

# Hausbesuche

## Home Visits

Jost Steinhäuser<sup>1</sup>, Susanne Rabady<sup>2</sup>

**Hintergrund:** Hausbesuche gehören zu den klassischen Tätigkeiten eines Allgemeinarztes, die wertvolle Informationen sowohl über den Patienten und sein Umfeld („erlebte Anamnese“) als auch zur Versorgung (z.B. vor Ort benötigtes Material) beinhalten können. Der vorliegende Beitrag soll wesentliche Aspekte darstellen, die für die Durchführung von Hausbesuchen notwendig sind bzw. erworben werden sollten.

**Suchmethodik:** Pragmatische Suche ohne Sprach- oder Datumseinschränkung mit den Suchbegriffen „home visit“ OR „house calls“ AND „general practitioner“ AND „Germany“ in der Datenbank PubMed, sowie im Online-Archiv der Zeitschrift für Allgemeinmedizin mit dem Suchwort „Hausbesuch“.

**Wichtigste Botschaften:** Zu den wichtigsten Fähigkeiten, die für Hausbesuche erworben werden müssen, gehören neben medizinischen (z.B. Einweisung ja oder nein) auch Aspekte der Organisation (z.B. wer entscheidet über die Dringlichkeit eines Hausbesuchs) und des Eigenschutzes (z.B. Umgang mit Tieren). Die für Hausbesuche benötigte Ausrüstung wird von Region (Stadt/Land) und Erfahrung des Arztes abhängen; eine suffiziente Lichtquelle wird stets dazugehören.

**Schlussfolgerungen:** Hausbesuche sind ein wichtiger Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit, bei denen an eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte gedacht werden muss. Daher sollte das Planen, Organisieren und Durchführen von Hausbesuchen strukturiert vermittelt werden.

*Schlüsselwörter: Hausbesuch; Allgemeinmedizin; Weiterbildung*

**Background:** Home visits are a classical part of family physicians tasks. They can provide additional information about the patient and his living conditions (“experienced anamnesis“) as well as about health care needs (e.g. medical equipment needed). Aim of this publication was to describe relevant aspects of performing home visits.

**Search method:** Pragmatic search (no limit of language or publication date) with the terms “home visit“ OR “house calls“ AND “general practitioner“ AND “Germany“ in the data bank PubMed supplemented by a search in the online archive of the German Journal of Family Medicine with the term „Hausbesuch“ (home visit).

**Main messages:** Most important aspects needed for adequate performance of home visits are medical decision making (e.g. hospital referral yes or no), organizational aspects (e.g. who decides about the urgency of the home visit) and safety (e.g. handling of animals). The equipment needed will depend on the region (city or rural remote areas) and on the individual experience of the physician. A sufficient source of light will be needed in any case.

**Conclusions:** Home visits remain an important component of family doctors’ routine with a huge variety of aspects that needed to be thought of. Therefore planning, organization and performing of home visits should be learned in a structured way.

*Keywords: home visit; family medicine; postgraduate training*

### Hintergrund

Unter einem Hausbesuch wird der Besuch eines Arztes in der Wohnung des Patienten zum Zweck diagnostischer, therapeutischer oder prophylaktischer Hilfe verstanden, wenn dieser wegen der Schwere der Erkrankung oder seines Allgemeinzustands nicht in der Lage ist, die Praxis aufzusuchen [1].

Obwohl sie als eine der charakteristischen Tätigkeiten eines Allgemeinarztes gelten, existieren zu einigen Einzelaspekten von Hausbesuchen kaum wis-

senschaftliche Belege [2]. In Deutschland ist jeder niedergelassene Arzt berufsrechtlich dazu „berechtigt und verpflichtet“, Hausbesuche zu erbringen [1]. In Österreich ist die Verpflichtung zum Hausbesuch in den jeweiligen Verträgen mit den Krankenkassen geregelt.

Der vorliegende Beitrag beruht auf dem Kapitel „Der Hausbesuch“ des Buchs „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (Stuttgart, Thieme-Verlag, 5. Auflage 2017 [3]). Ziel ist die Darstellung von Erfahrungen der Autoren mit Hausbesuchen und mit dem Seminar

„Hausbesuch“, das einer der Autoren (JS) seit 10 Jahren durchführt, sowie der wesentlichen Aspekte, die für die Planung, Organisation und Durchführung von Hausbesuchen erworben werden müssen.

