

**Abschlussarbeit**

# **Beweggründe für das Aufsuchen des Hausarztes**

**Epidemiologie der Beratungsanlässe**

**Motivazioni per consultare il medico di medicina generale**

**Epidemiologia dei motivi della consultazione**

im Rahmen der  
Sonderausbildung für Allgemeinmedizin der Autonomen Provinz Bozen  
Triennium 2018-2021

eingereicht von  
**Dr. med. univ. Tanja Bregolin**

unter der Anleitung von  
**Dr. Simon Kostner**

*Gleichheitsgrundsatz:*

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.*

## 1. Inhaltsverzeichnis:

1.	Inhaltsverzeichnis: .....	3
2.	Abbildungsverzeichnis: .....	4
3.	Tabellenverzeichnis: .....	4
4.	Abstract in deutscher Sprache: .....	5
4.1.	Abstract in lingua italiana: .....	6
5.	Einleitung: .....	7
5.1.	Häufige Pathologien in der Hausarztpraxis: .....	8
5.2.	Nicht-aufschiebbare medizinische Behandlungen: .....	10
6.	Fragestellung – Zielsetzung: .....	11
7.	Material und Methoden: .....	11
8.	Ergebnisse: .....	12
8.1.	Alter und Geschlecht der Patienten: .....	12
8.2.	Frequent attender: .....	13
8.3.	Beratungsanlässe: .....	14
8.4.	Komorbiditäten: .....	16
9.	Diskussion: .....	20
9.1.	Fehlerquellen und Limitationen: .....	21
9.2.	SARS-CoV-2 Pandemie: .....	21
10.	Konklusion: .....	22
11.	Literaturverzeichnis: .....	23
12.	Liste der verwendeten Abkürzungen: .....	25
13.	Anhang: .....	26
13.1.	Fragebogen in deutscher Sprache: .....	26
13.2.	Fragebogen in italienischer Sprache: .....	27

## 2. Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Zunahme der Kontakte pro eingeschriebene Patienten pro Jahr in der Praxis für Allgemeinmedizin in Italien .....	7
Abbildung 2: Gründe für die Kontaktaufnahme mit dem Arzt für Allgemeinmedizin .....	8
Abbildung 3: Pathologien mit der höchsten Anzahl an Patientenkontakten im Jahr 2017 in Italien .....	8
Abbildung 4: Steigende Prävalenzen chronischer Erkrankungen in Italien, in den Jahren 2009-2018.....	9
Abbildung 5: Patientenalter.....	12
Abbildung 6: Patientenalter nach Altersklassen .....	13
Abbildung 7: Geschlechtsverteilung.....	13
Abbildung 8: Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein mindestens einer Komorbidität und dem häufigen Aufsuchen der Hausarztpraxis.....	14
Abbildung 9: Beratungsanlässe .....	15
Abbildung 10: Erkrankungen des Skelettsystems nach Lokalisation.....	15
Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Patientenalter und Komorbiditäten.....	16
Abbildung 12: Komorbiditäten.....	17
Abbildung 13: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	17
Abbildung 14: Übereinstimmung zwischen Beratungsanlass und Komorbidität. Welche Komorbiditäten bewegen Patienten v.a. dazu den Hausarzt aufzusuchen? .....	19

## 3. Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Ort, Wochentag und Tageszeit (Zeitraum Februar/März 2021) .....	12
Tabelle 2: Frequent attender vs. Geschlecht vs. Vorhandensein einer Komorbidität vs. Alter $\geq$ / $<$ 65 Jahre.....	14
Tabelle 3: Die häufigsten Pathologien (Prävalenz).....	18
Tabelle 4 Prävalenz der häufigsten Komorbiditäten im nationalen Vergleich, aus XIII. Report annuale 2020, SIMG .....	21

#### 4. Abstract in deutscher Sprache:

Jeder erfährt in seinem Alltag medizinische Symptome am eigenen Leib, jedoch bewegt nicht jedes dazu, einen Arzt aufzusuchen. Vielmehr wird die Entscheidung zum Arztbesuch nicht nur von den klinischen, sondern auch von sozialen und psychologischen Faktoren beeinflusst(1).

Der XIII. Health Search Report (2020) der italienischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Primärversorgung (SIMG) zeigt die zunehmende Arbeitslast des Hausarztes auf: Die Kontakte pro betreute Patienten pro Jahr sind in 10 Jahren von 7,1 Kontakte /Patient/Jahr im Jahr 2009 auf 10,1 Kontakte pro Jahr im Jahr 2018 stark angestiegen. Dabei sind es v.a. die älteren Patienten, die die medizinische Versorgung durch den eigenen Hausarzt in Anspruch nehmen(2). Die Pathologien mit den höchsten Anzahlen an Patientenkontakten in Italien sind die arterielle Hypertonie, der Diabetes mellitus Typ II, die Dyslipidämien und ischämisch bedingte Erkrankungen (3).

Die häufigsten Symptome, mit denen die Patienten in die Hausarztpraxis kommen sind Symptome des Respirationstraktes, Gelenkschmerzen und Rückenschmerzen (4).

Um die Epidemiologie der Beweggründe für das Aufsuchen des Arztes für Allgemeinmedizin in Südtirol zu erfassen, wurde ein Dokumentationsbogen, in welchem 10 aufeinanderfolgende Beratungsanlässe dokumentiert werden sollen, allen Ärzten für Allgemeinmedizin in Südtirol per E-Mail übermittelt. Es wurden erfasst: Beratungsanlass, Komorbiditäten, Alter, Geschlecht, Praxis am Land oder in der Stadt, Wochentag, Tageszeit und ob es sich bei dem Patienten um einen sog. frequent attender handelt.

Der Altersgipfel der Patienten, die in der Praxis für Allgemeinmedizin vorstellig wurden, lag bei 51-80 Jahren. Im Geschlechtsvergleich suchten etwas mehr Frauen als Männer den Hausarzt auf.

Das Vorhandensein einer Komorbidität und das Alter über 65 Jahren bedingten das häufigere Aufsuchen des Hausarztes („frequent attender“).

Den Hauptgrund für das Aufsuchen des Arztes für Allgemeinmedizin stellten Erkrankungen und Symptome, die das Skelettsystem betreffen dar. An zweiter Stelle stand die Notwendigkeit einer Befundbesprechung mit dem Hausarzt.

Das Vorhandensein einer Komorbidität war seinerseits vom Alter des Patienten abhängig: je älter ein Patient, desto wahrscheinlicher war das Vorliegen einer Komorbidität. Diese betrafen in 27% das Herzkreislaufsystem, darunter am häufigsten die arterielle Hypertonie und das Vorhofflimmern. An zweiter und dritter Stelle standen Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen und Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen.

#### **4.1. Abstract in lingua italiana:**

Nella vita quotidiana ogni persona percepisce dei sintomi fisici. Non tutti i sintomi spingono i pazienti a farsi visitare da un medico, al contrario la decisione di recarsi da un medico viene influenzata non solo da fattori clinici, ma anche da fattori sociali e psicologici (1).

Il XIII Rapporto sulla Ricerca Sanitaria (2020) della Società Italiana di Medicina generale (SIMG) evidenzia il crescente carico di lavoro del medico di medicina generale: I contatti per paziente all'anno sono aumentati considerevolmente in 10 anni da 7,1 contatti/paziente/anno nel 2009 a 10,1 contatti all'anno nel 2018. In questo contesto, sono soprattutto i pazienti anziani che si recano presso l'ambulatorio del proprio medico di famiglia (2). Le patologie con il maggior numero di contatti in Italia sono l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito di tipo II, le dislipidemie e le malattie ischemiche (3).

I sintomi più comuni che spingono i pazienti a rivolgersi al proprio medico di famiglia sono i sintomi del tratto respiratorio, i dolori articolari ed il mal di schiena (4).

Per analizzare l'epidemiologia dei motivi di consultazione del medico di medicina generale in Alto Adige è stato inviato per e-mail un modulo con la richiesta di documentare 10 visite ambulatoriali consecutive a tutti i medici di famiglia operanti in Alto Adige.

