancen für einen höheren Weiterbehandlungsbedarf um 1,01. Auch hier zeigt sich, dass die Patient\*innen aus der Altersgruppe der 50-65-Jährigen das größte Risiko für einen höheren Weiterbehandlungsbedarf haben (OR=1,16,  $p < 0.001$ ). An Montagen ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass Patient\*innen eine weitere Behandlung benötigen, als an den anderen Wochentagen.

**Tabelle 7: Kohorten der Verläufe der Erstakutfälle, n (%)**

	<b>Kohorte 1</b> am gleichen Tag abgeschlossen	<b>Kohorte 2</b> innerhalb von 4-14 Tagen nach dem Erstkontakt erneute Versorgung (Praxis oder extern)	<b>Kohorte 3</b> innerhalb von 1-3 Tagen nach dem Erstkontakt erneute Versorgung (Praxis oder extern)	
	n=211.110 (54,7%)	n=56.892 (14,8%)	n=117.685 (30,5%)	Odds-Ratio
Männlich	95.769 (45,4)	24.242 (42,6)	53.136 (45,2)	ref. <sup>b</sup>
Weiblich	114.602 (54,3)	32.597 (57,3)	64.483 (54,8)	1,03*
Alter, $\mu$ (SD)	49,5 (22,6)	56,7 (21,8)	53,7 (20,2)	1,01*
<i>Altersgruppen</i>				
unter 18 Jahre	15.939 (7,6)	1.631 (2,9)	3.839 (3,3)	0,39*
18-49 Jahre	85.628 (40,6)	18.947 (33,3)	40.281 (34,2)	0,76*
50-65 Jahre	49.833 (23,6)	13.914 (24,5)	37.466 (31,8)	1,16*
über 65 Jahre	59.592 (28,2)	22.356 (39,3)	36.048 (30,6)	ref. <sup>b</sup>
<i>Versicherungsstatus</i>				
GKV	200.485 (95)	54.541 (95,9)	112.957 (96,0)	ref. <sup>b</sup>
PKV	10.201 (4,8)	2.258 (4,0)	4.595 (3,9)	0,81*
<i>Quartal</i>				
1	57.725 (27,3)	16.169 (28,4)	34.994 (29,7)	ref. <sup>b</sup>
2	48.684 (23,1)	12.701 (22,3)	27.657 (23,5)	0,94*
3	52.468 (24,9)	13.869 (24,4)	27.433 (23,3)	0,88*
4	52.233 (24,7)	14.153 (24,9)	27.601 (23,5)	0,89*
<i>Wochentag</i>				
Montag	54.875 (26,0)	12.919 (22,7)	41.222 (35,0)	ref. <sup>b</sup>
Dienstag	44.321 (21,0)	11.415 (20,1)	27.773 (23,6)	0,86*
Mittwoch	32.769 (15,5)	8.478 (14,9)	15.923 (13,5)	0,70*
Donnerstag	39.110 (18,5)	14.877 (26,1)	18.667 (15,9)	0,74*
Freitag	29.504 (14,0)	8.666 (15,2)	13.407 (11,4)	0,68*
Wochenende	10.531 (5,0)	537 (0,9)	693 (0,6)	0,11*
AU	35.610 (16,9)	13.692 (24,1)	24.173 (20,5)	1,27*
AU (18-65-Jährige), n/N (%)	34.651/135.461 (25,6)	13.369/32.861 (40,7)	23.569/77.747 (30,3)	1,30*

<sup>a</sup>Odds-Ratio einer bivariaten ordinalen Regression (1: Kohorte 1, 2: Kohorte 2 und 3: Kohorte 3), d.h. Veränderung der Chancen für die Kategorien Kohorte 2 und Kohorte 3 im Vergleich zu einer niedrigeren Kategorie; Interpretation: Odds Ratio (50-65 Jahre)= 1,16: Die Chancen der Patient\*innen aus der Altersgruppe der 50-65-Jährigen einen höheren Weiterbehandlungsbedarf zu haben sind um 1,16 höher, als Patient\*innen aus Altersgruppe der über 65-Jährigen.

### Überweisungen

In Tabelle 8 werden die Fachrichtungen dargestellt, an welche die Patient\*innen mit akuten Beratungsanlass am Beginn der Episode überwiesen wurden. In 16.833 Fällen (4,4%), wurden die Patient\*innen innerhalb von 14 Tagen zur gastrologischen Weiterbehandlung überwiesen. Am zweithäufigsten erfolgte eine Überweisung an die Orthopädie, gefolgt von Überweisungen zur Früherkennung, zum Labor und zur Radiologie. Der Großteil der Überweisungen fand am Tag des Erstkontakts statt.

**Tabelle 8: Überweisungen nach den Erstakutfällen, n (%)**

<b>Fachrichtung</b>	<b>gesamt</b> (innerhalb von 14 Tagen)	<b>am Tag des Erst-</b> <b>kontakts</b>	<b>innerhalb von 1-3</b> <b>Tagen nach dem</b> <b>Erstkontakt</b>	<b>innerhalb von 4-14</b> <b>Tagen nach dem</b> <b>Erstkontakt</b>
Gastrologie	16.833 (4,4)	14.631 (3,8)	639 (0,2)	1.563 (0,4)
Orthopädie	16.436 (4,3)	12.564 (3,3)	1.159 (0,3)	2.713 (0,7)
Früherkennung	14.794 (3,8)	13.189 (3,4)	457 (0,1)	1.148 (0,3)
Labor	14.556 (3,8)	8.926 (2,3)	2.656 (0,7)	2.974 (0,8)
Radiologie	13.015 (3,4)	9.221 (2,4)	1.191 (0,3)	2.603 (0,7)
Chirurgie	9.220 (2,4)	6.841 (1,8)	769 (0,2)	1.610 (0,4)
Kardiologie	7.332 (1,9)	5.446 (1,4)	556 (0,1)	1.330 (0,3)
Neurologie	6.507 (1,7)	4.782 (1,2)	523 (0,1)	1.202 (0,3)
Dermatologie	6.471 (1,7)	4.974 (1,3)	465 (0,1)	1.032 (0,3)
HNO	6.379 (1,7)	4.820 (1,2)	489 (0,1)	1.070 (0,3)
Augenheilkunde	4.748 (1,2)	3.562 (0,9)	366 (0,1)	820 (0,2)
Urologie	4.451 (1,2)	3.375 (0,9)	326 (0,1)	750 (0,2)
Innere Medizin	4.199 (1,1)	3.075 (0,8)	335 (0,1)	789 (0,2)
Psychiatrie/Psychotherapie	4.075 (1,1)	3.066 (0,8)	297 (0,1)	712 (0,2)
Allgemeinmedizin	3.839 (1,0)	3.463 (0,9)	153 (0,0)	223 (0,1)
Diabetologie	3.458 (0,9)	2.607 (0,7)	234 (0,1)	617 (0,2)
Pneumologie	3.350 (0,9)	2.412 (0,6)	290 (0,1)	648 (0,2)
Angiologie	2.468 (0,6)	1.761 (0,5)	215 (0,1)	492 (0,1)
Gynäkologie	2.126 (0,6)	1.616 (0,4)	158 (0,0)	352 (0,1)
Onkologie	2.000 (0,5)	1.510 (0,4)	168 (0,0)	322 (0,1)
Rheumatologie	1.508 (0,4)	1.158 (0,3)	119 (0,0)	231 (0,1)
Durchgangsärzt*in	1.266 (0,3)	990 (0,3)	98 (0,0)	178 (0,0)
Sonstige	24.187 (6,3)	17.588 (4,6)	2.280 (0,6)	4.319 (1,1)