### Suchmethodik

Pragmatische Suche ohne Sprach- oder Datumseinschränkung mit den Suchbegriffen „home visit OR house calls AND physician AND general practitio-

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universität zu Lübeck

<sup>2</sup>Landstr. 2, 3841 Windigsteig/Österreich

DOI 10.3238/zfa.2019.0066-0069

ner AND Germany“ in der Datenbank PubMed, ergänzt um die Suche im Online-Archiv der Zeitschrift für Allgemeinmedizin mit dem Suchwort „Hausbesuch“.

## Antworten auf häufige Fragen

### 1. Wie viele Hausbesuche werden durchschnittlich durchgeführt und wie lange dauern sie?

Hausbesuche dauern durchschnittlich 25 Minuten und werden in einer durchschnittlichen Entfernung von 6,5 km von der Praxis durchgeführt. Die Zahl der Hausbesuche, die ein einzelner Arzt pro Woche durchführt, liegt bei 6,5 [4]. Hausbesuchspatienten haben durchschnittlich 2,2 ICD-Diagnosen mehr als Patienten ohne Hausbesuche. Regelmäßige Besuche (definiert als zumindest zweimal im Monat) machen rund 30 % der Hausbesuche aus, sind jedoch nur bei jedem 20. Hausbesuchspatienten erforderlich [5].

### 2. Welcher Nutzen kann von Hausbesuchen erwartet werden?

Ein Hausbesuch ermöglicht eine direkt erlebte Anamnese – eine wesentliche Bereicherung für das Verständnis des Patienten. Zustand und Gestaltung des Wohnraums, die Anordnung des Schlafzimmers und die allgemeinen Platzverhältnisse geben Aufschluss über Alltagskompetenz, familiäre Interaktionen, und die wirtschaftliche Situation. Ein bisher unbekanntes Haustier gibt möglicherweise einen Hinweis auf die Ursache eines allergischen Geschehens. Auch vielerlei präventive Maßnahmen können vom Hausbesuch ausgehen: Das Kabel, über das man selbst fast stolpert, gehört thematisiert, um die Sturzgefahr zu reduzieren. Ein Laufgitter, das unmittelbar neben einem Herd steht, oder Putzmittel im Spielbereich der Kleinkinder sollten angesprochen werden.

### 3. Was sind die häufigsten Anlässe für einen akuten Hausbesuch?

Die zu erwartenden akuten Hausbesuchsanlässe sind mit knapp 10 % Schwäche/Müdigkeit, rund 9 % Kurzatmigkeit/Dyspnoe, rund 7 % Fieber, ca. 6 % Schwindel/Benommenheit sowie

Funktionseinschränkung/Behinderung und Husten, 5 % Durchfall und Erbrechen und 4 % Rückenbeschwerden [6].

### 4. Welche Arten von Hausbesuchen gibt es?

Liegt ein neues Problem als Anlass des Besuchs vor, handelt es sich um einen Erstbesuch; jeder weitere Besuch zu diesem Problem ist ein Folgebesuch.

Das Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe steht auch hier im Vordergrund. Gegenüber der Praxissituation kann die Bewertung durch eingeschränkte diagnostische Mittel, ungünstige Umgebungsverhältnisse und das Fehlen eines geübten Teams erschwert sein [7]. Nach erfolgtem Ausschluss und dem Erstellen einer ersten Situationshypothese werden die weiteren Maßnahmen veranlasst, z.B.:

- Aufklärung von Patient und Angehörigen,
- eine erste (oft symptomgesteuerte) Therapie,
- Anleitung zu allgemeinen Maßnahmen der Krankenpflege und Überwachung,
- Vereinbarung von Folgebesuchen, telefonischen Rückmeldungen oder einem Termin in der Praxis,
- weitere Untersuchungen (z.B. Labor).

Zentrale Entscheidung wird oft sein, ob das Belassen des Patienten im häuslichen Umfeld möglich ist. Ein abwarten des Offenlassens oder die Entscheidung für einen baldigen Folgebesuch werden meist auch durch die Bewertung der Umfeldbedingungen bzw. der Beurteilung der Zuverlässigkeit der Angehörigen beeinflusst sein.

Bei Folgebesuchen wird der Krankheitsverlauf beurteilt, und es werden, je nach Bedarf, weitere Behandlungsmaßnahmen eingeleitet. Psychosoziale Faktoren oder die Bewältigungsstrategien des Patienten sollten spätestens bei einem Folgebesuch genauer exploriert werden.

Bei chronischen Erkrankungen werden vor allem Hausbesuche im Bedarfsfall und regelmäßige Hausbesuche von Visiten in Pflegeheimen unterschieden [8]. Der Betreuungsbesuch dient bei chronischer Krankheit und Mobilitätseinschränkung der Kontrolle des Krankheitsverlaufs und dem Therapiemonitoring.

