

Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen

Erste Ergebnisse der SESAM-3-Studie

Reasons for Encounter at Family Practitioners' Home Visits

First Results of the SESAM-3 Study

Karen Voigt¹, Jan Liebnitzky¹, Henna Riemenschneider¹, Katharina Gerlach¹, Roger Voigt², Erik Bodendieck², Andreas Schuster², Antje Bergmann¹

Einführung: Hausbesuche sind elementarer Bestandteil der primärärztlichen Versorgung immobiler und an das Wohnumfeld gebundener Patientengruppen, die häufig durch Multimorbidität und fortgeschrittenes Alter gekennzeichnet sind. Im März 2009 führte die Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) und der Bereich Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden die 3. Sächsische Epidemiologische Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM-3) zur Untersuchung von Beratungsanlässen im Rahmen von Hausbesuchen durch. In der vorliegenden Publikation werden ein erster Überblick über demografische und krankheitsspezifische Merkmale von Hausbesuchspatienten der SESAM-3 gegeben sowie häufige Beratungsanlässe aufgezeigt.

Methodik: 59 in der SGAM registrierte Ärzte dokumentierten im Rahmen dieser Querschnittstudie, die jeweils ersten 20 durchgeführten Hausbesuche für den Monat März 2009 mittels eines Fragebogens.

Ergebnisse: Für 970 Patienten wurden insgesamt 1896 Beratungsanlässe dokumentiert. Den Großteil dieser Patienten stellten ältere, multimorbide Menschen, die regelmäßig vom Arzt zu Hause besucht wurden. In der SESAM-3-Stichprobe überwog der Anteil der Frauen (69 %). Der Altersdurchschnitt lag bei 77,1 +/- 15,9 (s. d.) Jahren. Es überwogen unspezifische „Symptom“-Beratungsanlässe (47,9 % der Patienten) im Hausbesuch (Schwäche, Fieber, Kreislauf). 41,5 % der Hausbesuche waren geplante Routinebesuche zur Betreuung chronisch kranker Patienten.

Diskussion: Für das Sample der SESAM-3 wurde bestätigt, dass vorzugsweise ältere und multimorbide Patienten die allgemeinmedizinische Hausbesuchstätigkeit in Anspruch nehmen. Das Überwiegen unspezifischer „Symptom“-Beratungsanlässe im Hausbesuch verwies auf den hohen Anteil akut initiiert Hausbesuche.

Schlüsselwörter: Querschnittsstudie, Hausbesuche, Beratungsanlässe

Introduction: Home visits are an integral part of family practitioners' (FPs) work in providing health care to multimorbid and immobile patients in Germany. The Saxon Association for Family Medicine (SGAM) and the department of Family Practice of the Medical Faculty of Technical University of Dresden conducted the 3rd Saxon Epidemiological Study of Family Medicine (SESAM-3) in March 2009 to analyse reasons for encounter at FPs' home visits. This study gives the first overview of the demographic and disease-specific characteristics of home visit patients (of SESAM-3) and points out the common reasons for encounter.

Methods: In this cross-sectional study, 59 FPs (registered in the SGAM) documented their first 20 home visits of March 2009 using a questionnaire.

Results: A total of 1896 reasons for encounter for 970 patients were documented. The majority of the patients were elderly, multimorbid people that were regularly visited at home from their FP. The proportion of women (69 %) predominated in the SESAM-3-sample. The mean age of the sample was 77.1 +/- 15.9 (s. d.) years. Unspecific symptoms (weakness, fever, cardiovascular complaints) were the most common reasons for encounter for 47.9% of the home visit patients. 41.5 % of the home visits were planned routine visits for the care of chronic patients.

Discussion: Particularly elderly and multimorbid patients utilized FPs' home visits in the SESAM-3-sample. The reasons for encounter in home visits were predominantly based on unspecific symptoms (weakness, fever, cardiovascular complaints), indicating a large proportion of acute initiated home visits.

Keywords: cross-sectional study, home visits, reasons for encounter

¹ Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

² Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V. (SGAM)

Peer reviewed article eingereicht: 04.06.2010, akzeptiert: 13.01.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.065