**Diagnosen**

In Tabelle 9 und 10 sind die Fälle nach Diagnosen kategorisiert. Hierzu wurden die Kapitel der 10. Revision der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) herangezogen. Zusätzlich wurden die Fälle auf Basis der ICD-10 Diagnosen mithilfe des Thesaurus vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [16] nach dem International Classification of Primary Care (ICPC-2) klassifiziert. Im Gegensatz zur diagnoseorientierten Klassifikation des ICD-10, beruht die Kapiteleinteilung beim ICPC-2 auf Organsystemen mit ihren Symptomen und Beratungsanlässen. Sie wurde speziell zur Klassifizierung für die Primärversorgung entwickelt [17].

Neben den gesamten Fällen (n=873.732) sind auch die Fälle der akuten Erstkonsultationen aufgeführt, weiter unterteilt in abgeklärte Fälle, d.h. Fälle bei denen innerhalb von 2 Wochen keine weitere Inanspruchnahme außerhalb der Praxis (Besuch bei einem Spezialisten/Krankenhaus oder Über-/Einweisung dorthin) dokumentiert wurde.

Bei über 20% der Fälle wurde eine Diagnose aus dem Kapitel Z00-Z99 dokumentiert (Tabelle 8). Unter den abgeklärten akuten Fällen ist der Anteil deutlich höher (27,7%). An zweiter Stelle stehen Diagnosen

aus dem Bereich „Krankheiten des Atmungssystems“ mit über 15%. Auch hier ist der Anteil unter den abgeklärten Fällen signifikant höher (16.8%).

**Tabelle 9: Diagnosen kategorisiert nach Kapiteln des ICD-10, n (%)**

Kapitel	Beschreibung	alle Fälle n=873.732	Erstakutfälle		Odds Ratio (abgeklärt vs. nicht abgeklärt)
			gesamt n=385.687	abgeklärt (keine weitere Inanspruchnahme außerhalb der Praxis innerhalb von 2 Wochen) n=289.981 (75,2%)	
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	179.928 (20,6)	88.945 (23,1)	80.224 (27,7)	3,81*
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	102.555 (11,7)	59.436 (15,4)	48.608 (16,8)	1,58*
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	71.281 (8,2)	29.546 (7,7)	18.455 (6,4)	0,52*
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	66.464 (7,6)	26.303 (6,8)	12.688 (4,4)	0,28*
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	54.816 (6,3)	23.552 (6,1)	18.945 (6,5)	1,38*
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	37.338 (4,3)	13.690 (3,5)	6.781 (2,3)	0,31*
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	26.124 (3,0)	13.373 (3,5)	10.477 (3,6)	1,20*
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	22.605 (2,6)	10.237 (2,7)	5.511 (1,9)	0,37*
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	27.719 (3,2)	9.728 (2,5)	5.049 (1,7)	0,34*
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	30.989 (3,5)	9.539 (2,5)	5.112 (1,8)	0,37*
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	19.822 (2,3)	7.770 (2,0)	4.263 (1,5)	0,39*
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	20.663 (2,4)	7.528 (2,0)	3.633 (1,3)	0,30*
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	17.875 (2,0)	7.114 (1,8)	4.103 (1,4)	0,44*
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	13.891 (1,6)	5.039 (1,3)	2.886 (1,0)	0,44*
C00-D48	Neubildungen	11.600 (1,3)	4.605 (1,2)	1.549 (0,5)	0,16*
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7.566 (0,9)	3.419 (0,9)	1.614 (0,6)	0,29*
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	5.827 (0,7)	2.855 (0,7)	1.681 (0,6)	0,47*
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	2.626 (0,3)	1.202 (0,3)	662 (0,2)	0,40*
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	4.924 (0,6)	1.063 (0,3)	548 (0,2)	0,35*
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	618 (0,1)	321 (0,1)	199 (0,1)	0,54*
V01-Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	192 (0,0)	62 (0,0)	36 (0,0)	0,46
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	28 (0,0)	16 (0,0)	8 (0,0)	0,33

\* P-Wert<0,001

Bei der Einteilung nach ICPC2 (Tabelle 9) gibt es ein ähnliches Bild. Ein Viertel der Fälle wird als „Allgemein und unspezifisch“ dokumentiert, gefolgt von Fällen mit Diagnosen aus dem Kapitel „Atmungsorgane“ (20,8%). Das Risiko einer Weiterbehandlung außerhalb der Praxis ist besonders groß bei Fällen aus den Bereichen Bewegungsapparat (Odds Ratio = 0,41) und Kreislauf (Odds Ratio = 0,61).