Geplante Hausbesuche können nach Wegstrecke und unterschiedlicher Dringlichkeit eingerichtet werden. Währenddessen sollte der Arzt für dringliche Anforderungen z.B. über ein Handy erreichbar sein.

### 5. Welche Besonderheiten in der Hausbesuchssituation müssen bedacht werden?

Bei einem Hausbesuch sollten stets möglichst gute Untersuchungs- und Behandlungsbedingungen geschaffen werden. Hierzu gehören ausreichend Platz und eine zusätzliche Lichtquelle (z.B. leistungsstarke Taschen- und Stirnlampe in der Hausbesuchstasche), störende Geräuschkulissen sollten abgestellt werden, z.B. Fernseher oder andere Geräte/Maschinen. Wegen der oft fehlenden Assistenz können Anwesende ggf. entsprechend instruiert werden. Einflüsse, welche die ärztliche Tätigkeit behindern, sollten unter angemessener Erklärung reduziert/entfernt werden: diskutierende Umstehende, Haustiere (z.B. scharfe Hunde).

Häufig liegen Informationen nur unvollständig vor. Ein digitaler Zugang in die Praxis-EDV und zu Entscheidungshilfen mittels mobiler Endgeräte ist daher zu empfehlen.

Für geplante Hausbesuche ist eine Besuchsliste sinnvoll; Angehörige von bettlägerigen Patienten sollten über den Hausbesuch informiert sein, um beim Besuch anwesend sein zu können, über aktuelle Gesundheitsfragen sprechen zu können und ggf. bei nötigen Umlagerungen des Patienten mithelfen zu können.

### 6. Welche Aspekte zum Thema Eigenschutz müssen bedacht werden?

Sonderfälle sind Hausbesuche in gefährlichen Situationen: Haustiere (Hunde, Reptilien etc.), Patienten in psychischer Krise, gewaltbereite Personen, Unfälle, gefährliche Umgebung (Stromquellen, Gase und Dämpfe etc.). Nicht vergessen: Der Selbstschutz steht im Vordergrund. Wenn eine Gefährdung vor dem Hausbesuch absehbar ist, sollte Hilfe organisiert werden, wie z.B. Polizei und andere Einsatzkräfte. Ein Fluchtweg muss stets gesichert sein. Das Auto sollte so geparkt werden, dass ohne Wenden losgefahren werden kann. In einer Wohnung sollte

der Patient, von dem eine Gefahr ausgehen könnte, nicht den Fluchtweg versperren können (Arzt hat die Türe im Rücken, nicht der Patient). Falls das Bauchgefühl Gefahr meldet, sollte die Wohnung unmittelbar verlassen werden, ggf. unter dem Vorwand „Ich habe noch etwas Wichtiges im Auto vergessen, das ich holen muss“. Im Zweifelsfall bleibt dann die Hausbesuchstasche in der Wohnung zurück [9].

### 7. Welche Besonderheiten sind bezüglich eines dringlichen Hausbesuchs zu bedenken?

Die Notwendigkeit eines Hausbesuchs aus dringlichen Gründen kann den Arbeitsablauf der Sprechstunde oft beträchtlich beeinflussen. Eine an regionale und personelle Gegebenheiten angepasste, strukturierte Vorgehensweise, die mit dem Praxisteam abgesprochen und möglichst schriftlich fixiert wird, kann dabei unterstützen, diese Auswirkung zu reduzieren.

Es ist sinnvoll, einen Ausdruck der wesentlichen Informationen der Krankengeschichte (falls nicht online einsehbar) der letzten Zeit, der Dauerdiagnosen, der Dauermedikamente, eventuell bekannter Allergien mitzuführen. Auch logistische Hinweise, wie Informationen zum Anfahrtsweg und die Telefonnummer des Patienten, sind wichtig.

Die Vorbereitung von z.B. Rezepten und Einweisungspapieren mit den Patientendaten ist ebenfalls nützlich.

Machen Sie die Patienten darauf aufmerksam (Praxisaushang, Ansagetext etc.), dass Besuchsanforderungen nicht auf den Anrufbeantworter gesprochen werden dürfen, nicht durch E-Mail erfolgen sollen und auch die Sprachbox am Handy meist nur unregelmäßig abgehört wird. Aus rechtlichen Gründen geben Sie für den Fall der Nichterreichbarkeit unbedingt eine alternative Ansprechstelle für den Notfall an!