Sono stati rilevati il motivo della consultazione, le comorbidità, l'età, il sesso, ambulatorio periferico o in città, il giorno settimanale, l'orario (mattina/pomeriggio) e se si tratta di un paziente così detto "frequent attender".

Lo studio ha dimostrato che la maggior parte dei pazienti presentatisi presso l'ambulatorio di medicina generale avevano tra i 51 e gli 80 anni. A confronto più donne che uomini hanno avuto necessità di recarsi dal medico di famiglia. La presenza di una comorbidità e l'età superiore ai 65 anni condizionavano i pazienti a visitare il medico di medicina generale con più frequenza (così detti "frequent attender").

La ricerca è giunta alla conclusione che la ragione principale per consultare il medico di famiglia sono le malattie e i sintomi che riguardano il sistema scheletrico. Segue la necessità di un colloquio orale con il medico.

La presenza di una comorbidità dipende dall'età del paziente: più l'età è avanzata, più probabile era la presenza di una comorbidità. Le malattie preesistenti riguardano il sistema cardiovascolare nel 27%, tra cui la più frequente è l'ipertensione arteriosa e la fibrillazione atriale, seguono le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche e le malattie muscoloscheletriche e del tessuto connettivo.

## 5. Einleitung:

Jeder erfährt in seinem Alltag medizinische Symptome am eigenen Leib, jedoch bewegt nicht jedes dazu, den Arzt aufzusuchen. Vielmehr wird die Entscheidung zum Arztbesuch nicht nur von den klinischen, sondern auch von sozialen und psychologischen Faktoren beeinflusst(1). Eine Rolle spielen persönliche Einstellung zu den Gesundheitsdiensten und Erfahrungsberichte von anderen Patienten. Vor allem in ländlichen Gebieten stellt der eigene Hausarzt eine wichtige Vertrauensperson dar, in städtischen Gebieten hingegen zeigt sich eine eher konsumorientierte Einstellung zur Gesundheitsversorgung(10).

### 5.1. Die Arbeitslast eines Arztes für Allgemeinmedizin:

#### ZUNAHME DER KONTAKTE PRO PATIENT PRO JAHR



Abbildung 1: Zunahme der Kontakte pro eingeschriebene Patienten pro Jahr in der Praxis für Allgemeinmedizin in Italien (adaptiert aus dem XIII. Health Search Report 2020) (2).

Der XIII. Health Search Report (2020) der italienischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Primärversorgung (SIMG) zeigt die zunehmende Arbeitslast des Hausarztes auf:

Die Kontakte pro betreute Patienten pro Jahr sind in 10 Jahren von 7,1 Kontakte /Patient/Jahr im Jahr 2009 auf 10,1 Kontakte pro Jahr im Jahr 2018 stark angestiegen. Dabei sind es v.a. die älteren Patienten, die die medizinische Versorgung durch den eigenen Hausarzt in Anspruch nehmen.

In der Altersgruppe der über 85-Jährigen sind die Kontakte pro eingeschriebene Patienten pro Jahr für männliche Patienten 23,5 und für weibliche Patienten 22 pro Jahr (2).

Der häufigste Grund für die Kontaktaufnahme mit dem Arzt für Allgemeinmedizin ist die Notwendigkeit einer ambulanten Visite, an zweiter Stelle stehen Anfragen für Rezepte oder Leistungen. Dabei zeigt sich die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung in den letzten Jahren rückläufig, die Anfragen für Rezepte oder Leistungen sind hingegen zunehmend, von 20% (2009) auf 37% (2018) (2).

## GRÜNDE FÜR DIE ALLGEMEINMEDIZINISCHE VISITE IN PROZENT

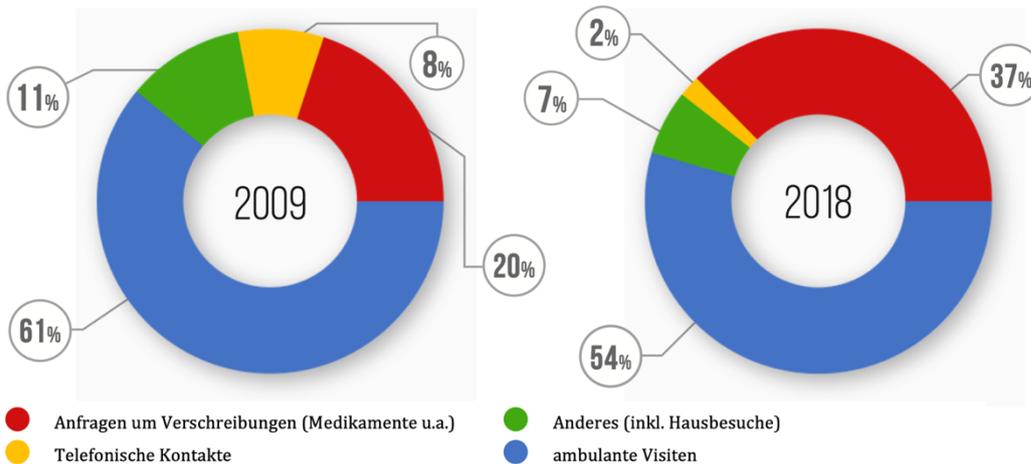


Abbildung 2: Gründe für die Kontaktaufnahme mit dem Arzt für Allgemeinmedizin, prozentuelle Verteilung, Jahr 2018 in Italien. Rot - Anfragen um Verschreibungen (von Medikamenten und Leistungen), gelb – telefonische Kontaktaufnahmen; blau – ambulante Visiten; grün – Anderes (darunter fallen auch die Hausbesuche). (adaptiert aus dem XIII. Health Search Report 2020) (2).

## 5.2. Häufige Pathologien in der Hausarztpraxis:

### PATHOLOGIE MIT DER HÖCHSTEN ANZAHL AN PATIENTENKONTAKTEN



Abbildung 3: Pathologien mit der höchsten Anzahl an Patientenkontakten im Jahr 2017 in Italien (adaptiert aus dem XII. Health Search Report 2019)(3).

Die häufigste Pathologie, die zu einem Patientenkontakt in der Hausarztpraxis führt, ist die arterielle Hypertonie mit 19,4%. Es folgen der Diabetes mellitus Typ II mit 7%, die Dyslipidämien mit 5,5% und Ischämie bedingte Erkrankungen mit 4,5% (3).

Ein weiterer Faktor für die steigende Arbeitslast eines Hausarztes, stellt die Zunahme der Prävalenz chronischer Krankheiten dar:

Die Prävalenz der Herzinsuffizienz ist von 1,0% im Jahr 2009 auf 1,3% im Jahr 2018 gestiegen, die Prävalenz der arteriellen Hypertonie von 25,7% (2009) auf 30,3% (2018); die Prävalenz der ischämischen Herzerkrankungen ist von 3,9% (2009) auf 4,3% (2018) gestiegen, die der

Gastroösophagealen Refluxkrankheit von 8,0% (2009) auf 18,7%(2018), die des Diabetes mellitus Typ 2 von 7,0% (2009) auf 8,0% (2018) die der Demenz von 1,4% (2009) auf 2,9% (2018)(2).

