



5. SÄCHSISCHE EPIDEMIOLOGISCHE STUDIE IN DER ALLGEMEINMEDIZIN (SESAM-5): HAUSBESUCHE



Ergebnisse einer Querschnittstudie mit
sächsischen allgemeinmedizinischen Praxen

Fabian Lenz, Antje Bergmann, Karen Voigt

In Kooperation mit:



Sächsische Gesellschaft für
Allgemeinmedizin (SGAM) e.V.

IMPRESSUM

Titel:

5. Sächsische Epidemiologische Studie in der
Allgemeinmedizin (SESAM-5): Hausbesuche.
Ergebnisse einer Querschnittstudie mit sächsischen
allgemeinmedizinischen Praxen

Autoren:

Fabian Lenz, Antje Bergmann, Karen Voigt

Mai 2020

Technische Universität Dresden

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus

Bereich Allgemeinmedizin/Medizinische Klinik 3

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

SESAM-5-Projektleitung und Kontakt:

Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

Vorwort

Hausbesuche sind ein Kernelement des hausärztlichen Tätigkeitsspektrums. Aus individuellen Berichten und Fallschilderungen ist bekannt, wie vielfältig und anspruchsvoll die Versorgung von Hausbesuchspatienten sein kann. Es gibt jedoch kaum belastbare Zahlen, die Auskunft über die Arbeitsinhalte bei Hausbesuchen geben.

Dieser Forschungslücke widmet sich die 5. Sächsische Epidemiologische Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM-5), die der Bereich Allgemeinmedizin/MK3 der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden mit Unterstützung der Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) durchführte. Mehr als 400 sächsische Hausärztinnen/Hausärzte oder deren Medizinische Fachangestellte dokumentierten mehr als 4.000 Hausbesuche. Dieser SESAM-5-Datenschatz gibt Einblicke in die organisatorische Struktur und das Aufgabenspektrum bei Hausbesuchen und beschreibt Merkmale von Hausbesuchspatienten. Durch die Teilnahme groß-/mittel-/kleinstädtischer und ländlicher Hausarztpraxen ist es möglich regionale Versorgungsunterschiede in der Hausbesuchstätigkeit zu beschreiben.

Die hier vorgestellten Ergebnisse waren nur durch die aktive Mitarbeit der sächsischen Hausarztpraxenteams möglich, die parallel zur alltäglichen Patientenversorgung die zusätzlichen Mühen der Dokumentation auf sich genommen haben. Ihnen gilt an allererster Stelle unser herzlicher Dank. Wir danken auch allen Hausärzten, Projektmitarbeitern, Doktoranden, Studenten, die sich in die methodische Entwicklung der Studie und die Datenaufbereitung und -auswertung einbrachten.

Die vorliegende Broschüre fasst zentrale SESAM-5-Ergebnisse zusammen und stellt sie in dieser Form für den öffentlichen wissenschaftlichen wie auch berufspolitischen Diskurs zur Verfügung.

Dr. rer. medic. Karen Voigt
Projektleiterin SESAM-5

Dr. med. Andreas Schuster
Präsident der Sächsischen
Gesellschaft für Allgemeinmedizin
(SGAM)

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	3
Hintergrund.....	7
Methodik.....	8
Ausgewählte Ergebnisse.....	11
1 Beschreibung der Stichproben	11
2 Organisatorische Merkmale der Hausbesuche	17
3 Inhalte von Hausbesuchen.....	18
4 Stadt-Land-Unterschiede	20
5 Arbeitsbelastung von Hausärzten	22
6 Delegation bei Hausbesuchen	24
7 Hausbesuche im Pflegeheim.....	25
8 Hausbesuchspatienten mit Demenz: Einschätzung der Qualität der alltäglichen Unterstützung.....	27
9 Zentrale Ergebnisse auf einen Blick.....	28
Tabellenverzeichnis.....	29
Abbildungsverzeichnis.....	29
Literaturverzeichnis	30

Hintergrund

Die demographische Entwicklung Deutschlands bringt seit Jahren einen steigenden medizinischen Versorgungsbedarf insbesondere der älteren, meist multimorbiden Bevölkerung mit sich (Hoffmann et al., 2013; RKI, 2015). Ältere und multimorbide Patienten sind teilweise in ihrer Mobilität so eingeschränkt, dass sie im häuslichen Milieu versorgt werden müssen. Hausbesuche (HB) sind deshalb ein wesentlicher Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit (Fachdefinition DEGAM, 2002). Dennoch gehen die Zahlen der tatsächlich durch Hausärzte¹ durchgeführten HB seit Jahren national und international zurück (Vinker et al., 2000; Boerma et al., 2001; Snijder et al., 2007; Voigt et al., 2011 und 2013). Die Gründe dafür sind vielschichtig: einerseits kompensieren technische Lösungen (Telemedizin, Fahrdienste) einige der HB, andererseits führen die (drohende) regionale hausärztliche Unterversorgung meist kombiniert mit Überlastung der Hausärzte zur Reduktion der HB (Schäfer et al., 2011; Salzmann et al., 2015).

Abrechnungsdaten geben Auskunft über die Anzahl der durchgeführten HB, zugehörigen Wegstrecken und ermöglichen die Beschreibung der Patientengruppe, die HB erhält. Wenig ist hingegen bekannt, warum ein HB durchgeführt wird und was während des HB mit welchem Ergebnis passiert. Diesen inhaltlichen Fragen ist die SESAM-5 nachgegangen, die sich in die epidemiologische SESAM-Studienreihe der SGAM einfügt.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, die Angaben im Text beziehen sich immer auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht anders ausgewiesen.

