

Hausärztliche Notfallbesuche tagsüber und in der Nacht

Vergleich in einer südbadischen Landarztpraxis

Emergency Home Visits by Family Doctors During the Day and During the Night

A Comparative Analysis in a Rural Family Practice

Wolfgang A. Stunder

Hintergrund: Zur Beantwortung der Frage, ob im Rahmen des organisierten Notfalldienstes Nachtbesuche anders begründet sind und anders verlaufen als Hausbesuche am Tag, wurde eine vergleichende Analyse in der eigenen Praxis durchgeführt.

Methode: Es wurden konsekutiv alle als dringend angeforderten Hausbesuche innerhalb von neun Monaten protokolliert und analysiert. Dokumentiert wurden Identität des Anrufers, Geschlecht, Alter und Diagnosen des Patienten, Örtlichkeiten und Dauer des Besuchs, Einweisungen, Umgebungsbedingungen bzw. Störfaktoren.

Ergebnisse: Bei insgesamt 40 Notfallbesuchen wurden 15 eigene, d.h. der eigenen Praxis zugehörige und 25 Fremdpatienten versorgt. 23 Patienten wurden ins Krankenhaus eingewiesen, tags mehr als nachts. Der den Notfall meldende Anrufer kam überwiegend aus dem familiären Umfeld. Die wichtigsten Diagnosen am Tag waren Herz-Kreislauf-Krankheiten (ICD: I51), in der Nacht abdominale (incl. urologische) Erkrankungen (ICD: R10). Die durchschnittliche Verweildauer am Tag war mit 23,3 Minuten nur wenig kürzer als in der Nacht (26,7 Minuten). Störfaktoren am Tag waren häufig Lärm; in der Nacht dominierten unangenehme Gerüche. Im gleichen Zeitraum erfolgten 187 sog. Routine-Hausbesuche bei den eigenen Patienten am Tage.

Schlussfolgerungen: Bei Notfall-Besuchen, vor allem in der Nacht, lassen Barrieren wie Scham oder externe Störfaktoren die Besuchstätigkeit des Arztes zu einer besonderen Herausforderung werden.

Schlüsselwörter: Hausbesuche; Organisierter Notfalldienst; Hausärztliche Versorgung

Background: To answer the question whether there are differences between organized night and day home visits. I performed a comparative analysis in my own family practice.

Methods: All emergency calls categorized as urgently requested home visits, were consecutively documented and analysed for a period of nine months. The documentation included the identity of the caller, gender, age, diagnosis of the patients as well as duration of the visit, hospitalization, influences by the circumstances of the visits as well as disturbing factors.

Results: Of the 40 documented emergency home visits, 15 were to patients who belong to the own practice and 25 to patients of other family doctors (FD). 23 persons were sent to hospital. Hospitalization occurred more frequently during the day than during the night. Emergency calls came mainly from relatives of the patients. During the day, the most often given diagnosis were cardiovascular diseases (ICD: I51), at night abdominal diseases (incl. urological problems) (ICD: R10). The average duration of the home visit was slightly shorter during the day (23.3 min.) than during the night (26.7 min.). Disturbing factors during the day were noise; at night malodor. In the same period 187 so called routine home visits were conducted for patients of the own practice.

Conclusion: Emergency home visits, especially at night, were a special challenge due to external disturbing factors and shame in face of an often unknown patient.

Keywords: Home Visits; Emergency Medical Services; Family Practice

Einleitung

Hausbesuche sind ein etabliertes Element der primärärztlichen Versorgung von überwiegend immobilen und an das häusliche Umfeld gebundenen Patienten, die durch Multimorbidität und ein höheres Alter gekennzeichnet sind [1, 2]. In Deutschland führen Hausärzte – im Gegensatz zu manchen anderen europäischen Ländern – vergleichsweise oft Hausbesuche durch.

Der Schwerpunkt der wenigen wissenschaftlichen Literatur zu Hausbesuchen liegt auf organisatorischen und strukturellen Problemen sowie der Beschreibung soziodemografischer Merkmale von Hausbesuchspatienten [2]. Es gibt allerdings bisher keine Studien zum Vergleich von Tag- und Nachtkonsultationen.