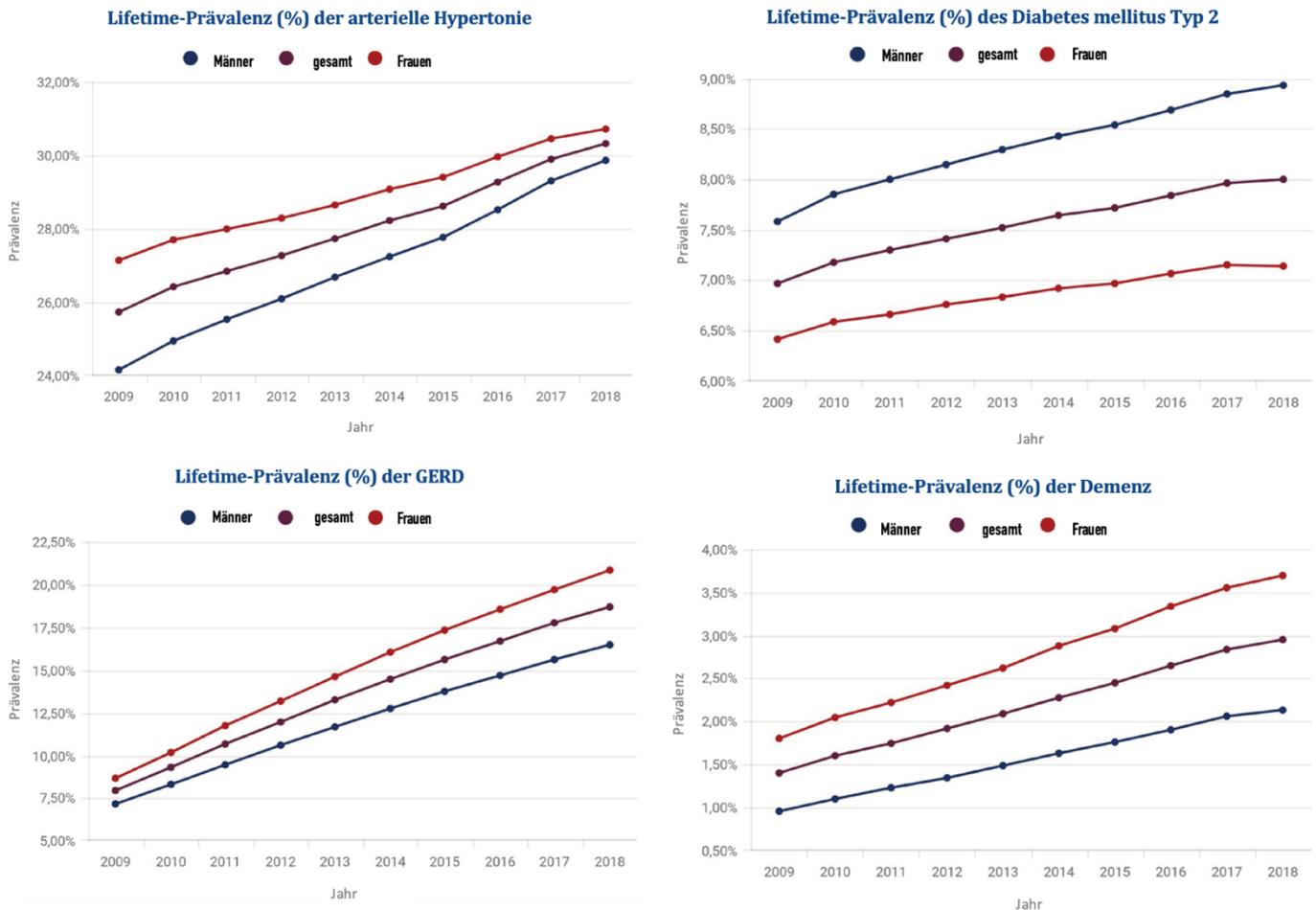


Abbildung 4: Steigende Prävalenzen chronischer Erkrankungen in Italien, in den Jahren 2009-2018 (adaptiert aus dem XIII. Health Search Report 2020).

Dieser Anstieg in den Prävalenzen hängt v.a. von der Zunahme der Lebenserwartung ab: ein höheres Alter stellt den Hauptrisikofaktor für die Entwicklung vieler chronischer Erkrankungen dar, darunter kardiovaskuläre Krankheiten, zerebraler Insult, maligne Erkrankungen, Osteoarthritis und Demenz(11)(12). Die steigenden Trends in der Prävalenz chronischer Krankheiten stellen nicht nur eine Zunahme in der Arbeitslast des Arztes für Allgemeinmedizin dar, sondern sind auch für den Anstieg der Gesundheitskosten in vielen entwickelten Ländern verantwortlich(13).

Das Handling dieser chronisch Kranken stellt eine besondere Herausforderung für den Arzt für Allgemeinmedizin dar: die Empfehlungen der verschiedenen Fachärzte werden gesammelt, die Behandlungen werden dementsprechend angepasst und eine Kontinuität in

der Behandlung wird dabei gewährleistet. Bei der Betreuung multimorbider Patienten bildet der Arzt für Allgemeinmedizin die Schnittstelle zwischen den verschiedenen Fachärzten(14).

### **5.3. Nicht-aufschiebbare medizinische Behandlungen:**

Der Hausarzt stellt meistens den Erstkontakt des Patienten mit dem Gesundheitssystem dar, er fungiert als Filter zu anderen Leistungen der Gesundheitsversorgung(15). Dabei ist es für die Patienten von Vorteil, dass es für den Besuch des Vertrauensarztes keiner Zuweisung bedarf, der Patient kommt eigenverantwortlich und sozusagen selbstzugewiesen zur Visite(9). Die Hauptgründe für das Aufsuchen des Arztes für Allgemeinmedizin stellt neben der Behandlung chronischer Pathologien, das Auftreten nicht-aufschiebbarer klinischer Symptome dar(16).

Eine Studie, die 2016 in Italien publiziert wurde, nennt die 3 häufigsten Symptome, die vom Patienten als dringlich empfunden werden und ihn dazu bewegen den eigenen Hausarzt aufzusuchen: 1. Symptome des Respirationstraktes; 2. Symptome, die die Gelenke betreffen und 3. Rückenschmerzen. Dabei nutzten im Vergleich, mehr ältere Patienten die Dienste der medizinischen Grundversorgung(4).

In Deutschland wurden die häufigsten 5 Symptome, die den Patienten über 65 Jahren dazu bewegen den Hausarzt aufzusuchen untersucht: an erster Stelle steht Husten, gefolgt von Rückenschmerzen, Schulterschmerzen, Knieschmerzen und Dyspnoe(6).

Im Gegensatz dazu stellen den Hauptgrund für den Hausarztbesuch bei den unter 20-Jährigen die Infektionskrankheiten dar(7).

Eine rezente Studie aus der Schweiz belegt, dass Patienten aufgrund der langjährigen Vertrauensbeziehung es oftmals vorziehen auch im Notfall zuerst den Hausarzt zu konsultieren, anstatt sich direkt an die Erste Hilfe zu wenden(8). Dies gilt v.a. für ländliche Gebiete, in städtischen Gebieten wird die Notaufnahme häufiger aufgesucht(10).

## **6. Fragestellung – Zielsetzung:**

Die Beweggründe für den Hausarztbesuch, aus Sicht des Patienten, und dessen Zusammenhang mit Alter, Geschlecht, Wohnort (Stadt oder Land), Häufigkeit des Aufsuchens eines Arztes (Unterscheidung sogenannter frequent attenders, definiert als diejenigen Patienten den Hausarzt in den letzten 6 Monaten > 1 mal pro Monat aufgesucht haben(17)) und Vorhandensein chronischer Erkrankungen, sollen in dieser Studie mittels Dokumentationsbogen ermittelt werden.

## **7. Material und Methoden:**

Allen Südtiroler Hausärzten wurden Dokumentationsbögen (s. Anhang) per E-Mail übermittelt. Diese konnten sowohl digital ausgefüllt als auch ausgedruckt werden. Die Hausärzte wurden aufgefordert an einem beliebigen Tag, unabhängig von der Uhrzeit 10 aufeinanderfolgende Arztvisiten bzw. -beratungen zu dokumentieren, unabhängig davon, ob es sich um Erst- oder Folgevisiten handelte. Sie wurden aufgefordert, einen für die Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin möglichst repräsentativen Zeitraum auszuwählen: Wenn z.B. alle INR-Messungen für einen bestimmten Tag programmiert sind, sollte der Zeitraum, in dem diese fallen möglichst nicht gewählt werden um eine Stichprobenverzerrung (Selektions-Bias) zu vermeiden. In die Studie eingeschlossen wurden alle Patienten im Alter von 18 bis 100 Jahren. Von der Erhebung ausgeschlossen wurden telefonische Anfragen bzw. Beratungen, Anfragen um Verschreibung von Medikamenten, Heilbehelfe oder Fachvisiten an die Sprechstundenhilfe und Arztvisiten oder -beratungen, die Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betreffen.