Methodik

Rekrutierung und Datenerhebung

Die SESAM-5 wurde im Zeitraum von Juli 2014 bis Juni 2015 in Hausarztpraxen in Sachsen durchgeführt. Die angewendeten Methoden und Erhebungsinstrumente waren zuvor in einer Pilotstudie (Voigt et al.; 2016) entwickelt und getestet worden. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der TU Dresden stimmte der Studiendurchführung zu (EK 350092013).

Alle hausärztlich tätigen und in der kassenärztlichen Vereinigung in 2014 registrierten sächsischen Allgemeinmediziner (n=2672) wurden postalisch eingeladen an der Studie teilzunehmen. Bei Interesse an einer Teilnahme sendeten die Hausarztpraxen eine schriftliche Einverständniserklärung an den Dresdner Bereich Allgemeinmedizin zurück (n=303). Im Anschluss wurde den teilnehmenden Praxen ein zufällig ausgewählter einwöchiger Dokumentationszeitraum zugeteilt. Dieser Zeitraum wurde durch Mitarbeiter des Bereichs Allgemeinmedizin randomisiert, um ein möglichst reales und unverzerrtes Abbild der Versorgung zu erhalten. Durch diese Methodik wurden saisonale Einflüsse ausgeschlossen. Eine frühzeitige Zusendung der Dokumente sowie eine telefonische Beratung sollten den Ablauf für die teilnehmenden Hausärzte vereinfachen. In der zugeordneten Woche dokumentierten die Hausärzte und Praxismitarbeiter der teilnehmenden Praxen anonymisiert jeden durchgeführten HB in dem zugesendeten Dokumentationsbogen. Darin wurden soziodemographische Merkmale und krankheitsspezifische Informationen der besuchten Patienten abgefragt. Neben bekannten Dauerdiagnosen des Patienten und den Beratungsanlässen sowie -ergebnissen des HB, wurde auch die Art (geplant/angefordert; Routine/Notfall) und der Zeitaufwand des HB sowie durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen erhoben.

Weiterhin wurde von jedem Hausarzt ein Fragebogen ausgefüllt, der persönliche sowie praxisbezogene Fragen

erfasste. Alle angestellten ärztlichen oder nichtärztlichen Praxismitarbeiter, die im Dokumentationszeitraum Hausbesuche durchführten, waren ebenfalls aufgefordert einen Fragebogen zu ihrer beruflichen Qualifikation auszufüllen.

Aufbereitung der Daten

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die vollständigen Dokumentationsbögen von 253 teilnehmenden Praxen mittels SPSS erfasst und ausgewertet (Abbildung 1).

Die Kodierung der Patienten-Dauerdiagnosen erfolgte durch ärztliche Mitarbeiter des Bereichs für Allgemeinmedizin mithilfe der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10 (ICD-10). Die Beratungsanlässe und -ergebnisse der Hausbesuche wurden mittels der International Classification of Primary Care-2 (ICPC-2) kodiert.

Es erfolgte eine deskriptive Analyse der Daten, sowie eine statistische Auswertung unter Anwendung nicht-parametrischer Tests.

Das Studienprotokoll, das die Methodik umfassend beschreibt, wurde im British Medical Journal Open publiziert: Voigt K, Bojanowski S, Taché S, Voigt R, Bergmann A. Home visits in primary care: contents and organisation in daily practice. Study protocol of a cross-sectional study. BMJ Open 2016; 6:e008209.doi:10.1136/bmjopen-2015-008209

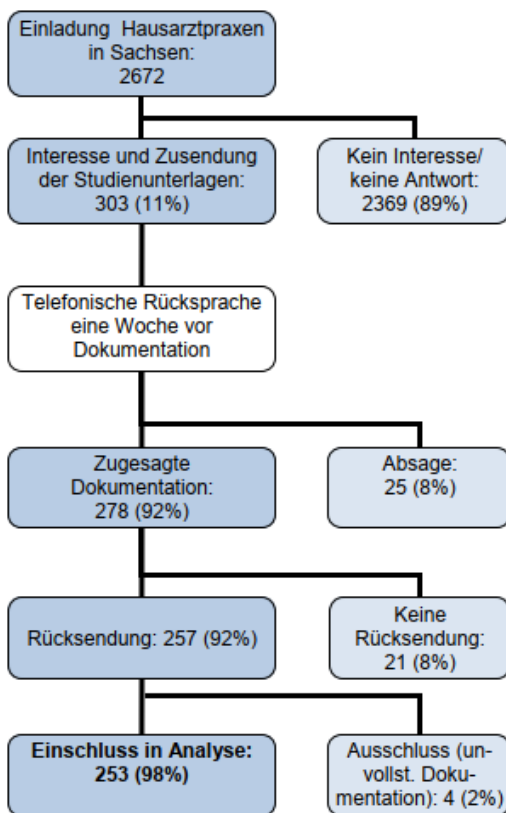


Abbildung 1: Flussschema Rekrutierung und Einschluss

Ausgewählte Ergebnisse

1 Beschreibung der Stichproben

Hausarztpraxen

Beim Großteil der teilnehmenden Hausarztpraxen handelte es sich um Einzelpraxen (63,5 %), knapp ein Drittel waren Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften. Nur ein sehr geringer Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n=7) waren einem MVZ zugehörig (Tabelle 1).

Ungefähr ein Viertel der teilnehmenden Praxen befanden sich in dörflichen Gemeinden mit <5.000 Einwohnern. Der überwiegende Anteil der Praxen waren in klein- bis mittelstädtischen Gemeinden angesiedelt und knapp ein Fünftel befanden sich in einer Großstadt.

