

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Hochschule Hannover
Leitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier

Die hausärztliche Sicht auf Gegenwart und Zukunft von Hausbesuchen in der
allgemeinärztlichen Praxis - eine qualitative Befragung

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin in der
Medizinischen Hochschule Hannover

vorgelegt von
Marlene Buck
aus Hannover
Hannover 2011

Angenommen vom Senat der Medizinischen Hochschule Hannover
am 12.09.2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Hochschule Hannover

Präsident/Präsidentin: Prof. Dr. Dieter Bitter-Suermann

Betreuer/Betreuerin der Arbeit: Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier

Referent/Referentin: PD Dr. rer. nat. Burkhard Jäger

Korreferent(en) / Korreferentin(nen): Prof. 'in Dr. Marie-Luise Dierks

Tag der mündlichen Prüfung: 12.09.2011

Prüfungsausschussmitglieder: Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier
Prof. Dr. Nils Schneider
Prof. Dr. Brigitte Lohff

Gliederung

1. 1	EINLEITUNG	1
1.1	Studienlage	3
1.2	Historie der allgemeinärztlichen Hausbesuchstätigkeit	5
2. 2	MATERIAL UND METHODEN	7
2.1	Qualitative Sozialforschung	7
2.2	Leitfadeninterview	8
2.3	Studienpopulation	11
2.4	Rekrutierung und Durchführung	12
2.5	Auswertung	13
3. 3	ERGEBNISSE	14
3.1	Hausbesuche und ihre Durchführung	14
3.1.1	Organisation und Struktur	14
3.1.2	Ein typischer Hausbesuch	21
3.1.3	Die verschiedenen Hausbesuchsformen	22
3.1.3.1	Hausbesuche als routinemäßige Betreuung	22
3.1.3.1.1	Hausbesuche als Betreuungsangebot an nicht primär somatisch Kranke	22
3.1.3.1.2	Hausbesuche als Überwachungsangebot an multimorbide, chronisch Kranke	25
3.1.3.2	Hausbesuche bei Palliativpatienten	26
3.1.3.3	Hausbesuche im akuten Notfall	27
3.1.3.4	Hausbesuche im Altenpflegeheim	31
3.1.3.4.1	Das Altenpflegeheim als Arbeitsumfeld	37
3.1.3.4.2	Kosten und Nutzen	44
3.2	Anreize und Hemmnisse für Hausbesuche	45
3.2.1	Subjektiv empfundene Vorteile von Hausbesuchen	46
3.2.2	Subjektiv empfundene Nachteile von Hausbesuchen	49
3.2.3	Abwägung der Vor- und Nachteile	52
3.2.4	Notwendigkeit von Hausbesuchen	54
3.2.5	Bezahlung und Marketingwert von Hausbesuchen	56
3.3	Hausbesuche als Alternative zum Krankenhausaufenthalt	62
3.4	Ein Blick auf die Zukunft der Hausbesuche	64
3.4.1	Präventive regelmäßige Hausbesuchsprogramme	66
4. 4	DISKUSSION	70
4.1	Gegenwärtiger Alltag allgemeinärztlicher Hausbesuche	71
4.1.1	Motivation und Barrieren	83
4.1.2	Die juristische Dimension der Durchführung oder Ablehnung von Hausbesuchen	88
4.1.3	Unterschiede in der Betrachtung von Hausbesuchen in Stadt- und Landpraxen	89
4.2	Alternativen zu Hausbesuchen	91
4.3	Wird es weiterhin ärztliche Hausbesuche geben?	94

4.4	Hausarzttypen und ihre Zukunftsvisionen	95
5.	5 ZUSAMMENFASSUNG UND KRITISCHE WÜRDIGUNG	97
6.	6 ANHANG	101
6.1	Begleitwort zur Promotion	101
6.2	Übersichtstabelle über in den Interviews erwähnte Themen	102
7.	7 LITERATURVERZEICHNIS	103
8.	8 LEBENS LAUF	110
	Schul Ausbildung	110
	Hochschulstudium	110
	Famulaturen	110

1 Einleitung

„Hausbesuche stellen einen wichtigen Service in der Patientenbetreuung dar.“ (1)

„Hausbesuche gehören dann [...] der Vergangenheit an.“ (2)

Diese beiden Zitate umreißen das Spannungsfeld, in dem aktuell der Stellenwert und die Gewichtung von Hausbesuchen in der ambulanten Primärversorgungspraxis (PVP) diskutiert werden. Während Hausbesuche einerseits traditionell als ein unverzichtbarer Kernbestandteil hausärztlicher Versorgung definiert werden, steht für die Anderen bereits fest, dass sie in ihrer jetzigen Form für unser Gesundheitssystem redundant sind.

Das bestehende System der hausärztlichen Versorgung befindet sich in einer Umwälzung. Die traditionelle Position des Hausarztes als „Alleinkämpfer“ in der Einzelpraxis wird zunehmend in Frage gestellt und damit auch die teilweise als überkommen empfundenen Formen der Berufsausübung dieser Ärztesgruppe. Der Hausbesuch, über Jahrzehnte als ein wesentlicher Bestandteil hausärztlicher Tätigkeit definiert, ist davon mit betroffen. (3)

So diskutieren die Medien und die Berufsgremien die Daseinsberechtigung der Hausbesuchstätigkeit und ihre Zukunft. Zum Beispiel titelt der Focus online 2008 „Unrentable Hausbesuche“ und stellt dabei fest, dass Hausärzte ihre Besuchstätigkeit drastisch reduziert haben und welche Auswirkungen diese Veränderung mit sich bringt. (4) Hausbesuche seien in der Allgemeinmedizin zunehmend unbeliebt und schon heute gebe es Ärzte, die ihren Patienten diesen Service völlig vorenthielten.

Das Berufsbild der Hausärzte, die ihre Patienten in allen Lebenslagen begleiten und sie dabei selbstverständlich im Bedarfsfall auch zu Hause aufsuchen, erscheint heutzutage nicht mehr allen Beteiligten des deutschen Gesundheitssystems zeitgemäß.

Schon vor zehn Jahren argumentierte die ZEIT ONLINE: „Der Arzt ist nur mehr Kundendienst-Mechaniker und nicht weiter Generalist der Medizin, der sich aufopferungsvoll um seine Patienten kümmert“. (5)

Die Finanzierung des Gesundheitssystems scheint an ihre Grenzen gelangt. Die aktuellen Erörterungen über eine Beitragssatzerhöhung für die Krankenversicherungen machen es deutlich. Und es geht folglich um den übergeordneten Diskussionspunkt, wie unser System weiter bezahlbar und damit funktionstüchtig bleibt, und gleichzeitig menschlich in die Zukunft geführt werden kann.

Dabei entsteht die Frage, welche Leistungen als wichtige Stützen der gesundheitlichen Versorgung nicht wegzudenken und welche verzichtbar oder überflüssig geworden sind. In unserem Fall besteht die Frage, zu welcher Leistungsgruppe der klassische Hausbesuch gehört, und ob er in der bisherigen Form beibehalten werden kann oder reformiert werden muss.

Soll beispielsweise die hausärztliche Tätigkeit weiterhin von dem allzeit ansprechbaren, in allen Lebenslagen helfenden und zu jeder Uhrzeit hausbesuchsbereiten Arzt geleistet werden? So stellt Kurzke (6) - selbst Hausarzt - klar, dass nur eine solche „Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft“ des vertrauten Hausarztes mit dem vorausgesetzten Willen zur ständigen Besuchstätigkeit seinen Patienten Sicherheit und Vertrauen geben kann. Alle neueren Modelle des organisierten Notdienstes und der Delegation der Besuchstätigkeit an andere Berufsgruppen gingen am eigentlichen Tätigkeitsfeld des Hausarztes vorbei.

Gleichzeitig gibt es seit mehreren Jahren unübersehbare Nachwuchssorgen in der Allgemeinmedizin, weil viele jüngere Ärzte sich mit dem Bild des allzeit einsatzbereiten Hausarztes nicht mehr identifizieren können. Sie sehen, wie viele ihrer älteren Kollegen heute an ihrem Belastungsmaximum arbeiten, und wünschen sich für sich selbst andere Arbeits- und Lebenskonzepte. Die aus solchen Überlegungen resultierende abfallende Arztdichte in ländlichen Gebieten verschärft das Problem zusätzlich, da hier die Distanzen für die Besuchstätigkeit wachsen und somit die zeitliche Belastung verstärkt wird.

Als Alternativen zur Arztbesuchstätigkeit werden deshalb Konzepte wie AGnES diskutiert: Krankenschwestern übernehmen in ländlichen Strukturen Routinehausbesuche bei älteren, chronisch kranken Patienten. Über Telemedizin können sie dabei jederzeit mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen und Befunde zur Bewertung in dessen Praxis senden. Dieses Konzept ist in den USA, England, den Niederlanden und Schweden längst verbreitet und hat die klassische Hausbesuchstätigkeit des Arztes dort abgelöst.

Was aber denkt der heute tätige Hausarzt über seine Besuchstätigkeit?

Die hier vorgelegte Arbeit liefert einen wissenschaftlichen Beitrag zu der Diskussion, wie die Betroffenen selbst, die Hausärzte, den Aspekt der Hausbesuchstätigkeit bewerten.

Dazu wurden 24 Hausärzte qualitativ befragt. Anhand der Auswertung dieser Befragungen wird dargestellt, welche Stellung sich die Ärzte selbst in der Versorgung der Patienten einräumen. Dabei wird das Augenmerk insbesondere auf die Hausbesuchstätigkeit gelenkt.

Alle Interviewpartner konnten dazu in Leitfadeninterviews frei zu Wort kommen. Sie wurden darüber hinaus mit Zusatzfragen angeregt, über alle Aspekte der Bewertung ihrer Hausbesuchstätigkeit zu sprechen.

Der Gesprächsleitfaden dieser Befragung, die Studienpopulation und die Auswertungsmethode werden ausführlich im Methodenteil dargestellt. Durch dieses Vorgehen steht im Zentrum dieser Arbeit der Arzt selbst mit seinen subjektiven Einschätzungen und seiner individuellen Problembewältigung. Im Rahmen der qualitativen Vorgehensweise wurden anhand der von den Ärzten selbst gesetzten Schwerpunkte Themen ausgewählt, zu welchen eine inhaltsanalytische Zusammenfassung durchgeführt wurde.

Anschließend wurden ähnliche Meinungen zu bestimmten Aspekten herausgearbeitet und im Ergebnisteil vergleichend dargestellt.

Zum Abschluss wurden die Auffassungen der in dieser Untersuchung befragten Ärzte im Kontext der bisherigen Forschungsergebnisse diskutiert und der Versuch unternommen, sie in Hinblick auf zukünftige Versorgungsmodelle bewerten.

1.1 Studienlage

Um die allgemeine Studienlage über die alltägliche Arbeitssituation der Hausärzte in Deutschland speziell zum Thema Hausbesuche zu eruieren wurde in der allgemein anerkannten Datenbank PubMed unter folgenden Schlagworten, in Kombination und einzeln, gesucht: Hausbesuche, Allgemeinmedizin, Allgemeinmediziner, Hausarzt, general medicine, homevisits, housecalls.

Im deutschsprachigen Raum sind nur wenige Studien zu finden, die sich der Thematik des allgemeinärztlichen Hausbesuchs widmen. Es gibt insbesondere keine Studien neueren Datums, die die subjektive Sicht der Hausärzte beleuchten.

Im Folgenden werden wichtige veröffentlichte Ergebnisse kurz dargestellt.

2007 haben Snijder (7) et al eine Auswertung von Praxiscomputerdaten aus dem Göttinger und Freiburger Raum vorgenommen. Dabei konnten die Abrechnungsdaten von 158.000 Patienten einbezogen werden. Ziel dieser Untersuchung war es, eine quantitative Aussage zur Besuchstätigkeit von Hausärzten in Deutschland zu machen. Die Analyse bezüglich betroffener Patientengruppen ergab, dass ältere Menschen und Frauen häufiger besucht werden als andere Patienten.

Für die Einordnung der bestehenden deutschen Besuchsverhältnisse ist es interessant Studien zu evaluieren, die das Hausbesuchsverhalten im internationalen Vergleich betrachten (9,10). Die meisten dieser Studien sind älteren Datums und beziehen sich auf Nordamerika (11,12). Außerdem existieren aber Untersuchungen aus Großbritannien (13) und der Slowakei. Exemplarisch soll hier nur die Studie von Svab (2003) (14) genannt werden, in der 165 slowenische Allgemeinärzte mittels Fragebogen zu ihrem Hausbesuchsverhalten befragt wurden. 1151 Hausbesuchsanfragen sowie 1015 durchgeführte Hausbesuche wurden analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass die Hausbesuchsrate insgesamt fällt, und dass Hausärzte deutlich mehr Hausbesuche machen, wenn sie überwiegend ältere Patienten betreuen. Letzteres deckt sich mit der bereits genannten Auswertung von Snijder (7).

Ein weiterer Gegenstand von Studien, der für die Diskussion dieser Arbeit von Wichtigkeit ist, ist die Sicht der Patienten auf ihren Hausarzt, dessen Arbeit und natürlich auch auf die Hausbesuchsmodalitäten. Vorgestellt sei hier Grol (1999) (13), der Patienten in acht europäischen und außereuropäischen Ländern zu ihren Hausärzten befragt hat, und in dessen Ergebnissen die Feststellung steht im Vordergrund, dass gerade deutsche Patienten die Hausbesuche ihres Hausarztes als überdurchschnittlich wichtig einstufen.

In der hier vorliegenden Untersuchung wurden die Hausärzte auch nach dem Potential von präventiven Hausbesuchen, die in England, Australien und Dänemark zur Regelversorgung der Bevölkerung gehören, befragt. Fleischer (2008) (14), der durch präventive Hausbesuche versorgte Patienten in einer randomisierten Studie in zwei deutschen Städten verfolgte, unterstreicht, dass regelmäßige Hausbesuche die Notwendigkeit der Aufnahme in ein Altenheim hinauszögern können. Diese Feststellung deckt sich mit Studien aus anderen Ländern. (15,16,17)

Hausbesuche sind also durchaus Forschungsgegenstand. Aber bisher fehlt die subjektive Sicht der ausführenden Hausärzte. Diese Lücke soll in der hier vorliegenden Untersuchung geschlossen werden.

1.2 Historie der allgemeinärztlichen Hausbesuchstätigkeit

Hausbesuche waren lange ein wichtiger Bestandteil der Grundversorgung aller Patienten. In der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts war es bei geringer Arztdichte völlig normal, dass ein Arzt auch große Gebiete allein abzudecken hatte. In vielen Fällen waren seine Patienten nicht motorisiert und damit nicht nur im Krankheitsfall immobil. So fuhr der Arzt, oft als einer der wenigen Autobesitzer seiner Region, zu seinen Patienten nach Hause.

Heute ist die Situation anders. Fast alle Patienten oder ihre Verwandten sind motorisiert und damit in der Lage, auch im Krankheitsfall selbstständig oder mit Hilfe in eine Praxis zu gelangen. Außerdem gibt es mittlerweile in den Städten fast flächendeckend ambulante Notdienstpraxen, die Patienten außerhalb der regulären Sprechzeiten zur Verfügung stehen und die Versorgung sicherstellen. Allein diese Umstände haben die Notwendigkeit von Hausbesuchstätigkeit ambulant tätiger Ärzte enorm eingeschränkt.

Außerdem hat sich das Arztbild insgesamt gewandelt. Die Ursache liegt unter anderem in den veränderten Arbeitsbedingungen von Hausärzten, wie sie unter anderem auch bei Gerlach (18) dargestellt werden.

Früher war der Hausarzt rund um die Uhr lebensbegleitender Ratgeber und Helfer seiner Patienten und das für sämtliche gesundheitlichen Probleme. In dieser Rolle hatte der Arzt eine große Verantwortung, gleichzeitig aber auch eine enorme Autorität und Kontrolle über die gesundheitlichen Entscheidungen seiner Patienten.

So trifft man auch in der klassischen Literatur immer wieder solche Hausarztpersönlichkeiten, die ihre Patienten mit viel Autorität und aber auch Langmut ihr Leben lang in allen Situationen von der Geburt bis ans Sterbebett betreuen. Beispielsweise taucht in Fontanes "Effi Briest" der allseits bekannte Doktor Rumschüttel im Verlaufe von Effis langjähriger Krankheit mit einer Beständigkeit an ihrer Seite auf, die Sicherheit verheißt. Schon bei seiner Vorstellung zu Beginn wird er eingeführt mit dem Argument, er versorge die Familie seit

langer Zeit und sei bewährt. Immer wieder gibt er im Verlaufe der Geschichte Ratschläge, wie der Kranken, die er seit Jahren beobachtet, am besten zu helfen sei. (19)

Das arztbetonte Berufsverständnis ist inzwischen abgelöst worden durch den patientenbetonten „Anbieter im Gesundheitswesen“. Dieser austauschbare Ratgeber für gesundheitliche Fragen wird seinerseits konfrontiert mit einem mündigen, Internet vorinformierten und damit zum Teil ungewohnt kritischen „Klienten“ des Gesundheitswesens.

Erwartet werden von dem „Dienstleister“ eine perfekte Praxisorganisation und eine Menge von selbstverständlichen Serviceleistungen. Dieses Angebot soll zu einem niedrigen Pauschalpreis erbracht werden und jederzeit zur Verfügung stehen. Dazu soll eine moderne Praxis zertifiziert sein und die Praxisinhaber sich regelmäßig fortbilden. In diesen Katalog der selbstverständlichen Leistungen rechnen viele Patienten die Hausbesuche mit ein.

Ab Anfang der 2000er Jahre wurden - von der Bevölkerung nicht wahrgenommen - Hausbesuche nicht mehr extra vergütet und waren im Pauschalbetrag, den der Hausarzt pro Quartal für alle Grundleistungen erhielt, automatisch mit eingeschlossen. Dies hat die Bereitschaft zur Besuchstätigkeit drastisch sinken lassen, so dass mit dem neuen EBM Hausbesuche wieder mit einer eigenständigen Ziffer abrechenbar gemacht wurden. Aktuell werden sie je nach Punktwert mit ca. 18 € entlohnt.

Bereits vor zehn Jahren stellte Bihl (20) fest, der Arzt komme wegen der minderwertigen Bezahlung nicht mehr zu den Patienten nach Hause. Man solle die allgemeinärztlich tätigen Ärzte stärken und so die Versorgung sicherstellen.

Hausbesuche sind darüber hinaus kostspielig und zeitaufwendig. Sie können von der sinkenden Zahl der Hausärzte bei steigendem Bedarf nicht mehr flächendeckend geleistet werden. Besonders manche Gebiete in Ostdeutschland sind mit steigender Tendenz vom Hausärztemangel betroffen. Dort ist eine flächendeckende Besuchstätigkeit überhaupt nicht mehr möglich.

Die Ärzteschaft weist auf dieses Phänomen schon seit längerem hin. Bereits 2007 äußerte Prof. Dr. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, in einer Pressemitteilung, es breche der

Nachwuchs weg. (21) Aus diesem Grund müssen neue Wege gefunden werden, um die Patienten trotzdem so gut wie möglich zu versorgen.

Die oben beschriebene zunehmende Fokussierung auf die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Tätigkeit hemmt die Hausbesuchstätigkeit. Hausbesuche können ökonomisch nicht immer effizient sein. Wenn möglichst wenige Ärzte möglichst viele Patienten mit wenig Zeit versorgen sollen, erweisen sich die Hausbesuche als Zeitbremse und Kostenmotor. Allein deshalb ist die Frequenz von Hausbesuchen hausärztlich tätiger Ärzte laut Uhlich (22) seit Einführung der Budgetierung deutlich zurückgegangen.

Unsere Gesellschaft und an vorderster Stelle die Krankenkassen fordern eine immer kosteneffizientere gesundheitliche Versorgung und drängen auf eine ökonomische Bewertung aller Bereiche des Gesundheitswesens. Darunter fallen selbstverständlich auch die Hausbesuche.

2 Material und Methoden

2.1 Qualitative Sozialforschung

Die hier vorliegende Untersuchung wählt eine qualitative Herangehensweise, um das subjektive Erleben des ärztlichen Berufsalltags im aktuellen gesellschaftlichen Kontext beleuchten zu können. In einer qualitativen Befragung bekommen die Interviewten offene Fragen gestellt, um so ihre eigenen Schwerpunkte und Hierarchisierungssysteme offen darlegen zu können.

Jede der protokollierten Äußerungen zeigt ein komplexes System aus subjektiven Emotionen, Einflüssen und Interaktionen. Die qualitative Vorgehensweise wird also gewählt, weil sich die hier interessierenden Fakten anhand vorgefertigter quantitativer Fragebögen nicht befriedigend erfassen lassen, denn sie sind vor Beginn der Datensammlung nur unvollständig bekannt und überraschen zum Teil.

Die Methode des **Leitfadeninterviews** überlässt dem Befragten - wie Lamnek (23) darstellt - die eigene Hierarchisierung und Verkettung von Tatsachen. So kann auch Beachtung finden, was nicht in zuvor definierte Kategorien hineinpasst. Darüber hinaus können komplexe Zusammenhänge mit Tiefe und Verständlichkeit betrachtet und daraus neue Erkenntnisse generiert werden.

Nur die qualitative Forschung öffnet sich ganz den Befragten und entwickelt induktiv die Daten zu den zu erforschenden Konzepten. Die Datenerhebung ist flexibel und passt sich den im Prozess erarbeiteten Ergebnissen an. Die Untersuchung berücksichtigt unvorhergesehene Begebenheiten und fokussiert auf sich herauskristallisierende Interessenspunkte der Untersuchungsobjekte.

Im Prozess der Untersuchung wird der zuvor deduktiv festgelegte Fokus der Erfassung immer wieder neu hinterfragt und - wenn erforderlich - auch verändert. Dabei wird davon ausgegangen, dass zum Zeitpunkt des Beginns nicht alle notwendigen Informationen vorliegen, sondern sich dem Interviewer durch die Datenerhebung neue Inspirationen und Ideen erschließen werden. Diese können dann sogleich weiter verarbeitet werden und in die Datenauswertung und in das weitere Vorgehen einfließen.

So wird auch von Neumann (24) darauf hingewiesen, dass der Forscher erst während der Datenerhebung seine datenbasierte Theorie entwickelt. Diese Vorgehensweise wird auch von Lamnek (25) empfohlen. Dabei weist dieser darauf hin, dass eine so gewählte Untersuchung keineswegs ziellos vonstatten ginge, sondern den Blickwinkel der Betrachtung im Laufe der Erhebung zuspitze. Holweg (26) bemerkt, dass sich die gewonnene Offenheit gegenüber dem Untersuchungsschwerpunkt nur auf die Korrektur der Vorannahmen beziehe und nicht darin gipfle, das ganze Bezugssystem von den Befragten zu übernehmen.

In der qualitativen Forschung werden also nicht vorrangig vorher gefasste Hypothesen überprüft, sondern zusätzlich der Versuch unternommen, neue Aussagen und Hintergründe zu eröffnen. Dabei versteht sich die Datenerhebung als Form der Kommunikation zwischen dem Forscher und den zu Erforschenden, die Platz für Veränderungen und Individualismus lässt.

2.2 Leitfadeninterview

Zur Datengewinnung für die vorliegende Arbeit wurde ein teilstandardisiertes Leitfadeninterview entwickelt. Die Interviews wurden in persönlichen Gesprächen durchgeführt und als Audiodateien aufgezeichnet sowie anschließend transkribiert. Der Leitfaden entstand zunächst in einer Langform, welche später in eine Stichwort-Kurzform kondensiert wurde. Fragen wurden zu den unten aufgeführten Themen gestellt, wobei sich der Schwerpunkt dieser Arbeit im Nachhinein aus den Antworten der Befragten ergab.

Die erstellte Kurzform des Interviewleitfadens sollte dem Interviewenden die Freiheit geben, flexibel auf seinen Gesprächspartner zu reagieren und das Interview und die Fragenreihenfolge zu jedem Zeitpunkt den bestehenden Gegebenheiten anzupassen. Mit diesem Mittel konnte eine möglichst natürliche Gesprächsatmosphäre geschaffen werden, die den Befragten die Möglichkeit eröffnete, sich frei zu äußern und auch Themen jenseits der Frage anzusprechen. Der Interview-Leitfaden enthielt zum Gesprächsanstoß eine provokative Einleitungsfrage („Gehören Hausbesuche zu den Kerntätigkeiten der Hausarztmedizin?“) sowie 28 offene Fragen an die interviewten Ärzte.