Die Zusammenhänge der einzelnen Faktoren untereinander wurden mittels Graph Pad Prism analysiert.

## 8. Ergebnisse:

Es wurden die Dokumentationsbögen von 14 Hausärzten ausgewertet. Dabei wurde die Erhebung in 4 Fällen in einer Arztpraxis in einer der 5 Südtiroler Städte durchgeführt, die restlichen 10 Erhebungen fanden in ländlichen Gebieten statt. 10 Erhebungen fanden am Vormittag statt (Beginn der Erhebung zwischen 08:00-12:00), 3 Erhebungen fanden am Nachmittag statt, auf einem Fragebogen wurde die Uhrzeit nicht angegeben. Alle Erhebungen fanden werktags statt, gleichmäßig auf alle Wochentage verteilt, mit einer leichten Überrepräsentation vom Montag (29%) und Unterrepräsentation von Dienstag und Freitag (jeweils 14%), s. Tabelle 1.

Ort		Wochentag		Tageszeit	
Stadt	40 (29%)	Montag	40 (29%)	Vormittag	100 (71%)
Land	100 (71%)	Dienstag	20 (14%)	Nachmittag	30 (21%)
		Mittwoch	30 (21%)	k.A.	10 (7%)
		Donnerstag	30 (21%)		
		Freitag	20 (14%)		

Tabelle 1: Ort, Wochentag und Tageszeit (Zeitraum Februar/März 2021)

### 8.1. Alter und Geschlecht der Patienten:

Das Alter der Patienten liegt bei dieser Untersuchung zwischen 18 und 92 Jahren, mit einem Mittelwert von 57,63 Jahren. In 2 Fällen wurde das Alter nicht angegeben. 16% der Patienten sind jünger als 35 Jahre. Die meisten Patienten fallen in die Altersgruppe der 51-65-Jährigen (n=41, 29%). 13% der Patienten sind älter als 80 Jahre, s. Abbildungen 5, 6.

56% der Patienten waren Frauen (n=79) und 44% waren Männer (n=61), s. Abbildung 7.

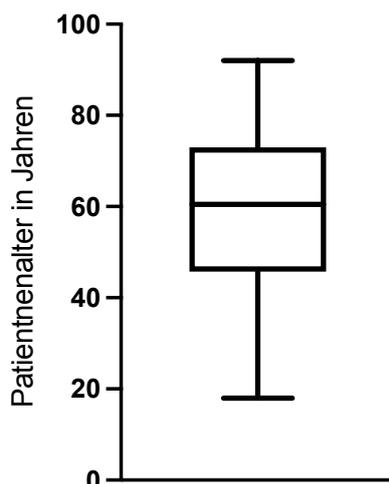


Abbildung 5: Patientenalter: Min = 18 Jahre, Max = 92 Jahre, Range = 74 Jahre, Mittelwert = 57,63 Jahre.

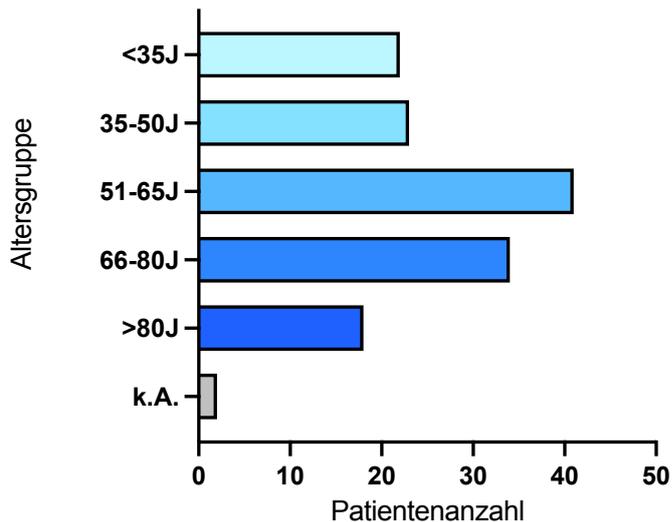
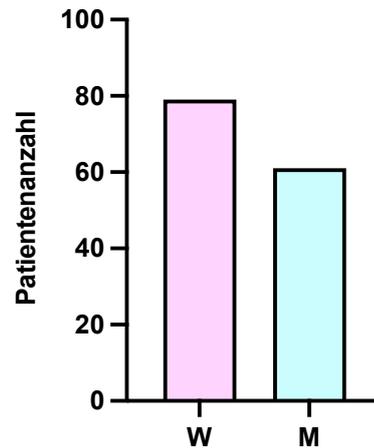


Abbildung 6: Patientenalter nach Altersklassen: 22 Pat < 35 Jahre, 23 Patienten 35-50 Jahre, 41 Patienten 51-65 Jahre, 34 Patienten 66-80 Jahre, 18 Patienten > 80 Jahre, bei 2 Patienten fehlte die Altersangabe.

Abbildung 7: Geschlechtsverteilung: W = 79 weibliche Patienten; M = 61 männliche Patienten.



## 8.2. Frequent attender:

31 der 140 Patienten fallen in die Kategorie „frequent attender“, definiert als diejenigen Patienten, die den Hausarzt in den letzten 6 Monaten > 1 mal pro Monat aufgesucht haben(17). In einem Fall wurde keine Angabe gemacht.

Von diesen so genannten „frequent attenders“ sind 18 weiblich und 13 männlich, der Geschlechtsunterschied ergibt jedoch im Fisher's exact Test keine Signifikanz (p-Wert >0.9999).

Im Alter über 65 Jahren gehörten 16% der Patienten zur Kategorie der frequent attender, im Alter größer-gleich 65 Jahren 33%. Der Zusammenhang zwischen Alter (<65 J. bzw ≥65 J.) ergibt im Fisher's Exact Test eine statistische Signifikanz mit einem p-Wert von 0,0335, s. Tabelle 2.

Zudem wurde analysiert, ob ein Zusammenhang zwischen einem häufigeren Aufsuchen des Hausarztes und das Vorhandensein einer Vorerkrankung vorliegt, der Fisher's Exact Test ergibt einen statistisch signifikanten Zusammenhang (p-Wert 0,0025), s. Abbildung 8, Tabelle 2.

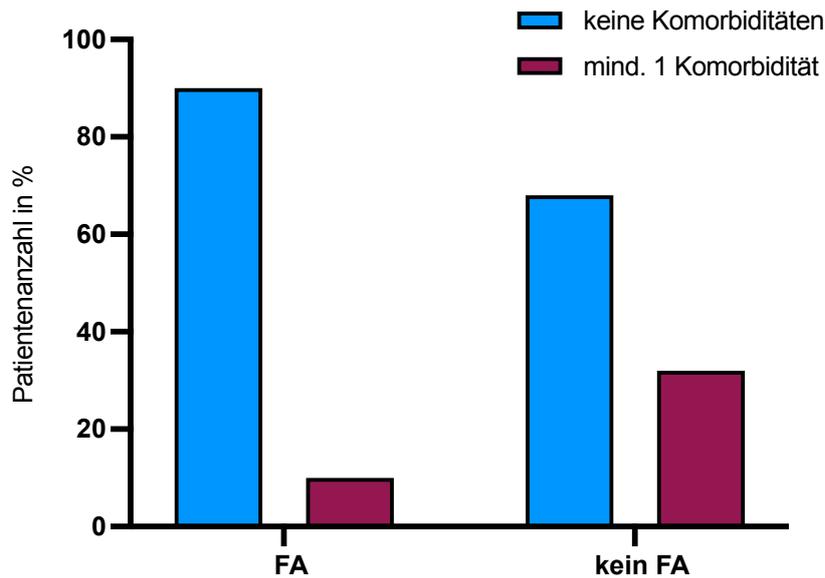


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein mindestens einer Komorbidität und dem häufigen Aufsuchen der Hausarztpraxis.