Die geschätzte Scheinzahl pro Quartal lag bei durchschnittlich 1135 Scheinen ($\pm 406,6$ SD), dabei variierten die Angaben der teilnehmenden Hausärzte zwischen 300 und 3000 Scheinen. Die durchschnittliche Anzahl an Hausbesuchen pro Woche wurde auf 19 Hausbesuche geschätzt ($\pm 9,5$ SD), mit einer Spannweite von 1 bis 60 Hausbesuche. Im Durchschnitt wurden 31 Pflegeheimpatienten (± 30 SD) pro Praxis betreut.

Über die Hälfte der teilnehmenden Hausärzte gaben an Hausbesuche zu delegieren. Dabei erfolgte der Großteil (74,5 %) der Delegationen an medizinisches, nicht-ärztliches Personal.

Tabelle 1: Strukturelle Merkmale der Hausarztpraxen

Stichprobenmerkmale	statistisches Maß	Studienteilnehmer (n=271)
Typ der Arztpraxis		
Einzelpraxis	n (%)	169 (63,5 %)
Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	n (%)	90 (33,8 %)
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	n (%)	7 (2,6 %)
Gemeindegrößen		
< 5.000	n (%)	71 (26,7 %)
5.000 – 10.000	n (%)	49 (18,1 %)
10.000 – 50.000	n (%)	80 (29,5 %)
50.000 – 100.000	n (%)	9 (3,3 %)
> 100.000	n (%)	57 (21,0 %)
Scheinzahl pro Quartal		
	M (SD)	1135 (406,6)
	Min - Max	300 - 3000
Geschätzte Anzahl HB pro Woche		
	M (SD)	14 (9,5)
	Min - Max	1 - 60
Geschätzter Anteil Patienten > 65 Jahre (%)		
	M (SD)	52,4 % (16,2 %)
	Median	50,0 %
	25./75.Quartil	40,0 %/65,0 %
Geschätzte Anzahl betreuter Pflegeheimpatienten		
	M (SD)	31 (30)
	Median	25
	25./75.Quartil	11/40
Delegation von HB		
	n (%)	143 (52,8 %)
Delegierte HB		
	n (%)	476 (11,1 %)

M... Mittelwert, SD ... Standardabweichung

Hausärzte

Die an SESAM-5 teilnehmenden Hausärzte waren durchschnittlich 51,2 Jahre alt ($\pm 8,8$ SD), 63,5 % waren weiblich (Tabelle 2).

Der Großteil (87,5 %) arbeitete in eigener Niederlassung. 26 Hausärzte (9,6 %) waren angestellt, acht davon arbeiteten in Teilzeit.

Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale der Hausärzte

Stichprobenmerkmale	Statistisches Maß	Studienteilnehmer (n=271)
Weiblich	n (%)	172 (63,5 %)
männlich	n (%)	95 (35,1 %)
Alter in Jahren	M (SD) Min - Max	51,2 (8,8) 32 - 74

M... Mittelwert, SD ... Standardabweichung

Nichtärztliches Praxispersonal

Es nahmen insgesamt 224 nichtärztliche Praxismitarbeiter (NäPra) an der Studie teil (Tabelle 3), die 476 delegierte Hausbesuche (11,1 %) dokumentierten. Die NäPra waren fast ausschließlich weiblich, lediglich vier waren männlich. Das durchschnittliche Alter betrug 44,6 Jahre ($\pm 11,0$ SD).

Ungefähr ein Drittel der NäPra verfügte über eine Berufsausbildung in der Gesundheits- oder Krankenpflege. 27,7 % waren Arzthelfer/innen und weitere 17 % Medizinische Fachangestellte. Zwölf NäPra (5,2 %) verfügten über mehrere Berufsausbildungen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale der Nichtärztlichen
Praxismitarbeiter

Stichprobenmerkmale	statistisches Maß	NäPra (n=224)
weiblich	n (%)	212 (94,6 %)
männlich	n (%)	4 (1,8 %)
Alter in Jahren	M (SD) Min - Max	44,6 (11,0) 22 - 65
Berufsausbildung		
Medizinische Fachangestellte	n (%)	38 (17 %)
Arzthelferin	n (%)	62 (27,7 %)
Medizinisch-techn. Assistentin	n (%)	6 (2,7 %)
Gesundheits-/Krankenpflege	n (%)	78 (34,8 %)
mehrere	n (%)	12 (5,2 %)

Dokumentierte Hausbesuchspatienten

Insgesamt wurden die Daten von 4283 Hausbesuchspatienten (HB-Patienten) erfasst (Tabelle 4). Diese Stichprobe setzte sich überwiegend aus älteren Patienten zusammen, der Mittelwert des Alters lag bei 82,3 Jahren ($\pm 11,1$ SD). Mit fast zwei Drittel der Stichprobe war der Anteil weiblicher Patientinnen höher.