**Tabelle 10: Diagnosen kategorisiert nach Kapiteln des ICPC2, n (%)**

Kapitel	Beschreibung	alle Fälle n=873.732	Erstakutfälle		Odds Ratio (abgeklärt vs. nicht abgeklärt)
			gesamt n=385.687	abgeklärt (keine weitere Inanspruchnahme außerhalb der Praxis innerhalb von 2 Wochen) n=289.981 (75,2%)	
A	Allgemein und unspezifisch	213.878 (24,5)	101.045 (26,2)	87.042 (30,0)	2,50*
R	Atmungsorgane	181.722 (20,8)	92.657 (24,0)	78.786 (27,2)	2,20*
L	Bewegungsapparat	95.571 (10,9)	41.703 (10,8)	24.347 (8,4)	0,41*
D	Verdauungssystem	59.855 (6,9)	29.144 (7,6)	21.481 (7,4)	0,92*
K	Kreislauf	58.992 (6,8)	25.447 (6,6)	16.685 (5,8)	0,61*
S	Haut	50.517 (5,8)	23.560 (6,1)	17.013 (5,9)	0,85*
P	Psychologisch	51.158 (5,9)	22.820 (5,9)	16.506 (5,7)	0,85*
N	Neurologisch	43.895 (5,0)	21.251 (5,5)	15.826 (5,5)	0,96
T	Endokrin, metabolisch, Ernährung	50.426 (5,8)	20.392 (5,3)	14.781 (5,1)	0,86*
B	Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	36.232 (4,1)	18.636 (4,8)	14.153 (4,9)	1,04
U	Urologisch	35.118 (4,0)	16.883 (4,4)	13.128 (4,5)	1,16*
H	Ohr	25.353 (2,9)	13.716 (3,6)	10.966 (3,8)	1,33*
F	Auge	23.850 (2,7)	13.263 (3,4)	11.062 (3,8)	1,68*
Z	Soziale Probleme	20.763 (2,4)	13.255 (3,4)	12.292 (4,2)	4,35*
Y	Männliches Genital	23.414 (2,7)	12.862 (3,3)	10.407 (3,6)	1,41*
X	Weibliches Genital	22.803 (2,6)	12.608 (3,3)	10.736 (3,7)	1,93*
W	Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung	19.387 (2,2)	11.249 (2,9)	10.040 (3,5)	2,80*

\* P-Wert<0,001

### 2.1.2.3 Schlussfolgerung

Die Analyse unterstreicht die wichtige Rolle der Hausarztpraxen bei der Behandlung akuter medizinischer Fälle, da mehr als 60 % der Konsultationen als akut eingestuft werden. Gut Zweidrittel dieser Fälle kann im Rahmen der Primärversorgung effektiv behandelt werden, so dass Besuche in der Notaufnahme vermieden werden können. Vor diesem Hintergrund könnte das aktuell diskutierte Primärarztsystem in Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Notfallversorgung leisten: Durch die feste hausärztliche Anbindung und eine verbesserte Steuerung der Patient\*innen ließen sich akute, aber nicht lebensbedrohliche Beschwerden frühzeitig und wohnortnah versorgen. Dies würde nicht nur die Effizienz im Notfallsystem erhöhen, sondern auch die Versorgungsqualität insgesamt stärken. Zukünftige Forschung sollte daher verstärkt untersuchen, wie durch strukturierte hausärztliche Betreuung und ergänzende Instrumente wie telemedizinische Ersteinschätzungen der Zugang zur Akutversorgung zielgerichteter gestaltet werden kann.

### 2.1.3 Entwicklung des Instruments

Für die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der dringlichen Beratungsanlässe das durch eine Literaturrecherche identifizierte Instrument herangezogen [14]. Dabei wurden die Grundsätze guter Praxis für den Übersetzungs- und Kulturanpassungsprozess der „ISPOR task force“ berücksichtigt [18]. Nach der Genehmigung zur Übersetzung und kulturellen Anpassung des identifizierten Instruments umfasste der Entwicklungsprozess die Übersetzung des Instruments vom Englischen ins Deutsche, wobei zwei unabhängige Ärzte die Erstübersetzung durchführten. Unstimmigkeiten wurden durch einen Expertenkonsens gelöst, an dem zwei Allgemeinmediziner, ein Arzt in Weiterbildung und ein Wirtschaftswissenschaftler beteiligt waren. In diesem Schritt mussten umfangreiche kulturelle Anpassungen vorgenommen werden. Eine Rückübersetzung durch eine Muttersprachlerin wurde durchgeführt, um die konzeptionelle Äquivalenz sicherzustellen. Das auf diese Weise neu erstellte Instrument wurde dem ursprünglichen Autor zur Genehmigung vorgelegt.

Es wurden mehrere Änderungen am Original vorgenommen. Die Kategorie „Fragen Dritter“ wurde aus dem ursprünglichen Instrument entfernt, da Diskussionen, die andere Personen als die\*den Patient\*in betreffen, in der Akutversorgung als weniger relevant angesehen wurden. Diagnostikbezogene Aspekte wurden durch die explizite Unterscheidung der Kategorie „Durchführung einer Untersuchung“ verdeutlicht, um eine gezielte Bewertung der diagnostischen Aktivitäten zu gewährleisten. Der Abschnitt über die präventive Versorgung wurde ebenfalls erweitert, um die Rolle der präventiven Versorgung in der hausärztlichen Sprechstunde besser widerzuspiegeln. Die Aspekte einer Konsultation, die mit dem Instrument bewertet werden können, sind

- **Körperliche Aspekte:** Besprechung eines körperlichen Symptoms (einschließlich Behinderung oder Funktionsverlust).
- **Psychologische Aspekte:** explizite Erörterung psychologischer oder emotionaler Aspekte (z. B. Äußerung von Bedenken).
- **Soziale Aspekte:** Erörterung der Auswirkungen des Gesundheitsproblems/der Gesundheitsprobleme auf das tägliche soziale Leben des Patient\*innen.
- **Durchführen einer Untersuchung:** Durchführung einer klinischen Untersuchung, von Labortests (einschließlich Blutabnahme) oder der Verwendung von Diagnosegeräten (z. B. Ultraschall, EKG).
- **Koordinative Aspekte:** z. B. das Ausstellen von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Verordnungen für therapeutische Maßnahmen, das Ausfüllen von Anträgen oder die Organisation von Facharztterminen.
- **Administrative Aspekte:** Ausstellen von ärztlichen Bescheinigungen, Information von mitbehandelnden Ärzten oder Vereinbarung von Folgeterminen in der Praxis.

- **Medikationsbezogene Aspekte:** Besprechung von (Langzeit-)Medikamenten, Neuverordnungen oder Folgeverordnungen.
- **Besprechung von Testergebnissen:** Besprechung von (Labor-)Tests, Diagnose- oder Behandlungsergebnissen.
- **Vorbeugende Aspekte:** Besprechung von Lebensstiländerungen, Selbstmanagementstrategien und klassischen Formen der Prävention:
  - Primärprävention (z. B. Impfungen)
  - Sekundärprävention (z. B. Gesundheits-Check-ups)
  - Tertiärprävention (z. B. Disease-Management-Programme)
  - Quartäre Prävention (z.B. Reduktion von unnötigem Medikamentenverbrauch)
- **Therapeutische Aspekte:** z. B. Wundversorgung, Verabreichung von Medikamenten, manuelle Therapie.
- **Sonstiges:** Andere relevante Aspekte

### ***Pilottest***

Das Instrument wurde in einer zweistufigen Pilotstudie in acht Hausarztpraxen mit neun Ärzt\*innen getestet. In der ersten Phase nahmen fünf Praxen unter direkter Beobachtung eines Facharztes für Allgemeinmedizin aus dem Forschungsteam teil, der die Think-aloud-Methode anwandte, um Echtzeit-Feedback zur Benutzerfreundlichkeit des Instruments zu sammeln. Das Feedback wurde analysiert und zur Verfeinerung des Instruments verwendet, um die Klarheit und Benutzerfreundlichkeit zu verbessern.