Anekdotische Evidenz lässt vermuten, dass Hausbesuche nachts anders verlaufen, z.B. „angespannter“. Hinzu kommt, dass im organisierten Notfalldienst (oND) mehr sog. Fremdpatienten, also solche aus anderen Praxen zu versorgen sind. Dies könnte zu einer höheren Einweisungsrate von Fremdpatienten führen. Weiterhin könnte es sein, dass die Störfaktoren bei nächtlichen Hausbesuchen andere sind als am Tag.

Das Ziel dieser Studie ist es, solche Vermutungen konkreter zu untersuchen und zu beschreiben, auch wenn die geringe Fallzahl keine statistische Auswertung zulässt. Dabei sollen insbesondere die Diagnosen bei Hausbesuchen, zeitlicher Umfang des Einsatzes, Krankenhauseinweisung und Umgebungsbedingungen in den Fokus rücken.

Methode

Seit 23 Jahren fahre ich als niedergelassener Landarzt Einsätze, auch nachts und im Bereitschaftsdienst. Die Datenerhebung für die vorliegende Studie wurde in den Monaten März bis November 2011 durchgeführt. Protokolliert wurden alle nacheinander eingehenden Notfallbesuche, angefordert durch den oND (z.B. via DRK-Leitstelle), vom Patienten selbst, dessen Angehörigen oder einer Pflegekraft vom Heim usw.

Einschlussbedingung war Dringlichkeit mit sofortiger Ausführung. Kinder unter 12 J. waren ausgeschlossen. Dokumentiert wurden:

- Geschilderter Anlass bzw. Grund für den Hausbesuch durch den Anrufer
- Alter und Geschlecht des Patienten
- Diagnosen und Einweisungsdiagnosen nach ICD 10
- Örtlichkeit
- Dauer des Hausbesuchs (gemessen mittels Armbanduhr)
- Störfaktoren in der Umgebung

Man unterscheidet zwischen dringenden Hausbesuchen am Tage – gemäß Gebühren-Ziffer 01412 (aus der Sprechstunde heraus) bzw. der tiefen Nacht (22 bis 7 Uhr), Besuchen im oND gemäß Ziffer 01411.

Umgebungsbedingungen und Störfaktoren bedürfen einer besonderen Beachtung. Es wurde eine Kriterienliste für Störfaktoren erstellt. Der Untersucher sensibilisierte sich, insbesondere olfaktorische, akustische, thermische und beleuchtungstechnische Faktoren zu erkennen. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Insgesamt wurden im genannten Zeitraum 227 Besuche durchgeführt, wobei 187 sog. Routinebesuche am Tage – gemäß Gebühren-Ziffer 01410 – und 40 Notfall-Besuche gemacht wurden. Nur letztere wurden für die Erhebung dokumentiert.

Hiervon galten 15 Notfall-Besuche eigenen, d.h. der eigenen Praxis zugehörigen Patienten und 25 Fremd-Patienten. Eine eigene Patientin (71 J.) kommt in der Studie zweimal vor, da sie an unterschiedlichen Tagen einen Notfallbesuch (einmal in der Nacht und einmal am Tag) anforderte. Zwei Patienten fallen unter die Rubrik der nicht absoluten Notwendigkeit eines Besuchs. Der Notruf kam auch nicht von der DRK-Leitstelle.

Anlässe

Anlass für den Hilferuf des Anrufers und Diagnosen sind den Tabellen 1 (Besuche bei Tag) und 2 (Besuche bei Nacht) zu entnehmen. Unterschiede zwischen Notfallbesuchen am Tag und in der Nacht in Bezug auf Verweildauer, Diagnosen, Einweisungen etc. finden sich in Tabelle 3.

Untersuchungsort

Aus Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass – anders als zu erwarten – zu 65 % am Tage der Hausbesuch im Schlafzimmer des Patienten, in der Nacht nur bei 18 % dort stattfand.

Einweisungen

Die Einweisungsrate von Fremdpatienten war mit 52 % gegenüber eigenen Patienten (48 %) nahezu identisch.

Die drei pneumologischen Fälle in der Nacht wurden alle aufgrund der schwerwiegenderen Symptomatik eingewiesen, dagegen nur einer der drei pneumologischen Fälle am Tage. Andererseits wurden am Tag neun von zehn Patienten mit Herz-Kreislauf-Ereignissen eingewiesen, während nachts nur einer von vier Patienten mit kardiogenen Ereignissen – hier wegen Tachyarrhythmia absoluta – eingewiesen wurde, weil die übrigen für den Hausarzt beherrschbar waren.