Tabelle 4: Merkmale der Hausbesuchspatienten

Stichprobenmerkmale	statistisches Maß	HB-Patienten (n=4283)
weiblich	n (%)	2846 (66,4 %)
männlich	n (%)	1388 (32,4 %)
Alter in Jahren	M \pm SD Min - Max	82,3 (11,1) 2 - 104

Stichprobenmerkmale	statistisches Maß	HB-Patienten (n=4283)
Pflegestufe		
Pflegestufe 0	n (%)	230 (5,4 %)
Pflegestufe I	n (%)	1163 (27,2 %)
Pflegestufe II	n (%)	1050 (24,5 %)
Pflegestufe III	n (%)	385 (9,0 %)
Keine	n (%)	708 (16,5 %)
noch keine, aber beantragt	n (%)	171 (4,0 %)
Wohnsituation		
alleinlebend in eigener Wohnung	n (%)	1070 (25,0 %)
mit Partner/in oder Familie in Privathaushalt	n (%)	1363 (31,8 %)
Betreutes Wohnen	n (%)	224 (5,2 %)
Alten- oder Pflegeheim	n (%)	1525 (35,6 %)
Alltägliche Unterstützung		
Familie/Angehörige	n (%)	2264 (52,9 %)
Ambulanter Pflegedienst	n (%)	1260 (29,4 %)
Tagespflege	n (%)	36 (0,8 %)
Heimpersonal	n (%)	1531 (35,7 %)
Nachbarn	n (%)	135 (3,2 %)
Patient erhält keinerlei Unterstützung	n (%)	122 (2,8 %)
Palliative Betreuung/ Hospiz	n (%)	63 (1,5 %)
Haushaltshilfe	n (%)	14 (0,3 %)
Andere	n (%)	59 (1,4 %)

Beim überwiegenden Anteil der HB-Patienten bestand nachweislich eine Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe bei 66,1 %) oder sie befanden sich zum Studienzeitpunkt im Antragsverfahren auf eine Pflegestufe (4 %). 16,5 % der HB-Patienten hatten keine Pflegestufe.

Tabelle 5: Häufigste Dauerdiagnosen der Hausbesuchspatienten

Dauerdiagnosen	statistisches Maß	HB-Patienten (n=4283)
Arterielle Hypertonie	n (%)	2579 (60,2 %)
Diabetes mellitus Typ II	n (%)	1851 (43,2 %)
Demenz	n (%)	1180 (27,5 %)
Koronare Herzkrankheit	n (%)	875 (20,4 %)
Herzinsuffizienz	n (%)	817 (19,1 %)
Vorhofflimmern	n (%)	697 (16,3 %)
Niereninsuffizienz	n (%)	630 (14,7 %)
Gonarthrose	n (%)	614 (14,3 %)
Harninkontinenz	n (%)	564 (13,2 %)
Hyperlipoproteinämie	n (%)	498 (11,6 %)

Über die Hälfte der Stichprobe lebte in Privathaushalten, 25,0 % davon allein und 31,8 % gemeinsam mit mind. einer weiteren Person. 35,6 % der HB erfolgte bei Patienten, die im Alten- oder Pflegeheimen lebten.

52,9 % der HB-Patienten wurden durch die Familie/ Angehörige unterstützend versorgt. Durch Heimpersonal wurden 35,7 % der Patienten im Alltag unterstützt. 29,4 % erhielten alltägliche Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst. Für 2,8 % der dokumentierten HB-Patienten

wurde angegeben, dass sie keinerlei Unterstützung im Alltag erhielten.

Bei den besuchten Patienten wurden im Mittel 6,5 (\pm 4,0 SD) Dauerdiagnosen dokumentiert. Damit ist, definiert durch 3 oder mehr Dauerdiagnosen, der überwiegende Teil als multimorbide einzuschätzen (89,5 %; n=3839).

2 Organisatorische Merkmale der Hausbesuche

Die HB wurden überwiegend durch den Hausarzt realisiert (86,6 %). Einen geringeren Anteil führten Medizinische Fachangestellte (11,1 %) oder Assistenzärzte (4,8 %) durch.

Art und Dringlichkeit des HB

70,5 % waren durch den Hausarzt geplante HB. 28,7 % der HB wurden angefordert: durch Patienten selbst (9,2 %) und/oder deren Familie/Angehörige (11,0 %) und/oder Angestellte der Pflege-/Seniorenheime (14,9 %).

Fast die Hälfte der HB wurde von den Versorgern als nicht dringlich bewertet. In 1,5 % der HB handelte es sich um einen Notfall, 15,4 % wurden als sehr dringlich bewertet.

Die durchschnittliche Fahrtzeit zu einem HB betrug 8,0 (\pm 6,9 SD) Minuten. Die minimale Anfahrtszeit lag bei < 1 Minute (z.B. im Falle von mehreren Patienten im gleichen Pflegeheim oder HB bei Angehörigen im gleichen Haushalt), die maximale bei 100 Minuten. Die durchschnittliche Dauer eines HB lag bei 14,7 (\pm 9,3 SD) Minuten und dauerte zwischen <1 und 110 Minuten.

Wenn Mehrfachbesuche in einem Haushalt/Heim stattfanden, wurden durchschnittlich 7 (\pm 8 SD) Patienten besucht, dabei variierte die Anzahl zwischen 1 und maximal 43 zusätzlichen Patienten.

3 Inhalte von Hausbesuchen

Beratungsanlässe

Für die Mehrzahl der Beratungsanlässe wurde „unspezifischer Folgebesuch“ dokumentiert.