In der zweiten Phase wurde die überarbeitete Version in drei weiteren Allgemeinarztpraxen getestet. Nach dieser Phase waren keine weiteren Änderungen erforderlich. Das endgültige Instrument sowie eine übersetzte Version sind im Anhang zu finden.

### ***Operationalisierung der Dringlichkeit***

Um dringende Fälle in der Allgemeinmedizin systematisch zu bewerten und zu kategorisieren, wurden drei verschiedene Dringlichkeitsstufen auf der Grundlage der klinischen Notwendigkeit und der zeitlichen Sensibilität definiert. Diese Dringlichkeitsstufen bieten einen strukturierten Rahmen für die Bewertung akuter medizinischer Fälle in der Primärversorgung:

- **Notfall:** Fälle, die sofortige medizinische Hilfe und Behandlung erfordern. Dabei handelt es sich um potenziell lebensbedrohliche Zustände oder schwere Verschlechterungen, die ein dringendes Eingreifen erfordern.
- **Akuter Fall:** Fälle, die noch am selben Tag behandelt werden mussten, aber nicht unmittelbar lebensbedrohlich waren. Zu dieser Kategorie gehörten Fälle, die sich, wenn sie mehrere Stunden

lang unbehandelt blieben, erheblich verschlechtern oder dem Patient\*innen ernsthafte Beschwerden bereiten könnten.

- **Nicht akut** („Hätte warten können“): Fälle, die keinen Eingriff am selben Tag erforderten und ohne erhebliche gesundheitliche Risiken hätten aufgeschoben werden können. Dazu gehörten Routinekonsultationen, geringfügige Beschwerden oder Probleme, die mit geplanten Folgeuntersuchungen behandelt werden konnten.

## **2.2 Arbeitspaket 2: Fragebogenerhebung und -auswertung**

Das entwickelte Instrument zur Kategorisierung der Behandlungsfälle sollte deutschlandweit eingesetzt werden.

### **2.2.1 Durchführung der Erhebung**

Die Befragung konnte nicht wie ursprünglich angestrebt, zentral über den Bundesverband des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands (HÄV) an alle ca. 30.000 Mitglieder beworben werden. Alternativ wurde der Hinweis auf die Erhebung über einzelne Landesverbände versendet. Ziel war es, zu motivieren an einem selbstfestgelegten Tag die Tages- bzw. Wartezimmerliste aus 2024 (idealerweise aus dem Zeitraum März-Juni oder September) einmalig mit dem online (auf Wunsch auch analog) zur Verfügung gestellten Instrument zur Kategorisierung der Behandlungsfälle, Daten zur Verfügung zu stellen.

Zusätzlich wurde über die Ärztekammer in Schleswig-Holstein rekrutiert. Für diesen Anlass, stellte ein Facharzt für Allgemeinmedizin aus dem Institut für Allgemeinmedizin die Studie und die Befragung im Rahmen des Podcasts des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes vor [19].

Das endgültige Instrument wurde als Online-Umfrage implementiert, was eine standardisierte Datenerfassung ermöglichte (siehe Anhang). Die Hausärzt\*innen wurden über ihre jeweiligen Landesverbände zur Teilnahme eingeladen. Jede\*r teilnehmende\*r Hausärzt\*in wurde angewiesen, alle Besuche der Patient\*innen an einem einzigen, selbst gewählten Arbeitstag zu dokumentieren, um eine repräsentative Stichprobe von Routinekonsultationen sicherzustellen. Es gab keine Ausschlusskriterien aufgrund von demografischen Merkmalen oder medizinischen Bedingungen der Patient\*innen, so dass eine umfassende Datenerfassung möglich war. Der Zeitraum der Datenerhebung dauerte vier Monate.

## 2.2.2 Datenanalyse

Deskriptive Statistiken wurden verwendet, um die demografischen Daten der Patient\*innen, die Merkmale der Konsultation sowie die Dringlichkeits- und Komplexitätsklassifikationen zusammenzufassen. Korrelationen zwischen Variablen und den ordinalen Dringlichkeitsstufen (1: Nicht dringlich, 2: Akuter Fall und 3: Notfall) mithilfe einer bivariaten ordinalen Regression untersucht.

## 2.2.3 Ergebnisse

Das Instrument wurde von 58 Allgemeinärzt\*innen aus elf verschiedenen Bundesländern in deren Praxen eingesetzt. Es wurden Daten zu 572 Patient\*innen übermittelt, von denen bei 551 Angaben zur Dringlichkeit vorlagen.

### *Patienteneigenschaften und Dringlichkeit*

In Tabelle 11 werden die demografischen Merkmale der Patient\*innen, die durchschnittliche Anzahl der Aspekte sowie der klinische Verlauf für unterschiedliche Dringlichkeitseinschätzungen dargestellt. Insgesamt wurden 230 (42%) als nicht dringlich, 292 (53%) als dringlich und 29 Fälle als Notfall (5%) eingestuft. Von den akuten Fällen und den Notfällen konnten in 206 Fällen (64%) das Patientenanliegen abschließend in der Praxis gelöst werden. In 74 Fällen (23%) wurde ein Folgetermin ausgemacht, 45 Patient\*innen (14%) wurden zum Spezialisten überwiesen und 14 Patient\*innen (4%) in ein Krankenhaus eingewiesen.