Hintergrund

Hausbesuche sind elementarer Bestandteil der primärärztlichen Versorgung immobiler und an das Wohnumfeld gebundener Patientengruppen, die häufig durch Multimorbidität und fortgeschrittenes Alter gekennzeichnet sind [1–5]. Untersuchungen bestätigen einen positiven Zusammenhang zwischen Patientenalter und Häufigkeit der Hausbesuche, wonach sich mit zunehmendem Patientenalter die Zahl der Hausbesuche erhöht [1, 5, 6]. Vor dem demografischen Hintergrund der kontinuierlich wachsenden Bevölkerungsanteile älterer Personen in Deutschland und den parallel steigenden Prävalenzen chronischer Erkrankungen in den älteren Bevölkerungsgruppen [7, 8] stellt sich perspektivisch (und in einigen ländlichen Regionen, z. B. in Sachsen, bereits gegenwärtig) die Frage, wie die adäquate medizinische Versorgung, insbesondere immobiler Patienten, abgesichert werden sollte. Modellprojekte zur Delegation hausärztlicher Hausbesuchsleistungen (vgl. z. B. die (arztentlastende, gemeindenähe, e-health-gestützte, systemische Intervention [AGnES], die Mobile Praxisassistentin [MOPRA], die Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung [HELVER] oder das Konzept der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis [VerAH]) testen und diskutieren alternative Versorgungsstrukturen [9]. Die Diskussion zur Delegation spezifischer, hausärztlicher Leistungen setzt Wissen über das inhaltliche Spektrum der ärztlichen Hausbesuche vom Beratungsanlass über diagnostische und therapeutische Maßnahmen bis hin zu Behandlungsergebnissen und häufigen Komorbiditäten voraus. Die bisher vorliegende Literatur zu allgemeinärztlichen Hausbesuchen reflektiert diese Inhalte kaum. Der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Literatur zu Hausbesuchen liegt stärker auf organisatorischen, strukturellen Merkmalen von Hausbesuchen und / oder der Beschreibung soziodemografischer Merkmale der Hausbesuchspatienten. Als Diskussionsgrundlage bzgl. der Delegation hausärztlicher Leistungen ist jedoch Evidenz über das inhaltliche Spektrum von Hausbesuchen notwendig. Das Ziel der 3. Sächsischen Epidemiologischen Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM-3) bestand – neben der Erfassung soziodemogra-

fischer und krankheitsspezifischer Patientendaten – in der konsultationsbegleitenden Erhebung von Beratungsanlässen und sich daran anschließenden, diagnostischen und therapeutischen Handlungen im Rahmen von Hausbesuchen. In der vorliegenden Publikation soll ein erster Überblick über die soziodemografischen und krankheitsspezifischen Merkmale von Hausbesuchspatienten der SESAM-3 gegeben und häufige Beratungsanlässe aufgezeigt werden.

Methodik

Im März 2009 führte die Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) und der Bereich Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden die SESAM-3 zur Untersuchung von Beratungsanlässen und -ergebnissen im Rahmen von Hausbesuchen durch. Ein Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden liegt vor (EK 327122008). Von insgesamt 253, in der SGAM organisierten und angeschriebenen, niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin nahmen 59 (23,3 %) an der Studie teil. Die SESAM-3 gliedert sich in die Reihe *Sächsischer Epidemiologischer Studien in der Allgemeinmedizin (SESAM)* der SGAM ein. Hierbei handelt es sich um epidemiologische Querschnittstudien, deren Ergebnisse auf der freiwilligen, anonymen und nicht finanziell honorierten Teilnahme von niedergelassenen Ärzten basieren. Rund 250 niedergelassene Allgemeinmediziner sind in der SGAM organisiert und damit als Studienpopulation gut erreichbar und über ihre Gesellschaft zur Studienteilnahme motivierbar. Zur Analyse der Hausbesuche wurden die Ärzte aufgefordert, jeweils die ersten 20 durchgeführten Hausbesuche für den Monat März 2009 zu dokumentieren. Dem Anschreiben war ein bereits frankierter Rücksendeumschlag beigelegt. Die zurückgesendeten Fragebögen wurden mit einem Scanner automatisch eingelesen und mit dem Einleseprogramm *TeleForm*® zu einem Datensatz zusammengefügt. Der Arztfragebogen umfasste 2 Seiten und ließ sich in ungefähr 20 Minuten ausfüllen. Das Antwortformat war größtenteils geschlossen. Eine In-