Von den sechs in der Nacht eingewiesenen Patienten haben vier die DRK-Leitstelle (oND) primär angerufen.

Störfaktoren

Folgende Störfaktoren wurden zu den Notfallbesuchen am **Tag** notiert:

- Schüler kam hinzu und stellte provokante Fragen.
- Sohn war sehr nervös und konnte keine Handreichungen vornehmen.
- Unruhiger Enkel
- Viele Personen redeten durcheinander.
- Zwei bei der Arzt-Patient-Interaktion störende Kinder; später auf die Straße geschickt, um RTW einzuwinke.
- Klagsame und weinende Mutter
- Sohn, der seiner Mutter während der Arzt-Patient-Interaktion Vorhaltungen machte
- Telefongeklingel, Durchgangsverkehr
- Unangenehmer Stuhlgерuch.

Folgende Störfaktoren wurden vor allem bei Notfallbesuchen in der **Nacht** registriert:

- Vernebelter Raum durch Zigarettenqualm
- Schlechte Lichtverhältnisse bei Venenpunktion
- Stinkende Katze

Geschlecht	Alter	P*	Anrufer: Anlass**	Diagnose	Einweisung
w	71	E	Pat.: „Habe Luftnot und wieder schnellen Puls.“	TAA bei bek. VF (I48.19)	ja
w	92	E	Haushälterin: „Habe Frau M. gegen 8 Uhr auf Boden liegend gefunden; da stimmt was nicht.“	Pneumonie (J18.9), Ausschluss Apoplektischer Insult (I64/A)	ja
m	71	F	Ehefrau: „Ehemann hat Brustschmerzen beim Atmen.“	Ausschluss Infarkt (I12.9/A), Intercostal neuralgie (G58.0)/ Bronchitis (J40)	nein
w	56	F	Kollegin: „Kommen Sie schnell, auf Straße hinter'm Rathaus liegt eine Frau, die mit dem Roller stürzte und stark blutet.“	Claviculafraktur (S42.00), Rippenserienfraktur li. (S22.40/L), Comotio cerebri (S06.0)	ja
m	70	E	Ehefrau: „Meinem Mann geht es schlecht, er hat hohen Puls und niedrigen Blutdruck.“	TAA mit Schocksymptomatik (I48.19)	ja
m	73	E	Ehefrau: „Mann kann schlecht laufen und bekommt schlecht Luft.“	dekomp. Herzinsuff. (I50.9), Fieber (R50.9)	ja
w	13	E	Vater: „Tochter ist bewusstlos auf dem Boden gelegen für 1–2 Minuten.“	(vasovagale) Synkope (R55)	ja
w	75	E	Ehemann: „Meine Frau hat wiederum Übelkeit und Atemnot; heute Nacht war schon der diensthabende Arzt da.“	Dekompens. Herzinsuffizienz (I50.9), Ausschluss STENT-Thrombose (I92.9/A)	ja
m	79	E	Sohn: „Vater blutet aus dem After und ist sehr geschwächt.“	Teerstuhl bei gastrointestinaler Blutung (K92.2)	ja
w	74	E	Ehemann: „Meine Frau hat starke Rückenschmerzen und kann sich nicht bewegen.“	Bandscheibenvorfall (M51.2), hypertone Krise (I10.91)	ja
w	81	E	Sohn: „Mutter hat Bauchschmerzen und Übelkeit.“	Peritonealcarzinose (C78.6) bei bekanntem Pankreaskopfcarcinom (C25.0)	nein
m	71	E	Ehefrau: „Mein Mann ist verwirrt, hustet und hat keinen Stuhlgang.“	Akutes Nierenversagen durch AB (N18.9), Subileus (K56.7), Sinubronchitis (J40)	ja
w	69	F	Ehemann: „Meine Frau hat zu hohen Blutdruck.“	Panikattacke (F41.0), fam. Konfliktsituation (Z63), Normotonie	nein
m	14	F	Lehrer: „Kommen Sie schnell, ein Schüler ist kollabiert und war 30 Sekunden weg. Liegt jetzt auf Liege.“	Synkope unklarer Genese (R55)	ja
m	97	E	Schwester im Heim: „Patient blutet stark aus dem Penis.“	V.a. Harnblasencarcinom (C67.9/V), Phimose (N47), Bauchschmerzen (R10.4)	ja
m	15	E	Lehrerin: „Schüler ist zusammengebrochen während eines Vortrags, bitte kommen Sie.“	Kreislaufdysregulation (J99) bei Magen-Darm-Infekt (A09.0)	nein
w	79	E	Tochter: „Meine Mutter hatte gestern schon eine allergische Reaktion auf Bienenstich, jetzt wieder Schwellung und Atemnot.“	verzögerte allerg. Reaktion auf Bienenstich (T78.4)	nein
w	80	F	Hotel-Personal: „Einer Kurgastfrau geht es nicht gut, bekommt kaum Luft.“	Myocardinfarkt (I21.9)	ja
w	89	F	Schwiegertochter: „Meine Schwiegermutter hat stärkste Rückenschmerzen und kann nicht mehr gehen. Außerdem ist ihr schwindelig.“	1) osteoporose bedingte LWK-Fraktur (M80.98) 2) Sinusbradykardie (J48.19)	ja
w	63	F	Freund: „Meine Bekannte ist völlig erschöpft, hat Fieber und hustet.“	Pneumonie (J18.9)	nein
m	83	F	Schwester im Heim: „Kommen Sie schnell wegen Prolaps des Darms mit Blutung aus Anus praeter.“	Teilprolaps des Dünndarms bei Anus praeter (K91.4)	ja
w	88	F	Sohn: „Mutter bekommt schlecht Luft beim Gehen und im Liegen.“	Pleuraerguß li. (J90/L), Herzinsuffizienz (I50.9)	ja
w	17	F	Mutter: „Meine Tochter hat Bauchkrämpfe und schreit vor Schmerz.“	unklarer Oberbauch (R10.4), V.a. Somatisierungsstörung (F45.0)	ja