Alle Themenkomplexe wurden in allen Interviews angesprochen, allerdings in einer der jeweiligen Gesprächssituation angepassten Form. Bei unklaren Aussagen seitens der befragten Ärzte wurde direkt nachgefragt, um für mehr Klarheit der Interviews zu sorgen.

Es wurden Fragen zu folgenden vier großen Themenkomplexen gestellt:

Motivation zu Hausbesuchen,
Durchführung von Hausbesuchen,
Alternativen zu Hausbesuchen
und Hausbesuche im Altenpflegeheim

Im Folgenden werden nun die Fragen detailliert aufgeführt:

Themengebiet	gestellte Fragen
Provokationsfrage am Anfang	Hausbesuche gehören zu den Kerntätigkeiten vieler hausärztlicher Praxen. Sehen Sie das auch so?
Motivation	Wer braucht Ihrer Meinung nach Hausbesuche? Wann? Was ist anders an Hausbesuchen als an der Konsultation in der Praxis? Machen Sie gerne Hausbesuche? Wie fühlen Sie sich dabei?
Durchführung	Wie organisieren Sie Hausbesuche? Was beinhaltet für Sie ein typischer Hausbesuch? Gibt es einen typischen Hausbesuch? Gibt es Ihrer Auffassung nach verschiedene Arten von Hausbesuchen und welche machen Sie davon? Wie viele Hausbesuche machen Sie und wie lange dauern diese im Schnitt? Aktionsradius
Alternativen	Was glauben Sie, wie sehen Hausbesuche in der Zukunft aus? Was halten Sie von der Idee Hausbesuche von nicht-ärztlichem Personal durchführen zu lassen? Was halten Sie von der Idee des präventiven Hausbesuchs?
Hausbesuche im Altenpflegeheim	Was assoziieren Sie mit Altenpflegeheimen unabhängig von Ihrem Beruf? Welche eigenen, persönlichen Erfahrungen haben Sie mit Altenpflegeheimen? Wie stellen Sie sich Ihre eigene Versorgung im Alter vor? Bekommen Hausärzte für Hausbesuche im Altenpflegeheim genug Anerkennung? Warum machen Sie Hausbesuche im Altenpflegeheim? Wie empfinden Sie den Umgang mit Pflegepersonal, den Patienten und den Angehörigen? Welches Gefühl geben Ihnen die Besuche im Altenpflegeheim? Wie ist das Altenpflegeheim, das sie betreuen?
Schlussfrage	Wie würden Sie einem angehenden Kollegen in Sachen Hausbesuche im Altenheim und allgemein raten?

Zum Schluss wurde offen nach einem grundsätzlichen Rat an angehende Kollegen gefragt. Dadurch erhielten alle Interviewten die zusätzliche Möglichkeit, für sie wichtige Sachverhalte jenseits des vorbereiteten Fragebogens einzubringen. Allerdings wurde selten davon Gebrauch gemacht.

Nach Fertigstellung des Leitfadens wurde zunächst ein Vortest mit zwei Interviews durchgeführt, um die Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen. Der Leitfaden konnte bestätigt und der Rest der Interviews durchgeführt werden. Die Interviews wurden in den Praxisräumen oder an vom Interviewten gewählten Orten durchgeführt. So konnte eine natürliche Gesprächssituation erzielt werden, die den Befragten die Gelegenheit gab, ihre persönlichen Ansichten und Gefühle frei zu äußern.

2.3 Studienpopulation

Für die vorliegende Arbeit wurden 24 Hausärzte einzeln interviewt. Darunter befanden sich 13 Männer und elf Frauen. (Im Folgenden werden aus Vereinfachungsgründen alle interviewte Personen lediglich mit dem männlichen Nomen als „Ärzte“ bezeichnet und nicht stets auch die weibliche Form „Ärztinnen“ hinzugefügt. Das soll keineswegs eine gendersensible Betrachtung der Ergebnisse überflüssig erscheinen lassen. Diese wird an den jeweiligen Stellen, an denen sie in den Ergebnissen bedeutend erscheint, erfolgen.)

Von den 24 Ärzten arbeiten acht auf dem Land in kleineren Orten und Städten in Norddeutschland und 16 im Stadtgebiet Hannover. Bei der Auswahl der Interviewpartner wurden weitere Faktoren, die Einfluss auf die Bewertung der Hausbesuchstätigkeit haben könnten, wie Jahre der Berufstätigkeit und Art der Praxis, im Sinne eines Convenience-Samples berücksichtigt.

Die weitere Aufteilung der Befragtengruppe wird in der folgenden Tabelle dargestellt:

Gruppe	Anzahl der Befragten
in kleinen Praxen tätig (< 1000 Fälle/Quartal)	4
in großen Praxen tätig (> 1000 Fälle/Quartal)	18
keine Angaben	2
Praxistätigkeit als Hausarzt < 14 Jahre	8
Praxistätigkeit als Hausarzt > 14 Jahre	16
tätig in Praxis mit durchschnittlich vielen Rentnern (30%)	7
tätig in Praxis mit überdurchschnittlich vielen Rentnern (> 30%)	8
tätig in Praxis mit unterdurchschnittlich vielen Rentnern (< 30%)	8
keine Angaben	1
tätig in Praxis mit vielen Privatpatienten (>12,5%)	9
tätig in Praxis mit wenig Privatpatienten (< 12,5%)	14
keine Angaben	1

Es war zunächst vorgesehen gewesen, dass Ärzte aus Gemeinschaftspraxen und Einzelpraxen im Sample gleichmäßig verteilt sein sollten. Jedoch waren Hausärzte aus Einzelpraxen deutlich weniger häufig bereit, sich zu einem Interview zur Verfügung zu stellen. Als Grund für eine Absage führten sie eine sehr große Arbeitsbelastung an. So ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu beachten, dass häufig Partner von Gemeinschaftspraxen befragt wurden, in denen die Arbeitsbelastung pro Kopf durch Hausbesuche geringer sein mag als in Einzelpraxen.

2.4 Rekrutierung und Durchführung

Die Bitte um ein Interview und einen Termin wurde telefonisch oder per E-Mail vorgebracht. Dabei wurden die Ärzte ausführlich vorinformiert und konnten Rückfragen zur Studie stellen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich die Interview-Motivation von Ärzten, zu denen keinerlei persönliche Verbindung oder Bekanntheit bestand, leider äußerst schwierig darstellte. Die Interviewende hatte jedoch persönliche Kontakte zu vielen Hausärzten; diese waren in der Regel bereit, sich an der Befragung zu beteiligen. Absagen erfolgten aber auch in

diesem Kreis. Die Gründe waren wiederum ein Mangel an Zeit oder persönliche Gründe wie Erkrankungen oder familiäre Verpflichtungen.

Alle Interviews wurden durch eine Person innerhalb von zwei Monaten (23.5. bis 19.7.2007) durchgeführt. Das Interview wurde als Audiodatei aufgezeichnet wurde und dauerte im Durchschnitt ca. 40 Minuten. Im Anschluss wurden soziodemographische Angaben über einen separaten Fragebogen abgefragt.

Die aufgezeichneten Interviews wurden von der Durchführenden selbst zeitnah transkribiert, um Anmerkungen wie Gesten in Klammern aus der Erinnerung einfügen zu können. Nur Passagen, in denen nichts zu den Fragen Spezifisches erzählt wurde, wurden unter Belassung von drei Punkten gekürzt. Ansonsten wurden die Interviews wortwörtlich in voller Länge transkribiert.

2.5 Auswertung

Der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (27), die ein interpretatives Begreifen von Texten und Interviews verfolgt und dabei eine intersubjektive Objektivierbarkeit erhält, folgend, wurden deduktive und induktive Codes vergeben.

So wurden einzelnen Themenkomplexen zunächst Randvermerke und in einem zweiten Schritt Ziffern zugeordnet. So konnten Textpassagen verschiedener Interviews zu einem Thema einfacher zugeordnet und verglichen werden. Um Fehler zu vermeiden, wurde dieser Schritt von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt und danach verglichen. Damit wurde aus dem fortlaufenden Text ein abstraktes Abbild geschaffen, mit dem weiter gearbeitet werden konnte.

Schon in diesem Schritt ergaben sich erste Strukturen, die in verschiedenen Interviews wiederholt auftauchten. Dieser Arbeitsprozess erfolgte in gegenseitiger Kontrolle, wobei von einer Seite mit Atlas-Ti und auf der anderen Seite per Hand gearbeitet wurde.

Es wurden im Rahmen dieser Arbeit anhand der in den Interviews gestätigten Aussagen Kategoriesysteme entwickelt, in welche die Aussagen eingeordnet wurden, wie von Seipel (28) dargestellt. Es wurden so übergeordnete Zusammenhänge gefunden, die in der Arbeit weiter beleuchtet wurden.

Somit entstanden die Punkte der Gliederung als Querschnittbereiche, die in den Interviews als wichtige Schwerpunkte immer wieder auftauchten. Die Gliederung unterlag stets der

Anpassung an die gegebenen Arbeitsschritte und deren Ergebnisse. Sie wurde also aus den Inhalten der Interviews durch die Hierarchie der Themen bei den Befragten erstellt. Eine Übersicht der Themen und eine Angabe zur Häufigkeit ihrer Erwähnung findet sich im Anhang. Textinhalte zu einem Themenkomplex waren zuvor mit Zahlen kodiert, damit sie jederzeit schnell miteinander verglichen werden konnten. Nach dieser zahlengestützten Kategorisierung war der Vergleich einzelner Meinungen zu einem Aspekt und die Herstellung von Bezügen innerhalb der vorher definierten Gruppen Frau/Mann, Stadt/Land, alt/jung (bzw. schon lange als Hausarzt tätig/noch nicht lange als Hausarzt tätig) möglich.

Nach Feststellung gängiger Meinungen begann die Suche nach homogenen Aussagen einer einzelnen Gruppe. Dabei war es Ziel, die Sets an Handlungs- und Meinungsmustern innerhalb eines Feldes zu identifizieren, wie auch von Lamnek (29) angedacht. Dabei wurden auch Einzelmeinungen nicht außer Acht gelassen.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Aussagen der Interviews ausführlich und miteinander verknüpft dargestellt. Bei der Arbeit in den Interviews ergab sich eine Einteilung in drei Unterpunkte.

Zunächst wird die Ist-Situation der heutigen Praxis der Hausbesuche dargestellt. Dabei wird auf die Durchführung und Organisation von Hausbesuchen durch Hausärzte eingegangen. Dann werden die verschiedenen Hausbesuche dargestellt. Zuletzt wird die emotionale Seite der Hausbesuche anhand von subjektiven Anreizen und Hemmnissen von Hausbesuchen präsentiert. Anschließend werden die objektiven Vorteile von Hausbesuchen gegenüber dem Praxiskontakt dargelegt.

Im Anschluss daran wird eine mögliche Soll-Situation der Hausbesuche in der Zukunft, wie sie von den Hausärzten angedacht wird, besprochen.

3.1 Hausbesuche und ihre Durchführung

3.1.1 Organisation und Struktur

Im Folgenden wird die unterschiedliche aktuelle Organisation der Hausbesuchstätigkeit beleuchtet.

Anzahl wöchentlicher Hausbesuche

Um einen Überblick darüber zu bekommen, welche Arbeitslast Hausbesuche in der heutigen Zeit darstellen, wurde neben der qualitativen Erhebung von subjektiven Bewertungen eine quantitative Erfassung der Hausbesuche pro befragte Praxis vorgenommen. Alle Interviewten konnten ohne größeres Zögern genaue Angaben machen.

Die Angaben zeigen eine große Schwankungsbreite von insgesamt zwei bis zu 80 Hausbesuchen in der Woche. Diese Angaben erfassen bewusst nicht Altenheimbesuche, da hier in der Regel eine größere Anzahl von Patienten mit einer einzigen Besuchsanfahrt bedient wird. Sie werden später gesondert behandelt.

Es gibt unter den Befragten Ärzte, die in ihren Praxen einen großen Wert auf die Hausbesuchstätigkeit legen, und solche, die nur wenige Hausbesuche fahren. Ärzte aus den Praxen mit niedrigen Besuchszahlen gaben an, Hausbesuche auf Grund der schlechten Bezahlung reduziert zu haben, obwohl sie sie eigentlich „gerne“ durchführen würden; allerdings „nicht zu viele und nicht unter Zeitdruck.“

Zitat (Interview 10)

„Ich habe früher als Einzelpraxis sehr viele Hausbesuche gemacht, bis zu 30 in der Woche. Und ich habe das dann durch die Bildung der Gemeinschaftspraxis und durch die Umstellung der Bezahlung auf die beschriebene Weise reduziert, weil es nicht mehr bezahlt wird.“

Im Folgenden wird tabellarisch dargestellt, wie viele Hausbesuche in den verschiedenen Gruppen durchgeführt werden:

	Einzelpraxen	Gemeinschaftspraxen	Stadt	Land
Hausbesuche pro Woche im Durchschnitt	9	15	8	26

Diese Zahlen zeigen, dass in Einzelpraxen tätige Hausärzte weniger Hausbesuche durchführen als die Ärzte aus Gemeinschaftspraxen, und dass in einer Landarztpraxis Hausbesuche mehr als dreimal so häufig vorkommen als in der Stadt. Einschränkend muss aber erwähnt werden, dass die befragten Landpraxen ausschließlich Gemeinschaftspraxen waren, so dass es hier eine Überschneidung gibt. Weiterhin ist wichtig zu wissen, dass Landarztpraxen im Gegensatz zu Stadtpraxen vorrangig sogenannte Routinebesuche durchführen. Das sind mit den Patienten abgesprochene Überwachungsbesuche, die in einem regelmäßig festgelegten

Turnus (z.B. wöchentlich oder monatlich) erfolgen. Dagegen führen Stadtpraxen häufiger sogenannte Notfallbesuche durch, die wegen einer akuten Erkrankung vom Patienten angefordert und in der Regel am gleichen Tag erledigt werden.

Besuchsentfernungen

Im Folgenden werden nun die Entfernungen, innerhalb derer Hausbesuche von den Befragten gefahren werden, betrachtet. Auch diese Angaben zeigen eine große Schwankungsbreite und bewegen sich im Rahmen von 1,5 – 14 km. Der Durchschnitt liegt bei 7 km.

Erwartungsgemäß liegen Stadtpraxen mit einem Durchschnitt von 4,6 km bei der Hälfte des Durchschnitts, der in Landarztpraxen mit 9,8 km zu verzeichnen ist.

Manche Interviewte fühlten sich außerstande, genaue Kilometerzahlen anzugeben und sprachen im Ungefähren von „einem kleinen Umkreis“, oder sie machten die Angabe „eine Fahrradreichweite“. Außerdem wurde von mehreren Interviewten ausgesagt, sie würden den Radius vergrößern, wenn sie verschiedene Hausbesuche auf einem Weg erledigen könnten.

Belastungsgrenze für Hausbesuchsanzahl erreicht

Interessant sind Aussagen, die deutlich machen, dass manche Hausärzte mit der Zahl ihrer Hausbesuche an der Grenze dessen angelangt sind, was sie leisten können und wollen. Deswegen reglementieren sie die Neuaufnahme von Patienten, bei denen der Wunsch nach oder die Erfordernis von Hausbesuchen offensichtlich ist.

Zitat (Interview 13):

„Wir machen es inzwischen so, dass wir Patienten - schon seit zehn Jahren - die neu regelmäßige Hausbesuche haben wollen, in der Regel nicht mehr annehmen. Die nicht bei uns in Behandlung sind, das ist natürlich Voraussetzung, und also neu hinzukommen und dann sagen: 'Wir würden gern bei Ihnen Patient werden, aber wir brauchen Hausbesuche, wir können nicht in die Praxis kommen.' Das machen wir nicht mehr, weil wir aus unseren eigenen Patienten so viele rekrutieren, dass die uns schon - an der Wochenzahl der Hausbesuche - das wir das nicht mehr erledigen können.“

Umgang mit weggezogenen Patienten

Wichtig ist des Weiteren der Umgang mit besuchsbedürftigen Patienten, die jahrelang treu zur Patientenklintel gehörten und dann ihren Wohnort von der Praxis entfernt haben.

Es gibt Ärzte, die sagten deutlich, sie würden sich auch hier restriktiv verhalten und in einem solchen Fall Patienten gezielt an einen wohnortnahen Kollegen abgeben, weil sie die Besuchsentfernung scheuten.

Zitat (Interview 1):

„Ansonsten, wenn es weiter entfernt ist, sage ich auch den Patienten, dass sie sich bitte einen neuen Hausarzt suchen sollen.“

Hingegen gibt es auch Ärzte, die weggezogene Patienten auch besuchsweise weiterbetreuen und den längeren Anfahrtsweg billigend in Kauf nehmen, um die langfristige Bindung der Patienten an die Praxis zu erhalten, vielleicht sogar zu belohnen.

Wer führt Hausbesuche durch

Im Folgenden wird die personelle Besetzung der Hausbesuche dargestellt. Zunächst wird dabei die gängige Durchführung in den Gemeinschaftspraxen betrachtet. Hier gibt es Ärzte, die aussagten, die Hausbesuchslast würde gerecht auf alle in der Praxis arbeitenden Ärzte aufgeteilt. Es würde kein Unterschied gemacht zwischen den alteingesessenen Praxisbesitzern und später hinzugekommenen Partnern.

Andere Praxen hingegen verfahren so, dass die als „ungeliebte Pflicht“ bezeichneten Hausbesuche an die Jung-Assistenten oder Juniorpartner delegiert werden. Der sogenannte Seniorpartner übernimmt Hausbesuche hier nur zu „handverlesenen Patienten“, dazu gehören Privatpatienten, persönliche Bekannte oder Patienten mit einer langjährigen engen emotionalen Bindung. Den größten Anteil der „normalen“ Hausbesuche erledigt dann ein Assistenzarzt.

Zitat (Interview 3):

„Wir haben jetzt einen Assistenten, der im Moment da ist, der die meisten Hausbesuche macht. Dafür haben wir ihn schließlich auch eingestellt. Dann gibt es da ein paar Hausbesuche, die ich selber mache von Patienten, die ich schon lange kenne...“

Von „der anderen Seite“ beleuchtet, hört sich das wie folgt an:

Zitat (Interview 5):

„Ich bin hier nur der Assistenzarzt. Die privaten Hausbesuche macht eher der Chef.“

Die Delegation von Hausbesuchen an medizinische Fachangestellte, wie sie neuerdings in der Gebührenordnung entgolten wird, hat sich noch nicht etabliert und wird deshalb auch kaum erwähnt. Hier handelt es sich um Hausbesuche mit einfachen medizinischen Versorgungsaufgaben wie einer Blutentnahme oder einem unkomplizierten Verbandswechsel, die selbstständig von einer medizinischen Fachangestellten (MFA) durchgeführt werden. Selten werden MFA bisher von den Ärzten zur Assistenz mit zu den Hausbesuchen genommen. Beide Fälle, Assistenz oder alleiniger Helferinnenbesuch, stellen zurzeit noch eine Ausnahme dar, und sie werden als „wirtschaftlich uninteressant“ angesehen.

Hausbesuchstage

Zum Thema der Organisation der Hausbesuche gehört auch die Frage, ob Hausbesuche gleichmäßig über die Woche verteilt oder nur an bestimmten Tagen durchgeführt werden.

Es gibt Interviews, in denen beschrieben wird, dass Hausbesuche nur an Tagen, die gut in den persönlichen Kalender der Ärzte passen, durchgeführt werden. Dazu gehört in erster Linie der häufig sprechstundenfreie Mittwochnachmittag, der Zeit und Muße ließe, Hausbesuche ohne den Zeitdruck der anstehenden Nachmittagsprechstunde durchzuführen.

Natürlich finden sich auch Praxen, die jeden Tag Hausbesuche durchführen. Hier bietet jede Mittagspause den Zeitraum, um insbesondere dringendere Hausbesuche zu fahren. Auffällig ist, dass alle Praxen versuchen, zumindest den Freitagnachmittag besuchsfrei zu gestalten.

Dauer eines Hausbesuchs

Werden die befragten Hausärzte gebeten, die Dauer eines Hausbesuchs zu schätzen, werden Zeitangaben im Bereich von 20-45 Minuten pro Hausbesuche inklusive Anfahrt angegeben. Im Durchschnitt dauert jeder Hausbesuch – geschätzt von den Durchführenden - immerhin eine halbe Stunde (28 Minuten). Leider fehlen exakte Messwerte.

Interessant ist dabei die Beobachtung, dass sich die Ärzte uneinig darüber sind, inwiefern sich diese Dauer durch sie selbst steuern lässt. Hier stellen insbesondere Besuche bei älteren einsamen Patienten ein besonderes Problem dar, und es wird deutlich, dass Besuche bei solchen Patienten, die aufgrund ihrer Vereinsamung einen erhöhten Gesprächsbedarf haben, schwer zeitlich zu kalkulieren sind.

Zitat (Interview 6):

„Da ist das eine andere Situation als in der Praxis. Wenn man da merkt, es will einer einfach nur reden, das kann man relativ einfach unterbinden. Kann man bei einem Hausbesuch auch, aber da ist es dann einfach ein bisschen schwieriger.“

Erleichterung durch Organisation

In diesem Zusammenhang mit der Frage nach einer Organisation der Hausbesuche berichteten relativ viele der Befragten von einem Hausbesuchsbuch, in das die geplanten Hausbesuche eingetragen würden, um einen Überblick zu behalten. In manchen Praxen erfolgt über dieses Hausbesuchsbuch auch die vorherige Aufteilung der anfallenden Besuche auf die einzelnen beteiligten Kollegen. Gerade bei einer hohen Anzahl von Hausbesuchen scheint die vorherige Planung wichtig zu sein.

Zitat (Interview 2):

„Also, wichtig ist, dass man das zeitlich gut organisiert, so dass man bestimmte Patienten nach einer gewissen Zeit immer wieder besucht, so dass man das dann auch ein wenig planen kann. (...)Das muss schon organisiert sein, denn dann hat man nur noch ein paar, die als Notfälle ungeplant dazu kommen.“

Ein weiteres wichtiges Instrument des erfolgreichen Hausbesuchs liegt in der stringenten praktischen Vorbereitung. Dazu gehören Ausdrucke aus der EDV, die vor Ort vermutlich benötigt werden. Gerade aktuell eingetroffene Befundbriefe sind wichtig und sollen mitgenommen werden. In der Regel wird diese Arbeit von den Helferinnen übernommen, die die Hausbesuche für den Arzt vorbereiten. Keiner der Befragten erwähnt moderne Computergestützte Hilfsverfahren, um – eventuell sogar online vernetzt - mit allen in der Praxis verfügbaren EDV Daten verbunden zu bleiben.

In einigen Praxen wird auch vorher eine Route von Patient zu Patient festgelegt, um die Anfahrtzeit zu optimieren.

Das wichtigste klassische Utensil eines Hausbesuches ist eine gut eingerichtete und stets aktualisierte Arzttasche. Die Wichtigkeit einer „gut ausgerüsteten“ Tasche wird von den interviewten Ärzten immer wieder betont. Auf der anderen Seite wird die Frustration über eine schlecht gepackte „chaotische“ Tasche gerade von Gemeinschaftspraxen beklagt, in denen eine von mehreren Partnern genutzte Tasche stets konfliktträchtig ist.

Zitat (Interview 4):

„Und oft ist es ärgerlich (...) Die Hausbesuchstasche ist auch immer wieder chaotisch organisiert und man wühlt dann da so ziemlich durch. (...) oder mir fehlt dann doch der Reflexhammer, weil ich dann eine Tasche mitgenommen habe, die sonst jemand anders benutzt. Das ist einfach ein organisatorisches Problem. Das könnte man intern sicherlich verbessern.“

Da gerade bei einem Akutbesuch die zu erwartende Situation schlecht oder gar nicht einschätzbar ist, muss eine Arzttasche möglichst jeden denkbaren Notfall beherrschbar machen und einem festgelegten Standard entsprechen. Das scheint jedoch nicht immer der Fall zu sein.