struktion zum Ausfüllen des Fragebogens wurde dem Fragebogen beigelegt. Neben soziodemografischen Arztdaten wurden Praxistyp und Praxisort, etwaige Spezialisierungen sowie die Anzahl der Scheine, Patientenkontakte und Hausbesuche pro Quartal erfasst. Zur Beschreibung der Hausbesuche wurden neben inhaltlichen (Beratungsanlässe, durchgeführte ärztlichen Maßnahmen) und organisatorischen Merkmalen (Datum, Uhrzeit, Dauer, Anfahrtszeit) auch die Beurteilung des Hausbesuchs, seitens des Arztes hinsichtlich der Dringlichkeit und Rechtfertigung sowie eine kurze Beschreibung des Hausbesuchspatienten (Mobilität, Multimorbidität, bekannter [Hausbesuchs-] Patient) erfragt. Die Beratungsanlässe wurden qualitativ erhoben und nach der Datenerfassung manuell von einem, durch Vorgängerprojekte bereits geschulten, Kodierer in die Codes der zweiten Version der *International Classification of Primary Care (ICPC-2)* überführt. Die ICPC ist ein international anerkanntes und reliables Instrument zur Kodierung von Beratungsanlässen in der Primärversorgung [10]. Die so erhobenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm *SPSS 16.0* erfasst und ausgewertet. Neben deskriptiven Analysen wurden – in Abhängigkeit vom Skalenniveau – statistische Unterschiede unter Verwendung des *Chi²-Tests* beim Vergleich zweier Verteilungen mit kategorialem Datenniveau, des Tests auf Binomialverteilung bei binär kodierten Variablen, des *t-Tests* für unabhängige Stichproben bei metrischen Daten bzw. des *Einstichproben-t-Tests* durchgeführt, wenn mit einem bekannten Erwartungsparameter der Grundgesamtheit verglichen wurde. Metrische Daten wurden mit dem *Kolmogorov-Smirnov-Test* auf Normalverteilung geprüft, um die Anwendbarkeit parametrischer Verfahren zu prüfen. Sofern keine Normalverteilungen vorlagen, kamen nonparametrische Verfahren, z. B. der *Mann-Whitney-U-Test* für den Vergleich von Mittelwerten in Subgruppen, zum Einsatz. Das Signifikanzniveau wurde bei $p \leq 0.05$ festgelegt. Die statistische Analyse wies einen explorativen Charakter auf, um Hypothesen für nachfolgende Studien zu generieren. Um eine erste Einordnung der Ergebnisse zu gewinnen, wurde mit den Daten des CONTENT-Projektes [17] verglichen, die für ihre Kodierung ebenfalls die ICPC-2 verwendet ha-

ben. Um die Repräsentativität der teilnehmenden Ärzte der SESAM-3-Studie zu prüfen, wurden die erhobenen soziodemografischen und praxisbeschreibenden Merkmale der Ärzte mit Daten der SGAM (Grundgesamtheit) und den öffentlich zugänglichen Statistiken zu den sächsischen Hausärzten der Bundes- bzw. Landesärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung (Zielpopulation) verglichen. Ebenfalls wurde die Grundgesamtheit mit der Zielpopulation soweit wie möglich verglichen, um Aussagen zur Repräsentativität der SGAM hinsichtlich der Gesamtpopulation niedergelassener Allgemeinärzte / Hausärzte zu erhalten. Die Daten zur Stadt- und Landverteilung der hausärztlichen Praxen der SGAM, im Vergleich zu denen der Kassenärztlichen Vereinigung, wurden aus den Adressdateien der Organisationen generiert. Die zugrundeliegende, konkrete Größe der Gemeinden wurde gemäß der Bevölkerungsstatistik Sachsens zugeordnet [11]. Die Bildung der Subgruppen erfolgte gemäß den Antwortkategorien zu Gemeindegrößen in der SESAM-3.

Ergebnisse

59 der in der SGAM organisierten Fachärzte für Allgemeinmedizin dokumentierten ihre, bei insgesamt 1098 Patienten im März 2009, durchgeführten Hausbesuche. In 88,3 % der Fälle (n = 970) gaben die Ärzte einen oder mehrere Beratungsanlässe an. Insgesamt gingen 1896 Beratungsanlässe in die statistische Analyse ein.

Soziodemografische Merkmale und Krankheitsmerkmale der Hausbesuchspatienten

Mehr als 2 Drittel (69,2 %) der Hausbesuchspatienten waren weiblich. Patienten aller Altersgruppen, von unter 1 bis 103 Jahre, waren in der Stichprobe der Hausbesuchspatienten enthalten. Der überwiegende Anteil der Hausbesuchspatienten wies jedoch ein fortgeschrittenes Alter auf [Mittelwert: 77,1 +/- 15,9 (s. d.) Jahre, Median: 81,0]. Mehr als die Hälfte der Patienten (57,4 %) waren 80 Jahre und älter. Weibliche Hausbesuchspatienten waren durchschnittlich 8 Jahre älter als männliche ($p \leq 0.001$, vgl. Tab. 1).

Geschlecht	männlich	weiblich
	318 (29,0 %)	760 (69,2 %)
Alter in Jahren (Median)***	75	83
soziale Unterstützung (Mehrfachnennungen möglich)		
durch Familie**	73,5 %	63,6 %
durch Pflegepersonal***	41,5 %	55,1 %
durch andere Personen	5,4 %	7,2 %
keine	8,8 %	8,1 %
Patient hat keine Transportmöglichkeit zur Praxis	80,6 %	77,7 %
Patient zu krank für ambulanten Besuch	67,2 %	68,6 %
regelmäßiger Hausbesuchspatient*	72,8 %	78,8 %
multimorbid***	74,1 %	83,3 %
* $p \leq 0,05$ / ** $p \leq 0,01$ / *** $p \leq 0,001$		

Tabelle 1 Soziodemografische Merkmale der Hausbesuchspatienten der SESAM-3 (n = 1.098).