*Patient: E = eigener Patient; F = Fremdpatient
 **Wiedergabe des Anrufes in Kurzform

Tabelle 1 Hausbesuche am Tag.

Geschlecht	Alter	P*	Anrufer: Anlass**	Diagnose	Einweisung
w	72	E	Pat.: „Fühle mich unruhig; habe Kribbeln in den Fingern, hohen Blutdruck und Puls.“	Panikattacke (F41.0)	nein
m	28	F	Hotelier: „Gast hat Bauchkolik.“	Nierenkolik (N23)	ja
w	46	F	Sohn: „Mutter hat starke Kopfschmerzen und Übelkeit, außerdem einen RR > 200.“	hypertone Krise (I10.9), Cephalgie (R51)	nein
m	52	F	Sohn: „Vater bekommt keine Luft, im Liegen noch schlechter als im Sitzen.“	Infektexac. COPD (J44.19)	ja
w	47	F	Ehemann: „Meine Frau ist psychisch völlig derangiert, brauche ärztl. Hilfe!“	psychophys. Erregungszustand bei Ehekonflikt (R45.1), Hyperventilation (R06.4)	nein
w	71	E	Pat.: „Fühle mich unwohl wegen Herzrasen.“	TAA (I49.19)	ja
w	20	F	Mutter: „Tochter hat krampfartige Bauchschmerzen.“	unklares Abdomen (R10.4), Harnwegsinfekt (N39.9)	nein
w	77	F	DRK-Leitstelle (Disponent): „Eine Frau hat Verdacht auf Nierenkolik, fahren Sie bitte sofort hin.“	unklares Abdomen (R10.4)	nein
m	75	F	DRK-Leitstelle (Disponent): „Ein Mann hat Blut erbrochen und ist jetzt verschleimt. Bitte fahren Sie hin.“	Stressulcus, Bronchitis (K25.3)	nein
m	45	F	Schwester im Heim: „Patient kann kein Wasser lassen. Kommen Sie bitte?“	psychog. Harnverhalt (R33)	nein
w	83	F	Tochter: „Mutter ist gestürzt und hat starke Rückenschmerzen.“	BKW-Fraktur (S22.0)	ja
m	65	F	DRK-Leitstelle (Disponent): „Herr G. hat starke Atemnot mit Brustschmerzen. Bitte fahren Sie sofort hin.“	infektexacerbierte COPD (J44.19)	ja
m	79	F	Pat.: „Habe Durchfall, bin geschwächt und ausgetrocknet.“	Gastroenteritis mit Exsikkose (A09.9)	nein
m	72	F	Pat.: „Habe Druck im Kopf und Kribbeln in den Fingern.“	hypertone Krise (I10.9)	nein
m	89	F	DRK-Leitstelle (Disponent): „Herr B. ist verwirrt und nicht richtig ansprechbar, bitte fahren Sie sofort hin.“	Exsikkose bei Fieber und Pneumonie (E86)	ja
w	80	F	Tochter: „Meine Mutter hat Schwindel und hohen Blutdruck.“	hypertone Krise (I10.91), Panikattacke (F41.0)	nein
w	46	F	Freund: „Meine Partnerin hat Bauchkrämpfe und Kreislaufprobleme, kommen Sie bitte.“	psychogene Bauchkrämpfe (F45.39) und Kreislaufdysregulation (I99)	nein