Tabelle 6: Häufigste prozedurale Beratungsanlässe bei Hausbesuchen

Beratungsanlässe	ICPC-2-Code	N	%
unspezifischer Folgebesuch	A63	1494	36,0%
teilweise Untersuchung (Kreislauf)	K31	537	12,9%
unspezifische Blutuntersuchung	A34	338	8,2 %
unspezifische Medikation	A50	312	7,5 %
unspezifische teilweise Untersuchung	A31	291	7,0 %
Blutuntersuchung (endokrinologisch)	T34	189	4,6 %
unspezifische administrative Maßnahme	A62	132	3,2 %
unspezifische Impfung	A44	127	3,1 %
Befundmitteilung	A61	121	2,9 %
teilweise Untersuchung (Haut)	S31	121	2,9 %

Tabelle 7: Häufigste symptombezogene Beratungsanlässe bei Hausbesuchen

Beratungsanlässe	ICPC-2-Code	N	%
unspezifische Allgemeinsymptome	A29	155	3,7 %
Husten	R05	118	2,8 %
Dyspnoe	R02	115	2,8 %
chronische Ulcera	S97	102	2,5 %
Schmerzen	A01	94	2,3 %
Schwäche	A04	63	1,5 %
Knöchelödeme	K07	60	1,4 %
Schwindel	N17	59	1,4 %
Fieber	A03	57	1,4 %
unspezifische Funktionseinschränkung	A28	51	1,2 %

Diagnostische Maßnahmen

In 69,8 % (n=2990) aller HB wurden symptombezogene Untersuchungen durchgeführt. Dagegen wurde bei 14,1 % der HB ein vollständiger klinischer Status erhoben. Blutentnahmen und Schnelltests, wie Blutzuckertests, INR und Abstriche, wurden bei fast einem Drittel der HB durchgeführt. Lediglich bei 262 Patienten (6,1 %) wurden keinerlei diagnostische Maßnahmen dokumentiert.

Entscheidungen

In über 60,0 % der HB entschied der Durchführende des HB, dass ein neuer Routine-HB notwendig wäre und in 10,9 % der Fälle wurde ein weiterer HB vereinbart. Außerdem wurde in 12,9 % der Fälle Rücksprache mit einem ambulanten/stationären Pflegedienst gehalten, ins Krankenhaus (3,8 %) ein- oder an einen Facharzt (6,8 %) überwiesen.

Therapie

Dass Beratung auch eine zentrale Aufgabe beim Hausbesuch ist, spiegelt sich in der SESAM-5-Stichprobe wider. Es wurden nicht nur die Patienten (68,1 %) zu den Gesundheitsproblemen beraten, sondern auch die Angehörige (25,1 %) und das Pflege-/Betreuungspersonal (36,6 %) der Patienten. In 44,2 % der Fälle erfolgte eine Arzneimittelverordnung und bei 8,4 % der HB wurden Heil-/Hilfsmittel verordnet. Weiterhin erfolgte bei 7,7 % eine Wundversorgung und bei 6,2 % wurden Impfungen durchgeführt.

4 Stadt-Land-Unterschiede

Die Praxen verteilten sich nahezu gleichmäßig auf unterschiedliche Gemeindegrößen. Die meisten befanden sich in Gemeinden zwischen 10.000 und 50.000 Einwohnern (29,8 %). Die in Tabelle 8 gelisteten Merkmale korrelierten signifikant mit der Einwohnerzahl.

Tabelle 8: Zusammenhang zwischen strukturellen Merkmalen und Einwohnerzahl

Variable	Rho	Signifikanz
Durchschnittsalter der Bevölkerung	-0,54	p<0,001
Alter der Hausärzte	-0,19	p<0,001
Scheinzahl/Quartal	-0,37	p<0,001

Daraus lässt sich ableiten, dass auf dem Land eine signifikant ältere Bevölkerung von einer signifikant älteren Ärzteschaft betreut wird. Ebenso entfallen dort mehr Scheine pro Quartal auf einen einzelnen Arzt.

Weiterhin wohnten in der Stadt anteilig signifikant mehr Patienten im Pflegeheim (55 % vs. 31 %; $p < 0,001$; Chi²-Test). Außerdem fanden auf dem Land signifikant mehr Akut-HB statt (30 % vs. 23 %; $p < 0,001$; Chi²-Test).

Vergleicht man die durchschnittliche Zahl der Hausbesuche pro Woche pro SESAM-5-Hausarzt (14,5) mit vorangegangenen Studien (Vinker et al., 2000; Boerma et al., 2001; Sneijder et al., 2007; Voigt et al., 2011 und 2013), so fällt zunächst eine deutliche Abnahme der durchgeführten Hausbesuche in den letzten Jahrzehnten auf. Die Anzahl der Hausbesuche/Woche ist mit verschiedenen Strukturmerkmalen korreliert (Tabelle 9).

Tabelle 9: Zusammenhang zwischen strukturellen Merkmalen und der Anzahl HB/Woche

Variable	Rho	Signifikanz
Durchschnittsalter der Bevölkerung	0,14	$p < 0,05$
Anzahl an betreuten Pflegeheimpatienten	0,51	$p < 0,001$
Alter der Hausärzte	0,25	$p < 0,001$
Einwohnerdichte (EW/km²)	-0,20	$p < 0,001$
Scheinzahl/Quartal	0,25	$p < 0,001$

Die Daten verweisen darauf, dass in ländlichen Regionen mit einer älteren Bevölkerung im Vergleich zu Städten ein höherer Bedarf an HB besteht. Ebenso wurde beobachtet, dass die dort arbeitende ältere Ärzteschaft mehr Hausbesuche durchführt, bzw. aufgrund des Bedarfs durchführen muss.

5 Arbeitsbelastung von Hausärzten

Im Durchschnitt führte jeder Hausarzt 14,5 Hausbesuche pro Woche durch, die durchschnittlich 27,8 Minuten dauerten. Die Gesamtdauer des HB teilt sich in 14,8 Minuten Behandlungszeit am Patienten und 13 Minuten Fahrzeit auf. Insgesamt verbrachten die SESAM-5-Hausärzte 6,7 h pro Woche bei Hausbesuchen. Die nachfolgende Tabelle 10 spiegelt den unterschiedlichen durchschnittlichen Zeitbedarf je Hausbesuch in Abhängigkeit von der Gemeindegröße wider.