Die Mehrheit der Patienten erfuhr, krankheitsbedingt, soziale Unterstützung durch Familie, Pflegepersonal oder andere Personen (Mehrfachnennungen möglich). Während rund 10 % mehr Männer als Frauen Hilfe von Familienangehörigen erfuhren ($p \leq 0,01$), wurden rund 14 % mehr Frauen als Männer von professionellem Pflegepersonal unterstützt ($p \leq 0,001$, vgl. Tab. 1). Als Motive für den Hausbesuch beschrieben die teilnehmenden Ärzte in mehr als 75 % der Fälle, dass für die Patienten keine Transportmöglichkeiten zur Praxis bestanden und / oder in etwa zwei Drittel der Fälle, dass sie zu krank für einen Besuch in der Arztpraxis waren. Für beide Besuchsanlässe wurden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt (vgl. Tab. 1, jeweils $p > 0,05$). Rund drei Viertel der besuchten Patienten waren vom Arzt regelmäßig besuchte Patienten. Die Mehrheit der besuchten Patienten wurde von ihren Ärzten als multimorbid eingeschätzt, Frauen etwas häufiger als Männer (83,3 % vs. 74,1 %/ $p \leq 0,001$).

Häufige Beratungsanlässe bei Hausbesuchspatienten

Es wurden insgesamt 1896 Beratungsanlässe für 970 Patienten dokumentiert. Bei 41,5 % der Hausbesuchspatienten waren ärztliche Kontroll- oder Routineuntersuchungen das Motiv für den

Hausbesuch. Für 11,7 % der Hausbesuchspatienten wurden keine Beratungsanlässe berichtet. In dieser Gruppe wurden signifikant mehr vom Arzt initiierte Kontrollbesuche durchgeführt als in der Gruppe der Patienten mit Beratungsanlässen (67,2 % vs. 37,9 %/ $p \leq 0,001$). Von den 10 häufigsten Beratungsanlässen (vgl. Tab. 2) betrafen zusammengefasst 23,0 % allgemeine und unspezifische Symptome (Kapitel A), 15,3 % die Atmungsorgane (Kapitel R), 11,1 % den Bewegungsapparat (Kapitel L), 10 % das Verdauungssystem (Kapitel D) und 5,8 % neurologische Symptome (Kapitel N). Schwäche/Müdigkeit, Kurzatmigkeit/Dyspnoe und Fieber waren, mit jeweils rund 10 %, die 3 häufigsten Beratungsanlässe bei männlichen Hausbesuchspatienten. Bei den Frauen befanden sich ebenfalls Schwäche / Müdigkeit (9,6 %), Kurzatmigkeit/Dyspnoe (8,0 %) sowie Funktionseinschränkung/Wirbelsäule (8,0 %) unter den 3 häufigsten Beratungsanlässen (vgl. Abb. 1).

Für Männer wurde signifikant häufiger Fieber ($p \leq 0,05$) als Beratungsanlass berichtet. Für die Frauen wurden hingegen signifikant häufiger Bewegungseinschränkungen / Wirbelsäule ($p \leq 0,05$) und Schwindel ($p \leq 0,05$) als Beratungsanlässe dokumentiert (vgl. Abb. 1).

Um einen Gesamtüberblick über die betroffenen Organsysteme zu erlangen, wurden alle Beratungsanlässe differenziert nach ICD-2-Kapiteln ausgewertet.

	Beratungsanlässe	ICPC-Kapitel	Häufigkeit (in %)
1.	Schwäche/Müdigkeit (A04)	A	9,9
2.	Kurzatmigkeit/Dyspnoe (R02)	R	8,6
3.	Fieber (A03)	A	7,4
4.	Funktionseinschränkg./Behinderung (L28)	L	7,0
5.	Husten (R05)	R	6,7
6.	Schwindel/Benommenheit (N17)	N	5,8
7.	Folgevorstellung allg. Beschwerden (A63)	A	5,7
8.	Durchfall (D11)	D	5,0
9.	Erbrechen (D10)	D	5,0
10.	Rückenbeschwerden/BWS (L02)	L	4,1

Tabelle 2 Die 10 häufigsten Beratungsanlässe bei Hausbesuchen in Sachsen im März 2009 (n = 961).

Demnach wurden am häufigsten (in 47,9 % der Fälle) allgemeine/unspezifische Beratungsanlässe (A) dokumentiert. Auf den nachfolgenden Rängen lagen Beratungsanlässe, die den Bewegungsapparat (L: 29,3 %), die Atmungsorgane (R: 23,6 %), den Kreislauf (K: 21,9 %) und das Verdauungssystem (D: 19,3 %) betrafen (vgl. Abb. 2).