Frequent attender	Geschlecht		Keine Komorbidität	≥ 1 Komorbidität	< 65 Jahre	≥ 65 Jahre
	weiblich	männlich				
ja	18	13	2	29	14	17
nein	61	47	36	72	72	34
<b>Unterschied signifikant?</b>	nein p-Wert >0.9999		ja p-Wert 0,0025		ja p-Wert 0,0335	

Tabelle 2: Frequent attender vs. Geschlecht vs. Vorhandensein einer Komorbidität vs. Alter ≥/< 65 Jahre

### 8.3. Beratungsanlässe:

Insgesamt wurden 140 Patientenkontakte dokumentiert. In 11 Fällen hatten die Patienten zwei Anliegen, somit wurden 151 Beratungsanlässe ausgewertet.

Die meisten Patienten, nämlich 18,6% (n=26), wandten sich aufgrund von Symptomen oder Erkrankungen, die das Skelettsystem betreffen, an den Arzt für Allgemeinmedizin. An zweiter Stelle standen allgemeine Besprechungen (v.a. Besprechungen von Facharztbefunden oder Therapien) mit 11,4% und am dritthäufigsten suchten die Patienten aufgrund von Symptomen, die den Verdauungstrakt betreffen (6,4%), ärztlichen Rat, s. Abbildung 9.

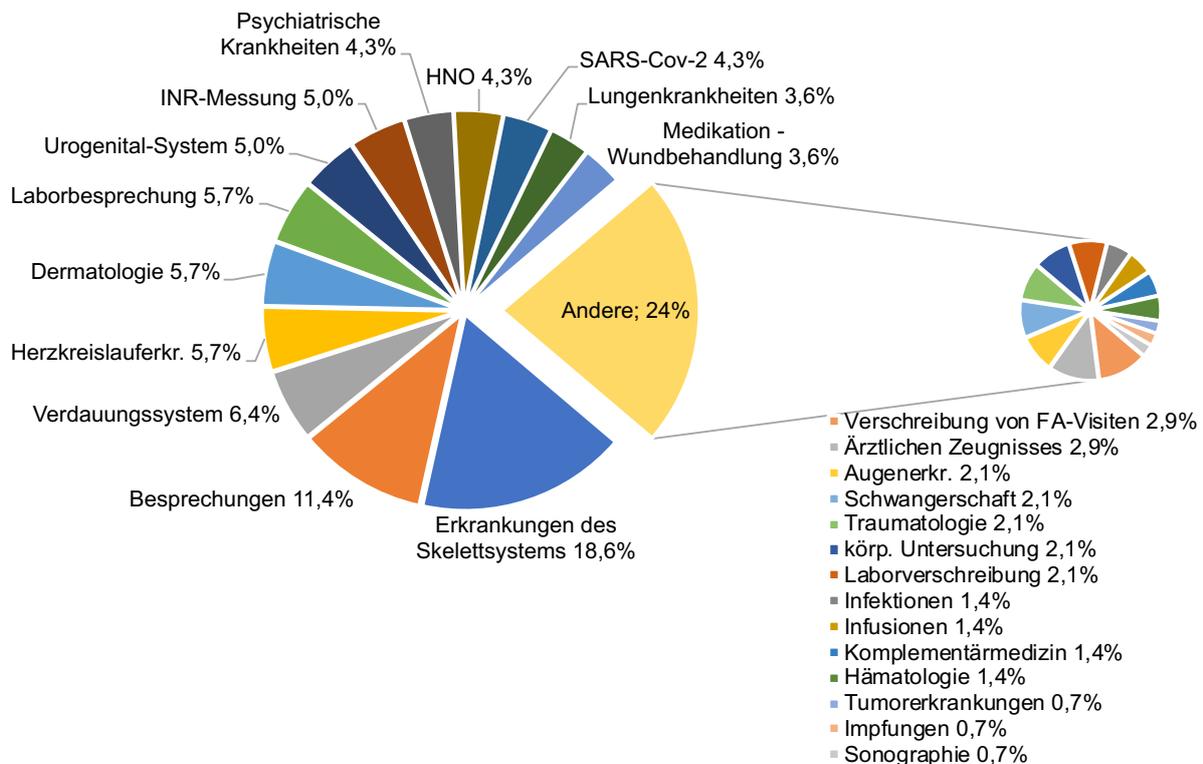


Abbildung 9: Beratungsanlässe: Tumorerkrankungen 1%, Impfungen 1%, Sonographie 1%, Infektionen 1%, Infusionen 1%, Komplementärmedizin 1%, Hämatologie 2%, Augenerkrankungen 2%, Schwangerschaft 2%, Traumatologie 2%, körperliche Untersuchung 2%, Laborverschreibung 2%, Verschreibung von Facharzt-Visiten 3%, Ärztlichen Zeugnisses 3%, Lungenkrankheiten 3%, Medikation/Wundbehandlung 3%, Psychiatrische Krankheiten 4%, HNO 4%, SARS-Cov-2 4%, Urogenitalsystem 5%, INR-Messung 5%, Herzkreislaufferkrankungen 5%, Dermatologie 5%, Laborbesprechung 5%, Verdauungssystem 6%, Besprechungen 11%, Erkrankungen des Skelettsystems 17%.

Bezüglich der 26 Patienten, die Symptome angaben, die das Skelettsystem betrafen, war die Lokalisation der Beschwerden in 6 Fällen diffus (27%). An zweiter Stelle standen Leiden der LWS oder der Hüfte mit jeweils 4 Fällen und an dritter Stelle wurden Beschwerden im Bereich des Knies angegeben (jeweils 3 Fälle), s. Abbildung 10.

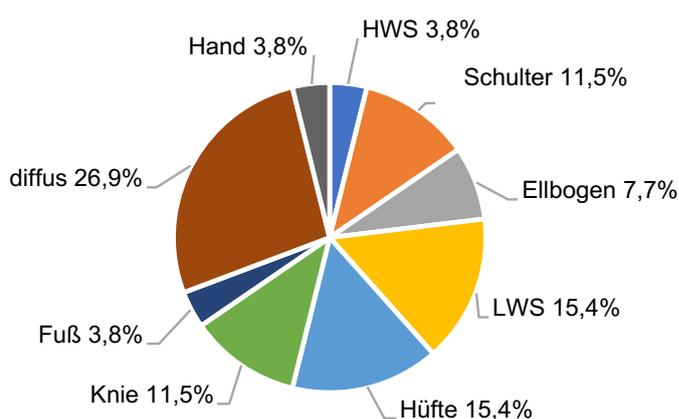


Abbildung 10: Erkrankungen des Skelettsystems nach Lokalisation: diffuse Gelenksschmerzen 26,9%, Schmerzen in der LWS 15,4%, Hüftschmerzen 15,4%, Schulterschmerzen 11,5%, Knieschmerzen 11,5%, Schmerzen im Ellbogen 7,7%, Schmerzen in der HWS 3,8%, Schmerzen, die die Hand betreffen 3,8%, Schmerzen, die den Fuß betreffen 3,8%.

#### 8.4. Komorbiditäten:

Von den 140 Patienten haben 102 Patienten mindestens eine Vorerkrankung (72,86%). Im Vergleich weisen etwas mehr Frauen (77,22%) als Männer (67,21%) eine Vorerkrankung auf. Im Mittel hat ein Patient 1.56 Vorerkrankungen.

Im Alter unter 35 Jahren haben 36,36% Patienten mindestens eine Komorbidität, ab dem Alter von 65 Jahren 96,15%. Der Zusammenhang zwischen Alter und Vorhandensein mindestens einer Komorbidität ergibt im Fisher's Exact Test eine statistische Signifikanz mit einem p-Wert von  $<0.0001$ , s. Abbildung 11.