Die durchschnittliche Anzahl der Hausbesuche/Woche sank statistisch signifikant mit steigender Gemeindegröße: in kleinen, ländlichen Gemeinden lag die Anzahl der HB/Woche mit 16,5 signifikant höher als in städtischen Regionen mit 12,5 ($p < 0,001$).

Die Behandlungszeit pro Hausbesuch war in klein-/mittelstädtischen Kommunen mit 16,2 Minuten am höchsten und in großstädtischen Regionen mit 12,8 Minuten signifikant niedriger ($p < 0,001$). Die Fahrzeit pro Hausbesuch war in städtischen Gebieten mit 11,4 Minuten ebenfalls signifikant niedriger als in kleinen ländlichen Gemeinden ($p < 0,001$). Die Gesamtdauer pro Hausbesuch war entsprechend in ländlichen Gebieten signifikant höher ($p < 0,001$), vgl. Tabelle 10.

Bei höherer Gesamtzeit und häufigeren Hausbesuchen ergibt sich für die berechnete wöchentliche Arbeitsbelastung durch Hausbesuche in der Summe eine signifikant höhere Belastung in Praxen kleiner Gemeinden ($p < 0,001$). D.h. die Daten belegen einen 40 % niedrigeren Zeitaufwand durch Hausbesuche für die Ärzte in der Großstadt im Vergleich zu kleinen ländlichen Kommunen. Dies ist v.a. auf die Besonderheiten ländlicher Regionen zurückzuführen (s.o.), in denen eine ältere Bevölkerung vermehrt in der eigenen Häuslichkeit lebt.

Weiterführende Publikation: Pochert M, Voigt K, Bortz M, Sattler A, Schübel J, Bergmann A. The workload for home visits by German family practitioners: an analysis of regional variation in a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2019 Jan 4;20(1):3. doi: 10.1186/s12875-018-0891-6

Tabelle 10: Arbeitsbelastung bei Hausärzten in Abhängigkeit von der Region

Ländliche Regionen	Kleinstädtische Regionen	Städtische Regionen	Großstädtische Regionen	
< 5.000	5.000 bis 10.000	10.000 bis 50.000	> 50.000	
Einwohner				
HB/Woche	16	14	12,5	
→ Die durchschnittliche Anzahl der Hausbesuche sinkt mit steigender Wohnortgröße (p<0,001).				
Zeitaufwand (in Minuten)	32,5	30	28,5	27
davon Fahrzeit	17,5	14	13	14
davon Verweildauer	15	16	15,5	13
→ Der durchschnittliche Zeitaufwand pro Hausbesuch sinkt mit steigender Wohnortgröße (p<0,001).				
Belastung (h/Woche)	8,7	7	6,7	5,6
→ Die durchschnittliche Arbeitsbelastung pro Hausarzt sinkt mit steigender Wohnortgröße (p<0,001).				

6 Delegation bei Hausbesuchen

52,9 % der teilnehmenden Hausärzte erklärten ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Delegation von Hausbesuchen, jedoch wurden lediglich 8,5 % der Hausbesuche durch nicht-ärztliche Mitarbeiter erbracht. Es zeigten sich nicht-signifikante Zusammenhänge zwischen Delegationsbereitschaft und Selbstständigkeit vs. angestellter Tätigkeit (92,4 % vs. 84,6 %; $p = 0,06$) sowie Niederlassung in einer Gemeinschafts- vs. Einzelpraxis (35,2 % vs. 31,4 %; $p = 0,09$) und höheren Scheinzahlen/Quartal (\emptyset 1183 vs. \emptyset 1092; $p = 0,07$). Die Gruppe der 224 nichtärztlichen Praxismitarbeiter, welche an der Studie teilnahmen, war mehrheitlich ausgebildet in der Gesundheits- und Krankenpflege (39,7 %) oder als Medizinische Fachangestellte (50,8 %). Die überwiegende Mehrheit der Praxismitarbeiter (82,5 %) wies keine Weiterbildung oder Zusatzqualifikation auf. 12,6 % bzw. 7 % absolvierten eine Weiterbildung zur Versorgungsassistentin bzw. nicht-ärztlichen Praxisassistentin.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass unter den sächsischen Hausärzten eine hohe Delegationsbereitschaft herrscht, welche jedoch nicht in ausreichendem Maße umgesetzt werden kann. Ein Großteil der Delegation erfolgte zum Zeitpunkt der Studierhebung eher auf persönlicher Vertrauensbasis ohne formale Weiterbildung. Ein großes Potential zur Steigerung der Delegation kann beobachtet werden und würde zur Entlastung von Hausärzten und zur inhaltlichen sowie finanziellen Aufwertung der nicht-ärztlichen Berufe beitragen.

Weiterführende Publikation: Bortz M, Schübel J, Pochert M, Bergmann A, Voigt K; Delegation von Hausbesuchen und Qualifikation nicht-ärztlicher Mitarbeiter in sächsischen Hausarztpraxen – Ergebnisse der Querschnittstudie SESAM-5. Gesundheitswesen 2020; 82: 1–8; DOI 10.1055/a-1130-6266

7 Hausbesuche im Pflegeheim

Von den Hausbesuchspatienten der SESAM-5 lebten 35,6 % in Pflegeheimen. Insgesamt wurden 1.525 Hausbesuche bei Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen dokumentiert und ausgewertet. Dabei handelt es sich zum größten Teil um Routine-Hausbesuche (71,4 %). Die Pflegeheimpatienten waren mit durchschnittlich 83,5 Jahren ($\pm 10,6$ SD) signifikant älter als die Patienten außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen. Der größte Anteil der Heimbewohner war in Pflegestufe II eingruppiert (40,2 %), 25,7 % wiesen Pflegestufe I und 18,8 % Stufe III auf. Alltägliche Unterstützung erfuhren die Heimbewohner fast ausschließlich durch das Heimpersonal (95,5 %), etwa 10 % wurden zusätzlich durch ihre Angehörigen versorgt.