Korrekte Absprache mit den Patienten

Einen weiteren Problemkreis stellt die korrekte zeitliche und örtliche Absprache mit den zu besuchenden Patienten dar. Immer wieder komme es vor, dass der seiner Meinung nach für einen Hausbesuch bestellte Arzt mit einer verschlossenen Tür konfrontiert werde, weil der Patient nicht mit seinem Eintreffen rechne und deshalb nicht öffne, oder gar nicht in seiner Wohnung sei. Dies lasse die Notwendigkeit des Hausbesuchs fraglich erscheinen.

Zusammenfassend lässt sich zum Thema Organisation der Hausbesuche feststellen, dass in den verschiedenen Praxen sehr unterschiedlich viele Hausbesuche durchgeführt werden, und die Hausbesuchstätigkeit individuell organisiert wird. Meist jedoch finden Hausbesuche nur in einem überschaubaren Umkreis statt und werden nicht selten von Assistenzärzten ausgeführt. Besonders wichtig ist für die Arbeit außerhalb des geschützten Rahmens der Praxis die richtige Ausrüstung mit Unterlagen und einer gut gepackten Tasche sowie eine unmissverständliche und verlässliche Absprache mit den zu Besuchenden.

In Zahlen ausgedrückt ergibt sich folgendes Bild des durchschnittlichen Hausbesuchs:

Die Interviewten fahren 14 Hausbesuche pro Woche mit einer Durchschnittsentfernung pro Besuch von sieben Kilometern. Sie benötigen pro Besuch etwa eine halbe Stunde mit An- und Abfahrt und verbrauchen somit sieben Wochenstunden Arbeitszeit ausschließlich für die Besuchstätigkeit.

3.1.2 Ein typischer Hausbesuch

Bei der Nachfrage nach einem „typischen“ Hausbesuch gab es sowohl Befragte, die mit einer detaillierten Antwort aufwarteten, in der ihre exakten Arbeitsschritte bei einem „typischen“ Hausbesuch aufgelistet werden. Es gab aber auch Interviewte, die einen typischen Hausbesuch nicht kennen, da auf Grund der vielen verschiedenen Krankheitsbilder jeder Besuch „anders und individuell“ sei.

Die Mehrzahl der befragten Hausärzte allerdings kennt **den typischen Hausbesuch** in zwei Versionen: Der Hausbesuch als im Voraus festgelegter Routinebesuch oder als plötzlich erforderlicher Notfallbesuch.

Zitat (Interview 19):

„Der typische Hausbesuch wäre A der Routinehausbesuch, der lange geplant ist und B der Notfallhausbesuch, der schnell gemacht werden muss.“

Es gibt keinen typischen Hausbesuch

Die Interview-Gruppe, die die oben beschriebene Einteilung in typische Hausbesuche nicht gelten lässt, führte aus, alle Patienten würden schließlich mit einem persönlichen und individuellen Problem einen Hausbesuch anfordern, und deshalb könne man Hausbesuche nur begrenzt in Kategorien vergleichen. Dies sei im Endeffekt auch der Grund, warum Hausbesuche für den Arzt interessant bleiben würden und nicht durch Wiederholung immer gleicher Handlungen „unattraktiv“ seien. Gerade die Einzigartigkeit in Kontakt und Anforderungen würde Hausbesuche zu einer willkommenen Abwechslung im Praxisalltag werden lassen.

Zitat (Interview 11):

„Das ist immer unterschiedlich. Also diesen typischen 0815 Hausbesuch gibt es nicht und das ist auch der Grund, warum ich Hausbesuche noch mache. Wenn das so wäre, würde ich das sicherlich auch versuchen abzurücken.“

Diese Ärzte wiesen darauf hin, dass mit jedem Hausbesuch wieder neue wichtige Entscheidungen getroffen werden müssten. Jedes Mal müsse die Vorgehensweise und die Therapie neu festgelegt werden, um für jeden Patienten eine für ihn in der speziellen Situation angemessene Lösung zu finden. Dies mache Hausbesuche auch so aufwendig, weil es keine Standardlösungen gäbe.

Deshalb seien natürlich auch die vom Arzt beim Hausbesuch durchgeführten Untersuchungen different, und je nach Krankheitsbild gebe es schließlich andere Punkte des Interesses.

Zitat (Interview 18):

Frage: „Gibt es etwas, was Sie immer machen?“

Antwort: „Nein, das gibt es nicht. Das kommt einfach darauf an, was der Mensch hat. Wenn einer einen hohen Blutdruck hat, ist das einfach ganz anders, als wenn einer Fieber hat.“

Es lässt sich also sagen, dass für manche Befragten keine typische Regelmäßigkeit in den Hausbesuchen zu finden ist, wovon sie sehr profitieren, weil die Hausbesuche jedes Mal wieder eine spannende Herausforderung darstellen.

3.1.3 Die verschiedenen Hausbesuchsformen

Im folgenden Kapitel werden die verschiedenen Hausbesuchsformen, die die Interviewten als Teil ihrer alltäglichen Arbeit erwähnten, näher beleuchtet. Darunter finden sich Hausbesuche, die primär der routinemäßigen Betreuung von Patienten dienen. Von diesen Hausbesuchen profitieren sowohl sozial vereinsamte, primär nicht somatisch kranke Personen als auch chronisch Kranke. Beide Gruppen von Patienten bedürfen einer kontinuierlichen Anbindung. Des Weiteren werden Hausbesuche bei todkranken Patienten zur Sterbebegleitung als auch Notfallhausbesuche bei Patienten mit akuten Krankheitsbildern dargestellt. Zuletzt wird die Arbeit der Hausärzte und ihre Hausbesuche im Altenpflegeheim beschrieben.

3.1.3.1 Hausbesuche als routinemäßige Betreuung

3.1.3.1.1 Hausbesuche als Betreuungsangebot an nicht primär somatisch Kranke

Es handelt sich hier um einen regelmäßig durchgeführten betreuenden Hausbesuch bei häufig hochbetagten Menschen, die ihr Haus nicht mehr verlassen. Bei dieser Patientengruppe stehen nicht die zumeist chronischen Erkrankungen im Vordergrund sondern die Einsamkeit des Alters. Der betreuende Hausarzt stellt so eine psychosoziale Stütze und Brücke zur Außenwelt dar. Diese Art von Hausbesuchen wird von einer großen Zahl von Interviewten als wichtiger Teil ihrer Arbeit beschrieben. Auf dem Land scheinen diese Hausbesuche einen größeren Anteil der anfallenden Hausbesuche auszumachen.

Zitat (Interview 7)

„Ein Teil der Hausbesuche sind betreuende Hausbesuche, die eigentlich nur Sozialschmiere sind und keine echte medizinische Indikation haben.“

Viele der interviewten Hausärzte sprachen in diesem Zusammenhang von einem Komplex ritualisierter Handlungen, die bei jedem Besuch durchgeführt werden. Gemeint sind die stets wiederholte verbale Zuwendung genauso wie die schnelle visuelle Beurteilung der allgemeinen Situation des Patienten. Wichtig sei es in diesem Zusammenhang, das Augenmerk besonders auf die Veränderungen des Ist-Status gegenüber dem letzten Besuch zu richten. Dieser stets neu erhobene Status gebe dem regelmäßigen Hausbesuch analog der täglichen Visite in einer Klinik durchaus einen präventiven Charakter, da auf diese Weise frühzeitig auch kleine Veränderungen erfasst und bei der Therapieplanung berücksichtigt würden.

Zitat (Interview 19):

„Das ist ja das Entscheidende: Was hat sich am Patienten verändert. Wirkt er anders. Hat er Beschwerden vielleicht, die er am Telefon nicht erwähnt hat, (...) Wenn da nichts ist, ein bisschen Smalltalk, ein bisschen soziale Betreuung.“

Aus diesem Zitat wird auch schon die Wichtigkeit des sozialen Kontaktes eines Hausbesuches für die alten Menschen deutlich. Dabei wird der Arzt mit seiner Anwesenheit und seiner Zuwendung zu einem therapeutischen Mittel. Man spreche durchaus auch über für die unmittelbare Gesundheitssituation primär nicht relevanten Dinge, z.B. über die Familie und „das Wohl des Wellensittichs“. Das diene unmittelbar dem allgemeinen Wohlfühlen des Patienten und vermittele verschlüsselt medizinisch verwertbare Informationen über das Allgemeinbefinden des Besuchten. (vergl. Interview 4, 5)

Manchmal erfährt der Arzt durch die scheinbar belanglose Unterhaltung mehr über das Befinden des Patienten, als durch klinische Untersuchungen und Tests möglich wäre.

Zitat (Interview 17):

„Beispiel bei Demenz – ich finde diese Testungen nicht so sinnvoll. (...) Da kann man mal lieber mit denen durch den Garten gehen und gucken: Wie gut können die laufen? Wie fit sind die? Hat man das Gefühl, die haben Schmerzen beim Laufen? Wissen die noch, wo ihre Erdbeeren sind? So dass man halt wirklich guckt und versucht an deren Leben teilzunehmen.“

Auch die eigentlichen Untersuchungen wurden häufig als ritualisiert beschrieben.

„Der Klassiker“ sei das bei keinem Hausbesuch fehlende Blutdruckmessen und Pulsen unabhängig davon, ob die Klärung der Kreislaufbeurteilung im Einzelfall erforderlich sei. Es wird deutlich, dass der Ausgang dieser Messungen eigentlich völlig nebensächlich ist, und das Ergebnis vielleicht nicht einmal vollständig zur Kenntnis genommen wird. Der Effekt liege in der dem Patienten dokumentierten, professionell dargebotenen Zuwendung und Aufmerksamkeit, die von Letzterem als selbstverständlich und vor allem unabdingbar angesehen werde. Auf diese Weise habe der Arzt auch bei einem rein sozialen Betreuungsbesuch die somatisch medizinische Indikation seiner Anwesenheit - wenn auch vordergründig - legitimiert.

Zitat (Interview 4):

„Blutdruckmessung mache ich sehr regelmäßig. Das gehört fast immer dazu bei einem Hausbesuch. Wenn ich bei solchen Routinehausbesuchen die Dame alle zwei Wochen sehe, dann sehe ich das fast vorsorglicher. Das ist eine Art der Zuwendung dann auch.“

Die Bewertung dieser Art von Hausbesuchen durch die ausführenden Hausärzte ist von großer Wichtigkeit. So sagten einige der Interviewten, ein Hausbesuch mit rein sozialer Indikation sei keine Aufgabe eines Hausarztes. Ein Arzt sei schließlich für die gesundheitliche Versorgung eines Patienten zuständig und nicht ein „Mädchen-für-alles“. Letzteres sollte von der Gesellschaft auch nicht als selbstverständlich angenommen werden. (vergl. Interview 7)

Gerade von den jüngeren Hausärzten wurde immer wieder deutlich ausgesagt, dass sie sich für diese Aufgabe weder ausgebildet noch berufen sähen. Sie seien doch schließlich Ärzte geworden, um kranke Menschen zu behandeln oder Menschen durch Prävention zu helfen, nicht krank zu werden. Die soziale Vereinsamung inmitten unserer Gesellschaft zu mindern, fiele nicht unter diese Aufgabe.

Zitat (Interview 5):

„Das heißt nicht, dass ich die soziale Indikation nicht sinnvoll finde, aber ich empfinde mich nicht als sinnvoll dafür ausgebildet. Es war nicht mein Berufsziel Seelsorger zu werden. Das ist für mich einfach ein gesellschaftliches Problem, was wir uns gezüchtet haben über viele Jahrzehnte und da ist der Arzt nicht dafür da, das aufzulösen.“

oder Zitat (Interview 6):

„Sonst für die sozial betreuenden Besuche, da ist die Frage, wo man das unterbringen will als Gesellschaft, ob man das streichen will oder das tragen will, ob das der Pastor übernimmt oder ein ausgebildeter Sozialarbeiter.“

Ein Großteil der befragten Ärzte (16 von 24) sagte ganz klar aus, dass sie auch Hausbesuche mit fragwürdiger bis nicht vorhandener medizinischer Indikation tätigen würden. Die Darstellung der Verteilung der Personen auf die verschiedenen Gruppen erfolgt tabellarisch:

	Gruppen					
	Stadt	Land	♀	♂	jung	Alt
Anzahl	12	4	7	9	4	12
Befragter						

3.1.3.1.2 Hausbesuche als Überwachungsangebot an multimorbide, chronisch Kranke

Ein anderer von den Hausärzten beschriebener, regelmäßiger Hausbesuch ist der Routinehausbesuch als Überwachung bei einem chronisch kranken, invaliden Patienten jeden Lebensalters. In erster Linie seien es in diesem Fall aber Patienten jenseits des sechsten Lebensjahrzehnts. Diese bräuchten eine Überwachung und unaufwendige Untersuchungen, um eine Verschlechterungstendenz ihres Gesamtzustandes rechtzeitig aufzudecken.

Als typische Krankheitsbilder dieser Gruppe wurden der langjährig manifeste Diabetes mellitus mit Spätfolgen und die Antikoagulationstherapie eines eingeschränkt mobilen Patienten benannt. Anders als bei zuvor besprochenen, eher sozialmedizinisch überwachenden Besuchen handele es sich hier um somatisch Kranke mit apparativem Überwachungsbedarf. Hier seien die oben angesprochenen Messungen (Blutdruck, Puls, Lungenauskultation, Blutzucker) obligat und messgenau durchzuführen und zu bewerten. Diese Patienten würden in den meisten Fällen auch im Rahmen von Disease-Management-Programmen überwacht.

Zitat (Interview 23):

„Und wenn das Diabetiker sind, dann guckt man sich das an wie das Zuckerbuch geführt ist. Jetzt durch die DMPs – und sowieso – muss man sich auch mal die Füße angucken und so weiter.“

Ein wichtiger Punkt bei allen regelmäßigen, somatisch indizierten Hausbesuchen seien die Medikamente und ihre Überwachung. Zunächst werde überprüft, ob alle verordneten Medikamente ausreichend vorhanden seien und nach Plan eingenommen würden. Letzteres sei, wie viele Untersuchungen objektiviert hätten, sehr selten vollständig der Fall.

Dennoch würden sich die Patienten in der Regel auf die Medikations-Überwachung richtig vorbereiten, indem sie ihre Medikamente heraussuchten und für den Besuch bereitlegten, berichteten die Befragten.

Nach Sichtung der vorhandenen Medikation und Besprechung ihrer Einnahme würden als nächstes die erforderlichen Folge-Rezepte ausgestellt. Auch diese Handlung gehöre zu Fixpunkten eines typischen Hausbesuches.

Zitat (Interview 17):

„Dass man außerdem nach den Medikamenten schaut, dass die ihre Rezepte bekommen, dass die so auf dem Laufenden sind.“

Betreuungshausbesuche bei chronisch Kranken stellen einen wichtigen und kontrovers diskutierten Teilbereich von Hausbesuchen dar. Sie enthalten deshalb viel Konfliktpotential, weil sie durch Fehlen der Notfallpauschale noch schlechter als die einmaligen Hausbesuche bezahlt werden.

3.1.3.2 Hausbesuche bei Palliativpatienten

„Palliativhausbesuche gehören dazu.“

Die Frage der Notwendigkeit von Palliativhausbesuchen ist allgemein unstrittig und wird ohne Abstriche akzeptiert. Damit wird deutlich, dass für alle Hausärzte die Begleitung von Schwerstkranken (meist Tumorpatienten) in ihrer letzten Lebensphase ganz selbstverständlich ein Bestandteil der hausärztlichen Versorgung gehört. Die Einsatzbereitschaft für diese Art der Hausbesuche ist hoch, und nicht selten erklären sich die ausführenden Ärzte mit einer „Rund-um-die-Uhr Erreichbarkeit“ einverstanden.

Zitat (Interview 18):

„Da stelle ich die Indikation sehr viel großzügiger, so dass ich zu Patienten, die in der Palliativversorgung sind, auch mal ein Mal mehr hinfahre, auch mal einfach nur zum Reden hinfahre.“

3.1.3.3 Hausbesuche im akuten Notfall

Bei einem notfallmäßig angeforderten Hausbesuch ist die schnelle Erfassung der gesundheitlichen Situation des Patienten am Wichtigsten. Das erfordert eine zeitlimitierte und ereignisbestimmte Anamnese und danach eine situationsabhängige orientierende körperliche Untersuchung und gegebenenfalls einer Therapie.

In der Regel sei eine Verordnung von Medikamenten notwendig und eher selten auch die sofortige Einweisung in ein Krankenhaus.

Zitat (Interview 24):

„Also bei einem Notfallhausbesuch gibt es natürlich Anamnese und die Untersuchung und dann die Entscheidung, wie weiter verfahren wird.“

Der Akutbesuch sei auf Grund seiner Kürze und Zielorientiertheit dem Akut-Kontakt in der Praxis gar nicht so unähnlich, sagten die Befragten aus. Die persönliche psychosoziale Situation des Patienten zu Hause trete hier in den Hintergrund, um schnell auf die akuten gesundheitlichen Probleme eingehen zu können.

Zitat (Interview 1):

„Bei einem Akutbesuch spielt das [Bemerken von Veränderungen] weniger eine Rolle. Das ist ja eher ein Arzt-Patienten-Kontakt aus der Praxis nach Hause verlagert, weil derjenige einfach nicht kommen kann.“

Umgang mit der Akutbesuchsanforderung

Zwei verschiedene Strategien im Umgang mit Notfallbesuchsanforderungen konnten aufgedeckt werden.

Die erste Gruppe von Ärzten fährt bei Anfragen auf Notfallhausbesuche bei entsprechender Dringlichkeit sofort los, auch aus der laufenden Sprechstunde heraus. Hier wird im Interview zwischen den Zeilen deutlich, dass der Betreffende sich in der Rolle des „rettenden Engels“ auch gefällt, sie sich selbstbewusst zutraut und in der Rundumversorgung der Patienten auch deren Betreuung im Notfall als selbstverständlich ansieht.

Die andere wesentlich kleinere Gruppe sagte aus, in einem wirklich dringenden Fall nach telefonischer Kurzanamnese und Besprechung gleich einen Rettungswagen eventuell mit Notarztbegleitung zu schicken.

Gründe Notfallhausbesuche selbst durchzuführen

Als Gründe, warum in dringenden Fällen im Zweifelsfall selbst gefahren wird, wurde die lange Zusammenarbeit mit den Patienten angegeben. So seien doch die Patienten ihrem Hausarzt besser bekannt als einem akut gerufenen Notarzt. Letzterer könne die Situation weniger gut einschätzen als der Hausarzt. Aus diesem Grund sei es von medizinischem Nutzen für den Patienten, wenn der Hausarzt selbst den dringenden Notbesuch durchführen würde.

Zitat (Interview 15):

„Wenn da jemand ist, den wir seit langem besuchen und kennen, und es dann auch relativ schwierig ist, da mal einen Notarzt vorbei zu schicken, dann fahren wir auch selbst hin.“

Gerade einige Interviewte, die in Praxen auf dem Land arbeiten, gaben darüber hinaus an, Notfallhausbesuche allein aus der Tatsache heraus zu machen, dass sie die Ärzte mit dem kürzesten Anfahrtsweg seien. So müsse auf einen Notarzt aus der nächsten Stadt in einigen Fällen zu lange gewartet werden.

Gründe Notfallhausbesuche nicht selbst durchzuführen

Finanzielle und organisatorische Belastung

Zunächst wurde angemerkt, dass es für den Hausarzt auch finanziell schwierig sei, mitten aus der laufenden Sprechstunde einen Noteinsatz hoher Dringlichkeit zu fahren. Schließlich würde damit der bis dahin geregelte Praxisablauf mit den vorbestellten Patienten völlig durcheinander gebracht. Einen solchen Sofortservice könne man deswegen aus der Praxis nur begrenzt bis gar nicht anbieten.

Zitat (Interview 23):

„Also wenn er aus der Praxis rausstürzen würde, würde das so durcheinander kommen – auch mit den einbestellten Patienten und so weiter. Das kann er sich fast nicht leisten.“

Des Weiteren gaben einige Hausärzte an, sich für den Ernstfall allein ohne die Ausrüstung eines Krankenwagens nicht kompetent genug zu fühlen. Dafür sei ein Rettungswagen und ein Notarzt besser geeignet. So wird in Interviews mit Ärzten, die in Praxen im Stadtgebiet arbeiten, eine andere Problemlösungsstrategie dargestellt. Hier wird schon telefonisch hinterfragt, ob man nicht doch die Verstärkung durch einen Krankenwagen braucht. So wird

dieser dann entweder schon gleich dazubestellt oder vor Ort nachgeordert. Dies komme allerdings nur in seltenen Fällen auch wirklich in Betracht.

Durchführung von Notfallhausbesuchen

Ausrüstung für den Notfall

Von den Ärzten aus den Landarztpraxen wurde angegeben, dass sie neben der normalen Arzttasche stets eigenständige Notfallkoffer dabei haben. Auch bestehe im Zweifelsfall noch die Möglichkeit, eine Helferin mitzunehmen, um nicht allein dazustehen.

Zitat (Interview 2):

„Ja, dann fahre ich sofort hin, und dann nehme ich auch eine Helferin mit. Einfach damit wir dann auch mehr Hände haben.“

Umgang mit den Anrufen der Patienten

Unterschiedlich wird mit den Telefonaten mit Patienten, die einen dringenden Notfallhausbesuch anfordern, umgegangen. Dabei gibt es eine Gruppe von Ärzten, die ihre Helferinnen als eine Art Filter verstehen. Die Helferinnen entscheiden hier, welche Anrufer ein so ernstzunehmendes Problem haben, dass sie direkt zum Arzt durchgestellt werden müssen.

Auf der anderen Seite gibt es Befragte, die genau diese Erstbewertung als unbedingte Arzt-Entscheidung ansehen. In der ersten Einschätzung lege schließlich eine große Verantwortung, die man den Helferinnen, denen die Krankheitsgeschichte der Patienten nur lückenhaft bekannt sei, und die auch nicht die richtige Ausbildung dafür hätten, nicht zutrauen könne.

Zitat (Interview 14, S. 2, Z. 15-17):

„Wenn es ein akuter Hausbesuch ist, dann sollte das Gespräch gleich zum Arzt durchgestellt werden, und dieser entscheidet dann ad hoc [...]“

Klar wird in diesem Zusammenhang aber auch, dass die Eigen-Einschätzung der Patienten in Bezug auf die Dringlichkeit ihres Falles nach Meinung der befragten Ärzte kritisch hinterfragt werden müsse. So müsse sofort aufgedeckt werden, worin die akute Not bestehe, und ob diese eines unverzüglichen Besuches tatsächlich bedürfe. In manchen Fällen werde die Situation durch den Betroffenen erst einmal dramatisch überhöht und stelle sich bei Detailfragen als eher banal heraus.

Organisierter Notdienst

Bei der Organisation eines flächendeckenden Angebots für die Versorgung der Notfallpatienten kamen ausschließlich die Ärzte aus den Landarztpraxen auf den organisierten Notdienst zu sprechen.

Hier wurde von einer Landarztpraxis erwähnt, dass die Versorgung während der Mittagspause praxisintern gelöst werden müsse, da der sonst bestehende Notdienst erst abends einsetze. So werde reihum ein Notfallhandy mitgenommen, auf welches die Anrufe umgeleitet würden. So könnten die Anforderungen von dringlichen Besuchen auch in dieser Zeit angenommen werden.

Interessant ist auch die Aussage, dass seit Einführung der zehn Euro Praxisgebühr solche Notdienstzeiten wesentlich ruhiger verlaufen würden, da die Anzahl der Nachfragen deutlich zurückgegangen sei. Schließlich müssten die Patienten, wenn sie den diensthabenden Notarzt holen, erneut zehn Euro bezahlen.

Die private Rufnummer geben viele Ärzte gar nicht weiter und manche nur in besonderen Situationen. Solche Situationen könnten bei schwer kranken, sterbenden Patienten auftreten. Eigentlich sei nach Sprechstundenschluss der organisierte Notdienst für die Patienten zuständig.

Zitat (Interview 16):

„Meine eigene Nummer gebe ich nur in bestimmten Situationen raus, auch die Handynummer. Das sind dann Besuche, die vorher abgesprochen sind, zum Beispiel in der Betreuung von Schwerkranken oder Sterbenden. Da bin ich dann auch am Wochenende da.“

Typische Indikationsstellungen

Zuletzt bleibt noch die Frage, was eigentlich typische Indikationen für einen hochdringlichen Hausbesuch sind. Hier werden in verschiedenen Interviews immer wieder dieselben Beispiele genannt: akute Dekompensation eines Asthma bronchiale sowie das akute Koronarsyndrom. Ein Interviewter erwähnte auch Stürze gerade bei älteren Patienten.