Repräsentativität der teilnehmenden Ärzte

Die Anzahl der weiblichen Ärzte (n = 40), die an der Studie teilnahmen, war etwa doppelt so hoch, wie die Anzahl der männlichen (n = 18). Die Geschlechterverteilung der SESAM-3-Ärzte unterschied sich statistisch nicht signifikant von der, der in der SGAM organisierten Ärzte (n = 253/p > 0,05) und der, der in der Bundesärztekammer registrierten sächsischen Hausärzte (n = 1.956/p > 0,05). Die männlichen Ärzte der SESAM-3-Stichprobe waren im Durchschnitt 55,1 (+/-9,4 s. d.) Jahre, die weiblichen 50,8 (+/- 8,8 s. d.) Jahre alt. Dieser geschlechtsspezifische Altersunterschied war statistisch nicht signifikant (p > 0,05). Es war kein signifikanter Unterschied zwischen der SESAM-3-Stichprobe und den, in der Bundesärztekammer registrierten, sächsischen Hausärzten [12] festzustellen (p > 0,05). Der überwiegende Teil der an der SESAM-3 teil-

nehmenden Allgemeinmediziner (62,7 %) war in einer Einzelpraxis tätig. 27,1 % arbeiteten in einer Gemeinschaftspraxis und 10,4 % in einem Ärztehaus oder in einer Praxisgemeinschaft. Beim Vergleich der prozentualen Verteilung von Einzelpraxen vs. kollektive Organisations- bzw. Wirtschaftsformen ergaben sich zwischen den Daten der SESAM-3 und der SGAM keine signifikanten Unterschiede (p > 0,05). 41 % der Studienteilnehmer arbeiteten in ländlichen Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern und 7 % in Gemeinden mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern. In Städten mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern arbeiteten ca. 33 % und in Städten mit über 50.000 Einwohnern 19 % der teilnehmenden Ärzte. Im Vergleich der SESAM-3-Daten zu denen, der in der SGAM organisierten wie auch in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen registrierten Hausärzte, waren signifikante Unterschiede bezüglich der Stadt- und Landverteilung festzustellen (p ≤ 0.01). Demnach sind signifikant weniger Ärzte der SGAM (22 %), wie auch der KV Sachsen (20 %) im ländlichen Raum (< 5.000 EW) dafür mehr (35 % bzw. 36 %) in großstädtischen Regionen (> 50.000 EW) niedergelassen. Vergleicht man die SGAM-Daten mit denen der Kassenärztlichen Vereinigung, lässt sich hingegen kein signifikanter Unterschied bestätigen (p > 0.05).

Diskussion

Soziodemografische Merkmale und Krankheitsmerkmale der Hausbesuchspatienten

Erwartungsgemäß handelte es sich bei dem Großteil der Patienten um ältere, multimorbide Menschen, die regelmäßig vom Arzt zu Hause besucht werden. Der größere Anteil weiblicher Patientinnen, in der von Menschen älter als 70 Jahre dominierten Hausbesuchstichprobe, ist vermutlich der höheren Lebenserwartung von Frauen geschuldet. Die Mehrheit der Hausbesuchspatienten erfuhr soziale Unterstützung seitens Familie, Pflegepersonal und/oder anderen Personen. Nur rund 8 % wiesen kein derartiges unterstützendes Netzwerk auf.

Häufige Beratungsanlässe bei Hausbesuchspatienten

Das Überwiegen unspezifischer „Symptom“-Beratungsanlässe (vgl. Abb. 1) im Hausbesuch (Schwäche, Fieber, Kreislauf) verwies auf den hohen Anteil akut initiiertes Hausbesuche. Dies entsprach annähernd den Erfahrungen einer israelischen Studie, in der 2 von 3 der erhobenen Beratungsanlässen nach dem Hausbesuch ebenfalls als unspezifisch dokumentiert wurden [4]. In einer norwegischen Studie verwiesen die Autoren ebenfalls auf die Bedeutung der Akutversorgung im Rahmen von allgemeinmedizinischen Hausbesuchen. Bei 72 % der Hausbesuchspatienten lagen „neue“, bisher dem Arzt nicht bekannte Beratungsanlässe vor [13].