Für die Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen wurden durchschnittlich 6,2 ($\pm 4,2$ SD) Dauerdiagnosen dokumentiert. Bei der Anzahl der Dauerdiagnosen konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden (Mann-Whitney-U-Test/ $p > 0,05$). Tabelle 11 zeigt die häufigsten Dauerdiagnosen der Pflegeheimbewohner. Diese decken sich weitestgehend mit denen der Gesamtkohorte.

Die Durchführung der Hausbesuche im Pflegeheim erfolgte in der Zeit zwischen 06:00 Uhr und 22:10 Uhr. Mehr als die Hälfte der Besuche wurden in der Mittagszeit (12:00 Uhr bis 15:00 Uhr) durchgeführt. In 89,6 % wurde der Hausbesuch vom Hausarzt durchgeführt. Mehr als die Hälfte (61,9 %) der Besuche wurden durch die Hausärzte selbst veranlasst, in einem Drittel (34,8 %) der Fälle forderte das Pflegeheim den Hausbesuch an. Über 80 % der Hausbesuche in stationären Pflegeeinrichtungen wurden als nicht bzw. wenig dringlich eingestuft. Als Notfall wurden lediglich 1,3 % der Hausbesuche deklariert.

Tabelle 11: Häufigste Diagnosen der HB-Patienten im Pflegeheim

Diagnose	N	%	Diagnose	N	%
1 Hypertonie	781	51,2	6 Herzinsuffizienz	281	18,4
2 Demenz	537	35,2	7 Niereninsuffizienz	212	13,9
3 Diabetes mellitus Typ II	613	40,2	8 Vorhofflimmern	193	12,7
4 KHK	309	20,3	9 Osteoporose	172	11,3
5 Harn-inkontinenz	289	19,0	10 Hyperlipoproteinämie	139	9,1

Ein Hausbesuch im Pflegeheim dauerte durchschnittlich 11,3 Minuten ($\pm 8,2$ SD). Der kürzeste Hausbesuch dauerte eine Minute, der längste 88 Minuten. Dabei waren die Hausbesuche in Pflegeheimen signifikant kürzer als in anderen Wohnformen (Kruskal-Wallis-Test/ $p < 0,001$; (11,7 Min vs. 17,0 Min). In den Pflegeheimen wurden häufig Mehrfachbesuche durchgeführt. Durchschnittlich zehn Patienten wurden pro Anfahrt visitiert, die maximale Anzahl besuchter Patienten pro Anfahrt lag bei 43 Personen.

Von den Hausbesuchen in stationären Pflegeeinrichtungen wurden insgesamt 7,7 % an nichtärztliches Personal delegiert. Routine-Hausbesuche wurden deutlich häufiger an nichtärztliches Personal delegiert als Akut-Hausbesuche (Chi²-Test/ $p < 0,05$).

Das Kapitel beruht auf Ergebnissen der Masterarbeit „Inhalte und organisatorische Merkmale von Hausbesuchen in Pflegeheimen - eine Analyse der Daten der 5. Sächsischen Epidemiologischen Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM-5)“ von Lydia Henning, MPH.

8 Hausbesuchspatienten mit Demenz: Einschätzung der Qualität der alltäglichen Unterstützung

Die Prävalenz von Demenz in der Studienkohorte betrug 27,5 % (n=1.180), in Gesamtdeutschland liegt sie bei 17,5 % (Statistisches Bundesamt, 2017). Nahezu drei Viertel (72,6 %) der besuchten Patienten mit Demenz lebten in einem Pflegeheim oder in einer Einrichtung mit betreutem Wohnen. Die Demenzpatienten der SESAM-5 waren im Durchschnitt signifikant älter ($86,0 \pm 7,5$ SD vs. $80,9 \pm 11,8$ SD Jahre; $p < 0,001$ /Mann-Whitney-U-Test) und vereinten signifikant mehr Nebendiagnosen auf sich ($6,7 \pm 4,0$ SD vs. $6,4 \pm 4,0$ SD, $p < 0,02$ /Mann-Whitney-U-Test) als Patienten ohne dokumentierte Demenz-Diagnose.

Qualität der Unterstützung

Die Qualität der Unterstützung im Alltag von Demenzpatienten wurde von den hausärztlichen Versorgern signifikant leicht besser eingeschätzt ($1,64 \pm 0,9$ SD vs. $1,74 \pm 1,0$ SD, $p < 0,05$ / Mann-Whitney-Test) als bei Patienten ohne Demenz-Diagnose. Die Unterstützung von Pflegeheim-Patienten mit Demenz wurde mit einer durchschnittlichen Schulnote von 1,5 ($\pm 0,7$ SD) bewertet, während die durchschnittliche Bewertung bei in der eigenen Häuslichkeit lebenden Patienten mit Demenz nur bei 2,1 ($\pm 1,1$ SD) lag.

Insgesamt verweisen die Ergebnisse auf den Bedarf an Unterstützung bei Patienten mit Demenz im Alltag. Während andere Dauerdiagnosen unter Mithilfe von Angehörigen oder Pflegediensten ambulant führbar sind, erfordert es bei Patienten mit Demenz eine noch umfassendere Betreuung, die häufig nur durch Unterbringung im Pflegeheim gewährleistet werden kann.