Zusammenfassend fällt auf, dass in den meisten Hausarztpraxen auch in der Sprechzeit dringende Notfallhausbesuche entgegengenommen und ausgeführt werden.

Als Gründe gegen ein solches Angebot wurden die eigene mangelnde Kompetenz in echten Notfallsituationen und die Verpflichtungen in der laufenden Sprechstunde genannt.

Für die Durchführung von Hausbesuchen auch in dringenden Fällen und möglicher Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung spreche die Kenntnis des Hausarztes über den medizinischen Hintergrund des Patienten und seine schnelle Verfügbarkeit.

Als Unterstützung gebe es den organisierten Notdienst, der die Zeiten außerhalb der Sprechzeiten abdecke. Die Mittagszeit werde praxisintern überbrückt. Diese Organisation habe einen besonders hohen Stellenwert auf dem Land, wo Krankenwagen und Krankenhaus nicht so leicht und schnell verfügbar seien wie in der Stadt.

Beim Umgang mit Anrufen der Patienten, die einen Nothausbesuch anfordern, unterscheiden sich zwei Gruppen. In der einen werden die Anrufe durch die Helferinnen gefiltert und in der anderen obliegt dem Arzt primär die Entscheidung, wie dringend ein Fall ist.

3.1.3.4 Hausbesuche im Altenpflegeheim

Organisation und Durchführung

Viele Hausarztpraxen betreuen Patienten in Altenpflegeheimen. Dabei gibt es sowohl Praxen, die die Betreuung für ganze Heime vollständig übernommen haben als auch Hausärzte, die nur einzelne Patienten in verschiedenen Heimen versorgen. Im Durchschnitt werden pro Praxis ungefähr 60 Patienten in Altenpflegeheimen betreut.

Bei den hier befragten Ärzten sagten vier Personen aus, sie würden ausschließlich vereinzelte Patienten in Altenheimen betreuen. Als Gründe, kein ganzes Heim zu betreuen, wurden unter anderem die folgenden angegeben:

Persönliche Arbeit auf reduzierter Stundenzahl und zu starke allgemeine Arbeitsbelastung. Auffallend ist, dass zwei der vier Ärzte, die kein Altenheim betreuen, in Einzelpraxen arbeiten und im Interview mehrfach von der hohen Arbeitsbelastung sprachen.

Zitat (Interview 21):

Frage: „Wenn Sie ein junger Kollege fragt, der jetzt in die Praxis reinght: [...] – soll ich ein Altenheim betreuen? Was würden Sie ihm raten?“

Antwort: „Das kommt immer darauf an, wie viel Manpower er hat, also ob er alleine eine Praxis belegt.“

Andere Ärzte sagten aus, dass sie die Betreuung mindestens eines Altenheims übernommen haben. Dabei wird in neun Praxen ein Altenheim betreut. Diese sind gleichmäßig auf Stadt und Land verteilt und auf junge und alte Ärzte. In elf Praxen werden mehr als ein Altenheim

betreut. Hier reicht die Spanne von zwei bis zu sechs Altenheimen. Im Durchschnitt werden 3,5 Altenheime betreut. In Stadtpraxen wird häufiger mehr als ein Altenheim betreut als in Landpraxen. So versorgen diese Praxen im Durchschnitt etwa 83 Heimpatienten.

Ein typischer Hausbesuche im Altenpflegeheim

Die meisten Ärzte sagten zu diesem Thema, dass in einem Altenheim die Besuche einer Visite im Krankenhaus ähnlich seien. Auch hier würden viele Patienten der Reihe nach gemeinsam mit dem Pflegepersonal durchgesprochen und bei Bedarf vom Arzt untersucht. Diese Routine führe dazu, dass der Kontakt allein wegen der Kürze wesentlich unpersönlicher ablaufe als bei einem normalen Hausbesuch.

Viele Befragten führen die Heimvisiten einmal in der Woche durch, wobei nicht immer alle Patienten gesehen werden.

Zitat (Interview 23):

„Das eine Heim besuche ich eigentlich ein Mal in der Woche. Die Patienten – das kommt drauf an – manche sehe ich nur alle 4 oder 8 Wochen.“

Viele Ärzte berichteten, dass zunächst in einer Kurvenvisite alle Patienten mit dem Pflegepersonal besprochen würden, und sie dann anschließend noch einige Patienten auch direkt ansähen. Dabei gibt es Interviewte, die bei jedem Besuch alle Patienten persönlich besuchen und andere, die nur in regelmäßigen Abständen (z.B. quartalsweise) alle Patienten sehen, und sonst nur die Patienten, bei denen es aktuell Probleme oder Fragen gibt. Dabei sei die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal eine wichtige Basis. Der Arzt müsse sich darauf verlassen können, dass diese ihn auf Besonderheiten und Auffälligkeiten hinweisen würden, und er dann das Bild überprüfen könne.

Zitat (Interview 14):

„Ich würde sagen, man guckt sich dann so 70% an. Auf der anderen Seite wird man von den Schwestern darauf aufmerksam gemacht, wenn es bei Patienten, denen es nicht so gut geht, eine Veränderung gegeben hat.“

Die Ähnlichkeit der Besuche mit einer Krankenhausvisite bestehe außerdem darin, dass man als betreuender Arzt eine Menge verschiedener Dinge in der Krankenakte abzeichnen müsse. Schließlich müsse alles nach Vorschrift dokumentiert werden.

Patienten würden im Altenpflegeheim durch das Personal deutlich besser überwacht als zu Hause. Der Arzt nehme hier eher die Supervisionsrolle ein und müsse nur auf die aktuelle Situation reagieren.

Dauer eines Altenpflegeheim-Hausbesuches

Sehr unterschiedlich ist die Dauer, die für eine solche Routinevisite in zu betreuenden Altenpflegeheimen veranschlagt wird. Viele Ärzte nehmen sich hierfür einen ganzen Vormittag in der Woche, um die Patienten in den Altenpflegeheimen zu besuchen. Das können natürlich nur die in Gemeinschaftspraxen Tätigen.

Im Mittel wurde die Dauer einer solchen Visite mit 1,7 Stunden angegeben. Dabei schwankten die Angaben in einem Rahmen von 20 Minuten bis zu drei Stunden. Die Dauer der Visite werde von der Anzahl der zu betreuenden Patienten bestimmt. Hier bewegten sich die verschiedenen Angaben zwischen zwei und 50 Patienten. Im Durchschnitt würden bei einer Visite im Altenheim etwa 20 Patienten persönlich besucht.

Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal

Spricht man über die hausärztliche Arbeit im Altenpflegeheim in Form von Hausbesuchen, muss auch beachtet werden, dass sich in dieser besonderen Situation in die Arzt-Patienten-Beziehung noch ein dritter Partner einfügt, das Pflegepersonal. In diesem Kapitel soll erörtert werden, wie diese Zusammenarbeit aussieht und wie sie von den Hausärzten empfunden wird. In der Beantwortung dieser Frage teilen sich die Befragten in drei Gruppen. Die erste ist mit der Zusammenarbeit durchaus zufrieden, die zweite schränkt ein, die Zusammenarbeit sei durchwachsen, und die dritte Gruppe ist in erster Linie unzufrieden.

23 Ärzte machen verwertbare Aussagen zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit, davon sind 13 ohne Einschränkung zufrieden. Diese Ärzte sagten aus, die Mitarbeiter in der Pflege seien kompetente Partner in der Versorgung der Patienten im Heim. Die Zusammenarbeit sei eingespielt und fruchtbar, geprägt von gegenseitigem Respekt. Die Pflegekräfte würden sich engagiert bemühen, den Patienten gerecht zu werden. Auch an der Professionalität der Versorgung sei in den Heimen nichts auszusetzen.

Zitat (Interview 23):

„In dem einen zum Beispiel ist die Hauptpflegekraft sehr engagiert und sehr fit.“

Immer wieder wurde betont, dass es besonders wichtig sei, eine leitende kompetente Pflegekraft als Ansprechpartner zu haben, die den Überblick habe und die Strukturen kenne.

Ein entscheidender Punkt der guten Zusammenarbeit seien zeitnahe Anrufe des Pflegepersonals beim Hausarzt. Fast alle Ärzte aus dieser ersten Gruppe sind mit diesem Kommunikationsinstrument zufrieden. Sie sagten, das Pflegepersonal rufe situationsgerecht an. So könnten wichtige Dinge am Telefon geregelt und die Patienten so besonders gut versorgt werden.

Zitat (Interview 5):

„Wenn die irgendwelche Fragen haben, ist es immer besser, die rufen an. [...] Also je mehr man sich da austauscht, desto besser.“

So meinten auch viele der Befragten, dass die Nachfragen des Pflegepersonals auch präventiv wirkten und negative Veränderungen verhindern würden. Dabei bleibe die Unannehmlichkeit nächtlicher Telefonnachfragen nicht unerwähnt. Sie sei aber zum Glück nur ein seltener Fall. In der Regel würden im Heim die Anfragen tagsüber gebündelt, nach Wichtigkeit überprüft und zu normalen Arbeitszeiten übermittelt.

Während des Praxisbetriebs fungierten die Helferinnen in manchen Praxen als eine Art Nachrichten-Filter und ließen nur die ihrer Einschätzung nach wirklich dringenden Anfragen bis zum Arzt durch.

Zitat (Interview 7):

„Und ich habe ja meine Helferinnen als Filter, die nur die wichtigen Sachen durchlassen.“

In der Regel sei jedoch das Personal im Heim im Laufe der Zusammenarbeit daran gewöhnt worden, nicht wegen unwichtiger Kleinigkeiten anzurufen. Mehrfach wurde in diesem Zusammenhang ausgeführt, dass es sich hier um ein „Erziehungsprodukt“ handle.

Nur in vereinzelt Fällen würde auch die private Telefonnummer des Arztes für Notfalleinfragen herausgegeben. In den meisten Praxen wurde diese Nummer den Heimen und ihrem Personal vorenthalten.

Die zweite oben angesprochene Gruppe an Interviewten sagte aus, die Zusammenarbeit mit den Pflegenden der Altenheime sei durchaus wechselhaft gut. Mehrere Ärzte schränkten aber ein, ein befriedigender Ausbildungs- und Kenntnisstandard des Personals sei bei weitem nicht in allen Heimen anzutreffen. Häufig sei das für wenig Geld eingestellte Personal des Deutschen kaum mächtig, was die Kommunikation fast unmöglich mache.

Zitat (Interview 2):

„Die ist hier in der Umgebung eigentlich gut. Hier - das ist anders als ich das zum Beispiel aus Bremen gehört habe – sprechen zumindest alle deutsch und verstehen einen.“

Mehrere Befragte sprachen auch an, dass sie gezielt Altenheime, in denen die Zusammenarbeit mit dem Personal schwierig sei, als betreuender Arzt ablehnen würden. Allerdings wurde eingeräumt, dass vor der Ablehnung eine Phase vorgeschaltet sei, in der das oben beschriebene Erziehungsverhalten ausprobiert würde. Nur beim Ausbleiben einer signifikanten Besserung würde die Zusammenarbeit aufgekündigt. Durch diese Schutzmaßnahme verblieben lediglich die Heime, mit denen die Zusammenarbeit angenehm und ergiebig sei. Die Notwendigkeit eines unwiederbringlichen Rückzugs aus einem Heim sei aber zum Glück eine Seltenheit. In der Regel seien die Heime ausreichend organisiert und geführt.

Die Qualität der Heimversorgung sei in den letzten Jahren außerdem auf Grund der besser kontrollierten Vorschriften ganz merklich gestiegen. So berichtete beispielsweise ein Befragter, dass es kaum noch Probleme mit Dekubitalgeschwüren gebe, da die individuelle Pflege und die Patienten-Überwachung optimiert worden seien.

Anderen Ärzten fiel auf, dass die Personalbesetzung in den Schichten der Heime infolge Stellenabbaus drastisch verringert worden ist. Die Mitarbeiter seien zwar durchaus kompetent und arbeitswillig, aber die Besetzung sei derart reduziert, dass die Pflege offensichtlich darunter leide. Das bedeute, die Probleme entstünden nicht durch mangelnde Qualifikation oder ungenügende Motivation des Personals, sondern allein durch den Mangel an Pflegepersonen.

Zitat (Interview 6):

„Die sind schon gut ausgebildet und im Prinzip gutartig. Aber aus Kostengründen ist das Personal knapp gehalten und daraus ergeben sich Probleme.“

Sieben Befragte beurteilten die Heimsituation als inkonstant und deshalb kritisch bis ablehnend.

Nach deren Einschätzung sei die Besetzung des Pflegepersonals mit kompetent gut ausgebildeten Kräften etwa gleich im Verhältnis zu den nachlässig Arbeitenden.

Zitat (Interview 18):

„Da ist sehr qualifiziertes Personal, die bilden sich regelmäßig fort. [...] In dem anderen Heim, dass wir betreuen, da ist das nicht so angenehm. Da habe ich auch immer mal das Gefühl, die versuchen etwas abzuwälzen und sind auch nicht so qualifiziert. Da ist das Ganze ein bisschen mühsamer.“

Auch Qualitätsdifferenzen zwischen den einzelnen Stationen eines Heims seien zum Teil sehr deutlich zu bemerken. So gebe es Stationen, auf denen gleich ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stehe genauso wie Stationen, auf denen die Zusammenarbeit auf Grund der mangelnden Kenntnisse „chaotisch“ sei. (vergl. Interview 17)

Die grundsätzliche Organisation der Altenpflegeheime sei ein wichtiger Schnittpunkt der Zusammenarbeit und hier gäbe es häufig Probleme. Dies würde sich besonders in den Anrufen niederschlagen. Zum Beispiel erfolgten Notanrufe wegen unwichtigster Einzelheiten oder dieselben Fragen würden von verschiedenen Anrufern gestellt. Gerade in solchen Situationen seien die Helferinnen als Filter notwendig und wirksam.

Die inkonstante wechselnde Qualität der Zusammenarbeit mache die Versorgung der Patienten zusätzlich schwer, weil aus der Distanz der Praxis schlecht einzuschätzen sei, wie richtig die übermittelten Informationen seien. So berichtete zum Beispiel eine Ärztin, das Pflegepersonal hätte bei ihr angerufen und ihr gemeldet, eine Patientin habe eine Halbseitenlähmung entwickelt. Die daraufhin sofort durch die Ärztin ins Krankenhaus eingewiesene Patientin hätte aber „lediglich“ eine Lungenentzündung gehabt, die im Heim ausreichend behandelbar gewesen wäre.

Die dritte und letzte Gruppe bilden drei Ärzte, die sich zum Thema ‚Qualität der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal‘ nur unzufrieden äußern. Das Personal sei zu häufig sehr dürftig ausgebildet und nicht kompetent genug, die oft multimorbiden Patienten situationsgerecht zu versorgen. So würden diese Pflegekräfte wichtige Abweichungen von der Norm nicht erkennen und könnten abwendbar gefährliche nicht von ungefährlichen Entwicklungen unterscheiden.

Zitat (Interview 3):

„Es gibt ja auch Leute, die manchmal auch Ahnung haben von ihrer Tätigkeit, manchmal aber auch Hausfrauen, die so als Seiteneinsteiger da reingerutscht sind,

und dann wenn irgendjemand einen hohen Blutdruck kriegt, die Krise kriegen und sofort anrufen, oder den Notarzt holen, weil sie damit nicht umgehen können.“

Beklagt wurde zudem die mangelnde Kommunikation im Pfllegeteam. So würden beispielsweise keine ausreichenden Übergaben von Schicht zu Schicht stattfinden mit dem Erfolg, dass die Mitarbeiter der einen Schicht nicht wüssten, was in der anderen passiert sei. Das falle am meisten dann auf, wenn die Frage nach der Dauer eines auffälligen Symptoms nicht zu klären ist.

Zitat (Interview 20):

„Oder dass jemand anruft: ‚Die hat einen ganz schlimmen roten Arm.‘ ‚Ja und wo ist denn das genau?‘ ‚Ja, das weiß ich nicht. Ich sollte nur anrufen.“

Die hier dokumentierten Ärzte äußerten deshalb stringente Meinung, das Pflegepersonal rufe oft zu wenig, zu spät oder einfach zum falschen Zeitpunkt an. Selbst die Anweisung, eine Verschlechterung der Patienten telefonisch durchzusagen, würde nicht befolgt. Man warte unzulässig lange ab und schicke dann die Patienten ohne vorherigen Arztkontakt aus Angst vor Konsequenzen direkt ins Krankenhaus. Ebenso würden zu spät abgegebene Anrufe den Arzt zwingen, schnell und überstürzt zu handeln.

Mehrere Ärzte sprachen sich als Hausarzt die Rolle des Pflege-Qualitätskontrolleurs zu. Der ein Pflegeheim betreuende Arzt müsse direkten Einfluss nicht nur auf die generelle ärztlich medizinische Versorgung, sondern insbesondere auch auf die Pflege nehmen und so die Betreuung seiner Patienten sicherstellen. Er müsse sich also ohne Aufforderung in die Pflege einmischen, wenn es dort offensichtliche Missstände gäbe.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Zusammenarbeit mit den Pflegenden in den Altenpflegeheimen von den befragten Hausärzten als sehr unterschiedlich, abhängig von der Qualität des zu versorgenden Pflegeheims, wahrgenommen wird.

3.1.3.4.1 Das Altenpflegeheim als Arbeitsumfeld

An dieser Stelle soll zunächst dargestellt werden, welche Gründe die Befragten für ihre Heimbesuche darlegten. Danach wird das Thema bearbeitet, wie die Hausärzte ihre Arbeit im Altenpflegeheim generell bewerten und ihre allgemeine Einstellung zu Pflegeeinrichtungen dieser Art erläutert werden. Danach wird vorgestellt, wie die Interviewten die

Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Patienten bewerteten. Zum Schluss wird die Vorstellung der eigenen Altersversorgung der Ärzte thematisiert.

Gründe für Besuche im Altenheim

Im Folgenden werden die Beweggründe für die Altenheimbetreuung dargestellt. Es können zwei verschiedene Gruppen unterschieden werden.

In der ersten Gruppe finden sich zehn Ärzte, wobei Stadt- bzw. Landärzte sowie Frauen und Männer gleich stark vertreten sind. Diese Gruppe erläuterte, wenn ihre Patienten altersbedingt ins Pflegeheim umzögen, würden sie dort von ihnen - anknüpfend an die langjährige Bindung – weiterversorgt. Diese Ärzte meinten, die Weiterbetreuung ihrer Patienten in einem Altenpflegeheim gehöre ganz selbstverständlich in das Tätigkeitsprofil eines Hausarztes. In dieser Gruppe finden sich sieben langjährig niedergelassene Ärzte.

Auffällig war bei der Beantwortung, dass kein emotionales Engagement spürbar wurde, und die Interviewten sehr sachlich und pragmatisch antworteten. Die Heimbetreuung wird hier nicht als eine besonders gefühlsbetonte Hinwendung zum Patienten angesehen, sondern eher als ein notwendiges Übel, das zum Beruf dazugehört und nicht hinterfragt werden muss.

Zitat (Interview 3):

„Es ist jetzt nicht so, dass ich da freudestrahlend durch die Gegend laufe oder tief erschüttert wäre. Das gehört einfach dazu.“

Die andere Gruppe räumte der ins Altenheim fortgesetzten Besuchsbetreuung eine deutlich hinterfragte und emotionale Komponente ein. Es findet sich hier die Meinung, für die Patienten sei es beim Umzug in ein Pflegeheim verbunden mit der manchmal dramatischen Aufgabe ihres gewohnten Lebensalltags und des Umfeldes äußerst wichtig, zumindest ihren gewohnten und langjährig bekannten Hausarzt weiter behalten zu dürfen. Eine gedeihliche und kontinuierliche Betreuung könne nur der vertraute Arzt sicherstellen. Dieser könne die drastische Lebensumstellung abfedern und als Sicherheitsanker in der allgemeinen emotionalen und räumlichen Auflösung dienen.

Zitat (Interview 22):

„Für viele Patienten ist das ja schon ein großer Schritt ins Altenheim zu gehen. Die empfinden dann, dass sie total in der Fremde sitzen. [...] Das ist dann auch schon mal ganz gut, wenn wenigstens der Hausarzt noch kommt.“

In einigen Interviews wurde explizit erwähnt, dass Heimbesuche von den Ärzten als eine Art „soziales Engagement“ angesehen werden. So sagte eine Ärztin aus, dies sei ihr Beitrag an die Gesellschaft, ihr „soziales Geschenk“. Darüber hinaus wurde bemerkt, die Besuche im Altenheim könnten „erfüllend“ sein, besonders für die Ärzte, die gerne mit alten Menschen arbeiteten. Ein anderer Befragter erwähnte, dass die Besuche im Altenheim für ihn angenehmer seien als die normalen Hausbesuche. Denn hier sei die medizinische Indikation stets „systemimmanent“ und deshalb eine unstrittige Aufgabe jedes Hausarztes.

Befragt man Hausärzte zu ihrer grundsätzlichen Einstellung in Bezug auf Altenpflegeheime, so werden fast ausschließlich negative Antworten gegeben und nur vereinzelt Positives ausgesagt. Dies soll im Folgenden ausführlicher dargestellt werden. Außerdem wird die interessante Frage erörtert, welche Pläne die Interviewten selbst für ihre eigene Zukunft und Altersversorgung haben.

Negative Sicht auf die Situation in Altenpflegeheimen

Die meisten Befragten assoziierten überwiegend negative Aspekte mit Altenpflegeheimen. Ihre Schilderungen waren dabei auffallend drastisch und - im Vergleich zur überwiegend sehr sachlichen bis distanzierten Beschreibung der Tätigkeit im Altenheim - auffällig emotional eingefärbt.

So fielen schon in der allgemeinen Beschreibung Wörter wie „schrecklich, grausig und unmenschlich“. Die Interviewten machten ihre negative Grundhaltung gegenüber der häufig tristen Heimatmosphäre deutlich. Die Bewohner würden dort häufig „dahinvegetieren“. Immer wieder wurde auf die „Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit“ dieser Orte hingewiesen. Die Pflegeheime seien eine „traurige Endstation“, die geprägt sei von einer „Vorfriedhofsstimmung“ und „der Tod winke einem schon im Eingang entgegen“. (vergl. Interview 2, 3, 6, 14, 22)

Zitat (Interview 8):

„Na ja, das ist ja schon eher eine Wartestation auf den Tod“

Altenheime seien eine „Sackgasse“, weil es kaum Patienten gebe, die von dort aus auch wieder in ihr altes häusliches Umfeld zurückkehren könnten. (vergl. Interview 14)

Die Ärzte merkten an, dass kaum ein Patient freiwillig den Weg dorthin gehen würde, die meisten von ihren Angehörigen regelrecht unter Druck gesetzt würden, und die Menschen dort wie auf einem „Parkplatz für Alte“ auf ihr baldiges Ende warten würden. „Die Tristesse

und Freudlosigkeit“ dieser Einrichtungen sei niederschmetternd. Erschreckend sei das Ausmaß an depressiver Grundstimmung, mit der man hier konfrontiert werde. (vergl. Interview 4)

Zitat (Interview 5):

„Ich denke immer, man könnte mehr Spaß dort haben.“

Viele der Interviewten beklagten, dass in zahlreichen Heimen ein menschlicher Grundton herrsche, der Individualismus nicht gestatte oder fördere. Dies erinnere an „kalte unmenschliche Kasernenatmosphäre“. Eine befragte Ärztin ging noch weiter und bezeichnete diese aufgezwungene auswegslose Situation als „Gefängnis lebenslang“. Hier würden Menschen gezwungen, in Mehrbettzimmern eng beieinander wohnen, die sonst wohl kaum ein Wort miteinander gewechselt hätten. Mehrfach tauchte in dieser Situation das Wort „Zwangsgemeinschaft“ auf. Besonders schrecklich seien Heime für diejenigen Patienten, die „im Kopf noch so klar seien“, ihre Situation mit all ihrer willkürlichen Abhängigkeit in vollem Ausmaß zu erkennen. Mehrere Ärzte betonten, bereits der allererste Schritt in ein Altenheim sei „abscheulich“, weil es bereits im Eingang nach Ausscheidungen rieche, die ja auch ein Hauptthema des dortigen Lebens seien. (vergl. Interview 6, 7, 23)

Zitat (Interview 3):

„Wenn du in ein normales Heim gehst, dann riecht es nach Urin und Fäkalien.“

Viele der Befragten erleben die Situation der Bewohner eines Altenheims als entwürdigend, die Abhängigkeit in allen Lebenslagen sei deutlich zu spüren, und die Intimsphäre jedes „Insassen“ sei aufgehoben. (vergl. Interview 24)

Ein Arzt bemerkte, das Versagen belastbarer familiärer Strukturen erzwingt die Notwendigkeit von Heimunterbringungen. Dadurch blieben Heime stets Ersatzmittel zweiter Wahl.