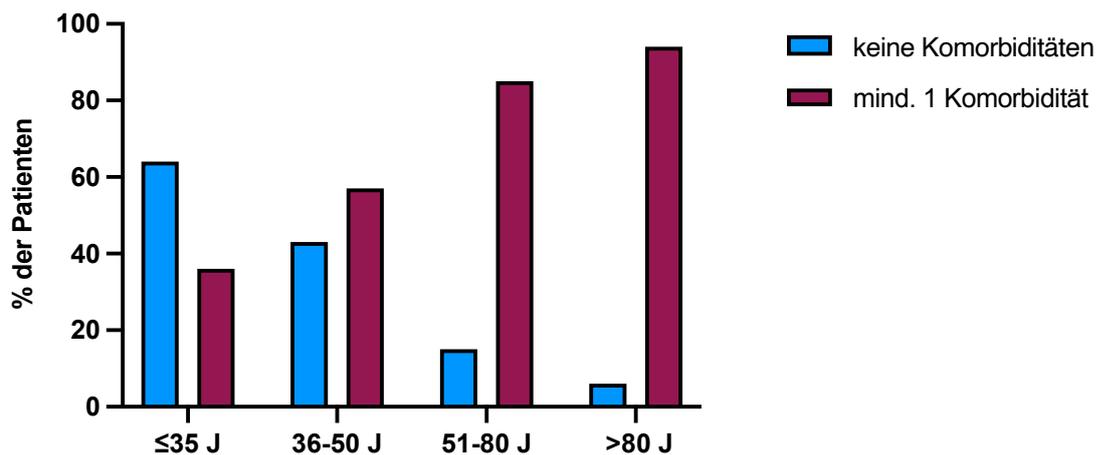


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Patientenalter und Komorbiditäten. Im Alter  $<35$  Jahren wiesen 36% der Patienten eine Komorbidität auf, im Alter von 36-50 Jahren 57%, im Alter von 51-80 85% und im Alter über 80 Jahren 94%.

Den Hauptteil der Komorbiditäten bilden Krankheiten des Kreislaufsystems (27,40%) es folgten Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (15,53%) und Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen (11,42%), s. Abbildung 12.

Innerhalb der Herzkreislauferkrankungen ist die Diagnose arterielle Hypertonie mit 49% ( $n=32$ ) am häufigsten. Es folgten: Vorhofflimmern (22%), koronare Herzkrankheit (12%), Erkrankungen, die die Herzklappen betreffen (6%), Kardiomyopathien (5%), Herzinsuffizienz (2%) und andere nicht näher spezifizierte Herzkreislauferkrankungen (5%), s. Abbildung 13.

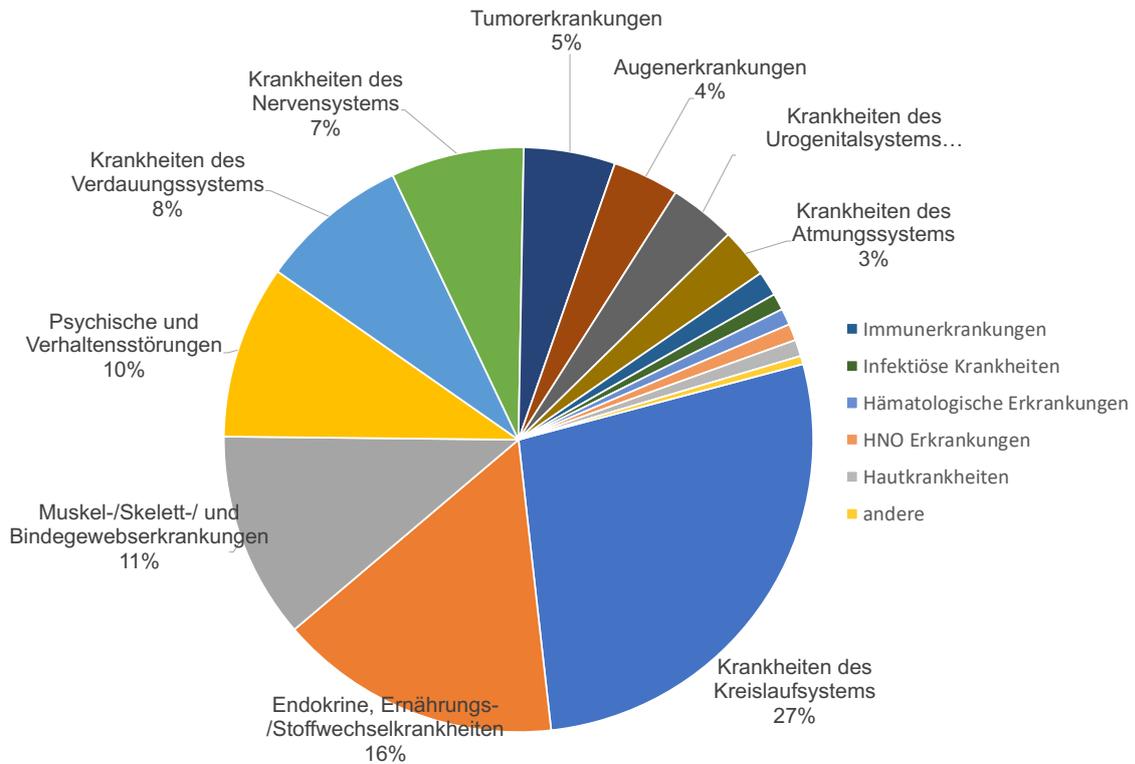


Abbildung 12: Komorbiditäten: Herz-Kreislauf-erkrankungen 27%, Endokrine, Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten 16%, Muskel-/Skelett- und Bindegewebserkrankungen 11%, Psychische und Verhaltensstörungen 10%, Krankheiten des Verdauungssystems 8%, Krankheiten des Nervensystems 7%, Tumorerkrankungen 5%, Augenerkrankungen 4%, Krankheiten des Urogenitalsystems 4%, Krankheiten des Atmungssystems 3%, Immunerkrankungen 1%, Infektiöse Krankheiten 1%, Hämatologische Erkrankungen 1%, HNO Erkrankungen 1%, Hautkrankheiten 1%, Andere 0%

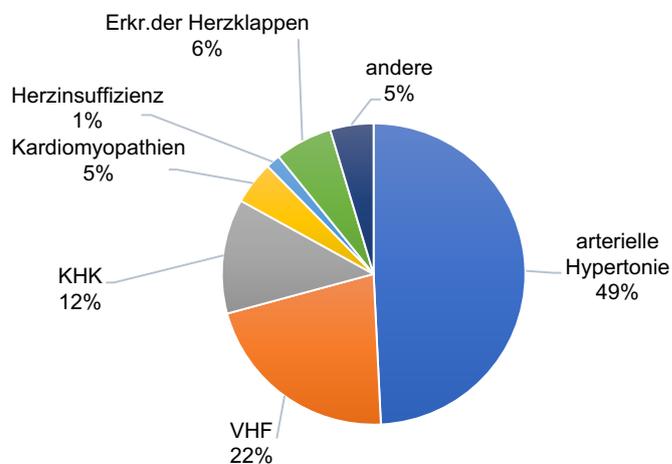


Abbildung 13: Herz-Kreislauf-erkrankungen: arterielle Hypertonie (n=32, 49%), Vorhofflimmern VHF (n=14, 22%), koronare Herzkrankheit KHK (n=8, 12%), Erkrankungen der Herzklappen (n=4, 6%), Kardiomyopathien (n=3, 5%), Herzinsuffizienz (n=1, 2%), andere Herz-Kreislauf-erkrankungen (n=3, 5%).

Die häufigsten Erkrankungen innerhalb der endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sind Diabetes mellitus Typ II (n=12, 35,3%), Hyperlipidämien (n=11, 32,4%) und Krankheiten, die die Schilddrüse betreffen (n=6, 17,6%).

Innerhalb der psychischen und Verhaltensstörungen ist die Diagnose Depression mit 60,0% (n=12) die häufigste.

Den größten Teil der Muskel-/Skelett- und Bindegewebserkrankungen bilden Arthrosen (v.a. Polyarthrosen, Coxarthrose und Gonarthrose) mit 60,7% (n=17).