*Patient: E = eigener Patient; F = Fremdpatient
 **Wiedergabe des Anrufes in Kurzform

Tabelle 2 Hausbesuche in der Nacht.

- Sohn mit Weinkampf und umherlaufende Ehefrau sowie massiver Uringeschmack
- Penetranter Urin- und Stuhlgeruch
- Ausgesprochen kühle Schlafzimmertemperatur
- Störender unruhiger 5-jähriger Enkel
- Laufender Fernseher, Schwiegersohn (Ausländer), der durch ständige Fragen die Intervention unterbrach

- Ein oder mehrere zusätzlich anwesende Personen, die sich in das Gespräch einmischten, z.T. durcheinander redeten.

Als subjektiv besonders störend für die Ausübung der Tätigkeit am Tage offenbarten sich also akustische Probleme wie Lärm oder Unruhe (Beispiele s. Textkasten 1). In der Nacht dominierten olfaktorische Probleme wie Urin- u. Zigarettergeruch, unangenehm riechende

Haustiere, aber auch schlechte Lichtverhältnisse, nicht zuletzt Unruhe (Beispiele s. Textkasten 2).

Diskussion

Die Nacht birgt gerade aus medizinischer Sicht besondere Anforderungen: Notfälle erscheinen als besonders dringend, die Versorgungsmöglichkeit am-

	Tag	Nacht
Einsätze; n	23 (4 im oND)	17 (16 im oND)
Frauen; n	14 (61 %)	10 (53 %)
Männer; n	9 (39 %)	7 (47 %)
Alter Frauen; Mittelwert (in J.)	67,6	60,1
Alter Männer; Mittelwert (in J.)	63,7	63,1
Fremdpatienten; n	10 (43 %)	15 (88 %)
Verweildauer; Mittelwert (in min)	23,3	26,7
Diagnosen; n		
– Herz-Kreislauf (I51)	10 (44 %)	4 (23 %)
– abdominal (R10)	6 (26 %)	7 (41 %)
– pneumologisch (J00-J99)	3 (13 %)	3 (18 %)
– psychisch (F43)	1 (4 %)	2 (12 %)
– orthopädisch (T14)	2 (9 %)	1 (6 %)
– allergologisch (L23.5)	1 (4 %)	0
Örtlichkeit; n		
– Schlafzimmer	12 (52 %)	3 (18 %)
– Wohnzimmer	3 (13 %)	11 (65 %)
– in der Schule, Heim, sonstiges	8 (35 %)	3 (18 %)
Einweisungen; n	17 (74 %)	6 (35 %)
Einweisungsdiagnosen; n		
– Herz-Kreislauf (I51)	9 (53 %)	1 (17 %)
– abdominal (R10)	5 (29 %)	1 (17 %)
– pneumologisch (J00-J99)	1 (6 %)	3 (50 %)
– orthopädisch (T14)	2 (12 %)	1 (17 %)
<i>n = Patientenzahl; oND = organisierter Notfalldienst; Diagnosen nach ICD 10</i>		

Tabelle 3 Tag-Nacht-Vergleich der Hausbesuche (Gesamt n = 40).

bulant ist eingeschränkter als am Tage. Ob es tatsächlich so ist, sollte mit untersucht werden.