Äußerst schwierig kann es sein, am Telefon die Dringlichkeit des Hausbesuchs zu bewerten. Je nach den Gegebenheiten in der jeweiligen Praxis sollte das Vorgehen für das ganze Team klar sein. Folgende Aspekte sind bei der Strukturierung des Vorgehens zu berücksichtigen:

- Wer im Team nimmt Hausbesuchsanfragen entgegen, wer sagt diese in welchen Fällen zu?

- Wer trifft die Entscheidung über die Dringlichkeit, in welchen Fällen ist mit dem Arzt Rücksprache zu halten?
- Welche Fragen sind routinemäßig zu stellen, welche anamnestischen Angaben sind Alarmsignale, den Arzt sofort hinzuzuziehen?
- Welche Fakten sind zu notieren (jedenfalls: Name des Patienten und des Anrufers, aktuelle Rückrufnummer, Alter, Hauptsymptome – evtl. in Originalformulierung!).

Je größer das Praxisteam, desto wichtiger ist diese Klärung. In unklaren Fällen (abhängig von Ausbildung und Kompetenz der Person, die den Anruf entgegennimmt) ist es ratsam, dass der Arzt das Gespräch selbst führt.

Wenn die anrufende Person nicht der Patient selbst ist, soll man herausfinden, ob dieser nicht in der Lage ist zu telefonieren (red flag!) oder ob der Anrufer unaufgefordert handelt. Durchaus hilfreich kann es sein, durch den Hörer zusätzliche Informationen über Hustencharakter, Atmung, Sprache und Vigilanz zu erhalten.

CAVE: Die Mitteilung von durch Laien erhobenen Symptomen oder Befunden am Telefon sind keine sichere Methode der Diagnostik.

Angesichts der beträchtlichen Rechtsfolgen versäumter ärztlicher Hilfeleistung bleibt einem im Zweifelsfall nur die Durchführung des Hausbesuchs. Eine Abgabe an den Rettungsdienst (z.B. da man gerade dringlich besetzt ist) sollte nur in direkter Kommunikation mit der übernehmenden Stelle durch den Arzt erfolgen, da Patienten und Angehörige dieser Aufforderung z.B. aus Angst vor einer Einlieferung ins Krankenhaus erfahrungsgemäß häufig nicht nachkommen.

### 8. Welche Ausstattung wird für Hausbesuche benötigt?

In der Hausbesuchstasche sollten alle Utensilien enthalten sein, die bei häufigen, aber auch seltenen, kritischen Situationen gebraucht werden. Medikamente sollten für häufige Indikationen wirksam sein und bei längerer Lagerung unter extremeren Witterungsbedingungen wenig Schaden nehmen. Trotz gewährleistetester Haltbarkeit sollten v.a. injizierbare Medikamente nach Sommer und Winter jeweils erneuert werden. Temperaturgrenzen (Adrenalin!) sind zu be-

achten, eine Isoliertasche mit Autostecker ist bei sehr hohen oder niedrigen Temperaturen zu empfehlen. Um Ablaufdaten mitgeführter Medikamente nicht zu übersehen, sollte eine Kontrolle in festgelegten Abständen dokumentiert werden. Dabei sollten auch alle Batterien überprüft werden. Die Ausrüstung sollte in kritischen Situationen ausreichen, eine Notfallversorgung bis zum Eintreffen eines Notarztteams aufrechterhalten zu können. Ansprüche an die Ausrüstung werden sowohl mit den unterschiedlichen Erfordernissen des Praxisstandorts (Land, Stadt) und den Erfahrungen des Arztes variieren. Allgemein sollte Routine in der Medikamenten-Anwendung vorliegen, und das für die Versorgung von Notfällen benötigte Material sollte von hoher Qualität sein, eben weil es relativ selten benötigt wird.

Je nach spezifischem Arbeitsbereich der Praxis kann es sinnvoll sein, ergänzende Koffer einzurichten, die eine erweiterte Therapie oder Diagnostik in speziellen Bereichen erlauben. Zum Beispiel eine Tasche für das Legen von Kathetern, eine für die Versorgung chronischer Wunden und ein Notfallkoffer mit allen Hilfsmitteln für Reanimation und Basic Life Support [10, 11].