Vor dem Hintergrund der bei 80,5 % der Patienten vorliegenden Multimorbidität ist auf die hohen ärztlichen Anforderungen bzgl. adäquater Patientenversorgung gerade auch in Akutsituationen mit dem Gefährdungspotenzial der Polypharmazie zu verweisen. Auf diese Problematik wird auch im aktuellen Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hingewiesen [14]. Neben der Akutversorgung nahmen aber auch Routinebesuche zur Betreuung multimorbider bzw. chronisch kranker Patienten einen maßgeblichen Umfang der Hausbesuchstätigkeit ein. Dies verweist darauf, dass zwecks Routinekontrollen geplante Hausbesuche ei-

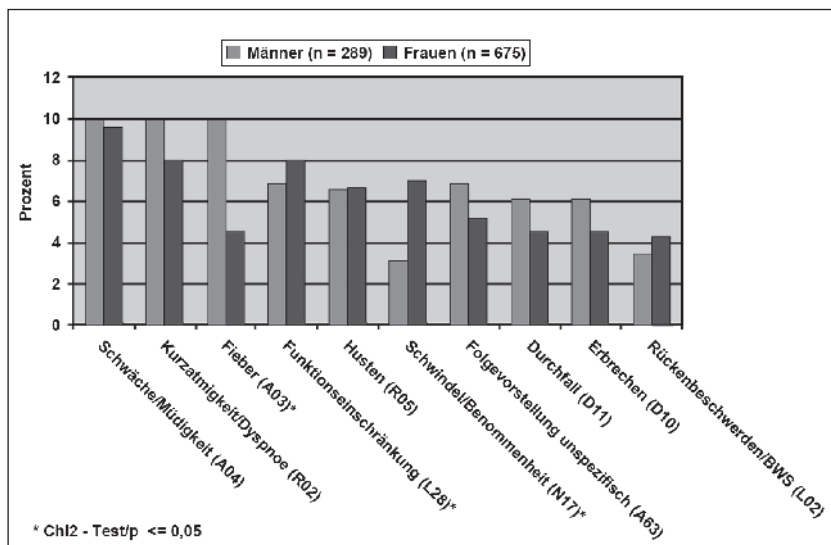


Abbildung 1 Die 10 häufigsten Beratungsanlässe nach Geschlecht (Hausbesuche in Sachsen, März 2009).

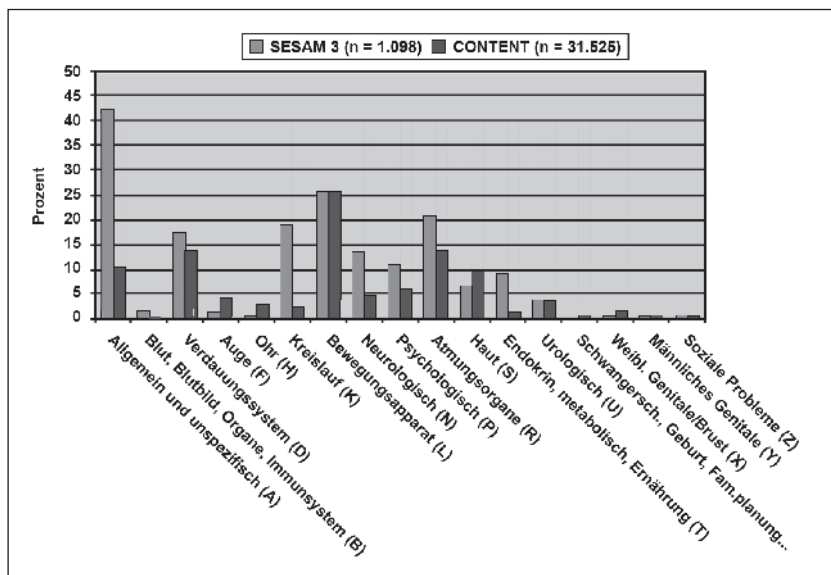


Abbildung 2 Beratungsanlässe nach ICPC-Kapitel (Hausbesuche in Sachsen, März 2009).

nen festen Platz im Praxisalltag des niedergelassenen Allgemeinarztes haben. Trotz des bekannten Rückgangs der Zahl der Hausbesuche gibt es Verweise darauf, dass die Arbeitsbelastung des Hausarztes durch die Betreuung von Hausbesuchspatienten zunimmt [4, 15, 16]. Der hohe, demografisch bedingt steigende Anteil älterer und zugleich multimorbider, immobiler Patienten dürfte eine Erklärung dafür sein. Für das Sample der vorliegenden sächsischen Studie wurde bestätigt, dass vorzugsweise ältere und multimorbide Patienten die allgemeinmedizinische Hausbesuchstätigkeit in Anspruch nehmen. Im deskriptiv-

ven Vergleich zu den Daten des Heidelberger CONTENT-Projektes [17], das Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis (Sprechstundenkonsultationen und Hausbesuche vermischt) kontinuierlich registriert, fielen mehr als doppelt so starke Häufigkeiten bei den Hausbesuchen zu den Kapiteln A (allgemeine und unspezifische Beratungsanlässe), K (den Kreislauf betreffende Beratungsanlässe), N (neurologische Beratungsanlässe) und T (endokrinologische, metabolische, die Ernährung betreffende Beratungsanlässe) auf (vgl. Abb. 2). Auch wenn dieser Vergleich aufgrund der Vermischung von ambulanten und Hausbesuchs-

daten bei CONTENT vs. reine Hausbesuchsdaten bei SESAM-3 methodisch (unterschiedliche methodische Erfassung und Kodierung; anderer geografischer Bezug mit spezifischer Altersstruktur) stark limitiert ist, gibt er erste Hinweise auf den hohen Stellenwert der oben genannten Beratungsanlässe im Rahmen von allgemeinmedizinischen Hausbesuchen.