Positive Sicht auf die Situation in Altenpflegeheimen

Nur wenige Ärzte räumten einer Heimunterbringung allgemein Positives ein. Es sind lediglich vier Interviews, in denen - allerdings versteckt zwischen vielen negativen Meinungen - auch grundsätzlich Bejahendes anklingt.

Dazu gehört der Aspekt der reduzierten Einsamkeit. Zumindest seien die Heimbewohner dort unter Menschen und könnten prinzipiell neue Kontakte knüpfen. Außerdem seien sie dort in ein soziales Netzwerk eingebunden.

Zitat (Interview 17):

„Das ist auch eine Kontaktbörse, und das ist auch gut so, dass man nicht so allein vor sich hin wurschtelt, sondern auch in Gemeinschaft etwas macht.“

Neuere und in der Regel teure Altenheime würden in ihrem Standard wie Hotels wahrgenommen und strahlten nicht die kasernierte Zwangsunterbringung, sondern eine positive Grundstimmung aus. Diese seien allerdings noch eine Seltenheit. Eine andere Ärztin führte aus, sie finde das Altenheim immer „schön und dennoch merkwürdig, wie eine andere skurrile Welt“. Diese würde sie keineswegs nur traurig stimmen. In einem anderen Interview wurden Altenheime als „gangbarer Weg“ bezeichnet.

In den Interviews mit sieben Ärzten finden sich Kommentare, die speziell die von ihnen betreuten Heime als sehr positiv darstellen. So wurde von schönen Gebäuden und Gartenanlagen berichtet und Gruppenangeboten für die Bewohner. Die Heime wurden als hell und freundlich beschrieben und die Pflege als umfassend. Dies sei zum Teil auch in den letzten Jahren deutlich besser geworden. Auch sei die Besetzung mit hinreichend ausgebildetem Personal überdurchschnittlich gut, so dass die Pflege einfach besser zu gewährleisten sei.

Zitat (Interview 1):

„Ich würde sie am liebsten mit hinnehmen und ihnen das mal 10 Minuten zeigen. Sie würden sagen: ‚Das gibt es nicht!‘ Das ist wahnsinnig schön.“

So würden auch Patientengruppen wie Demenzkranke besonders gefördert und hätten eigene Bereiche, die speziell auf ihr Erkrankungsbild hin eingerichtet würden.

Zitat (Interview 2):

„Also, die haben eine Abteilung für Demenzkranke da. Das ist eigentlich richtig schön. Das ist noch nicht so lange her, dass das gebaut worden ist. Das ist farblich und räumlich ganz klasse eingerichtet.“

Manche Ärzte stellten auch fest, dass die Qualität der Heime mit der Zeit deutlich gestiegen sei, und den Bewohnern mehr Möglichkeiten geboten würden. So sei das Angebot an

Aktivitäten in den letzten Jahren merkbar vergrößert worden, um die Patienten mehr zu aktivieren und das Heimleben aktiv einzubinden. So stellte ein Arzt fest:

Zitat (Interview 11):

„Bis vor zwei Jahren war das nicht der Fall. Da hat man oft das Gefühl gehabt, nach außen hin hui und nach innen pfui. Das hat mir nicht so gut gefallen, aber so langsam kommen die auch mal in die Pötte.“

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass die Betreuung eines Altenheims eine besondere und anspruchsvolle Aufgabe für einen Hausarzt darstellt, die eine außergewöhnliche emotionale Belastung mit sich bringt, ein besonderes Gespür im Umgang mit dem dortigen Personal erfordert und nur in gut geführten Heimen zur Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit führt.

Umgang mit den Angehörigen

Eine weitere Besonderheit der Heimbesuche ist der Umgang mit den Angehörigen. Auf Nachfrage sagten fast alle Hausärzte zunächst, sie hätten relativ wenig Umgang mit den Angehörigen ihrer Heimpatienten. Nur in Ausnahmefällen und in besonderen Situationen würde dieser Kontakt von beiden Seiten gesucht. Er erfolge dann in der Regel telefonisch, weil viele Angehörige weiter entfernt leben würden. Sehr selten seien die Angehörigen zu den Besuchen im Altenheim da, um den Hausarzt zu treffen. Häufiger würden sie selbst, die Ärzte, den Angehörigenkontakt suchen, nämlich immer dann, wenn wichtige Entscheidungen getroffen werden müssten. Typisch sei hier die Verschlechterung des Zustandes von sehr alten und multimorbiden Patienten und die daraus entstehende Entscheidung, wie weiter vorzugehen sei. Dabei, so wies eine Befragte hin, gehe es stets auch um die rechtliche Absicherung des behandelnden Arztes.

In wenigen Fällen, so berichteten die Befragten, gehe der Kontakt auch von besorgten Angehörigen aus, die „einfach mal ihre Fragen loswerden wollen“. Dies sei dann auch nicht weiter unangenehm oder unangebracht.

Zitat (Interview 23):

„Je fitter die Patienten sind, desto weniger Kontakt mit den Angehörigen.“

Kommt dieser Kontakt allerdings in größerem Maße zustande, wird er oft als belastend erlebt, wie im Folgenden dargestellt wird.

Angehörigenkontakt anstrengend und wenig ergiebig

Die meisten der befragten Ärzte erleben die Angehörigen ihrer Patienten als sehr fordernd. Von den 24 befragten Ärzten berichteten dies sieben, darunter überdurchschnittlich viele ältere Hausärzte. So würden dann des Öfteren fachfremde Laien aus der Ferne anreisen und dem Arzt die Forderung „entgeschleudern“, mit der Großmutter müsse doch „nun endlich mal etwas passieren“. Dabei würden die Angehörigen nicht akzeptieren können, dass die besagte alte Dame inzwischen 85 Jahre alt sei und an vielen chronischen Erkrankungen leide, die schlecht oder gar nicht behandelbar seien. (vergl. Interview 9)

Zitat (Interview 2):

„Die können dann auch nicht so gut akzeptieren, dass der Zustand ihrer Angehörigen einfach kontinuierlich schlechter wird und man da auch kausal nichts machen kann.“

Auch wurde berichtet, dass Angehörige oft wenig kooperativ in Bezug auf aus hausärztlicher Sicht überflüssige Krankenhauseinweisungen seien und diese hinter dem Rücken des betreuenden Arztes am Wochenende über das Pflegepersonal erzwingen würden. Hier scheine ein schlechtes Gewissen eine Rolle zu spielen. Die Angehörigen agierten hier den Umstand aus, dass sie selbst keinen persönlichen Einsatz in der Krankenbetreuung erbrächten.

Erschreckend sei des Weiteren die weit verbreitete Laienansicht, auch im hohen Lebensalter an der Schwelle des Todes noch alle möglichen Therapieoptionen ausloten zu müssen. Es gebe viel zu selten die palliative Einstellung, einen multimorbiden Patienten am Ende seines Lebens auch einmal „in Ruhe sterben zu lassen“. (vergl. Interview 3)

Mit amtlichen Betreuern sei der Umgang noch schwieriger als mit Familienangehörigen. Letztere könne man schließlich immer noch mit dem Argument „Wenn es meine Mutter wäre“ überzeugen. Die amtlichen Betreuer dagegen ließen manchmal gegen den Rat des Arztes noch lebensverlängernde Maßnahmen wie eine Sondenernährung bei wirklich alten multimorbiden Patienten durchführen. Das sei absolut „desillusionierend“. (vergl. Interview 11)

Zusammenfassend gibt es wenig Kontakt mit den Angehörigen der Patienten. Diesen erleben die meisten Ärzte dann allerdings als anstrengend, schwierig und aus Ärztesicht kontraproduktiv für das Wohl der Betreuten. Die Verwandten träten nicht verstehend und kooperativ auf. Stattdessen würden sie ihr eigenes schlechtes Gewissen hinsichtlich des fehlenden persönlichen Engagements durch unrealistische Forderungen auf den Arzt abladen. Nur ausnahmsweise sei der Kontakt zu den Angehörigen hilfreich und zweckdienlich.

Potentiell eigene Altersversorgung im Pflegeheim

Im Zusammenhang der Arbeit im Altenpflegeheim stellt sich die Frage nach den Vorstellungen zur eigenen Zukunft. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen: Kein einziger der befragten Hausärzte möchte später selbst in einem Altenheim untergebracht werden.

Zitat (Interview 11):

„...aber wenn ich die Wahl hätte, würde ich lieber vom Bus überrollt.“

Da viele Ärzte später aber auch nicht ihren eigenen Kindern zur Last fallen wollen oder keine haben, muss eine andere Lösung gefunden werden. Obwohl eingesehen wird, dass es eigentlich gut wäre, sich allein wegen der Selbstbestimmung frühzeitig um die eigene Altersversorgung zu kümmern, haben die wenigsten Interviewten schon konkrete Pläne. Die meisten könnten sich ihren Lebensabend in einer Alten-Wohngemeinschaft mit ein paar guten Freunden in einer umgebauten Stadtvilla mit angestelltem Pflegepersonal vorstellen. Andere denken eher an betreutes Wohnen in Wohnungen auf dem Gelände eines Altenpflegeheims. Auch der Gedanke eines Mehrgenerationenhauses oder des Altwerdens zu Hause wird angesprochen. Eine Ärztin sagte, in ihrem Fall sei es besonders wichtig, auch in der letzten Lebensphase „auf keinen Fall mit einem wildfremden Menschen ein Zimmer teilen zu müssen“. Insgesamt wird aber die Planung des eigenen Lebensabend offensichtlich noch nicht als dringlich angesehen.

3.1.3.4.2 Kosten und Nutzen

Im Folgenden sollen Kosten und Nutzen von Hausbesuchen in Altenpflegeheimen für die Hausärzte dargestellt werden. Hier sind sowohl die rein materielle Bezahlung als auch die persönliche Anerkennung der Besuche wichtig.

Bezahlung des Heimbesuches

Frage man nach der Anerkennung von Hausbesuchen im Altenpflegeheim, kamen zehn der 24 Interviewten auf die Bezahlung zu sprechen. Davon sind sechs der Meinung, die Bezahlung sei völlig unzureichend und die Besuche würden sich in keiner Weise rentieren. Unter diesen Personen befinden sich fast gleich viele Frauen und Männer, etwas mehr Ärzte aus Stadtpraxen und fast ausschließlich Ärzte, die schon lange als Hausärzte arbeiten. Außerdem wurde der große Zeitaufwand erwähnt, den eine Betreuung eines Altenheims mit sich bringe. Es wurde ausgesagt, man müsse darum kämpfen, dass sich die Besuche im Altenheim besser rechneten.

Auf der anderen Seite wird in vier Interviews ausgesagt, Hausbesuche im Altenpflegeheim würden sich durchaus lohnen, wenn man nur genug Patienten in einem Heim betreut. Die Betreuung eines Altenpflegeheims könne sogar ein nicht zu unterschätzendes finanzielles Standbein sein und biete viel Sicherheit. So brauche jeder Allgemeinmediziner eigentlich ein Altenheim, um genug zum Unterhalt einer Familie zu verdienen.

Zitat (Interview 1):

„Gut, das ‚soll ich ein Altenheim betreuen‘ oder ‚bekomme ich ein Altenheim‘ – mal so rum – heißt ja auch irgendwo, dass man mit einem Altenheim, wenn man das gut organisiert, auch das finanziell als eine gewisse Standsäule sehen kann.“

Voraussetzung sei aber eine exzellente Planung und Organisation, sowie die zeitliche Begrenzung. Außerdem habe die Betreuung eines Altenheimes einen gewissen Marktwert und fungiere als Werbung für neue Patienten. So würden beispielsweise Angehörige der Heimbewohner in die Praxis kommen, wenn sie gute Erfahrungen mit dem Hausarzt gemacht hätten.

Persönliche Anerkennung

In Bezug auf persönliche Anerkennung gaben 13 der befragten Ärzte zu Protokoll, dass diese ausreichend sei. Darunter waren auch vier der Befragten, die zuvor bemerkt hatten, die Bezahlung sei unzureichend. Hier wird von dankbaren Pflegekräften und Angehörigen erzählt. Außerdem wurde immer wieder berichtet, dass sich die Patienten freuen würden, wenn ihr Hausarzt sie besuchen komme. Diese Aussagen finden sich besonders häufig in den Interviews mit Ärzten, die ihre Praxis in der Stadt haben und schon länger als Hausarzt tätig sind.

Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass der Vergleich von Kosten und Nutzen aus Sicht der behandelnden Hausärzte ungünstig ausfällt. Die meisten Ärzte sehen den großen zeitlichen Aufwand und die geringe Bezahlung gegenüber dem geringen Effekt der Besuche. Positiv scheint aber in vielen Fällen die persönliche Anerkennung der Besuche zu sein.

3.2 Anreize und Hemmnisse für Hausbesuche

In das Kapitel der Anreize und Hemmnisse für Hausbesuche fallen sowohl die subjektiv empfundenen Vor- und Nachteile der Hausbesuchstätigkeit, deren Bewertung, als auch die gefühlte Notwendigkeit und die Angemessenheit der Bezahlung. Diese Teilaspekte werden im Folgenden in dieser Reihenfolge dargestellt werden.

3.2.1 Subjektiv empfundene Vorteile von Hausbesuchen

Befriedigung der eigenen Neugier

Einige Ärzte erwähnten, dass es spannend sei, auch das Zuhause der Patienten nicht nur auf einer professionellen Ebene, sondern auch aus schlichter menschlicher Neugier zu erleben.

Zitat (Interview 20):

„Es gibt natürlich auch Situationen, da möchte man auch mal wissen, wie sieht das bei denen eigentlich zu Hause aus?“

Der Patient könne hier als ganze Person in seiner „natürlichen“, von ihm selbst gewählten Umgebung wahrgenommen werden. Die Praxis als Behandlungsort erzeuge eine „Künstlichkeit, die dem Laboreffekt nicht unähnlich sei“. Die Patienten würden sich häufig für ihren Arztbesuch in besonderer Weise anziehen und dadurch ein Bild erzeugen, das ihrer alltäglichen Realität nicht immer entspreche. Sie würden dabei durchaus gesundheitliche Einschränkungen verheimlichen oder auch Beschwerden, die sich bei einem Hausbesuch sofort offenbaren würden.

Allerdings wurde auch zugegeben, dass die Neugierde und das Interesse des Arztes sinke, wenn die häusliche Situation bei Hausbesuchswiederholungen bereits bekannt sei. Was zunächst neu und erhellend gewesen sei, wurde irgendwann zur immer wiederkehrenden, gleichen, manchmal sogar „langweiligen“ Situation. (vergl. Interview 13, 17)

Zitat (Interview 17):

„So dass man dann manchmal auch nicht so Lust hat, da hinzufahren, weil man sich schon zu gut kennt. Aber insgesamt finde ich Hausbesuche, gerade wenn man sich jetzt noch nicht so gut kennt, sehr interessant.“

Den Aspekt des Interesses am persönlichen Umfeld des Patienten erwähnten neun der 24 Ärzte in ihren Antworten. Überwiegend handelte es sich um Ärzte aus dem Stadtgebiet.

Abwechslung vom Alltag

Die Abwechslung vom Praxis-Alltag ist für manche Interviewte ein Vorteil der Hausbesuchstätigkeit. In einem Interview wurde sogar die Aussage gemacht, dies sei der Vorzug am Hausarztberuf.

Zitat (Interview 1):

„Das macht mir Spaß. Da ist auch etwas, was positiv ist an diesem Beruf.“

Persönliche Anerkennung

Eine weitere Motivation zu Hausbesuchen scheint die persönliche Anerkennung durch die Patienten und deren Freude und Dankbarkeit zu sein.

Zitat (Interview 21):

„...Einfach um den Kontakt zu halten. Die freuen sich dann, wenn man kommt.“

Die persönliche Dankbarkeit wird von fast der Hälfte der befragten Ärzte - in erster Linie von Frauen - erwähnt. Für viele Patienten stelle der Besuch des Hausarztes ein besonderes Ereignis dar. Er würde regelrecht erwartet. Mehrere Ärzte berichteten, dass insbesondere ältere Patienten sich bei regelmäßigen erwartbaren Besuchen „richtig fein machen“ würden.

Vertrauensbeweis für den Patienten

Ein weiterer wichtiger Aspekt für Hausbesuche sei der damit verbundene Vertrauensbeweis des Patienten an seinen Arzt. Ersterer gewähre Einlass in seine absolute Intimsphäre, in sein Persönlichstes, das Schlafzimmer. Dadurch fühlen sich Hausärzte geehrt und gleichzeitig dem Patienten verpflichtet.

Zitat (Interview 15):

„Aber ein Hausbesuch ist oft auch etwas viel Innigeres. Zu dem Patienten kannst du dann oft auch eine ganz andere Beziehung aufbauen.“

Übereinstimmend sagten alle Ärzte aus, der Hausbesuch biete einen anderen und neuen Zugang zu einem Patienten, und dieser besondere Zugang sei auf andere Weise, vor allem in der Praxis, nicht erreichbar.

Zitat (Interview 16):

„Der Kontakt beim Hausbesuch ist anders. Das ist für den Patienten ein Heimspiel. Das ist anders.“

Präventive Wirkung von Hausbesuchen

Als Grund für Hausbesuche wurde deren potentiell präventive Wirkung genannt. Man könne viele Aspekte zu Hause besser beurteilen und zum Beispiel Stolperfallen rechtzeitig erkennen. In einem anderen Interview wurde darauf hingewiesen, dass Hausbesuche als Kontrolle der Pflege durch ambulante Pflegeanbieter eine wichtige Rolle einnehmen würden. Außerdem sei die Pflege zu Hause oft auch nur mit den Hausbesuchen zur Sicherstellung der ärztlichen Überwachung möglich.

In manchen Fällen sei nur durch einen Hausbesuch die Indikation für eine Krankenhauseinweisung zu stellen und zu prüfen. Auf die Schilderungen der Patienten könne man sich in diesem Fall selten als sichere Quelle verlassen.

Zitat (Interview 4):

„Patienten schildern die Situation oft sehr dramatisch, und am Ende kann man das alles sehr gut handeln ohne Krankenhaus.“

Dies treffe besonders auch auf vermeintliche Notfallsituationen hin. Man müsse in manchen Fällen hinfahren, um sich ein eigenes Bild von der Situation machen zu können. Die zwingende Notwendigkeit für Hausbesuche sei im Vorhinein immer schlecht einschätzbar.

Zitat (Interview 23):

„Ich meine, man weiß ja vorher nie – ist das adäquat, dass man da hin muss oder nicht?“

Auch in diesem Zusammenhang wurde die Überprüfung der Medikamentencompliance wieder angeführt. In einem Interview wurde über diese Gründe hinaus auch von der positiven therapeutischen Wirkung des Hausbesuchs („der Arzt als Droge“) gesprochen.

Zitat (Interview 12, S. 1, Z. 29-30):

„Einfach durch den Besuch des Arztes entsteht ein positiver Effekt.“

Nähe zum Leben

Immer wieder wurde angeführt, Hausbesuche seien viel näher am individuellen Leben und würden Einblicke in die „eigentliche Umgebung“ der Patienten offenbaren.

Zitat (Interview 8):

„Na ja, viele Erkrankungen kann man erst verstehen, wenn man das soziale Umfeld kennt.“

Auch wurde immer wieder erwähnt, dass bei einem Hausbesuch die Familie und deren Beziehungen untereinander erfahrbar würden. Das eröffne wichtige und manchmal in Bezug auf Krankheitsverläufe erhellende Informationen über die Beschaffenheit des Alltags und die Ressourcen der Patienten.

Zitat (Interview 2):

„Man sieht, wie die da leben und miteinander umgehen. Meistens ist ja dann die Tochter oder die Schwiegertochter da.“

Darüber hinaus wurde angesprochen, dass ein Hausbesuch die Einschätzung zulasse, ob bei älteren Patienten die Basisversorgung in ihrer häuslichen Umgebung gesichert sei.

Uneins waren sich die Befragten allerdings, ob die Informationen, die man auf einem Hausbesuch über die psychosozialen Strukturen des Lebens eines Patienten erhält, eigentlich medizinisch relevant sind oder nicht.

Von den 16 Ärzten, die Hausbesuche als Chance sehen, nannten acht medizinisch verwertbare Informationen, die sie durch einen Hausbesuch erhalten und als Konsequenz in der Therapie verarbeiten. Aber ein Interviewpartner sprach sich hingegen deutlich dagegen aus.

Als Beispiele für konkret wertvolle medizinische Information wurden genannt:

Umweltfaktoren wie Allergene (hat der Asthmatiker eine Katze?). Ist die in der Praxis verordnete Therapie im Alltag umsetzbar? Werden die Medikamente eigentlich auch eingenommen?

Allgemein wurde immer wieder erwähnt, dass durch Hausbesuche ein tieferes Verständnis des Patienten und seiner Lebenssituation entstehe, welches zur Ursachenklärung und suffizienten Behandlung von Erkrankungen beitrage.

3.2.2 Subjektiv empfundene Nachteile von Hausbesuchen

Hausbesuche werden als aufwendig und wenig bequem empfunden

Der verhältnismäßig große Zeitaufwand von Hausbesuchen im Vergleich zur Konsultation in der Praxis ist ein häufiges ein Kontra-Argument. Man müsse bei Wind und Wetter umher fahren und die Patienten im Zweifelsfall im fünften Stock besuchen, und manchmal machten die zu Besuchenden die Türe nicht einmal auf. Sei der Zugang zur Wohnung gelungen, täten sich weitere Hindernisse auf. (vergl. Interview 6, 12, 21)

Zitat (Interview 22):

„Es gibt ja auch welche, die in ihrem Bett liegen. Aber die meisten muss ich in der Enge ihres Wohnzimmers hinter dem Wohnzimmertisch rauskramen, um da überhaupt ranzukommen...“

Die häufig große räumliche Enge in der häuslichen Umgebung würde die ärztliche Tätigkeit behindern. Außerdem fehle die Hilfe der Mitarbeiterinnen, die in der Praxis zum Beispiel einen Patienten auf die körperliche Untersuchung vorbereiteten.

Zeitaufwand

Viele der befragten Ärzte betonten, dass Hausbesuche zeitlich sehr belastend seien. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang erscheint, dass es die Stadtgebiets-Ärzte sind, die

den Zeitaufwand als Grund gegen Hausbesuche anführen, und nicht, wie man aufgrund der häufig viel weiteren Wege vermuten könnte, die Landärzte.

Dabei sagten sechs Befragte aus, sie würden ja gerne Hausbesuche machen, aber bitte nicht unter dem gegebenen Zeitdruck. Mit genügend Zeit könnten Hausbesuche etwas sehr Befriedigendes haben und den Berufsalltag positiv bereichern. Diese Zeit stehe allerdings mit dem Druck, eine Praxis rentabel führen zu müssen, nicht (mehr) zur Verfügung.

Erwartungen auf Seiten der Patienten

Nicht nur die objektiv hohe Zeitbelastung macht den Ärzten zu schaffen, sondern auch subjektiv empfundene Zeitnöte, wie sie z.B. durch die entsprechenden Erwartungen der Patienten verursacht werden.

Zitat (Interview 5):

„Die Leute gehen davon aus, dass man unendlich viel Zeit hat, wenn man einen Hausbesuch macht. Das ist schwierig.“

Ärzte werden nicht nur auf dem Land gerne auf einen Kaffee eingeladen und mögen sich doch selten darauf einlassen. Es wird ihnen das Gefühl vermittelt, auch mit einem höheren Zeitkontingent letztlich nie genug Zeit zur Erfüllung der Patientenbedürfnisse zu haben.

Frustration über unnötige Hausbesuche

Aus Sicht der Ärzte unnötig angeforderte Hausbesuche fördern die generelle Abneigung dagegen. Dieser Service-Missbrauch seitens der Patienten ist für einige der Befragten besonders schwer zu ertragen.