		<b>Absolute Anzahl (n)</b>	<b>Prozent (n=140)</b>
<b>Herz-Kreislaufkrankungen</b>	Arterielle Hypertonie	32	22,9 %
	Vorhofflimmern	14	10,0 %
	Koronare Herzkrankheit	8	5,7 %
<b>Psychiatrische Erkr.</b>	Depression	12	8,6%
<b>Endokrine- und Stoffwechselkrankheiten</b>	Diabetes mellitus II	12	8,6 %
	Hyperlipidämien	11	7,9 %
	Schilddrüsenerkrankungen	6	4,3 %
<b>Muskel/Skelettkrankheiten</b>	Arthrosen	17	12,1 %

*Tabelle 3: Die häufigsten Pathologien (Prävalenz): die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtheit der Patienten (n=140).*

In 31 von 140 Fällen stimmt der Beratungsanlass mit einer der Komorbiditäten der Patienten überein. In 14 Fällen handelt es sich dabei um Beratungsanlässe, die eine Herz-Kreislaufkrankung betreffen (45%). Von diesen 14 Patienten wurden 7 aufgrund einer INR-Messung bei OAK-Therapie vorstellig.

Die restlichen Fälle, bei denen Beratungsanlass und Komorbidität übereinstimmen betrafen: Muskel-/Skelett- und Bindegewebserkrankungen (19%), Psychische und Verhaltensstörungen (10%), Tumorerkrankungen (10%), Krankheiten des Verdauungssystems (7%), Schilddrüsenerkrankungen (3%), Krankheiten des Atmungssystems (3%) und Hämatologische Erkrankungen (3%), s. Abbildung 14.

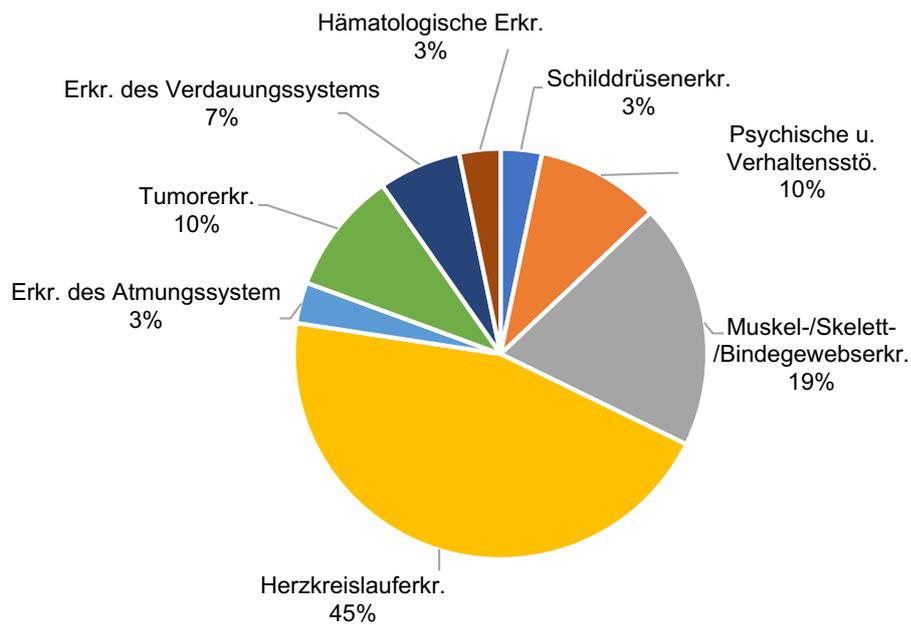


Abbildung 14: Übereinstimmung zwischen Beratungsanlass und Komorbidität. Welche Komorbiditäten bewegen Patienten v.a. dazu den Hausarzt aufzusuchen? n=31, Herz-Kreislauf-erkrankungen: n=14 (45%), Muskel-/Skelett- und Bindegeweberkrankungen: n=6 (19%), Psychische und Verhaltensstörungen: n=3 (10%), Tumorerkrankungen: n=3 (10%), Krankheiten des Verdauungssystems: n=2 (7%), Schilddrüsenerkrankungen: n=1 (3%), Krankheiten des Atmungssystems: n=1 (3%), Hämatologische Erkrankungen n=1 (3%).

## 9. Diskussion:

Diese Studie zeigt, dass die Patienten, die den Arzt für Allgemeinmedizin aufsuchen, großteils 51 bis 80 Jahre alt sind. Patienten, die jünger als 50 oder älter als 80 sind suchen den Hausarzt weniger oft auf. Dies hängt damit zusammen, dass Patienten, die jünger als 50 Jahre alt sind, weniger Vorerkrankungen aufweisen (18). Patienten, die über 80 Jahre alt sind, haben bei oft eingeschränkterem Gesundheits-/ bzw. Allgemeinzustand, aufgrund der eingeschränkten Mobilität Schwierigkeiten die Allgemeinmedizinpraxis zu erreichen.

Die etwas höhere Konsultationsrate bei Frauen im Vergleich zu Männern deckt sich mit ähnlichen Studien (16)(4).

Die Erhebung zeigt, dass Symptome und Erkrankungen, die das Skelettsystem betreffen, ein häufiger Vorstellungsgrund der Patienten beim Arzt für Allgemeinmedizin darstellen.

Magni et al. führten im Jahr 2016 italienweit eine ähnliche Erhebung durch und geben Krankheiten/Symptome des Respirationstraktes als häufigsten dringlichen Beratungsanlass in der Allgemeinmedizin an. An zweiter Stelle standen Symptome, die die Gelenke betreffen. Im Vergleich kommen in dieser Studie Symptome bzw. Erkrankungen des Respirationstraktes seltener vor. Allerdings hatten Magni et al. nur dringende Beratungsanlässe erfasst (4).

Den zweithäufigsten Beratungsanlass stellen Besprechungen mit dem Allgemeinmediziner dar. Dies verdeutlicht, die gute und Vertrauens-basierte Beziehung der Patienten zum eigenen Hausarzt. Viele Patienten wünschen Befunde, die außerhalb der hausärztlichen Praxis erhoben wurden, mit dem Hausarzt zu besprechen.

Diesbezüglich haben mehrere Studien gezeigt, dass die meisten Patienten ein Vertrauensverhältnis zum Arzt für Allgemeinmedizin pflegen und die Arzt-Patienten-Beziehung über viele Jahre besteht (8)(19). Zudem erwarten Patienten vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht immer eine spezifische Behandlung, sondern möchten von diesem über Befunde bzw. Pathologien informiert werden (20).

72,68% der Patienten haben mindestens eine Vorerkrankung. Am häufigsten sind Komorbiditäten des Herzkreislaufsystems. Die arterielle Hypertonie hat in dieser Studie mit 22,9% die höchste Prävalenz. Diese liegt etwas niedriger als die italienweite Prävalenz von 30,3%(2). Für weitere Vergleiche der Prävalenz häufiger Erkrankungen mit dem XIII. Report der SIMG 2020 s. Tabelle 4.

Es ergibt sich ein starker Zusammenhang zwischen höherem Lebensalter und Vorhandensein mindestens einer Komorbidität. Dies deckt sich mit einer italienischen Studie von 2019 (13).

Pathologie:	Prävalenz	Prävalenz lt. XIII Report der SIMG 2020
Arterielle Hypertonie	22,9%	30,3%
Koronare Herzkrankheit	5,7%	4,3%
Diabetes mellitus II	8,6%	8,0%
Depression	8,6%	5,2%

Tabelle 4 Prävalenz der häufigsten Komorbiditäten im nationalen Vergleich, aus XIII. Report annuale 2020, SIMG

Das Vorhandensein einer Komorbidität und Lebensalter über 65 Jahren bedingen das häufigere Aufsuchen des Hausarztes („frequent attender“). Dies deckt sich mit einem Review von Welzel et al. 2017, die zeigten dass schwere Vorerkrankungen und höheres Lebensalter mit häufigeren Arztbesuchen einhergehen (21).