Limitierungen der Studie

Die vorliegende Pilotstudie zum allgemeinärztlichen Hausbesuch beschreibt die Ergebnisse einer Stichprobe allgemeinmedizinischer Patienten aus 59 sächsischen Hausarztpraxen. Die Erfassung in einem 3. Quartalsmonat, wie auch eine spezifische Hausbesuchsorganisation am Monatsbeginn könnten einen Bias hinsichtlich der Patientenauswahl zur Folge haben. Der Vergleich der soziodemografischen Daten der SESAM-3-Patienten mit denen anderer Studien zum Thema Hausbesuch verweist jedoch auf eine annähernde Repräsentativität bzgl. der SESAM-Patientenstruktur [4, 5]. In allen genannten Studien dominierten alte und weibliche Patienten sowie Patienten mit chronischen (Multi-) Morbiditäten.

Die methodische Erfassung der ersten 20 Hausbesuche (unter Ausschluss von Patientendoppelung) lässt keine repräsentativen Aussagen bzgl. der Monatsprävalenzen von Beratungsanlässen oder Diagnosen zu. Gleichwohl werden durch die Studie erste Hinweise zum inhaltlichen Spektrum der Hausbesuchstätigkeit (häufig auftretende Beratungsanlässe im sächsischen Raum im Monat März) aufgezeigt. Um valide Aussagen zu Jahresprävalenzen zu treffen, ist eine weitere Studie erforderlich, die den saisonalen Einflüssen gerecht wird.

Repräsentativität der teilnehmenden Ärzte

Ein Freiwilligkeitsbias, hinsichtlich des Geschlechts und des Alters, konnte in der vorliegenden Studie ausgeschlossen werden. Der deskriptiv beobachtete leicht erhöhte Response, seitens weiblicher Hausärzte, deckt sich mit den in der methodologischen Literatur berichteten Erfahrungen zur Geschlechtsspezifität der Teilnahme an schriftlichen Umfragen [18, 19]. Hinsichtlich der Praxisform lie-

Dipl.-Soz. Karen Voigt, MPH



... (geb. 1975) Soziologin und Gesundheitswissenschaftlerin, 1999 bis 2003 Wissenschaftliche Mitarbeit am Lehrstuhl Soziologische Theorie, Theoriegeschichte und Kulturosoziologie der TU Dresden, 2003 bis 2006 Wissenschaftliche Mitarbeit am Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften / Public Health der TU Dresden, seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Allgemeinmedizin der TU Dresden.

Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Gesundheitsverhalten medizinischer Berufsgruppen

ßen die Daten keine endgültige Schlussfolgerung zu, weil unklar blieb, inwiefern die SGAM-Daten repräsentativ für die Zielpopulation waren. Bezüglich der Stadt- und Landverteilung erklärte sich der beobachtete Responsebias möglicherweise durch die Thematik der Studie. Hausbesuche werden auf dem Land häufiger durchgeführt als in der Stadt, weil sich z. B. der Zugang zur ärztlichen Versorgung auf dem Land vor allem für ältere, weniger mobile Patienten schwieriger gestaltet [20, 21]. Dadurch ließe sich die erhöhte Teilnahme der ländlichen Hausärzte erklären. Methodologische Literatur, die diesen Zusammenhang bestätigt, lag den Autoren zum Studienzeitpunkt nicht vor.

Die SGAM bietet eine gut erreichbare und motivierbare Grundgesamtheit, die für die Zielpopulation aller niedergelassenen Allgemeinärzte bezüglich

der Merkmale *Geschlecht* und *Stadt-Land-Zugehörigkeit* repräsentativ ist. Die Repräsentativität der SGAM-Ärzte hinsichtlich *Alter* und *Praxistyp* ist perspektivisch zu klären, um – in Abhängigkeit von inhaltlichen Fragestellungen – die Repräsentativität von Studienergebnissen aufzuklären. Um den Einfluss des Responsebias hinsichtlich dieser Merkmale zu verringern und damit die Repräsentativität der Studien zu erhöhen, wäre die Durchführung eines nach entsprechenden Merkmalen stratifizierten, randomisierten Samplings überlegenswert.