Die Grundausrüstung einer Hausbesuchstasche kann Folgendes beinhalten:

- Basis-Instrumentarium:
  - Stethoskop
  - Otoskop mit Trichter (Kinder/Erwachsene)
  - Blutdruckmessgerät mit unterschiedlich breiten Manschetten
  - Untersuchungslämpchen
  - Reflexhammer
  - Harnteststreifen
  - Blutzucker-Schnelltestgerät
  - Fieberthermometer
  - Stauschlauch
  - Blutabnahmeröhrchen für dringliche Laborproben.
- Erweiterte-Ausstattung:
  - Pulsoxymeter
  - Klein-EKG zur Schnelldiagnostik von Rhythmusstörungen
  - wichtigste Formulare
  - Einmalkatheter.
- Orale Medikamente:
  - Antihistaminikum
  - Analgetika
  - Benzodiazepin
  - Betamimetikum
  - Clopidogrel

**Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser ...**



... ist Facharzt für Allgemeinmedizin, er leitet das Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein am Campus Lübeck. Seine Forschungsschwerpunkte neben der Weiterbildungsforschung sind aktuell „die Primärarztpraxis der Zukunft“, eHealth und die Versorgung chronisch kranker Patienten.

- Corticoid
- Nitro-Spray
- Protonenpumpeninhibitor.
- Parenterale Medikamente:
  - Acetylsalicylsäure
  - Analgetika
  - Antihistaminikum
  - Antiemetikum
  - Broncholytikum
  - Corticoid
  - Diuretikum
  - Glukose
  - Sedativum
- Neuroleptikum
- (niedermolekulares) Heparin
- Infusion zur Volumensubstitution [12–14].

### Schlussfolgerungen

Hausbesuche beanspruchen den durchführenden Arzt und die Praxisstruktur auf vielfältige Weise. Daher erfordern die Planung, Organisation und Durchführung von Hausbesuchen ein gutes

Management. Die wesentlichen Eckpunkte sind:

- Strukturierte Bewertung der Dringlichkeit und Erfassung der nötigen Informationen,
- Verfügbarkeit des möglicherweise benötigten Materials, der Route, der benötigten Unterlagen, der relevanten Telefonnummern,
- Aufmerksamkeit auf Umgebungsfaktoren, um für Sicherheit für sich selbst und weitere Beteiligte zu sorgen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser  
Universität zu Lübeck  
Institut für Allgemeinmedizin  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
jost.steinhaeuser@uksh.de

### Literatur

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Juli 2018. [www.kbv.de/media/sp/BMV\\_Aerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf) (letzter Zugriff am 21.11.2018)
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). GP-led home visits (Chapter 6). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organization. NICE guideline 94 March 2018 [www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/06.gpled-home-visits-pdf-4788818467](http://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/06.gpled-home-visits-pdf-4788818467) (letzter Zugriff am 21.11.2018)
3. Wendler M, Rabady S, Steinhäuser J. Der Hausbesuch. In: Kochen MM, Hrsg. Allgemeinmedizin und Familienmedizin (5. Auflage). Stuttgart: Thieme 2017: 34–43
4. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits – central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 2011; 12: 24
5. Snijder EA, Kersting M, Theile G, et al. Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. Gesundheitswesen 2007; 69: 679–685
6. Voigt K, Liebnitzky J, Riemenschneider H, et al. Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen. Erste Ergebnisse der SESAM-3-Studie. Z Allg Med 2011; 87: 65–71
7. Stunder W.A. Hausärztliche Notfallbesuche tagsüber und in der Nacht. Vergleich in einer südbadischen Landarztpraxis. Z Allg Med 2012; 88: 507–512
8. Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. BMC Fam Pract. 2016;17: 123
9. Rowe L, Morris-Donovan B, Watts I. RACGP – General Practice – a safe place (education module). RACGP 2011 [www.racgp.org.au/download/documents/PracticeSupport/2011educationmodule\\_safeplace.pdf](http://www.racgp.org.au/download/documents/PracticeSupport/2011educationmodule_safeplace.pdf) (letzter Zugriff am 21.11.2018)
10. Jäger C, Reiding K, Ledig T, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Herausforderung komplexe Wunde – eine Übersicht über Wundauflagen. Z Allg Med 2012; 88: 313–319
11. Steinhäuser J, Hrsg. Praxisskills Allgemeinmedizin. Medizinische Prozeduren für die Hausarztpraxis. 2. unveränd. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2018
12. Chenot J-F, Blank WA. Was gehört in die Hausbesuchstasche? Eine Befragung erfahrener Hausärzte. Z Allg Med 2010; 86: 241–245
13. Straßner C, Kaufmann-Kolle P, Flum E, Schwill S, Brandt B, Steinhäuser J. Entwicklung eines hausärztlich-pharmakologischen Curriculums: Identifizierung und Charakterisierung von hausärztlich relevanten Wirkstoffen mit oraler Applikation. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2017; 122: 41–47
14. Lehmke J. Ärztlicher Bereitschaftsdienst: Was in den Notfallkoffer gehört. Dtsch Arztebl 2016; 113: A-870/B-736/C-724