**Tabelle 11. Dringlichkeit, n (%)**

	Gesamt n=551 (100%)	nicht akut n=230 (41,7%)	akut n=292 (53,0%)	Notfall n=29 (5,3%)	Odds- Ratio <sup>a</sup>
<b>Soziodemographie</b>					
männlich	232 (42,6)	96 (42,3)	121 (41,9)	15 (53,6)	1,08
weiblich	312 (57,4)	131 (57,7)	168 (58,1)	13 (46,4)	0,93
Alter, $\mu$ (SD)	54,9 (21,4)	60,5 (18,7)	50,0 (22,0)	59,3 (24,4)	0,98**
<b>Outcome/Verlauf</b>					
Patientenanliegen wurde abschließend in der Praxis gelöst	341 (61,9)	135 (58,7)	196 (67,1)	10 (34,5)	1,07
Folgetermin ausgemacht	179 (32,5)	105 (45,7)	66 (22,6)	8 (27,6)	0,38**
Überweisung aus diagnostischen Gründen	38 (6,9)	17 (7,4)	17 (5,8)	4 (13,8)	1,01
Überweisung zur Mitbehandlung	62 (11,3)	34 (14,8)	25 (8,6)	3 (10,3)	0,57*
Patient*in ist eingewiesen worden	15 (2,7)	1 (0,4)	5 (1,7)	9 (31,0)	34,5**
Sonstiges	29 (5,3)	9 (3,9)	16 (5,5)	4 (13,8)	1,95

<sup>a</sup>Odds-Ratio einer bivariaten ordinalen Regression (1: nicht akut; 2: akut; 3: Notfall), d.h. Veränderung der Chancen für die Kategorien akut (2) und Notfall (3) im Vergleich zu einer niedrigeren Kategorie; Interpretation: Odds Ratio (Alter)=0,98: Wenn sich das Alter einer\*s Patient\*in um ein Jahr erhöht, verringern sich die Chancen, in einer akuterer Kategorie eingestuft zu werden um 0.02.  $\mu$ : Mittelwert; SD: Standardabweichung. Signifikanz-Niveau: \*\*p<0,01; \*p<0,05;

Die Patient\*innen mit einem akuten, aber nicht notfallmedizinischen Beratungsbedarf waren im Mittel 10 Jahre jünger (50,0 Jahre), als Patient\*innen mit einem Notfall (59,2 Jahre) und Patient\*innen mit einem nicht-dringlichen Beratungsanlass (60,5 Jahre). Das Odds-Ratio der bivariaten ordinalen Regression bestätigt den negativen Zusammenhang zwischen dem Alter der Patient\*innen und der Wahrscheinlichkeit einer akuterer Kategorie eingestuft zu werden. Wenn sich das Alter einer\*s Patient\*in um 1 Jahr erhöht, verringern sich die Chancen, in einer akuterer Kategorie eingestuft zu werden um 0,98. Zwischen den Geschlechtern konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

**Aspekte der Konsultation in Bezug auf die Dringlichkeit**

Im Durchschnitt wurden 3,6 unterschiedliche Aspekte pro Patient\*in und Kontakt angegeben, wobei körperliche Aspekte am häufigsten (n=395; 71,7%), gefolgt von psychischen Aspekten (n=155; 28,1%) genannt wurden (Tabelle 12). Die Komplexität der Konsultationen variiert je nach Dringlichkeitsstufe. Notfälle wiesen das breiteste Spektrum an Aspekten auf (4,6), bei nicht akuten Fällen wurden im Mittel 3,9 Aspekte berücksichtigt. Der Anteil der Fälle mit psychischen Aspekten war bei den nicht akuten Fällen höher als bei den akuten (38,7% vs. 18,8%). Akute Fälle hingegen umfassten mehr administrative Aspekte (52,1%).

**Tabelle 12. Aspekte der Konsultation**

	Gesamt n=551 (100%)	Dringlichkeit			Odds- Ratio <sup>a</sup>
		nicht akut n=230 (41,7%)	akut n=292 (53,0%)	Notfall n=29 (5,3%)	
Körperlich	395 (71,7)	172 (74,8)	198 (67,8)	25 (86,2)	0,86
Psychisch	155 (28,1)	89 (38,7)	55 (18,8)	11 (37,9)	0,46**
Sozial	129 (23,4)	76 (33,0)	45 (15,4)	8 (27,6)	0,44**
Untersuchung	288 (52,3)	121 (52,6)	142 (48,6)	25 (86,2)	1,15
Koordination	149 (27,0)	79 (34,3)	58 (19,9)	12 (41,4)	0,61*
Administration	210 (38,1)	52 (22,6)	152 (52,1)	6 (20,7)	2,52**
Medikation	283 (51,4)	109 (47,4)	155 (53,1)	19 (65,5)	1,36
Befundbesprechung	135 (24,5)	86 (37,4)	40 (13,7)	9 (31,0)	0,34**
Prävention	98 (17,8)	66 (28,7)	26 (8,9)	6 (20,7)	0,30**
Therapeutisch	90 (16,3)	42 (18,3)	39 (13,4)	9 (31,0)	0,91
Sonstige	27 (4,9)	8 (3,5)	16 (5,5)	3 (10,3)	1,89
<b>Summen Score</b>	<b>3,6 (2,1)</b>	<b>3,9 (2,1)</b>	<b>3,2 (1,9)</b>	<b>4,6 (2,5)</b>	<b>0,90*</b>

<sup>a</sup>Odds-Ratio einer bivariaten ordinalen Regression (1: nicht akut; 2: akut; 3: Notfall), d.h. Veränderung der Chancen für die Kategorien akut (2) und Notfall (3) im Vergleich zu einer niedrigeren Kategorie; Interpretation: Odds Ratio (Psychisch)=0,46: Wenn bei einer Konsultation psychische Aspekte genannt wurden, waren die Chancen, in einer akuterer Kategorie eingestuft zu werden um 0.54 geringer. Signifikanz-Niveau: \*\*p<0,01; \*p<0,05

## 2.2.4 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass fast 60% der Behandlungsfälle in der Hausarztpraxis als akut oder als Notfall eingestuft werden und bestätigen damit die Ergebnisse der vorherigen Analyse. Die Daten unterstreichen ebenso die wichtige Rolle der Hausärzt\*innen bei der Behandlung von medizinischen Notfällen und zeigt, dass die meisten Fälle im Rahmen der Primärversorgung wirksam behandelt werden können, ohne dass eine Überweisung in eine andere Versorgungsebene erforderlich ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Spektrum der in den Konsultationen angesprochenen Themen zwischen den verschiedenen Dringlichkeitsstufen nur geringfügig unterscheidet. Unabhängig von der Dringlichkeit des Anlasses behandelten Hausärzt\*innen mehrere Dimensionen – medizinische, psychologische, administrative und präventive. Selbst in Notfallsituationen blieben die Konsultationen vielschichtig und gingen über die reine Akutversorgung hinaus. Dies verdeutlicht den ganzheitlichen Ansatz in der Allgemeinmedizin, in dem akute Entscheidungen und langfristige Versorgungsperspektiven eng miteinander verknüpft sind [20]. Im Gegensatz zur triageorientierten Arbeitsweise in den Notaufnahmen integrieren Hausärzt\*innen auch in akuten Situationen Aspekte der kontinuierlichen Betreuung und des holistischen Behandlungsansatzes.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen damit die zentrale Rolle der Hausärzt\*innen in der Akutversorgung und entkräften das häufige Missverständnis, sie seien vorrangig für Überweisungen zuständig. Die Stärkung der Primärversorgungsinfrastruktur und die Unterstützung der Hausärzt\*innen beim Management der Notfallversorgung scheint daher für ein nachhaltigeres Gesundheitssystem von entscheidender Bedeutung zu sein.