Zitat (Interview 3):

„...Und das fand ich nicht akzeptabel. Das waren auch alles Leute, die konnten nicht in die Praxis kommen, aber die konnten sonst einkaufen gehen und so.“

Zitat (Interview 19):

„Zum Frisör fahren sie alle, denn einen Frisör kommen zu lassen ist zu teuer, aber der Hausarzt darf ruhig nach Hause kommen.“

In ihrer Ungehaltenheit über die unnötigen Hausbesuche fordern die Ärzte eindringlich, dass Patienten mit der Anforderung von Hausbesuchen „verantwortungsbewusster“ umgehen sollten.

Um die alltägliche Enttäuschung durch die Hausbesuche zu verarbeiten, sind den Hausärzten die Zusammenarbeit und der Austausch mit ihren Kollegen sehr wichtig. Nach dem Motto ‚Zusammen ist alles leichter‘ helfen sie einander, indem sie zuhören, Rat geben und sich gegenseitig entlasten.

Zitat (Interview 17):

„Es ist wichtig, dass man, wenn man merkt, dass einen das auch frustriert, dass man sich dann auch austauscht. Das ist immer ganz wichtig. Dass das auch anderen so geht.“

Bezahlung

Die inadäquate Bezahlung von Hausbesuchen ist ebenfalls ein häufiges Argument, diese Tätigkeit auf ein absolutes Minimum zu beschränken. Dieser Aspekt wird in einem gesonderten Kapitel weiter unten ausführlich dargestellt.

Nachteile von Hausbesuchen gegenüber der Tätigkeit in den Praxisräumen

Mangel an technischen Hilfsmitteln

Als häufigster Nachteil bei der Hausbesuchstätigkeit wurde der Mangel an technischen Hilfsmitteln und apparativer Ausstattung genannt, wodurch eine weitergehende Diagnostik jenseits der körperlichen Untersuchung ausgeschlossen sei. Außerdem fehle die Möglichkeit, Informationen schnell im Praxis-Computer nachschauen zu können.

Darüber hinaus betonten die Interviewten, dass sie bei einem Hausbesuch auf sich allein gestellt seien und nicht - wie in der Praxis - schnell weitere personelle und apparative Hilfe einholen könnten. Sie müssten bei einem Hausbesuch alle Situationen der Primärversorgung allein bewältigen und die in der Praxis üblicher Weise delegierten Tätigkeiten vollständig selbst erledigen.

Die beschriebenen Nachteile wurden unterschiedlich bewertet.

Fünf Befragte (ausschließlich Männer) waren der Meinung, es handele sich bei diesem Nachteil um eine spannende, gut beherrschbare Herausforderung in Bezug auf ihre fachlichen Fähigkeiten. Dabei vertrauten sie auf ihre Kompetenz und Erfahrung.

Zitat (Interview 9):

„Den Rest muss man mit Erfahrung machen und mit den Untersuchungen, die man so macht ohne Geräte – dann kann eigentlich immer für sich festlegen, wie man weiter machen will.“

Zwei Frauen sprachen davon, dass die schlecht, gelegentlich sogar überhaupt nicht einschätzbare Situationen bei einem Hausbesuch ein für alle Beteiligten großes Risiko bedeute. Fragen wie die folgenden tauchten dabei auf: Werde ich mit der Situation allein klar kommen? Was kann ich allein ohne die Hilfsmittel eines Rettungswagens erreichen?

Zitat (Interview 22):

„Dass ich da einen Hausbesuch fahre, bei dem ich Gefahr laufe, die große Wiederbelebungsmedizin machen zu müssen, das mache ich dann nicht allein. Das wäre schon sehr waghalsig, denn das kann man auch einfach nicht so gut allein.“

Angehörige als Störfaktor

Als weiterer Nachteil wurde angeführt, dass bei einem Hausbesuch oft auch noch Angehörige mit im Zimmer anwesend seien und dabei als Störfaktor in der intimen Arzt-Patienten-Beziehung wirken würden. Angehörige vor Ort könnten auf der einen Seite zwar wertvolle Informationsquellen in Bezug auf den genauen Zustand des Patienten sein. Allerdings könnten sie auch genauso verhindern, dass sich der Patient dem Arzt völlig öffne.

3.2.3 Abwägung der Vor- und Nachteile

Nachdem zuvor die subjektiv empfundenen Vor- und Nachteile der Hausbesuche beschrieben worden sind, bleibt abschließend die Abhandlung der Bewertung dieser Konstellation durch die Hausärzte. Hier handelt es sich um ein emotional besetztes Thema: Führen die Hausärzte Hausbesuche – trotz aller Nachteile oder wegen der persönlichen Bindung an ihre Patienten und der sich ihnen bietenden Abwechslung gerne durch?

Die Beliebtheit von Hausbesuchen wurde direkt mit der Frage: „Machen Sie gerne Hausbesuche?“ erfragt. Indirekt schwang dieser Aspekt aber in vielen anderen Interviewbereichen mit. Die hohe Emotionalität dieses Themas war offenkundig und zeigte sich in der Diktion der Antworten deutlich.

Zitat (Interview 13):

„...wenn dann noch Zusatzbesuche dazu kommen, fängt das an blöd zu werden.“

oder Zitat (Interview 12):

„Was ich nicht gerne mache, ist in Bereiche zu gehen, wo die asozial sind. Wo das mit der Hygiene nicht so gut ist, wo es dann unangenehm und ekelig ist.“

Direkt zu der Frage „Machen Sie gerne Hausbesuche?“ gaben 20 der 24 befragten Ärzte eine klare Antwort, welche in der folgenden Tabelle zusammengefasst werden:

Meinung	Anzahl Befragter	Aufteilung					
		♀	♂	Stadt	Land	alt	jung
ich mache gerne Hausbesuche	5	4	1	3	2	2	3
gern mit Einschränkung	9	4	5	7	2	7	2
ich mache ungern Hausbesuche	6	1	5	4	2	5	1

Fünf Ärzte gaben an, Hausbesuche uneingeschränkt gerne zu machen. Neun Ärzte antworteten zwar auch zunächst mit: „Ja, ich mache gerne Hausbesuche“, schränkten dann durch ein „aber“ ein. Auffallend ist hier, dass besonders ältere Ärzte aus Stadtpraxen eine solche einschränkende Aussage trafen.

Immer wieder kam zwischen den Zeilen klar zur Geltung, dass die Hausbesuche eigentlich als Belastung und als lästige Pflicht empfunden werden und nicht als angenehme Erweiterung des Arbeitsfeldes.

Zitat (Interview 19):

„Oft ist das schon stressig und man flucht, weil man schon wieder draußen im Regen herumfahren muss.“

Hinterfragt man die auf die direkte Frage gegebenen Antworten und beobachtet die Aussagen im weiteren Verlauf des Interviews, so kann man rückschließen, dass 13 der befragten Ärzte eigentlich ungern Hausbesuche zu machen scheinen und nur acht wirklich uneingeschränkt positiv zu diesem Einsatz am Patienten außerhalb der Praxisräume stehen.

Von den sechs Befragten, die sofort angaben, Hausbesuche ungern zu machen, sagten drei, das sei schon immer so gewesen. Einer berichtete explizit, seine Abneigung gegen Hausbesuche habe mit den Jahren sogar noch zugenommen. Er schilderte von der wiederholten Erfahrung, auf Hausbesuchen wenig erreichen und die Erwartungen der Patienten ohnehin nicht erfüllen zu können.

Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass Hausbesuche Anreize bieten, indem sie als Abwechslung vom normalen Praxisalltag gesehen werden, diesen Vorteil aber bei häufiger

Wiederholung einbüßen. Im Gegensatz dazu muss festgestellt werden, dass die Besuche von den Ärzten oft als umständlich, zeitaufwendig und kompliziert angesehen werden. Auch die fehlende Infrastruktur der Praxis ist wichtig bei einem Hausbesuch. Insgesamt bewerteten die befragten Ärzte diese Vor- und Nachteile sehr unterschiedlich. So machten einige durchaus gerne Hausbesuche, während andere sie elementar ablehnten.

3.2.4 Notwendigkeit von Hausbesuchen

Ein weiteres Thema des Leitfadens war, die Notwendigkeit von Hausbesuchen aus Sicht der Hausärzte zu hinterfragen. Als erstes wurde in den meisten Interviews die Aussage getroffen, Hausbesuche gehörten traditionell zur hausärztlichen Tätigkeit. Diese Auffassung erscheint sowohl gepaart mit dem Idealismus, für alle Patienten eine umfassende Versorgung sicher stellen zu wollen, als auch mit der resignativen Haltung, sie müssten halt gemacht werden.

Zitat (Interview 11):

„Wenn man sich entscheidet Hausarzt zu werden, lässt man sich ganz auf den Patienten ein, und das [Hausbesuche machen] gehört auch dazu.“

Während die einen also Hausbesuche tatsächlich als ein Kernelement ihres Berufs auffassen, sind sie für andere ein Extra-Service, der nur bei vorhandenen Ressourcen und/oder unstrittiger Indikation zu leisten ist.

Hausbesuche als selbstverständlicher Teil hausärztliche Tätigkeit

Ärzte, die am Sinn von Hausbesuchen keine Zweifel haben, sehen in ihnen ein Instrument zur Verankerung einer ganzheitlichen basisnahen Versorgung in allen Lebenslagen. Hausbesuche werden hier als Mittel angesehen, selbst diejenigen Menschen zu erreichen, die sonst durch alle Raster fallen und denen Möglichkeiten unseres Gesundheitssystems entgehen würden.

Zitat (Interview 12):

„Es gibt also immer wieder Patienten, die im medizinischen System sonst gar nicht mehr auftauchen, und nur noch vom Hausarzt betreut werden.“

Außerdem erläuterten die Hausärzte die große Beruhigung seitens der Patienten, wenn sie sicher sein könnten, dass ihr Hausarzt sie auch zu Hause betreuen würde. Als wichtiges Beispiel für eine adäquat problematische Versorgungssituation wird die Entlassung aus dem Krankenhaus genannt. Viele Patienten fühlten sich in diesem Zustand in nachvollziehbarer Weise hilflos und vulnerabel.

Zitat (Interview 14):

„Viele Patienten, die gerade aus dem Krankenhause entlassen worden sind, fühlen sich dann vielleicht sicherer, wenn die Hausärztin, die sie auch schon vorher betreut hat, bei ihnen ist und nach ihnen guckt.“

Ein Arzt wies in seinen Antworten auch auf die rechtliche Verpflichtung hin, Hausbesuche zu machen.

Zitat (Interview 23):

„Es ist ja auch einfach vorgeschrieben. Wenn man Hausarzt wird, muss man sich darauf einrichten, dass man Hausbesuche macht.“

Wem gelten die Hausbesuche?

Fast alle Ärzte waren sich einig, dass es vor allem alte und mobilitätsgestörte Patienten seien, die Hausbesuche benötigten. Eine weitere Gruppe seien terminal erkrankte Tumorpatienten, dazu immunsupprimierte, körperlich behinderte oder psychisch schwer erkrankte Patienten. Weitere typische Indikationen seien bei jungen Patienten akute Infekte wie z.B. solche des Gastrointestinalsystems sowie das adynamische hochfiebernde Kind. Einer der befragten Ärzte vertrat allerdings auch explizit die Meinung, streng genommen brauche niemand Hausbesuche. Schließlich seien in der heutigen Zeit alle Leute irgendwie mobil, und die Ausrede, nicht kommen zu können, sei im Grunde „stets Bequemlichkeit“.

Begrenzung der Hausbesuche nach Notwendigkeit

Um den wachsenden finanziellen und zeitlichen Belastungen der Praxis standzuhalten, sprachen zwölf der 24 interviewten Ärzte darüber, dass sie von ihrer Seite aus die Zahl der Hausbesuche zu minimieren versuchten und nur noch die streng medizinisch notwendigen Hausbesuche durchführen. Dabei wollten sie den verantwortungslosen Missbrauch durch Patienten einschränken, die Hausbesuche nicht als letztes Mittel ansehen, sondern als probates Mittel ihre eigene Bequemlichkeit zu befriedigen. Manche Ärzte gingen sogar so weit, vom „Erziehen der Patienten“ zu mehr Verantwortung zu sprechen.

Ins Auge fallend ist auch hier, dass besonders ältere Ärzte diesen Wandel beschrieben.

Zitat (Interview 14):

„...Sonst würde ich schon versuchen, wenn das zumutbar ist, den Patienten zu motivieren, vielleicht doch in die Praxis zu kommen. Einfach, weil das viel Zeit kostet und die Honorierung nicht so gut ist.“

Ein interviewter Arzt stellte dar, dass Hausbesuche nicht immer die beste Lösung für den Patienten seien. Manchmal sei es auch gut, die Patienten würden „gezwungen“ die eigenen vier Wände zu verlassen. Dann seien sie wenigstens mit anderen Menschen, und sei es nur auf der oberflächlichen Ebene am Empfangstresen und im Wartezimmer, in Kontakt zu kommen. Dies sei ein kleiner, aber wichtiger Schritt hinaus aus der Isolation.

Nachfrage nach Hausbesuchen

Von 13 Ärzten, die sich zu diesem Thema äußerten, waren vier der Meinung, die Nachfrage nach den Hausbesuchen sei unverändert.

Sieben der Befragten meinten dagegen, die Nachfrage sinke. Hierfür wurden unterschiedliche Gründe verantwortlich gemacht. Manche Interviewte sahen als Grund die Anpassung der Patienten an die strengeren medizinischen Indikationen. Zudem rechneten viele Patienten nicht mehr mit der Möglichkeit eines Hausbesuchs, weil viele Kollegen schon seit längerem keine mehr durchführten. Ein anderer Grund zur Erklärung des Rückgangs der Nachfrage nach Hausbesuchen sei die größere Selbstständigkeit der Patienten. So seien Patienten mobiler und könnten einfacher in die Praxis kommen. Außerdem würden Patienten von sich aus häufiger die Situation über das Telefon klären. Nur in einem Interview wurde die neu eingeführte Praxisgebühr von zehn Euro als Begründung für den Rückgang von unnötigen Hausbesuchen gesehen.

Zwei der interviewten Ärzte meinten die Nachfrage und der Bedarf nach Hausbesuchen würde aufgrund der steigenden Zahl älterer, multimorbider Patienten wachsen.

3.2.5 Bezahlung und Marketingwert von Hausbesuchen

Die Bezahlung der Hausbesuche war für fast alle interviewten Ärzte ein zentrales Thema, und es wurde erstaunlich emotionslos fast resignativ angesprochen. Denn es bestehe wenig Hoffnung auf Besserung der aktuellen finanziellen Situation. Die als vollständig unangemessen empfundene Entlohnung mache „Hausbesuche zu einem Zusatzgeschäft“, das möglichst zu vermeiden sei. Alle befragten Ärzte fahren nach wie vor Hausbesuche, aber alle gaben auch an, Kollegen zu kenne, die das inzwischen grundsätzlich ablehnten.

Als unzureichend empfundene Bezahlung

Von den 24 mit dem Leitfaden interviewten Hausärzten waren sich 22 einig, dass die Bezahlung von Hausbesuchen „nicht einmal annähernd adäquat“ sei. Auffällig ist auch die

Tatsache, dass bei vielen erst nach längerem Reden über das Thema Geld die vorher angestaute Wut und Hilflosigkeit anklingt.

Zitat (Interview 8, S. 3, Z. 8):

„Das ist einfach auch eine Unverschämtheit.“

Nur in einem einzigen Interview wurde die Meinung vertreten, einmalige Hausbesuche seien adäquat bezahlt.

Ansonsten bestand die mehrheitliche Meinung, dass während der Zeit eines Hausbesuchs in der Praxis mehr Umsatz erwirtschaftet werden würde.

Zitat (Interview 1):

„Also, wenn man das mal so zusammenrechnet (...) dann ist der pure Hausbesuch bei ungefähr 20 Euro. Dafür müssen Sie ungefähr 15 Minuten für einen Hausbesuch rechnen. Das heißt, ich schaffe vier in der Stunde. Dann kommt noch eine Ziffer dazu (...) das sind dann noch einmal vier Euro. Dann sind wir bei 25 Euro. Also, wenn ich nur Hausbesuche machen würde, dann ginge ich pleite. Je mehr ich mache, desto schlechter.“

Die Konsequenz sei, Hausbesuche auf ein absolutes Minimum zu reduzieren. Es entstehe Ärger bei jedem nicht vermeidbaren Besuch, wenn er sich im Nachhinein als nicht notwendig herausstelle. Viel Energie werde zudem in der Überzeugungsarbeit gesteckt, die Patienten zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Hausbesuchsanforderungen zu erziehen.

Zitat (Interview 8):

„Wenn unnötige Hausbesuche angefordert werden, treten wir den Leuten auch auf die Füße, weil das auf Grund der Honorierung Missbrauch unserer Person ist.“

Erwähnt seien aber auch die Ärzte, die angaben, sie würden versuchen, die finanzielle Seite möglichst aus der alltäglichen Arbeit herauszuhalten und unabhängig davon zu agieren. Man sei schließlich „Arzt und kein Unternehmer“.

Hausbesuche in Kleinpraxen

Der Engpass Hausbesuche wurde verständlicherweise von Befragten in Einzelpraxen besonders deutlich gesehen. Dagegen sahen die in Gemeinschaftspraxen mit deren größeren personellen und finanziellen Ressourcen tätigen Ärzte das Problem entspannter. In den Einzelpraxen komme während der Hausbesuche der Praxisbetrieb vollständig zum Erliegen, und sie müssten deshalb grundsätzlich außerhalb der Sprechzeiten durchgeführt werden.

Daraus folge, dass entweder die Arbeitsbelastung weiter ansteige und Ruhepausen verhindere (Hausbesuche während der Mittagszeit und abends nach der Sprechstunde) oder die Sprechzeiten für die Patienten unbequem kurz und ungünstig würden.

Zitat (Interview 3):

„Es ist so – wir sind zu dritt. Da kann man mal Hausbesuche machen. Wenn du den ganzen Laden allein schmeißt und dann auch noch Hausbesuche machst, dann bist du ziemlich am Arbeiten.“

Als angemessen empfundene Bezahlung

Interessant ist die ebenfalls abgefragte Einschätzung wie hoch eine als angemessen angesehene Bezahlung ausfallen solle. Von den 22 Ärzten, die die jetzige Bezahlung als unzureichend erachteten, machten 19 eine konkrete Angabe über einen sie befriedigenden Betrag. Diese Angaben bewegten sich in einem Bereich von 25 bis 120 € pro Hausbesuch. Im Durchschnitt wurde ein Betrag von 49 € pro Hausbesuch gefordert.

Die genaue Darstellung der einzelnen Gruppen erfolgt tabellarisch:

	Gruppen			
	♀	♂	alt	Jung
im Durchschnitt geforderter Betrag in €	43,5	55	51,79	41

So forderten männliche ältere Interviewte durchschnittlich mehr Geld als junge weibliche, und Stadtärzte forderten im Durchschnitt 7 € mehr als Landärzte.

Vergleich zu anderen nicht medizinischen Berufsgruppen

Die Unzufriedenheit mit der Hausbesuchsbezahlung machte sich besonders im Vergleich mit anderen Berufsgruppen, die als Dienstleister ins Haus kommen, fest. Bis auf die angesagten Ausnahmen jener Befragten, die wirtschaftliches Interesse als grundsätzlich zweitrangig ansehen, fühlten sich alle Interviewten im Vergleich mit anderen nicht ärztlichen Hausbesuchern „unter Wert abgespeist“. Immer wieder klang die Frage durch: „Warum soll ich Hausbesuche machen, die mir unangenehm und für mich zeitaufwendig sind, wenn ich weder gut bezahlt werde noch wirklich viel erreichen kann?“. Von keiner anderen Berufsgruppe würde ein derart uneigennütziges Verhalten erwartet. Ausschließlich der Arzt werde bei der Beurteilung der Geldwertigkeit seiner Arbeit wegen seines ethischen Hintergrunds „ausgehebelt“.

Der typischerweise angeführte Vergleich ist der Schlüsseldienst oder der zur Unzeit rohrreinigende Installateur. Alle Vergleiche enden enttäuscht mit der Feststellung, dass die anderen Berufsgruppen für „Hausbesuche“ deutlich besser entlohnt würden und noch dazu weniger verantwortungsvolle Aufgaben zu erledigen hätten. (vergl. Interview 2, 19)

Zitat (Interview 11):

„Wenn Sie das vergleichen: Wenn Sie einen Schlüssel verloren haben, dann kostet Sie das im günstigsten Fall 100-150 Euro, dass jemand kommt und Ihnen die Tür öffnet.“

Zitat (Interview 6):

„30 € wären schon okay. Das müsste man schon haben. Also ein Klempner kommt nicht für 30 €.“

Zwischen den Zeilen klingt aber deutlich an, dass Ärzte eigentlich der Meinung sind, mehr als die von ihnen herangezogene Vergleichsgruppe verdienen zu wollen.

Zitat (Interview 8)

Frage: „Was fänden Sie als angemessene Bezahlung?“

Antwort: „Mindestens das, was ein Waschmaschinenreparateur kriegt in der Stunde.“

Vermutung: Mehrbezahlung würde Missbrauch fördern

Bei aller Kritik an der mangelnden Bezahlung wird auch erwähnt, dass eine erhöhte und angemessene Bezahlung Hausbesuche überproportional lukrativ machen würde. Bekannt sei die Tatsache, dass in der Medizin jede besser dotierte Maßnahme zur plötzlichen und deutlichen Mengenausweitung geführt habe.

Hier unterstellten also die Interviewten ihren Kollegen und sich selbst auch, bei höherer Honorierung würden vermutlich medizinisch nicht immer zu rechtfertigende Hausbesuche zu getätigt, die dem vordergründigen Umstand dienen, Geld zu verdienen. In Bezug auf diese Überlegung machten sich einige Befragte Sorgen um den „Erhalt des ohnehin brüchigen Gesundheitssystems“.

Zitat (Interview 7):

„Das Problem ist, dass wenn es zu gut bezahlt wäre, dann würden die Leute ja keine Praxis mehr machen, sondern auf ein ambulantes Gewerbe umsteigen und nur noch Hausbesuche machen.“

Eigene Ideen zur Bezahlung

Die Hausärzte nutzten die Interviews und entwickelten eigene Ideen wie man für die als ungerecht empfundene Entlohnung der Hausbesuchstätigkeit optimieren könne. So wurde von

ihnen beispielsweise die Idee genannt, Hausbesuche nach Zeitaufwand zu bezahlen, und so die längeren und aufwendigeren Hausbesuche besser zu honorieren. Auch hier wurde allerdings einschränkend erneut die Möglichkeit des Missbrauchs benannt.

Andere Ärzte wiesen daraufhin, dass im bestehenden Bezahlungssystem die Fahrstrecke nicht adäquat entlohnt wurde. Auf diese Weise würde jede längere Fahrstrecke, wie auf dem Land häufig erforderlich, zu einem Zusatzgeschäft. Ebenso wurde herausgestellt, dass Hausbesuche ausschließlich mit dem eigenen Auto durchgeführt werden, für dessen Benutzung und Bereitstellung der Arzt auch keinerlei finanzielle Unterstützung erhalte.

Zitat (Interview 11):

„Aber ich würde zumindest eine Neuberechnung erstreben wollen, so dass sich wenigstens die Unkosten der Fahrt decken. Ärztliche Leistung ist wieder etwas anderes, was man da gerecht findet. Aber wenigstens, dass Sachen wie Benzin, auch die entstehenden Schäden am Auto – verglichen mit dem, was es gibt. Das rechnet sich nicht.“

In einem Interview wurde ausgeführt, dass der Arzt zusätzlich zu seiner Arzttasche einen Notfallkoffer mit verfallenden Medikamenten bereitstelle, der weitere Unkosten verursache.

Zitat (Interview 2):

„Von den Notfallmedikamenten verfallen ja auch immer wieder welche, und dann müssen wir die auch wieder bestellen. Das bezahlt dann ja auch die Praxis, und das ist eigentlich eine Investition.“

In diesem Zusammenhang wurde auch der Vorschlag laut, den Hausärzten eine Art Unkostenbeitrag zu der von ihnen bereitgestellten Notfallausrüstung zukommen zu lassen.