### 9.1. Fehlerquellen und Limitationen:

Da die Hausärzte aufgefordert wurden, einen für die Tätigkeit als Allgemeinmediziners möglichst repräsentativen Zeitraum auszuwählen, kann es aufgrund der willkürlichen Wahl des Erfassungszeitraums zu einem Selektions-Bias gekommen sein.

Nicht jeder Allgemeinmediziner erfasst alle Vorerkrankungen im EDV-Praxissystem, somit können die Angaben der Komorbiditäten teilweise fehlerhaft bzw. unvollständig sein.

### 9.2. SARS-CoV-2 Pandemie:

Die Studie bezieht sich auf den Zeitraum Februar-März 2021, mitten in der SARS-CoV-2 Pandemie. Aus diesem Grund wurden die Beratungsanlässe, die sich auf SARS-CoV-2 bzw. der Covid19-Erkrankung beziehen gesondert unter dem Punkt SARS-CoV-2 angeführt. Obwohl die Erkrankung einen hohen Einfluss auf den Alltag der Menschen hatte, hielten sich die Beratungsanlässe aufgrund von SARS-CoV-2 mit 4% (n=6) in Grenzen.

## 10. Konklusion:

- Der Altersgipfel der Patienten, die in der Praxis für Allgemeinmedizin vorstellig werden, liegt bei 51-80 Jahren. Im Geschlechtsvergleich suchen etwas mehr Frauen als Männer den Hausarzt auf.
- Den Hauptgrund für das Aufsuchen des Arztes für Allgemeinmedizin bilden Erkrankungen und Symptome, die das Skelettsystem betreffen. An zweiter Stelle steht die Notwendigkeit einer Befundbesprechung mit dem Hausarzt.
- Das Vorhandensein einer Vorerkrankung ist vom Alter des Patienten abhängig: je älter ein Patient, desto wahrscheinlicher ist das Vorliegen einer Komorbidität.
- Am häufigsten betreffen Vorerkrankungen das Herz-Kreislaufsystem, darunter am häufigsten die arterielle Hypertonie und das Vorhofflimmern.
- Das Vorhandensein einer Komorbidität und das Alter über 65 Jahren bedingen das häufigere Aufsuchen des Hausarztes („frequent attender“).

## 11. Literaturverzeichnis:

1. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor ? *Family Practice* 1996;13 (1):75-83.
2. Aprile PL, Bianchini E, Brignoli O, Cricelli C, Cricelli I, Lapi F, et al. Report Annuale XIII Report Health Search. 2020; verfügbar unter [https://report.healthsearch.it/Report\\_XIII.pdf?anno=2021](https://report.healthsearch.it/Report_XIII.pdf?anno=2021)
3. Pierangelo Lora Aprile, Bianchini E, Brignoli O, Cricelli C, Cricelli I, Lapi F, et al. XII Report. Health Search. 2019; verfügbar unter [https://report.healthsearch.it/2019/Report\\_XII.pdf](https://report.healthsearch.it/2019/Report_XII.pdf)
4. Magni A, Francesco L, Giuseppe V, Pierangelo LA. L'epidemiologia dei disturbi non differibili in *Medicina Generale*. *Simg*. 2016;31–6.
5. Aprile PL, Bianchini E, Brignoli O, Cricelli C, Cricelli I, Lapi F et al. XI Report Health Search. 2018; verfügbar unter [https://report.healthsearch.it/2018/XI\\_Report\\_HS.pdf](https://report.healthsearch.it/2018/XI_Report_HS.pdf)
6. Frese T, Mahlmeister J, Deutsch T, Sandholzer H. Reasons for elderly patients GP visits: Results of a cross-sectional study. *Clin Interv Aging*. 2016;11:127–32.
7. Frese. Children and Adolescents as Patients in General Practice - The Reasons for Encounter. *J Clin Med Res*. 2011;3(4):177–82.
8. Henninger S, Spencer B, Pasche O. Deciding whether to consult the GP or an emergency department : A qualitative study of patient reasoning in Switzerland Deciding whether to consult the GP or an emergency department : *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2019;0(0):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1634688>
9. Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective - Theoretical aspects. *Fam Pract*. 2001;18(6):638–43.
10. Campbell NC, Iversen L, Farmer J, Guest C, MacDonald J. A qualitative study in rural and urban areas on whether - and how - to consult during routine and out of hours. *BMC Fam Pract*. 2006;7:1–9.
11. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374(9696):1196–208.
12. Fontana L, Kennedy BK, Longo VD. Medical research: Treat ageing. *Nature*. 2014;511(7510):405–6.
13. Atella V, Piano Mortari A, Kopinska J, Belotti F, Lapi F, Cricelli C, et al. Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell*. 2019;18(1):1–8.
14. Cricelli C, Medea G, Parretti D, Lombardo FP, Lora Aprile P, Lapi F, et al. Impatto epidemiologico delle cronicità in *Medicina Generale*. *Rapp Oss* 2018. 2019;(1):145–75.

15. Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ*. 2016;354(September):1–6.
16. Levi M, Marconi E, Simonetti M, Cricelli C, Lapi F. Epidemiology of non-deferrable medical conditions in primary care in Italy. *Heal Soc Care Community*. 2019;27(5):e663–71.
17. Menchetti M, Cevenini N, De Ronchi D, Quartesan R, Berardi D. Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(2):119–24.
18. Wallace E, Salisbury C, Fahey T. Managing patients with multimorbidity in primary. 2015;
19. Schlichthorst M, Sanci LA, Pirkis J, Spittal MJ, Hocking JS. Why do men go to the doctor? Socio-demographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(Suppl 3):81–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3706-5>
20. Van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract*. 1992;42(361):313–6.
21. Welzel FD, Stein J, Hajek A, König HH, Riedel-Heller SG. Frequent attenders in late life in primary care: A systematic review of European studies. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):1–14.

## 12. Liste der verwendeten Abkürzungen:

FA	frequent attender
FA	Facharzt
Covid-19	coronavirus disease 2019
HWS	Halswirbelsäule
INR	International Normalized Ratio
KHK	Koronare Herzkrankheit
LWS	Lendenwirbelsäule
OAK	orale Antikoagulation
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SIMG	Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
VHF	Vorhofflimmern

### 13. Anhang:

#### 13.1. Fragebogen in deutscher Sprache:

##### Fragebogen – Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Gemeinde, in der die Erhebung stattfindet

Zu erheben sind **10 aufeinanderfolgende Arztvisiten**, unabhängig ob es sich um Erst- oder Kontrollvisiten handelt, unabhängig von der Uhrzeit (ein **möglichst für die Tätigkeit als Allgemeinmediziner repräsentativer Zeitraum** sollte ausgewählt werden); ausgenommen sind Telefonvisiten, Anfragen um Weiterverschreibung von Rezepten an die Sprechstundenhilfe.

	Beratungsanlass	Alter	Geschlecht			Frequent attender *	
<b>Patient 1</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 2</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 3</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 4</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 5</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 6</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 7</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 8</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 9</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							
<b>Patient 10</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>M</i>	<i>W</i>	<i>k.a.</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
<i>Komorbiditäten:</i> _____							

\* Frequent attender: mehr als 1 Visite pro Monat in den letzten 6 Monaten

## 13.2. Fragebogen in italienischer Sprache:

### Questionario – Motivi per la consultazione del MMG

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ ora

\_\_\_\_\_ Comune, in cui si svolge l'indagine

Vanno registrate **10 visite mediche consecutive**, indipendentemente dal fatto che si tratti di prime visite o di follow-up, indipendentemente dall'ora del giorno (sceglia un **periodo che sia più rappresentativo possibile dell'attività di MMG**); sono **escluse** visite telefoniche e richieste di prescrizioni alla segreteria.

	motivo di consultazione	età	sesso			frequent attender *	
<b>paziente 1</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 2</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 3</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 4</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 5</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 6</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 7</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 8</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 9</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						
<b>paziente 10</b>	_____	_____	<input type="checkbox"/>				
			<i>m</i>	<i>f</i>	<i>n.d.</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
	comorbidità: _____						

\* frequent attender: più di 1 visita al mese negli ultimi 6 mesi