## 3 Dissemination

### 3.1 Veröffentlichungen

#### Publikation

Rieken, J., Hötter, D., Strumann, C., & Steinhäuser, J. An instrument as an action against the blind spot of acute medical care in general practice—a systematic review. *BMC Primary Care* 2025, 26(67), <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02749-6>

Strumann C, von Meißner WCG, Blickle PG, Rieken J, Steinhäuser J. Utilization of Acute Medical Services in General Practice: A Retrospective Routine Data Analysis. International Journal of Emergency Medicine 2025, 18:147, <https://doi.org/10.1186/s12245-025-00943-y>.

### **Kongressbeiträge**

Vortrag: Christoph Strumann, Wolfgang C. G. von Meißner, Paul-Georg Blickle, Jost Steinhäuser. „Inanspruchnahme von akutmedizinischen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung eine retrospektive Routinedatenanalyse“ auf dem 58. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Würzburg (<https://www.egms.de/static/de/meetings/degam2024/24degam142.shtml>).

Vortrag: Christoph Strumann, Wolfgang C. G. von Meißner, Paul-Georg Blickle, Jost Steinhäuser. „Inanspruchnahme von akutmedizinischen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung eine retrospektive Routinedatenanalyse“ im Rahmen des Datenanalyse jour fixe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

### **Podcast**

Johannes Rieken: Dringliche Patientenfälle in Hausarztpraxen vom 13. Februar 2025. Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes (<https://www.aeksh.de/wir-ueber-uns/aerzteblatt/podcast-archiv>)

### **Presse**

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (2024). Dringliche Fälle in der Hausarztpraxis. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 11/2024 (<https://www.aeksh.de/index.php/aerzteblatt/2024/11>)

## **3.2 Weitere Manuskripte**

Rieken J, Strumann C, Hötter D, Goetz K, Steinhäuser J. First and foremost: The GP's role in acute medicine. Development of an instrument to assess urgency of acute medical cases in General Practitioners' practices.

## **3.3 Abweichungen von ursprünglichem Vorgehen**

Für die Befragung sollte in Abstimmung mit dem HÄV eine bundesweite Kampagne gestartet werden. Ziel war es, möglichst viele Mitglieder des HÄV zu motivieren an einem, selbstfestgelegten Tag die Tages- bzw. Wartezimmerliste aus 2024 (idealerweise aus dem Zeitraum März-Juni oder September) einmalig mit dem online (auf Wunsch auch analog) zur Verfügung gestellten Instrument auszufüllen.

Leider konnte die Einladung zur Befragung nicht über den Bundesverband erfolgen und wurde daher über einzelne Landesverbände durchgeführt. Ergänzend wurde über die Ärztekammer in Schleswig-Holstein rekrutiert.

## 4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Das Projekt hat gezeigt, dass Hausärzt\*innen einen erheblichen Teil akuter Konsultationen (60%) bewältigen. Während die Literaturrecherche die Forschungslücke identifiziert [13], zeigen die Routinedaten den Umfang und die Struktur der Inanspruchnahme. Diese werden durch die Befragung validiert und durch die ärztliche Perspektive konkretisiert.

Die Projektziele konnten erreicht werden. Akutkontakte wurden quantifiziert, deren Verlauf analysiert und mit einem validen Instrument deren Charakterisierung aus hausärztlicher Sicht erhoben.

### 4.1 Schlussfolgerung

Ziel des Projekts war es, das ambulante Inanspruchnahmeverhalten von Patient\*innen mit dringendem Behandlungsbedarf in den hausärztlichen Praxen zu quantifizieren und zu beschreiben. Unabhängig voneinander zeigte die Analyse von Routinedaten von über 870.000- sowie die Analyse von Befragungsdaten von über 550 Konsultationen, dass mindestens 60% der hausärztlichen Kontakte auf akute Anliegen entfallen. Die Mehrheit dieser Fälle konnte ohne Über- oder Einweisung abschließend behandelt werden. Dies unterstreicht die Fähigkeit der hausärztlichen Versorgung, akute Beschwerden effizient zu managen und somit die zentrale Rolle in der Steuerung von Patient\*innen mit akutem Versorgungsbedarf.

Angesichts der Situation in den Notaufnahmen, die zunehmend von Patient\*innen mit nicht-dringlichen Beschwerden frequentiert werden [21], gewinnt die hausärztliche Versorgung als erste Anlaufstelle weiter an Bedeutung. Studien zeigen, dass insbesondere außerhalb der regulären Sprechzeiten – etwa an Wochenenden – mehr nicht-akute Fälle in Notaufnahmen behandelt werden [22]. Dies legt nahe, dass Patient\*innen ohne verfügbares hausärztliches Angebot häufig direkt auf die Krankenhausversorgung ausweichen. Internationale Erfahrungen zeigen, dass der Ausbau primärärztlicher Angebote – insbesondere zu Randzeiten – mit einer deutlichen Reduktion vermeidbarer Notaufnahmebesuche einhergeht [23,24]. In den Niederlanden, Australien, Großbritannien und Italien führten entsprechende Maßnahmen zu einer nachweisbaren Entlastung der Notfallversorgung [25–29]. In

Deutschland ist die Evidenzlage noch begrenzt, doch insbesondere in Regionen mit niedriger Arztdichte scheint die Notaufnahme zunehmend als Ersatzstruktur für fehlende hausärztliche Versorgung zu dienen [30]. Einen innovativen Ansatz zur Verbesserung der Akutversorgung stellt das Pilotprojekt *docdirekt* dar, das eine telemedizinische Kontaktaufnahme mit Hausärzt\*innen ermöglicht. Über 88 % der telemedizinischen Konsultationen konnten abschließend behandelt werden; rund die Hälfte der Patient\*innen hätte ohne dieses Angebot eine Notaufnahme aufgesucht [31]. Dies zeigt das Potenzial digitaler Lösungen zur effektiven Entlastung bestehender Versorgungsstrukturen.

Unsere Analyse zeigt zudem, dass Patient\*innen mit akutem Beratungsanlass in der Regel jünger sind als solche mit geplanten Konsultationen. Dies dürfte auch auf die Rolle der Hausarztpraxis bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zurückzuführen sein, die vor allem für erwerbstätige Patient\*innen relevant ist [32,33]. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass insbesondere die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ein erhöhtes Risiko für schwerere Verläufe zeigt, die mit einer Überweisung zum Spezialisten einhergehen. Diese Altersgruppe gehört zur Erwerbsbevölkerung, ist jedoch häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen, die sich akut verschlechtern können. Für diese Patient\*innen ist eine kontinuierliche hausärztliche Betreuung von besonderer Bedeutung, um akute Episoden frühzeitig zu erkennen und zu versorgen sowie langfristige Verläufe zu stabilisieren [34,35].