Schlussfolgerung

Der Hausbesuch ist, unter den gegenwärtigen demografischen, epidemiologischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätig-

keit, ein etabliertes Instrument zur medizinischen Versorgung von insbesondere älteren, multimorbiden und in ihrer Mobilität eingeschränkten Patienten. Die zentrale hausärztliche Aufgabe und Herausforderung besteht – parallel zur Versorgung chronischer Krankheiten – in der Bewältigung akuter Gesundheitsprobleme vor dem Hintergrund einer oftmals komplexen Multimorbidität und altersbedingter „normaler“ gesundheitlicher Veränderungen.

Interessenkonflikte: Es liegen keine Interessenkonflikte der Autoren vor. Die Studie wurde ausschließlich durch die Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V. (SGAM) und den Bereich Allgemeinmedizin/Medizinische Klinik 3 des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden finanziert.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Soz. Karen Voigt, MPH
Bereich Allgemeinmedizin/MK III
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-2203
E-Mail:
Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

Literatur

1. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 207–210
2. Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG et al. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med* 1992; 152: 2025–2032
3. Schach E, Schwartz FW, Kerek-Bodden HE. Die EVaS-Studie – Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: 1989
4. Vinker S, Nakar S, Weingarten MA. Home visits to the housebound patient in family practice: a multicenter study. *Israeli General Practice Research Network*. *Isr Med Assoc J* 2000; 2: 203–206
5. Snijder EA, Kersting M, Theile G et al. Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 679–685
6. Van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJM, de Bakker DH et al. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 58
7. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196–1208
8. Beske F, Katalinic A, Peters E et al. Morbiditätsprognosen 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung-Kiel; Bd. 114. Kiel 2009
9. Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S. AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *ZfA* 2009; 10: 403–405
10. WONCA International Classification Committee (Hrsg.). Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICD-2. Ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin. Wien, New York: Springer, 2001
11. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. Bevölkerung des Freistaates Sachsen, jeweils am Monatsende ausgewählter Berichtsmonate nach Gemeinden. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. http://www.statistik.sachsen.de/21/02_02/02_02_06g_tabelle.asp (Letzter Zugriff: 30-05-2010)
12. Sächsische Landesärztekammer. Niederlassung und berufliche Kooperation. <http://www.kvs-sachsen.de/aktuell/hausaezte-fuer-sachsen/grunddaten-der-versorgungssituation/> (Letzter Zugriff: 30-05-2010)
13. Straand J, Sandvik H. Home visits in general practice – most often for elderly patients: A report from the More &

- Romsdal Prescription Study. *Norwegian Journal of Epidemiology* 1998; 8: 127–132
14. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2009
 15. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GJM, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 74
 16. Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra B-P. Preventive home visits to the elderly: systematic review of available evidence. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 732–738
 17. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. Heidelberg: Urban und Vogel, 2008
 18. Britt H, Angelis M, Harris E. The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection systems. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 50–55
 19. Bortz J, Döring N. Von einer interessanten Fragestellung zu einer empirischen Untersuchung. In: *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer, 2006: 35–93
 20. Heymann R, Weitmann K, Weiß S, Thierfelder D, Fleßa S, Hoffmann W. Bevölkerungsdichte, Altersverteilung und Urbanität als Einflussfaktoren der Hausbesuchshäufigkeit – eine Analyse für Mecklenburg-Vorpommern. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 423–428
 21. Nakar S, Vinker S, Weingarten MA. The place of home visiting in family practice: a multicentre comparison between rural and urban physicians. *Br J of Gen Pract* 1999; 49: 621–625



Der Hausarzt als Lehrender Kompaktseminar für Blockpraktikumspraxen am 20./21.05.2011 in Freiburg

Was erwartet Sie?

Zielgruppenorientierte Lehre für Lehrende im Blockpraktikum Allgemeinmedizin:
Vom Lernziel über die Vermittlung praktischer Fertigkeiten bis hin zum konstruktiven Feedback

Wer kann sich angesprochen fühlen?

LehrpraxisinhaberInnen und Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin mit Interesse an Medizindidaktik (auch als Train-the-Trainer-Seminar angelegt)

Wann und wo findet das Seminar statt?

Am 20. Mai 2011 von 14.00 – 18.30 Uhr und am 21. Mai 2011 von 09.00 – 17.00 Uhr in Freiburg

Welche Dozenten erwarten Sie?

Dr. Irmgard Streitlein-Böhme und Dr. Klaus Böhme, Fachärzte für Allgemeinmedizin

Wie können Sie sich anmelden?

Bei Dr. Klaus Böhme, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg
Tel.: 0761 270-7246, E-Mail: klaus.boehme@uniklinik-freiburg.de

Was kostet das Kompaktseminar?

GHA-Mitglieder kostenfrei
DEGAM-Mitglieder 85 €
Nichtmitglieder 200 € (bei gleichzeitigem Eintritt in die GHA kostenfrei)

Begrenzte Teilnehmerzahl !