Marketingwert

Trotz aller Kritik und Unzufriedenheit mit den Hausbesuchen wurden dieser Maßnahme durchaus positive Effekte zugesprochen. Sie seien bei den Patienten bekanntermaßen sehr beliebt und dokumentierten für diese eine umfassende Versorgung des Arztes in allen Lebenslagen. Sie würden Qualität beweisen und das stete Bemühen um eine persönliche und vertrauensvolle Arbeit mit den Patienten. Damit stehe der finanzielle Aspekt, mit dieser Maßnahme Geld verdienen zu wollen, durch die schlechte Bezahlung ganz eindeutig im Hintergrund und verstärke damit die altruistische Zuwendung zum Patienten. Man könne geradezu ausführen, dass der unter den heutigen Bedingungen zu einem Hausbesuch bereite Arzt der Gesellschaft dokumentiere, dass er das Wohl des Patienten über den eigenen Vorteil

stelle und sogar einen finanziellen Nachteil bewusst in Kauf nehme. Dieser Umstand werde von nachdenklichen Patienten auch erkannt und durch besondere Treue honoriert.

Einige Ärzte sahen darin einen nicht zu unterschätzenden Marketingwert, der unter den konkurrierenden Anbietern der ambulanten Medizin einen beträchtlichen Vorteil ausmachen könne. Immer wieder wurde berichtet, Patienten würden explizit wegen der Inaussichtstellung von Hausbesuchen in eine dafür bekannte Praxis wechseln.

So seien Hausbesuche von wertvoller Außenwirkung beim „Anwerben“ neuer Patienten und beim Binden der Stammpatienten an die Praxis.

Zitat (Interview 12):

„Viele Dinge kann man zu Hause klären und das ist für die Patienten eine Riesenerleichterung, wenn man das dann auch zu Hause macht. Hausbesuche sind ein gutes Marketing – wenn man das jetzt wirtschaftlich sieht.“

So vertraten einige der befragten Ärzte die Meinung, durch Hausbesuche erreiche ein Arzt einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Praxen, die darauf verzichteten, und sie würden durch diesen Vorteil (Patientenzuwachs) den Bezahlungsnachteil der Hausbesuche kompensieren können.

Es gibt aber auch Interviews, in denen der angeblich bevorteilende Marketing-Aspekt rundheraus verneint wurde:

Zitat (Interview 10):

„In dieser politischen Situation Hausbesuche so wenig wie möglich, weil es sich nicht lohnt. Die haben auch keinen Marketingwert.“

Diese Aussage stammt allerdings aus dem Interview mit einem Arzt aus einer Landarztpraxis. Auf Grund der hier bekannt niedrigen Arztdichte entsteht eine direkte Konkurrenzsituation mit benachbarten Kollegen nicht. Das ist für Stadtpraxen anders. Ärzte mit Praxen in gut versorgten Stadtgebieten müssen ihr Augenmerk auf den Wettbewerb um Patienten richten und sich durch Marketingmaßnahmen zu positionieren versuchen. Hierzu zählt nicht nur das Angebot von Hausbesuchstätigkeit sondern auch die vertrauensvolle und offen gezeigte Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wie zum Beispiel Pflegediensten. Letztere dienen nicht selten als Vermittler von Patientenbindung an mit ihnen gut kooperierende Ärzte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die als unangemessen angesehene Bezahlung von Hausbesuchen die Hausärzte mehr beschäftigt, als es der Öffentlichkeit bewusst wird. Viele Ärzte leiden unter der von ihnen als ungerecht empfundenen Beurteilung und schätzen diese als hemmend und sogar schädigend für ihren Arbeitsprozess ein. Diese stetig quälende Ambivalenz zwischen dem Helfenwollen und der dadurch manchmal entstehenden betriebswirtschaftlichen Enge belastet das ethische Selbstverständnis und bereitet einen ernstzunehmenden Gewissenskonflikt.

3.3 Hausbesuche als Alternative zum Krankenhausaufenthalt

Hausbesuche als Vermeidung von Krankenhausaufenthalt ist ein Themenkomplex, den ein Teil der Hausärzte von sich aus anspricht. Von diesen wurde das Argument benutzt, dass sich mit einem flächendeckenden Hausbesuchsservice Krankenhausaufenthalte vermeiden ließen, und dass deshalb die Gesellschaft auch heute noch Hausbesuche durch Hausärzte fördern sollte.

Gerade bei alten, bettlägerigen Patienten könne das Wesentliche an Diagnostik in aller Regel auch zu Hause durchgeführt werden, und das bei deutlicher Kostenersparnis im Vergleich zu einem stationären Aufenthalt. Aber auch junge, akut erkrankte Patienten seien eine gute Zielgruppe für die Betreuung zu Hause, da sie auch bei anfänglich schwer erscheinenden Krankheitsverläufen durch die große Kompensationskraft des jungen Menschen schneller wieder genesen würden und deshalb weniger häufig „sicherheitshalber“ stationär überwacht werden müssten. Speziell diese Patientengruppe benötige selten die 24h-Versorgung einer stationären Einrichtung mit der dort zur Verfügung stehenden Vollpflege. Die stationäre Einweisung eines Patienten, der zu Hause genauso gut versorgt werden könne, sei „verschwendetes Geld“. (vergl. Interview 15) Das Gesundheitssystem könne dieses Geld sparen, wenn es die Hausärzte bei dem Versuch unterstützen würde, Patienten zu Hause zu betreuen und diese nicht dazu anhielte, jeden Patienten bei potentiell unsicheren Krankheitsverläufen sofort stationär einzuweisen.

Zitat (Interview 14):

„Ich denke da an einen Patienten mit einer akuten Gastroenteritis, der noch ziemlich jung ist und so erbricht, dass er nur eine Spritze braucht. Und wenn dem dann so geholfen ist, kann man da einen Krankenhausaufenthalt verhindern. (...) das ist in erster Linie Geld sparend.“

In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass bei regelmäßigen Besuchen durch einen Hausarzt Veränderungen und Erkrankungen in einem Stadium bemerkt werden könnten, das noch ambulant zu behandeln sei. So werde durch die Investition in Hausbesuche Geld gespart, weil Hausbesuche Exazerbationen frühzeitig abfangen könnten.

Zitat (Interview 12):

„Ich habe jetzt neulich zum Beispiel eine Patientin gehabt, bei der diese präventiven Hausbesuche nicht mehr gemacht werden, und die ist mit einem massiven Beinödem ins Krankenhaus gekommen, und die hätte man sonst sicher ambulant führen können. Die hat mit ihren 86 Jahren einfach gar nicht mitbekommen, dass ihre Beine immer dicker geworden sind.“

Insgesamt wird klar, dass die Hausärzte ihre Hausbesuchstätigkeit durchaus auch als Alternative zum Krankenhaus verstehen, und diese Verantwortung auch übernehmen wollen. Sie unterstrichen selbstbewusst: „Wir sind häufig billiger und in vielen Fällen bestimmt auch besser! Warum unterstützt ihr uns dann nicht?“ (vergl. Interview 16, 19)

Auf der anderen Seite wiesen die Ärzte darauf hin, dass man als Gesundheitssystem nicht ständig die Liegezeiten der Patienten im Krankenhaus minimieren könne ohne gleichzeitig auch die Weiterversorgung zu Hause über Hausbesuche des Hausarztes sicherzustellen. Die Patienten würden durch die Budgetierung der Bezahlung der Krankenhausaufenthalte immer früher und in schlechterem Zustand ins häufig schlecht präparierte häusliche Umfeld entlassen. So würde dann vor Ort eine größere Belastung der Hausärzte eintreten, die nicht über eine bessere Bezahlung und Förderung der Hausbesuche aufgefangen würde. Das bedeute, den Hausärzten würde die engmaschige Überwachung aufgezwungen, die eigentlich noch das Krankenhaus leisten müsse, aus Budgetgründen aber einfach an die ambulant Tätigen weitergereicht würde.

Zitat (Interview 19):

„[...]und zweitens sehr früh aus dem Krankenhaus entlassen werden, die nicht da bleiben können, bis sie wieder richtig gesund sind, sondern halbroh – wir sagen immer halbgar - entlassen werden. Das klingt jetzt zynisch, aber es ist so.“

Natürlich seien Hausbesuche ein probates Mittel, die Liegezeiten in den Krankenhäusern zu verkürzen, aber die dort zu erbringenden Leistungen würden ohne Kostenanpassung einfach

verschoben. Allein deshalb müsse man durch bessere Honorierung der Besuche ausgleichen, was stationär gespart werden konnte.

3.4 Ein Blick auf die Zukunft der Hausbesuche

Wird in der Befragung die Zukunft von Hausbesuchen im deutschen Gesundheitssystem thematisiert, wurden in vielen Interviews sehr negative Prognosen vorgetragen. So wurde vorausgesagt, dass die Bereitschaft und die Ressourcen für Hausbesuche trotz steigenden Bedarfs immer weiter sinken würden. Mehrere Befragte vertraten die Meinung, die Zahl der Hausbesuche würde in Zukunft immer weiter minimiert werden, so dass letztlich nur noch Notfallhausbesuche gefahren werden würden. Dadurch würde der ohnehin drohenden allgemeinen Mangelversorgung weiter Vorschub geleistet.

Zitat (Interview 8):

„Ich glaube, das wird immer weniger werden, wenn die Honorierung so bleibt oder sogar noch schlechter wird. Dann wird es noch weiter eingeschränkt werden.“

Ein Arzt prognostizierte, dass es in Zukunft gar keine Hausbesuche mehr geben werde, und alle Patienten mit Transportdiensten zu den Ärzten gebracht würden.

Zitat (Interview 22):

„Ich denke es wird sie [die Hausbesuche] nicht mehr geben. Dann wird auch der bettlägerige Patient mit einem Transport irgendwohin gefahren.“

In wenigen Interviews hingegen wurde die Aussage gemacht, zumindest in der Stadt werde sich in absehbarer Zeit nichts an der jetzigen Hausbesuchspraxis ändern.

Delegation von Hausbesuchen an die eigenen Arzthelferinnen

Fragt man nach denkbaren Alternativen zu Hausbesuchen in der hausärztlichen Praxis, so kamen fast alle Befragten auf die Delegation von Routinehausbesuchen an ihre medizinischen Fachangestellten zu sprechen.

Dabei schränkten viele im gleichen Atemzug ein, dies könne man natürlich nur unter strengen Auflagen tun. Die Helferinnen müssten, um Hausbesuche eigenverantwortlich durchzuführen, speziell angelernt sein. Außerdem sei die Supervision durch einen Arzt immer sicherzustellen. Auch könne man ausschließlich planbare Hausbesuche mit einfacheren Fragestellungen wie zum Beispiel Routinehausbesuche an nichtärztliches Personal abgeben. Dazu zählten auch Hausbesuche mit vorher klar definierter Aufgabe, wie beispielsweise Blutabnehmen.

In mehreren Praxen wird diese Art der Delegation bereits heute durchgeführt.

Zitat (Interview 10):

„Alle anderen Sachen, wie zum Beispiel Blutabnahmen, machen unsere Helferinnen als Hausbesuch.“

Auf ein Supervisionssystem, in dem die Helferinnen sehr eng mit dem sie beauftragenden Arzt zusammenarbeiten und zwischendurch von ärztlicher Seite kontrolliert werden, könnten sich viele Interviewte einlassen. Immer wieder wurde von der engen Anbindung der Patienten an die Hausärzte gesprochen, die nur durch die überwachenden Betreuungshausbesuche erreicht würde.

Zitat (Interview 21):

„Da muss natürlich in gewissen Abständen der Arzt kommen, aber die reinen Routinehausbesuche sind absolut zu machen. Also das finde ich sinnvoll.“

Als Kernaussage betonten die meisten befragten Hausärzte allerdings, der Hausbesuch sei eigentlich Arztsache. In vielen Interviews wurde aber auch die bisher unzureichend juristisch gelöste Situation der Hausbesuche durch die Helferinnen angesprochen. Zudem wurde der Wunsch laut, dieses bald möglichst zu verändern. Momentan würden außerdem die Hausbesuche durch die Helferinnen noch relativ viel schlechter bezahlt als die ärztlichen. Dies führe dazu, dass sich die so delegierten Hausbesuche noch viel weniger lohnen würden als die „normalen“.

Zitat (Interview 12):

„Da kann man im Moment aber auch keine Helferin hinschicken, weil sich auch das nicht lohnt. Die kriegt irgendwie 4 Euro für 20 Minuten, oder so. Was sich dann auch nicht mehr lohnt.“

Medizinische Versorgungszentren (Polikliniken)

Auf die Zukunft angesprochen, wurde von vielen Ärzten die Vermutung geäußert, dass es künftig die Einzel- oder kleineren Gemeinschaftspraxen überhaupt nicht mehr geben werde. Die jetzigen Strukturen würden durch Großpraxen nach Muster der Polikliniken aus der DDR-Zeit in Form medizinischer Versorgungszentren (MVZ) abgelöst werden. Hier seien finanziell belastende Bereiche der hausärztlichen Versorgung wie Hausbesuche besser aufzufangen und zu leisten. Vor allem der Notdienst sei auf dem Land langfristig nicht in einer flächendeckenden Form sicherzustellen. Stattdessen würde die Versorgung von

Zentralstellen aus erfolgen und wahrscheinlich würden die Patienten mit Transportdiensten in die zentrale Versorgungsstrukturen nach Poliklinikmuster gebracht werden.

Zitat (Interview 7):

„Die werden immer in die Zentralen bestellt. Das wird auch hier bei uns im Notdienst in der Fläche kommen.“

Eingewandt wurde, dass Versorgungsstrukturen dieser Art die persönliche und langjährig gewachsene Arzt-Patientenbeziehung austauschten gegen eine unpersönliche, auf den jeweiligen Zeitpunkt bezogene und damit temporär eng limitierte medizinische Betreuung.

Andere Ansätze

Diskutiert wurden noch andere innovative Ideen. So beschreibt zum Beispiel eine Ärztin eine telemedizinische Zentralstelle, in der ein Arzt am Monitor sitzt und Daten beurteilt, die von Krankenschwestern vor Ort beim Patienten eingegeben werden, wie es z.B. im Rahmen des AGnES-Projektes (30) in manchen Fällen schon mit Erfolg ausprobiert worden ist. Dieses System erscheine kostengünstig und effizient.

Zitat (Interview 15):

„Das man dann eine zentrale Verschaltstation nur noch hat. Dass dann einer da ist, der zu den Patienten hinfährt und sich um die kümmert und das dann vielleicht in den Computer eingibt und es dir nur noch hinschickt, wie die ganzen Vitalparameter sind. Also das ist dann in weiter Zukunft und man gar nicht mehr zu dem Patienten hingeht.“

Eine andere Ärztin sprach von einem Recall-System, in dem alle chronisch kranken Patienten regelmäßig angesehen würden. Ähnlich wie in einem DMP (Disease Management Programm) würden die Patienten in eine Datenbank aufgenommen, die in regelmäßigen Abständen den Arzt erinnern würde, einen Patienten wieder zu besuchen. So könnten Patienten erreicht werden, die sonst durch die Maschen des Gesundheitssystems fallen würden.

3.4.1 Präventive regelmäßige Hausbesuchsprogramme

Zusätzlich zu ihren eigenen Ideen wurden die Interviewten auch zu bestehenden neuen Hausbesuchsprogrammen wie die präventiven Besuche durch Gemeindeschwestern befragt. In diesem Zusammenhang wurde exemplarisch das Programm AGnES (Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) angeprochen. Dabei handelt es sich um ein Programm der Unterstützung von Hausärzten durch speziell ausgebildete

Krankenschwestern in Regionen, die von hausärztlichen Unterversorgung betroffen oder bedroht sind. Zu den Aufgaben der Krankenschwestern gehört die gesundheitliche Überwachung des Patienten, in vielen Fällen unterstützt durch telemedizinische Technik. Zusätzlich werden je nach Bedarf und Notwendigkeit bei älteren Patienten verschiedene Vorsorgemaßnahmen durchgeführt. Dazu zählen unter anderem Sturzprophylaxe und Medikamentenkontrolle sowie eine altersbedingte Beurteilung der Fähigkeiten und Defizite (Geriatrisches Assessment).

Neue Modelle wie dies sind Thema der aktuellen Diskussion um Hausbesuche geworden. Viele Interviewpartner kannten solche Konzepte. Einigen anderen musste dieser neue Umgang mit dem Hausbesuchsversorgungsproblem anlässlich des Interviews kurz dargestellt werden. Auf diese Weise gelang es letztlich, von allen Befragten eine persönliche Meinungsäußerung zu diesem Thema zu erhalten.

In der Bewertung ergab sich ein sehr uneinheitliches Meinungsbild. Während ein Teil der Interviewten diese Art präventiver Hausbesuche positiv bewerteten, meinten andere, dass die Idee in der Realität wohl kaum flächendeckend zu verwirklichen sei. Eine weitere Gruppe sah die präventiven Hausbesuche als „grundsätzlich wenig überzeugende Idee“ an. (vergl. Interview 5)

Positive Bewertung

Die erste Gruppe hielt präventive Hausbesuche durch nichtärztliches Personal für nützlich. Das Konzept sei ein Schritt in die richtige Richtung. Das sei: „Patienten möglichst lange eigenständig leben zu lassen“. Die präventive Überwachung alter Menschen sei ein wichtiger und bis heute zu wenig beachteter Teil der gesundheitlichen Vollversorgung. So könnten Erkrankungen frühzeitig bemerkt werden und dann vor ihrer Verschlechterung behandelt werden.

Zitat (Interview 4):

„Das kann sinnvoll sein. [...] Vielleicht auch um Verschlechterungen frühzeitig zu bemerken. Um nichts zu übersehen. Von daher halte ich das für gut.“

Dabei wurde auch angesprochen, dass dieser zeitaufwendige Service notwendig sei, aber von den Hausärzten in dieser Form kaum geleistet werden könne.

Die Ärzte wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Krankenschwestern, die Hausbesuche ausführen, eng mit den Hausärzten zusammenarbeiten müssten und bei Veränderungen den Arzt hinzuziehen sollten.

Zitat (Interview 8):

„Ja, wenn die dann auch ihre Grenzen kennen und im Notfall auch wirklich Bescheid sagen, dann ist dagegen nichts einzuwenden.“

Präventive Hausbesuche seien besonders in der Stadt angebracht. Auf dem Land sei die Versorgung der alten Menschen durch immer noch bewahrte intakte Familien- und Nachbarschaftsstrukturen eigentlich sichergestellt.

Zitat (Interview 7, S. 7, Z. 20-21):

„Das ist eine prima Idee. Letztlich muss das Dörfliche, was es hier vielleicht noch gibt mit den Nachbarn, in der Stadt auf anderen Wegen gemacht werden.“

Insgesamt waren acht der 24 befragten Ärzte der Meinung, dass präventive Hausbesuche durch nichtärztliches Personal eine gute und weiterzuverfolgende Idee seien. Männer und Frauen waren zu gleichen Teilen vertreten. Auffallend war, dass ein Großteil der Befürworter der präventiven Hausbesuche in einer Stadtpraxis arbeitet und nur zwei in einer Landarztpraxis. Außerdem sind fast alle der zustimmenden Ärzte schon lange Hausärzte.

Durchwachsene Bewertung: „Gute Idee, aber unrealistisch in der Umsetzung“

Die zweite Gruppe hielt präventive nicht ärztliche Hausbesuche für eine „nette, aber völlig unrealistische Idee“. (vergl. Interview 20) Der am häufigsten vorgebrachte Einwand war die langfristig nicht gesicherte Finanzierung eines solchen Systems, sollte es deutschlandweit durchgeführt werden. Schließlich stehe schon jetzt nicht genug Geld zur Verfügung. Außerdem sei die Zuständigkeit für solche Hausbesuche unklar. In typischer Weise kamen Aussagen wie die folgende in den Interviews vor:

Zitat (Interview 17):

„Ich glaube, dass das gut ist, aber es wird kein Geld dafür da sein. Ich glaube, das wird sich nicht durchsetzen, obwohl das immer mehr nötig ist.“

und Zitat (Interview 5):

„Das ist dann eine Sache, die sich erst in 20, 30, 40 Jahren ändern würde und es ist nicht im Interesse von irgendwelchen, die Geld verdienen im Gesundheitswesen.“

Manche Befragte gingen sogar so weit, dem Gesundheitssystem vorzuwerfen, nicht am eigentlichen Wohl der Patienten interessiert zu sein, und deshalb ein gutes System wie diese präventiven Hausbesuche aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu fördern. Zusammengezählt

waren vier Ärzte der Meinung, derartige präventive Hausbesuche seien zwar eine gute Idee, würden aber nicht in ausreichender Menge finanziert werden.

Negative Bewertung

Die letzte Gruppe von Ärzten negierte den Nutzen präventiver Hausbesuche grundsätzlich und gab dafür verschiedene Gründe an. Die Zuständigkeit für Hausbesuche bleibe die Domäne der Hausärzte, die sich für die umfassende Versorgung ihrer Patienten verantwortlich fühlten, und dazu gehöre auch die Prävention.

Zitat (Interview 19):

„Aber Hausärzte sind einfach die, die Leute über viele Jahre auch begleiten, und dann sollten wir mit unseren Helferinnen auch die sein, die so eine präventive gesundheitliche Versorgung machen.“

Es wurde deutlich, dass manche Hausärzte solche betreuenden Hausbesuche in jedem Fall selbst durchführen wollen. Dazu müssten nur die bereits bestehenden Strukturen gefördert und nicht neue gebildet werden.

Manche Ärzte fürchteten die präventiven Hausbesuche von nichtärztlichem Personal sogar als Konkurrenz und warnen vor einer möglichen Doppelbetreuung, die „durch bürokratischen Mehraufwand nur Geld koste und keinen Gewinn bringe“. (vergl. Interview 1, 12)

Zitat (Interview 12):

„Wenn wir Doppelstrukturen aufbauen, entsteht bürokratischer Aufwand und für die Patienten – da ist dann jeder für einen Mikrokosmos zuständig und keiner mehr für das Ganze.“

In den Interviews wurde immer wieder gesagt, dass der Hausarzt für einen Patienten der kompetenteste Ansprechpartner sei, der die gesundheitliche Versorgung im Ganzen in Auge behalte und deshalb in keinem Fall ersetzbar sei. In diesem Zusammenhang wurde auch erwähnt, dass intakte Familien „überwachende“ Hausbesuche durch nichtärztliches Personal überflüssig machten.

Zitat (Interview 14):

„Ja, ich denke schon, dass wenn eine größere intakte Familie dabei ist, glaube ich, würde der Hausarzt schon rechtzeitig gerufen.“

Gleichzeitig wurde aber eingeräumt, dass als solide und verlässlich eingeschätzte Familienstrukturen eine Rarität seien. Deshalb sei das Programm der präventiven

Hausbesuche vielleicht bei alleinstehenden Patienten angebracht, keinesfalls jedoch bei Menschen, die in ihre Familie noch fest eingebunden seien.

Als weiteren Vorwurf gegen das Konzept des präventiven Hausbesuchs wurde vorgetragen, es sei keine neue Idee und wärme lediglich das überkommene Prinzip der Gemeindeschwestern unter neuem modernen Namen auf wieder auf.

Zitat (Interview 6):

„Das ist ja auch schon früher so gewesen. Die Gemeindeschwestern haben ja nicht nur auf ärztliche Anordnung hin gehandelt, sondern sind rumgefahren und haben nach den alten Leuten gesehen.“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Programm präventiver Hausbesuche durch nichtärztliches Personal bei den befragten Hausärzten mehr abweisende Skepsis als wohlwollende Zustimmung fand. Viele waren der Meinung, diese eigentlich gute Idee sei kaum allgemein realisierbar, und andere lehnten sie prinzipiell ab, denn sie fürchteten konkurrierende Strukturen zu ihrer eigenen hausärztlichen Grundversorgung. Nur wenige Hausärzte stimmten dem Programm vollherzig zu und boten ihre Unterstützung an.

Insgesamt wird die Zukunft der Hausbesuche von den Hausärzten uneinheitlich gesehen. Die meisten Ärzte können sich wohl die Delegation von Hausbesuchen in einem festgelegten Rahmen an geschultes nichtärztliches Personal vorstellen, wenn die Supervision durch den Hausarzt gewährleistet ist. Dieser Lösung geben sie den Vorzug vor dem Programm präventiver Hausbesuche, die außerhalb ihres direkten Einflusses und ihrer Kontrolle durchgeführt werden.

4 Diskussion

Um die von den interviewten Hausärzten getroffene Aussagen bewerten zu können, werden diese im Folgenden in den allgemeinen Kontext der hausärztlichen Versorgung und der bisher erfolgten Forschung gestellt.