## 4.2 Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Analyse unterliegt mehreren methodischen Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Zum einen ist sie durch die regionale Begrenzung der verwendeten Routinedaten limitiert, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Versorgungsregionen einschränken kann. Zum anderen ist die Aussagekraft der Befragungsergebnisse durch die vergleichsweise geringe Anzahl an Beobachtungen begrenzt. Ein möglicher Grund hierfür könnte in der Länge und Komplexität des entwickelten Erhebungsinstruments liegen, was potenziell abschreckend auf Teilnehmende gewirkt haben könnte.

Eine mögliche Lösung zur Adressierung der regionalen Begrenzung könnte darin bestehen, auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse für einzelne Diagnosen die Anteile akut versorgter Fälle zu schätzen. Dies würde eine systematische Einordnung von Behandlungsfällen mit bekannter Diagnose in akut oder elektiv ermöglichen. Ein solches Vorgehen, analog zu dem von Krämer et al. [36] für stationäre Aufnahmen, könnte dazu dienen, den Beitrag der vertragsärztlichen Versorgung zur Behandlung akuter Konsultationsanlässe auf Basis größerer, repräsentativerer Datensätze – wie etwa den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen – belastbar zu quantifizieren.

Als Konsequenz auf die vergleichsweise geringe Anzahl an Beobachtungen bei den Befragungsdaten erscheint es sinnvoll, eine verkürzte Version des Instruments zu entwickeln und im Rahmen einer groß angelegten Befragung erneut einzusetzen, um eine höhere Beteiligung zu erreichen und belastbarere Aussagen treffen zu können. Darüber hinaus wäre es perspektivisch zielführend, auch weitere wohnortnahe Versorgungsbereiche – wie etwa die Pädiatrie oder Gynäkologie – in die Datenerhebung einzubeziehen. Dies würde ermöglichen, den Beitrag der ambulanten Versorgung zur akuten Versorgung umfassender und differenzierter abzubilden.

## 5 Referenzen

1. Wahlster PC Thomas; Gibis, Bernhard; Henschke, Cornelia. Sektorenübergreifende Entwicklungen in der Notfallversorgung – Eine umfassende Analyse ambulanter und stationärer Notfälle von 2009 bis 2015. *Gesundheitswesen*. 2019;82(06):548–58.
2. Mangiapane S, Kretschmann J, Czihal T, von Stillfried D. Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung. Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2023 [Internet]. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; 2024 [cited 2025 Jun 27]. Available from: [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Zi-Trendreport\\_2024-Q2\\_FI-NAL.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Zi-Trendreport_2024-Q2_FI-NAL.pdf)
3. Pin M, Hüfner A, Dormann H, Jerusalem K, Dodt C. Notfallkrankenhäuser: Massive Belastungssituationen. *Dtsch Arztebl International*. 2022 Jul;119(33):A 1392-3.
4. Schmiedhofer MH; S J; Slagman, A; Möckel, M. Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Gesundheitswesen*. 2016/04/22 ed. 2017 Oct 6;79(10):835–44.
5. Mahmoodi S, Faraji M, Shahjooie F, Azadpour A, Ghane MR, Javadzadeh HR, et al. Effect of Emergency Department Crowding on Patient Mortality: A Systematic Review. *Trauma Monthly*. 2023;28(3):831–40.
6. Darraj A, Hudays A, Hazazi A, Hobani A, Alghamdi A. The Association between Emergency Department Overcrowding and Delay in Treatment: A Systematic Review. *Healthcare*. 2023;11(3).
7. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014 Mar 1;46(2):106–15.
8. von Stillfried D, Mangiapane S. Notfallversorgung – Reformbedarf aus ambulanter Sicht. *Die Innere Medizin*. 2022;63(9):905–13.
9. Wahlster P, Varabyova Y, Schreyögg J, Bataille M, Wambach A, Jacobs K, et al. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Chancen und Hindernisse. *Wirtschaftsdienst*. 2018;98(9):619–37.

10. Piedmont SR Anna Katharina; Bock, Jens Oliver; Rothhardt, Janett; Swart, Enno; Robra, Bernt Peter. Apart from the Medical Complaints, Why do Patients Use Emergency Medical Services? Results of a Patient Survey. *Gesundheitswesen*. 2021 Nov 30;84(07):638–46.
11. Mosler TF Kristina; Steinhäuser, Jost. Beratungsanlässe in Notaufnahmen und Notfallpraxen außerhalb hausärztlicher Sprechstundenzeiten – Eine Mixed-Methods-Studie. *Gesundheitswesen*. 2020;83(06):432–42.
12. Bobardt-Hartshorn JS, Peters PS, Schmalstieg-Bahr K, Bessert B, Schäfer I, Scherer M, et al. Patient-reported factors associated with emergency department referrals from a co-located out-of-hours walk-in clinic in Germany: a cross-sectional observational study. *BMJ Open*. 2025 Apr 1;15(4):e094312.
13. Rieken J, Hötker D, Strumann C, Steinhäuser J. An instrument as an action against the blind spot of acute medical care in general practice - a systematic review. *BMC Primary Care*. 2025 Mar 8;26(1):67.
14. Procter S, Stewart K, Reeves D, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. Complex consultations in primary care: a tool for assessing the range of health problems and issues addressed in general practice consultations. *BMC Family Practice*. 2014 May 27;15(1):105.
15. Strumann C, Blicke PG, von Meißner WCG, Steinhäuser J. The use of routine data from primary care practices in Germany to analyze the impact of the outbreak of SARS-CoV-2 on the utilization of primary care services for patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):327.
16. Ambulante Dokumentation: Nutzung der ICPC-2 in Österreich [Internet]. [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Dokumentation--Nutzung-der-ICPC-2-in-Oesterreich.html>
17. Lamberts H, Wood M. The birth of the International Classification of Primary Care (ICPC) Serendipity at the border of Lac Léman. *Family Practice*. 2002 Oct 1;19(5):433–5.
18. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 2005 Mar 1;8(2):94–104.
19. Podcast-Archiv | Ärztekammer Schleswig-Holstein [Internet]. [cited 2025 Apr 11]. Available from: <https://www.aeksh.de/wir-ueber-uns/aerzteblatt/podcast-archiv>
20. Burrell A, Scrimgeour G, Booker M. GP roles in emergency medical services: a systematic mapping review and narrative synthesis. *BJGP Open*. 2023 Jun 1;7(2):BJGPO.2023.0002.
21. Butun A, Linden M, Lynn F, McGaughey J. Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: a mixed methods systematic review. *Emerg Med J*. 2019;36(1):39.
22. Hitzek J, Fischer-Rosinský A, Möckel M, Kuhlmann SL, Slagman A. Influence of Weekday and Seasonal Trends on Urgency and In-hospital Mortality of Emergency Department Patients. *Frontiers in Public Health*. 2022;10.