Zum Thema der Studie gibt es kaum Literatur, d.h. es ließ sich kaum ein Vergleich, gar zu Erhebungen aus mehreren Praxen, anstellen. In einer Studie von Snijder et al [1] lag der Anteil dringender durchgeführter Hausbesuche bei 11,7 %; in der vorliegenden Studie lag der Anteil bei 17,6 %.

In der praxisbezogenen Erhebung standen bei den Einsätzen tagsüber Herz-Kreislauf-Probleme an erster, abdominelle (incl. urologische) an zweiter und respiratorisch/pneumologische Probleme an dritter Stelle; nachts waren es vor allem abdominelle (incl. urologische) Erkrankungen, gefolgt von Herz-Kreislauf- und pneumologischen Erkrankungen. Nach den Ergebnissen der SESAM-3-Studie [2] überwogen bei Hausbesuchspatienten generell – also

nicht auf die Notfall-Besuche bezogen – eher unspezifische Beratungsanlässe wie die Symptome Schwäche, Fieber, Herz-Kreislauf-Probleme.

In der vorliegenden Studie stammte mehr als die Hälfte der den Notfall-Besuch

such anfordernden Anrufer aus dem familiären Umfeld (Ehepartner, Verwandte und dem Patienten nahestehende Personen). Bemerkenswert ist, dass in nur 5 von 40 Fällen der Patient selbst – entweder, weil allein lebend

Beispiel 1: Am frühen Morgen eines Sommertages wurde ich zu einer 17-Jährigen mit Bauchkrämpfen gerufen. Schon im Treppenhaus hörte ich die jugendliche Patientin schreien. Eine Untersuchung war kaum möglich, da sie heftige Abwehrspannung zeigte und sehr stark agitiert war. Außerdem standen Bruder, Schwester, Vater, Mutter um diese aus Italien stammende junge Frau herum, redeten, gestikulierten und stellten zahlreiche Fragen, welche mich bei der intravenösen Injektion von Buscopan/Dolantin und Vomex ablenkten.

Beispiel 2: In einem weiteren Fall „spielte“ der 1½-jährige Enkel während meines Einsatzes bei einem 71-jährigen Patienten mit pectanginösen Beschwerden mit dem Inhalt meiner Arzttasche, was irritierte, zumal ich indirekt auch die Verantwortung für dieses – mit mir allein gelassene – Kind während meines Besuchs hatte.

Beispiel 3: Bei einer Patientin (46 J.) war der Fernseher am frühen Abend so laut eingestellt, dass ich der Verständlichkeit und Konzentration wegen die Angehörigen bat, ihn auszuschalten.

Textkasten 1 Beispiele für Unruhe in der Umgebung und Lärm am Tag

Dr. med. Wolfgang A. Stunder ...



... Jahrgang 1953. Seit 1989 in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis mit Ehefrau Brigitte auf dem Lande. 1983 Hans-Roemer-Preis. Seit 1997 Akademische Lehrpraxis der Universität Freiburg. Seit 2007 Vorsitzender des Vereins zur Förderung des Lehrbereichs Allgemeinmedizin (Uni Freiburg). Arbeitsschwerpunkte: Arzt-Patient-Beziehung, psychosomatische Grundversorgung, Qualitätszirkelarbeit, Qualitätssicherung.

oder weil physisch stabil genug – um ärztliche Hilfe bat. Die meisten Anrufer haben die Dringlichkeit des Notfalles klar und akzentuiert zum Ausdruck gebracht. Keiner schien voller Panik zu sein.

Die Verweildauer pro Patient war nachts etwas länger als am Tag. Die Unberechenbarkeit des Nachteinsatzes mit allen unbekanntem Variablen (physische Erschöpfung des Arztes, unbekanntete Patienten, suboptimale Lichtverhältnisse etc.) könnte dabei eine Rolle spielen. Entscheidend ist wohl, dass in der Nacht 88 % Fremdpatienten versorgt wurden. Tagsüber war der Anteil eigener Patienten mit 43 % höher. Demzufolge konnte der Ablauf von Diagnostik und Therapie schneller bewältigt werden. In soweit ist es schon erstaunlich, dass die Differenz in der Verweildauer nur 3,5 min betrug.