Weiterführende Publikation: Lenz F, Schübel J, Neumann R, Bergmann A, Voigt K; Beurteilung der Betreuung dementer Patienten im allgemeinärztlichen Hausbesuch; Z Gerontol Geriat 2020; DOI: 10.1007/s00391-020-01715-4

9 Zentrale Ergebnisse im Überblick

- Die HB-Patienten gehören überwiegend älteren Altersgruppen an und die meisten sind multimorbid: parallel zu Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen müssen häufig altersassoziierte Erkrankungen wie Demenz oder Folgen degenerativer Gelenkerkrankungen im HB versorgt werden.
- Es ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. In letzteren entfällt aufgrund einer älteren Gesamtbevölkerung eine höhere Hausbesuchslast auf die dort tätigen Hausärzte.
- Es besteht bei den Hausärzten eine große Delegationsbereitschaft, die empirischen Daten der SESAM-5 zeigen ein großes Delegationspotenzial auf.
- Mehr als ein Drittel der Hausbesuche finden in Pflegeheimen statt, es handelt sich überwiegend um Routine-Hausbesuche. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind mit einer längeren Verweildauer bei den Patienten assoziiert. Dabei handelt es sich häufig um medizinische Tätigkeiten, welche theoretisch an nicht-ärztliches Praxispersonal delegiert werden könnten. In der vorliegenden Studie wurde jedoch nur ein sehr geringer Anteil der Hausbesuche (7,7 %) in Pflegeheimen delegiert.
- Ein Viertel der Patienten der SESEAM-5-Stichprobe hatte eine Demenzdiagnose. Diese Patienten waren nach Einschätzung der Hausärzte insgesamt gut versorgt, insbesondere, wenn sie im Pflegeheim lebten.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strukturelle Merkmale der Hausarztpraxen

Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale der Hausärzte

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale der Nichtärztlichen
Praxismitarbeiter

Tabelle 4: Merkmale der Hausbesuchspatienten

Tabelle 5: Häufigste Dauerdiagnosen der
Hausbesuchspatienten

Tabelle 6: Häufigste prozedurale Beratungsanlässe bei
Hausbesuchen

Tabelle 7: Häufigste symptombezogene Beratungsanlässe bei
Hausbesuchen

Tabelle 8: Zusammenhang zwischen strukturellen Merkmalen
und Einwohnerzahl

Tabelle 9: Zusammenhang zwischen strukturellen Merkmalen
und der Anzahl HB/Woche

Tabelle 10: Arbeitsbelastung bei Hausärzten in Abhängigkeit
von der Region

Tabelle 11: Häufigste Diagnosen der Hausbesuchspatienten
im Pflegeheim

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussschema Rekrutierung und Einschluss

Literaturverzeichnis

Boerma W, Kringos D, Bourgueil et al. (2013). The strength of primary care in Europe: An international comparative study, *The British Journal of General Practice*: 63(616), e742-50. doi:10.3399/bjgp13X674422

Bortz M, Schübel J, Pochert M et al. (2020). Delegation von Hausbesuchen und Qualifikation nicht-ärztlicher Mitarbeiter in sächsischen Hausarztpraxen – Ergebnisse der Querschnittstudie SESAM-5. *Gesundheitswesen* 2020; 82: 1–8; DOI 10.1055/a-1130-6266

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2002). Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002: <https://www.degam.de/fachdefinition.html>

Hoffmann W, van den Berg N (2013). Morbiditätsentwicklung im demografischen Wandel. *Chirurg* 2013; 84: 286–290

Lenz F, Schübel J, Neumann R et al. (2020). Beurteilung der Betreuung dementer Patienten im allgemeinärztlichen Hausbesuch; *Z Gerontol Geriat* 2020; DOI: 10.1007/s00391-020-01715-4

Pochert M, Voigt K, Bortz Met al. (2019). The workload for home visits by German family practitioners: an analysis of regional variation in a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019 Jan 4;20(1):3. doi: 10.1186/s12875-018-0891-6

Robert-Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf; Stand: 15.09.2019

Salzmann A, Hofmann W, Heinemann S & Greß S (2015). Wie belastet sind Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland? Ein Workload-Vergleich nach Praxislage. https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/353/file/pgp_2015_03_Salzmann+et+al.pdf

Schäfer WL, Boerma WG, Kringos et al. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 12(1), 115.

Snijder EA, Kersting M, Theile G et al. (2007) Home visits in German general practice: findings from routinely collected computer data of 158,000 patients. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 679–685

Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2017 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html>

Vinker S, Nakar S & Weingarten MA (2000). Home visits to the housebound patient in family practice: A multicenter study. *Israeli general practice research network. The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 2(3), 203-206.

Voigt K, Beyer B, Bartels A, Bergmann A (2013). Versorgungsinhalte und organisatorische Merkmale von Hausbesuchen, Ergebnisse einer Querschnittstudie mit allgemeinmedizinischen Lehrpraxen der Martin-Luther-Universität Halle. http://sesam-studien.de/wp-content/uploads/2014/02/Entwurf_Broschuere_HB-f%C3%BCr-Lehrpraxen_Mai2013_final.pdf

Voigt K, Liebnitzky J, Riemenschneider H et al. (2011). Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen. *Z Allg Med*, 2(87), 65-71.

Voigt K, Bojanowski S, Taché S et al. (2016). Home visits in primary care: contents and organisation in daily practice. Study protocol of a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016; 6:e008209. doi:10.1136/bmjopen-2015-008209