23. Hong M, Thind A, Zaric GS, Sarma S. The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review. *Health Policy*. 2020;124(8):812–8.
24. Pearce S, Marr E, Shannon T, Marchand T, Lang E. Overcrowding in emergency departments: an overview of reviews describing global solutions and their outcomes. *Internal and Emergency Medicine*. 2024;19(2):483–91.
25. Lippi Bruni M, Mammi I, Ugolini C. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? *Journal of Health Economics*. 2016;50:144–55.
26. Rutten M, Vrielink F, Smits M, Giesen P. Patient and care characteristics of self-referrals treated by the general practitioner cooperative at emergency-care-access-points in the Netherlands. *BMC Family Practice*. 2017 May 12;18(1):62.
27. Buckley DJ, Curtis PW, McGirr JG. The effect of a general practice after-hours clinic on emergency department presentations: a regression time series analysis. *Medical Journal of Australia*. 2010;192(8):448–51.
28. Dolton P, Pathania V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. *Journal of Health Economics*. 2016;49:193–208.
29. Maninchedda M, Proia AS, Bianco L, Aromatario M, Orsi GB, Napoli C. Main Features and Control Strategies to Reduce Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2023;16:255–66.
30. Schuettig W, Sundmacher L. Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany. *European Journal of Public Health*. 2019;29(6):1024–30.
31. Strumann C, Steinhäuser J. Evaluation of a Direct-to-Patient Telehealth Service in Germany (docdirekt) Based on Routine Data. *Dtsch Arztebl International*. 2021;118(50):872–3.
32. Krotz A, Sosnowsky-Waschek N, Bechtel S, Neumann C, Lohkamp M, Kovacs G, et al. Reducing sick leave, improving work ability, and quality of life in patients with mild to moderate Long COVID through psychosocial, physiotherapeutic, and nutritive supportive digital intervention (MiLoCo-DaS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2023 Dec 8;24(1):798.
33. Erhag T. „Incapacity for Work “: A National Legal Concept with Cross-National Functions. Too sick to work Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earnings Capacity. 2011;21–42.
34. Nasser Albarqi M. Continuity and sustainability of care in family medicine: Assessing its association with quality of life and health outcomes in older populations—A systematic review. *PLOS ONE*. 2024;19(12):e0299283.
35. Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SM, Ying J, Doty MM. Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. *Ann Fam Med*. 2017;15(2):113.
36. Krämer J, Schreyögg J, Busse R. Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. *Health Care Management Science*. 2019;22(1):85–105.

## 6 Anhang

### Instrument zur Kategorisierung der Behandlungsfälle (ACUTE-GP)

#### Hatte der/die Patientin einen Termin?

- Ja
- Nein
- Ich weiß es nicht

#### Wie dringlich war die Konsultation?

- Es war ein Notfall (musste sofort behandelt werden)
- Es war ein akuter Behandlungsfall (musste heute behandelt werden)
- Hätte Zeit gehabt (alles andere)

#### Alter der/des Patientin

#### Geschlecht des/der Patientin

(Verdachts-)Diagnose, die für die Konsultation am relevantesten war: ICD-10-Code

Ggf. weitere relevante Diagnosen (Bitte mit ";" trennen)

### Aspekte der Konsultation

Bitte kreuzen Sie die Aspekte an, die bei der Konsultation eine Rolle spielten (Mehrfachantwort möglich):

- **Körperliche Aspekte**  
Thematisierung eines körperlichen Symptoms (inkl. einer Behinderung oder eines Funktionsverlustes).
- **Psychische Aspekte**  
Psychische oder emotionale Aspekte, die in der Konsultation explizit thematisiert wurden (z. B. durch Äußern von Sorgen).
- **Soziale Aspekte**  
Thematisierung der Auswirkungen des Gesundheitsproblems/der Gesundheitsprobleme auf soziale Aspekte des täglichen Lebens des Patienten.
- **Durchführen einer Untersuchung**  
Durchführen einer klinischen Untersuchung, einer laborchemischen Untersuchung inkl. Blutabnahme oder einer Untersuchung unter Zuhilfenahme eines Gerätes (z. B. Ultraschallgerät, EKG...).

- **Koordinative Aspekte**  
z. B. Ausstellen von Überweisungen, Einweisungen, Verordnungen für Heilmittel, Anträgen sowie Terminorganisation bei einem Spezialisten.
- **Administrative Aspekte**  
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Herausgabe von Informationen an Mitbehandelnde und Vergabe von Folgeterminen in der eigenen Praxis.
- **Medikamentenbezogene Aspekte**  
Thematisierung von (Dauer-)Medikation, Neuverordnung oder Folgeverordnung.
- **Befundbesprechungen**  
Besprechung von (Labor-)Test-, Untersuchungs- oder Behandlungsergebnissen.
- **Präventive Aspekte**  
Thematisieren von lebensstilverändernden Maßnahmen, der Stärkung des Selbstmanagements sowie klassischer Formen der Prävention:
  - Primäre Prävention (z. B. Impfen)
  - Sekundäre Prävention (z. B. Gesundheitsuntersuchungen)
  - Tertiäre Prävention (z. B. DMP)
  - Quartäre Prävention (z. B. Reduktion von Medikamenten)
- **Therapeutische Aspekte**  
z. B. Wundversorgung, Medikamentenapplikation, Manuelle Medizin.
- **Sonstiges**  
Weitere relevante Aspekte, und zwar...

## Verlauf

### Outcome (Mehrfachantwort möglich):

- **Patientenanliegen wurde abschließend in der Praxis gelöst.**
- **Folgetermin ausgemacht.**
- **Überweisung aus diagnostischen Gründen ausgestellt (z. B. Röntgen).**
- **Überweisung zur Mitbehandlung ausgestellt (z. B. kardiologische Mitbehandlung).**
- **Patient\*in ist eingewiesen worden.**
- **Sonstiges, und zwar...**

## Weitere Patienten

### Möchten Sie einen weiteren Behandlungsfall von diesem Tag eingeben?

- **Ja**
- **Nein**