Auffallend war, dass der Arzt-Patient-Kontakt bei Nacht mehr im Wohnzimmer als im Schlafzimmer stattfand. Dies könnte man als Ausdruck der versuchten Abwehr [3] gegenüber einer schweren Krankheit mit der möglichen Folge einer Einweisung interpretieren. Auch Scham des Patienten, dem (fremden) Arzt gegenüber die intimste Sphäre innerhalb seiner Wohnung zu offerieren, könnte eine Rolle spielen.

Als Störfaktoren am Tage wurden meist Lärm sowie aufgeregte Familienangehörige empfunden. In der Nacht dominierten neben olfaktorischen Problemen (wie Urin- und Zigarettengestank sowie muffelndem Haustier) ebenso nervöse Familienmitglieder, die durch ungezielte Fragen oder motorische Unruhe die Arbeit des Arztes kurzfristig irritierten (siehe Textkasten 1, Beispiel 2 oder Textkasten 2, Beispiel 3).

Beispiel 1: Von der Leitstelle erhielt ich um 3:05 Uhr den Notruf, zu einem 65-jährigen Patienten mit starker Atemnot zu fahren. Beim Betreten der Wohnung kam mir ein extremer Nikotingeruch entgegen. Die Ehefrau winkte mich in die Küche, wo der Patient in einem dunklen Winkel saß, keuchte und vor lauter Zigarettenqualm kaum zu sichten war. Erst nach Aufsperrn des Küchenfensters und der Bitte, eine weitere Lichtquelle mittels Taschenlampe herbeizubringen, erreichte ich einigemaßen akzeptable Arbeitsbedingungen.

Beispiel 2: Wegen Durchfalls mit Exsikkose wurde ich gegen 22:00 Uhr zu einem alleinstehenden 79-jährigen Patienten gerufen, dem ich nach eingehender Untersuchung eine Infusion (Sterofundin 1/1E) anhing. Während der Infusion kam die Hauskatze zum Patienten und legte sich schmusend auf seinen soeben venenpunktierten Arm, sodass die Venenverweilkanüle (Viggo) aus der Vene rutschte. Ich sah mich gezwungen, erneut zu punktieren, nachdem die penetrant riechende Katze – nach Erlaubnis seines Besitzers – in einen anderen Raum gesperrt wurde, um die zweite Punktion vornehmen zu können.

Beispiel 3: Die Raumtemperatur war im Schlafzimmer einer Patientin (77 J.) dermaßen erniedrigt, dass ich selbst in einer gefütterten Jacke ein Unbehagen empfand.

Textkasten 2 Beispiele für unangenehme Gerüche und abgesenkte Raumtemperatur in der Nacht.

Schlussfolgerung

Der Hausbesuch als ein etabliertes Instrument zur allgemeinen medizinischen Versorgung – vom Notfallbesuch bis hin zum Routinehausbesuch für alte wie multimorbide Menschen – sollte weiterhin als elementare Aufgabe des Hausarztes betrachtet werden. Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, einen Einblick in die Vielfalt und die hohen Anforderungen hausärztlicher Besuchstätigkeit zu geben. Deutlich wurde, dass bei Besuchen von Fremdpatienten, insbesondere in der Nacht, die Vertrautheit fehlte und innere Barrieren, z.B. Scham, oder externe Störfaktoren die Besuchstätigkeit des Hausarztes zu einer besonderen Herausforderung werden ließen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Danksagung: Für die kritische Durchsicht und die vielen Anregungen danke ich herzlich Professor Dr. Wolfgang Himmel von der Universitätsmedizin Göttingen (Abteilung Allgemeinmedizin).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang A. Stunder
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Psychotherapie – Notfallmedizin
 Lehrpraxis der Albert-Ludwigs-
 Universität Freiburg
 Hauptstr. 28, 77736 Zell a. H.
 Tel.: 07835/3211
 WA.BH.Stunder@gmx.de

Literatur

1. Snijder EA, Kersting M, Theile G, Korschak J, Hummer-Pradier E, Junius-Walker U. Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routedaten von 158.000 Patienten. Gesundheitswesen 2007; 69: 679–685
2. Voigt K, Liebnitzky J, Riemenschneider H, Gerlach K, Voigt R, Bodendieck E, Schuster A, Bergmann A. Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen. Z Allg Med 2011; 87: 65–71
3. Uexküll von T. Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. 2. Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1981: 754–755