Zur Darstellung der standespolitischen Sicht wurde Jens Wagenknecht als Allgemeinarzt im Vorstand der niedersächsischen Ärztekammer interviewt, der als Hausarzt und Landesvertreter besonders mit den Problemen der Primärarztversorgung befasst ist. Die von ihm vertretenen Meinungen werden in den einzelnen Unterkapiteln dargestellt.

4.1 Gegenwärtiger Alltag allgemeinärztlicher Hausbesuche

Zunächst soll die gegenwärtige Praxis der allgemeinärztlichen Hausbesuche dargestellt und hinterfragt werden.

Hausbesuche werden unverändert als ein Grundbestandteil hausärztlichen Wirkens angesehen. Dennoch werden sie heutzutage durchaus kontrovers diskutiert und nicht jede Hausbesuchsanforderung wird automatisch positiv entgegengenommen und auch ausgeführt.

Die alte Vorgehensweise des 19. Jahrhunderts, in der der Hausarzt in einer Pferdekutsche auf Hausbesuch fuhr und vor Ort nach seiner Visite mit den Patienten und ihren Angehörigen ein zusätzliches Schwätzchen hielt, ist einem gestressten Autofahrer gewichen, der versucht, in der Mittagszeit möglichst viele Besuche in kurzer Zeit zu erledigen oder ein Altenheim mit 80 Personen zügig durchheilt.

Zum Aspekt der Durchführung von Hausbesuchen lassen sich zwei große Themengebiete ausmachen, die von den Ärzten angesprochen werden. Da ist zunächst die ganz alltägliche Arbeit mit den Routinehausbesuchen zu nennen und dann die speziellen Hausbesuche in besonderen Situationen.

Bei der Beschreibung der Standardhausbesuche wurden die Hausärzte befragt, wie viele Hausbesuche sie durchschnittlich durchführen (im Durchschnitt 14 pro Woche) und in welchem Umkreis (durchschnittlich 7km) das geschieht. Sie sprachen die Aufwendigkeit von Hausbesuchen an und erklärten, wer die Hausbesuche durchführt. Die Dauer eines Hausbesuches (durchschnittlich 30 Minuten) wurde erörtert, ebenso die notwendige Organisation, um die Hausbesuchsdurchführung zu erleichtern.

Die Angaben der Hausbesuchszahl pro Woche pro Praxis sind in der hier vorliegenden Befragung geringer als in einer vergleichbaren Befragung im Raum Göttingen und Freiburg. Dort war eine durchschnittliche Hausbesuchszahl von 25 Besuchen pro Woche ermittelt worden. (31)

Im Weiteren wurde geklärt, wie viele Hausbesuche die verschiedenen Ärztgruppen durchführen. Wie zuvor ausgeführt, variierten die Angaben bezüglich der Hausbesuchsmenge in einem weiten Rahmen. Daraus lässt sich ableiten, dass es Praxen gibt, die einen Schwerpunkt auf die Hausbesuchstätigkeit legen und andere, die diese so weit dies möglich

zu minimieren versuchen. Dadurch wird deutlich, dass die Ärzte mit sehr unterschiedlichen Einstellungen an ihre Arbeit als Hausarzt herangehen.

So gibt es diejenigen, die ihre Arbeit unter ökonomischen Aspekten hinterfragen und wegen der schlechten Entgeltung die Anzahl der Besuche zu reduzieren versuchen. Dann gibt es auf der anderen Seite auch Interviewte, die in ihrer Berufung die vollständige Versorgung der Patienten sehen und deshalb uneingeschränkt Hausbesuche fahren.

Dabei ist erstaunlich, dass Ärzte, die angaben, wenige Hausbesuche zu fahren, dennoch häufiger bemerkten „eigentlich gerne Hausbesuche machen“. Diese Diskrepanz könnte dadurch erklärt werden, dass Hausbesuche besonders ungern unter Zeitdruck erfolgen. Wer mehr Besuche ausführt, ist durch den größeren zeitlichen Druck frustriert. Dabei führten die Ärzte aus, mit mehr Zeit könnten Hausbesuche eine angenehme Abwechslung zum sonst eintönigen Praxisalltag darstellen.

Auch andere Untersuchungen zeigen, dass niedergelassene Ärzte in einem überschaubaren Rahmen trotz der zeitlichen Mehrbelastungen gerne Hausbesuche machen, weil sie auch eine angenehme Erfahrung und Abwechslung darstellen. (32)

Die Hausärzte sprachen von sich aus an, dass in Großpraxen mit mehreren Partnern mehr Hausbesuche geleistet werden können. In einer Einzelpraxis steht während der Hausbesuche der Betrieb still. Allein aus diesem Grund versuchen Ärzte aus Einzelpraxen, Hausbesuche zu minimieren.

Dies stimmt auch mit der Literatur aus anderen Ländern überein, bei der - wie hier - eine starke Korrelation zwischen Arbeitsplatzsetting und Hausbesuchsanzahl aufgedeckt wurde. (11)

Fazit: Je geringer die Belastung des Einzelnen, desto mehr Hausbesuche werden durchgeführt.

Verständlicherweise stellen die Befragten in Praxen auf dem Land fest, dass bei ihnen deutlich mehr Hausbesuche in einem weiteren Umfeld gefahren würden. Diese Kilometererhöhung bedeutet eine Mehrbelastung der Landärzte gegenüber ihren Kollegen aus der Stadt. Die Mehrarbeit lässt sich ebenfalls auf andere Arbeitsbereiche wie den Notdienst übertragen. Sicherlich ist auch das ein Grund, warum beim heutigen Ärztemangel Hausarztsitze auf dem Land als eher unattraktiv empfunden und häufig nicht mehr besetzt werden. Die Gesellschaft wird langfristig allein schon aus diesem Grund alternative Versorgungsformen der Patienten auf dem Land schaffen müssen. (33) Dies ist auch

Gegenstand der aktuellen Diskussion um die Zukunft der Patientenversorgung, zum Beispiel beim Hausärztetag. Lösungsansätze sollen unter Punkt 4.2 diskutiert werden.

In der Stadt sind auch weniger Hausbesuche nötig, weil die Infrastruktur besser, die Wege kürzer und dadurch die Patienten mobiler sind. Insgesamt wird aber von allen befragten Ärzten immer wieder versucht, die Hausbesuchszahl zu minimieren.

Diese Beobachtung stimmt mit den Untersuchungen im Ausland überein. „In most European countries and North America the number of home visits carried out by GPs has been decreased sharply.“ (7) Dabei ist in Deutschland die Zahl der Hausbesuche im europäischen Vergleich relativ hoch, obwohl die Patienten diese nicht als hochwichtig einstufen würden, so eine andere Studie. (8) Danach lässt sich vermuten, dass die Reduktion der Hausbesuche ohne eine subjektive Mangelversorgung einhergehen würde.

Bei der Frage nach der Person, die die Hausbesuche durchführt, gab es Praxen, in denen alle Praxispartner Hausbesuche durchführen, ebenso wie solche, bei denen diese Aufgabe fast ausschließlich von Weiterbildungsassistenten übernommen wird. Man kann letzteren Umstand so interpretieren, dass die Praxisinhaber Hausbesuche als zu aufwendige und ungeliebte Pflicht gerne delegieren.

Bei der Durchführung von Hausbesuchen ist auch noch die Dauer der Hausbesuche von Wichtigkeit für die alltägliche Arbeit. Wie zuvor ausgeführt, ist dabei augenscheinlich, dass Frauen eine durchschnittlich längere Dauer für Hausbesuche angeben als Männer.

Diese Aussage findet man auch in anderen Studien zu dieser Fragestellung aus Kanada. Hier werden von Männern mehr Hausbesuche in der gleichen Zeit durchgeführt. „Even though men made more home visits than women overall, the time spent on home visits over the same period was almost equal for men and women.“ (8) Vielleicht liegt das an dem größeren Pflichterfüllungspotential von Frauen oder der im Vergleich zu Männern erhöhten emotionalen Zuwendungsbereitschaft. Dies lässt sich in der Literatur bestätigen. Untersuchungen der Soziologin Monika Weber zeigten, dass Frauen am Arbeitsplatz mehr Wert auf soziale Aspekte ihrer Tätigkeit legten. Frauen in Gesundheitsberufen seien damit häufig sensibler für soziale Bedingtheit für Gesundheit und Krankheit. (34)

Bei der Durchführung von Hausbesuchen sind auch die Hilfsmittel, die sich die Ärzte beschaffen können, zu nennen. In diesem Zusammenhang werden Hausbesuchsbücher,

Vorbereitung und auch die Arzttasche genannt. In Großpraxen scheint gerade die Arzttasche immer wieder für Konfliktpotential zu sorgen. Dies kann verbessert werden, indem es Packlisten und Vollständigkeitsprüfungen im Rahmen eines Qualitätsmanagements gäbe. So könnte sicher gestellt werden, dass die Tasche immer mit dem ausgerüstet ist, was auf den Hausbesuchen gebraucht wird. Auch für die Vorbereitung der Hausbesuche macht es Sinn einen Standard zu schaffen, an den sich dann alle halten. Diese Standardisierung der Abläufe wird auch in Artikeln vorgeschlagen, welche damit die Qualität gesichert, den Stress minimiert, die Sicherheit erhöht und die Patienten zufrieden gestellt sehen. (35,36)

Bei Betrachtung der bisherigen Studienlage zur gegenwärtigen Situation im In- und Ausland gaben die befragten Ärzte in der Regel ähnliche Arbeitszeiten, -belastungen und momentane Lösungen an. Verbessert werden kann die Situation des Arztes mit hoher Arbeitsbelastung durch die Besuche durch stringente Organisation.

In Deutschland werden überdurchschnittlich viele Hausbesuche getätigt und es scheint Spielraum zur Reduktion dieser Anzahl zu geben. Dieser Meinung sind in erster Linie die Befragten, die auf die Besuche mit primär sozialer Indikation hinweisen.

Betreuungshausbesuche

Unbestreitbar ist die Notwendigkeit einer regelmäßigen Überwachung von älteren alleinstehenden Menschen, insbesondere dann, wenn eine familiäre Einbindung überhaupt nicht oder nur sehr begrenzt gegeben ist. Denkbar wäre, die betreuenden Hausbesuche von anderen Berufen des Gesundheitswesens mit adäquater Ausbildung übernehmen zu lassen. Alternativen zum bestehenden System wurden hier dargelegt.

Jens Wagenknecht wirbt dafür, bei der Besuchstätigkeit verstärkt Freiwillige einzusetzen. In anderen Ländern sei es schon lange sehr üblich, dass sich freiwillige Helfer auf diesem Gebiet engagieren würden. Dies solle man auch in Deutschland fördern.

Es gibt auch schon in Deutschland Erfahrungen in diesem Bereich. So wurden beispielsweise Freiwillige in die Versorgung von Demenzkranken, die von ihren Angehörigen gepflegt werden, eingebunden. (37) Diese Aufgabe wird allerdings fast ausschließlich von Frauen akzeptiert, die ganz bewusst auf finanzielle Entlohnung verzichten und aufopferungsvoll die Gesellschaft entlasten. Dieser Tatsache ist in Hinblick auf ein gesellschaftlich erwünschtes Bemühen um mehr Gendergerechtigkeit problematisch und kontraproduktiv.

Notfallhausbesuche

Beim Thema der Notfallhausbesuche wurden Gründe genannt, Notfallhausbesuche selbst durchzuführen und Gründe dagegen. Darüber hinaus wurde der tägliche Umgang mit diesen besonderen Hausbesuchen geschildert, bei dem die notwendige Ausrüstung eine wichtige Rolle spielt.

Zuerst wurde sich an dieser Stelle der Frage zugewandt, ob es Sinn macht selbst zu den Notfallpatienten hinzufahren, oder ob man gleich einen Krankenwagen schicken sollte. Für die zweite Möglichkeit plädierten vor allem Frauen und Stadtärzte. Frauen waren zuvor schon einmal aufgefallen dadurch, dass sie nicht so großes Vertrauen in ihre eigene „Rettungsfähigkeiten“ hatten. Dabei muss man sich fragen, ob sie damit nicht recht haben, schließlich hat der Hausarzt mit seiner Besuchstasche in der Regel keine Möglichkeiten zu intubieren, ein EKG abzuleiten und eine Schocktherapie durchzuführen. So kann ein Hausarzt ohne die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie im Notfall deutlich weniger ausrichten, als die Besatzung eines Rettungswagens. Dieses Thema der beschränkten Möglichkeiten bei einem Hausbesuch beschäftigt die Hausärzte.

Eine Befragung von niedergelassenen Ärzten in Belgien zeigte ebenfalls, dass es in dieser Gruppe Bedenken gab, ungünstige Umstände wie schlechtes Licht, mangelndes Equipment und andere ortsbezogene Widrigkeiten könnten die Effizienz und das Arbeitsergebnis einer Untersuchung beeinträchtigen. (32)

Auf der anderen Seite ist die Frage, in wie vielen der Fälle diese Notfallausrüstung gebraucht wird, statistisch von keinem der Hausärzte erfasst und gefühlt in eher einer geringeren Anzahl der Besuche erforderlich.

Es leuchtet ein, dass Stadtärzte häufiger sagen, man solle gleich einen Krankenwagen hinschicken, anstatt bei einem Notfallpatienten zunächst selbst hinzufahren. In der städtischen Infrastruktur wäre ein Krankenwagen schneller als der Hausarzt, der aus seiner Sprechstunde losfährt. So würde der Arzt die Behandlung von Notfallpatienten geradezu durch seinen Besuch verzögern. Dies kann bei Krankheitsbildern wie einem Myokardinfarkt oder einem cerebralen Infarkt auf Grund des kurzen Zeitfensters zur Behandlung von großer Bedeutung sein. Diese Situation stellt sich für ländliche Gebiete deutlich anders dar. Dort ist es sinnvoll für einen Hausarzt loszufahren, weil er als erster beim Patienten sein kann.

Schwierig zu beurteilen ist die Frage, ob es sinnvoll ist, aus der laufenden Sprechstunde heraus zu den Notfallpatienten zu fahren. Auch hier gilt, dass der Hausarzt kaum eine Notfallversorgung leisten kann. In den Interviews tauchten zwei Gruppen auf, die für den Umgang mit Notfallpatienten durchaus unterschiedliche Verhaltensstrategien empfehlen. Die einen fahren auch aus der Sprechstunde zu den Patienten, und die anderen schicken in einem solchen Fall einen Krankenwagen.

Im Notfall ist der Vorteil der Bekanntheit des Patienten und seiner Krankheitsgeschichte durch den Arzt und dessen Erfahrung mit dem Patienten weniger wert als die apparativen und personellen Möglichkeiten, die ein Rettungswagen bietet. Darüber hinaus ist es finanziell schwerwiegend, aus der laufenden Sprechstunde mit den vorbestellten Patienten loszufahren. Aus diesem Grund versuchen die Befragten die Notfallhausbesuche bei mittel- aber nicht schwer oder gar lebensbedrohlich erkrankten Patienten auf das Ende der Sprechstunde zu verschieben. Auch ist der Service der Notfallhausbesuche noch viel weniger aus einer Einzelpraxis zu gewährleisten als normale Hausbesuche. Gesamtgesellschaftlich ist es daher eine bessere Lösung, Hausärzte in der Betreuung ihrer Patienten in der Praxis zu belassen und andere Ärzte mit der Notfallversorgung zu beauftragen.

Ein wesentlicher Unterschied in der Versorgung dieser hochdringenden Fälle ergibt sich zwischen Stadt und Land. Auf dem Land müssen die Hausärzte eine lückenlose Versorgung sicherstellen und entwickeln so andere Maßnahmen wie Notfallhandys für die Mittagspause. Auch wird auf dem Land die Ausrüstung für den Notfall erwähnt. Hier sind die Ärzte mit einem Notfallkoffer ausgerüstet und nehmen auch eine Helferin mit, um vor Ort bessere Möglichkeiten zu haben, dem Patienten zu helfen. Hier muss der Hausarzt vor Ort die Viertelstunde überbrücken können, die es länger dauert, bis ein Krankenwagen den Patienten erreicht. Ähnlich wird dieses Problem auch in der Literatur gesehen: „Im ländlichen Raum kommt dem Hausarzt zusätzlich eine wichtige Rolle in der Versorgung von schweren Notfallpatienten zu, weil Notarzt und Rettungswagen relativ weite Entfernungen zu überwinden haben.“ (38).

Dies sind Vorsorgemaßnahmen, die eine Praxis im Stadtgebiet nicht braucht, da die Versorgung mit Krankenwagen und Notärzten deutlich besser ist. So sind die Hausärzte in der Stadt nicht so professionell für den Notfall gerüstet, können aber schnell Verstärkung durch einen Rettungswagen anfordern.

In allen Praxen, ob Stadt oder Land, ergibt sich das Problem, welche Person die Anforderungen für Hausbesuche überprüft. In einigen Praxen werden diese durch die Helferinnen entgegen genommen und auch bewertet. In anderen Praxen ist die Entscheidung, welcher Hausbesuch als hochdringend einzustufen ist, dem Arzt vorbehalten. Sicher ist es rechtlich fragwürdig, ob es Helferinnen obliegen darf, einen angeforderten Notfallhausbesuch unter dem Argument, die Situation sei nicht so ernst, abzulehnen.

Eine mögliche Lösung dies Problems haben die Notfallzentren in Holland entwickelt, welche für Patienten mit akuten Problemen eine telefonische Beratung anbieten. In diesem Fall eine Telefontriage. Diese Triage wird durch speziell ausgebildetes Hilfspersonal durchgeführt. Bei einfachen Beschwerden werden die Patienten von der Helferin beraten und bekommen Tipps zur Selbstbehandlung. Bei ernsthaften oder komplexeren Problemen wird eine ärztliche Konsultation in Form eines Ambulanztermins oder eines Hausbesuchs initiiert. Sollte eine derartige Betreuung durch die Helferin nicht ausreichen, besteht die Möglichkeit das Gespräch an einen Arzt weiter zu leiten.

So können die schwer kranken von den wenig kranken Patienten getrennt werden, die telefonische Beratung verbessert und die Belastung für die Ärzte minimiert werden. Selbstverständlich ist eine Voraussetzung hierfür eine gut ausgebildete Arzthelferin.

Notfallhausbesuche stellen in der Versorgung der Patienten im häuslichen Umfeld insgesamt einen Sonderfall dar. Hausärzte müssen gut abwägen, ob ihr Eingreifen ihrem Patienten hilft, oder seinen Transport in eine Klinik nur verzögert. Auf dem Land kommt den Hausärzten in der Notfallversorgung eine deutlich wichtigere Rolle zu.

Palliativbesuche

Eine weitere Kategorie stellt die Versorgung von Palliativpatienten dar. In den Interviews wurde deutlich, dass viele Hausärzte diese Tätigkeit selbstverständlich als ihre Aufgabe auffassen. Mittlerweile hat sich die Palliativmedizin allerdings als eigenständiges Fach etabliert. So verbringt durch die jedenfalls in Hannover ausreichende Hospiz-Versorgung die Mehrzahl der terminalen Tumorpatienten ihr Lebensende nicht mehr im Krankenhaus und auch nicht mehr in der häuslichen Umgebung. Die kleine Gruppe derer, die dennoch zu Hause verbleiben können, werden durch ein engmaschiges Besuchsprogramm aufgefangen, das die onkologischen Stationen des Krankenhauses über ambulante palliative Stationen vermitteln, in denen auch Ärzte arbeiten. Dadurch hat zumindest in der Stadt für Hausärzte die Zahl der palliativen Hausbesuche abgenommen. Es besteht die Frage, ob das ein Schritt in die richtige

Richtung ist. Denn der vorher bestehende langjährige vertrauensvolle Arzt-Patienten-Kontakt wird einer sicherlich besseren technischen Ausstattung und einer vermeintlich notwendigen aufwendigen Spezialausbildung geopfert. Die Betreuung palliativer Patienten wurde früher mit großer Selbstverständlichkeit und pragmatischem Geschick von Hausärzten in Verbindung mit Sozialstationen und den damals noch aufopferungsvoll kooperierenden Familienangehörigen der Patienten erledigt. Aber die Zeiten haben sich auch hier geändert. Die moderne Medizin meint, auch diese Tätigkeit technisieren zu müssen und hat deshalb eine eigene Spezialdisziplin daraus entwickelt. Auf diese Weise scheint manchen Angehörigen und sogar Patienten erstens der Hausarzt nicht mehr kompetent genug für diese Aufgabe zu sein, und zweitens exkulpiert diese Entwicklung diejenigen Patientenbetreuer, die keine selbstlosen Dienste mehr leisten können oder wollen. Aus diesem Grunde ist die allgemeine Akzeptanz dieser Entwicklung groß, und die Hausärzte müssen sich auch auf dem Land auf eine zunehmende Übernahme dieses Tätigkeitsbereichs durch Spezialisten einstellen.

Altenheimbesuche

Mit der Versorgung der Patienten in einem Altenheim geht viel Verantwortung und Arbeitsbelastung einher. Die Ärzte wiesen immer wieder darauf hin, dass diese Mehrarbeit durch Einzelpraxen kaum zu bewältigen sei. So verwundert es nicht, dass unter den Praxen, die keine Heime betreuen, nur Einzelpraxen vertreten sind.

Manche der befragten Ärzte gaben an, mit der Praxis mehr als ein Altenheim zu betreuen und überdurchschnittlich viele Patienten in Altenpflegeheimen zu haben. Dies ist im Stadtgebiet häufiger als in den Landarztpraxen, was sicher mit der Dichte an Altenpflegeheimen zu erklären ist. Außerdem wurde in vielen Interviews deutlich, dass die Besuche im Altenheim oft als wenig geliebte Pflicht an einen Assistenten abgegeben werden.

Jens Wagenknecht von der niedersächsischen Ärztekammer macht deutlich, die Hausärzte sollten sich nicht von einem Heimarzt in ihrem Anspruch verdrängen lassen, Begleiter für die Betreuung der Altenheime zu bleiben. Diese Meinung ist unter vielen hausärztlichen Kollegen weit verbreitet. Stellvertretend sei hier auf eine Schweizer Quelle verwiesen, in der zwei Hausärzte deutlich erklären, dass der Hausarzt in der letzten Lebensphase von Patienten mit ihrer eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit der kompetenteste und vertrauteste Partner sei. (39)

In Österreich aber z.B. geht man einen anderen Weg und lässt Pflegeheime allein durch Hausärzte betreuen. Dies würde der „besseren Versorgung der Patienten“ dienen, wird hier argumentiert. (40) In den Interviews der hier vorliegenden Arbeit sehen die Hausärzte die Betreuung der Patienten im Altenpflegeheim als ihre Aufgabe an. Viele hoben hervor, dass die vertraute Beziehung zum langjährigen Hausarzt die Umstellung auf das Leben im Pflegeheim für die Patienten deutlich erleichtere. Sicherlich ist es für alte Menschen nicht leicht, ihr gesamtes gewohntes Umfeld hinter sich zu lassen und in einem Heim neu Fuß zu fassen. Da kann es große Sicherheit geben, wenn in der Situation des Krank-Seins zumindest ein vertrauter Ratgeber zur Seite steht. Des Weiteren degradiert es die Patienten natürlich noch mehr zu einem Fall von vielen, wenn sie ihren eigenen Arzt nicht mehr auswählen können.

Im Übrigen wurde in Untersuchungen festgestellt, dass gerade der überstürzte Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung für die alten Menschen sehr belastend ist und zu entgleisenden Episoden führen kann. (41) So muss besonders darauf geachtet werden, wie der Transit in diese neue Lebensumgebung möglichst atraumatisch geschehen kann. Hier kann der vertraute Arzt eine wichtige Hilfe sein.

Dennoch relativiert sich dies Argument der Lebensbegleitung, wenn man die schnellen visitenähnlichen Arzt-Patienten-Kontakte, wie es sie oft in Altenheimen gibt, in Betracht zieht. Bei der Beschreibung eines typischen Heimbisuches benutzten viele interviewte Hausärzte die Worte „krankenhausähnlich“ und „Visite“. Es fehle die Intimität der Besuchssituation zu Hause und die Patienten würden schnell zu „Fällen“, so dass sie nicht mehr als ganze Person wahrgenommen würden. Diese verkürzte Sicht auf „Krankheitsfälle“ und ihre Symptome im stationären Alltag mag in der dort zeitlich begrenzten und auf ein bestimmtes Gesundheitsproblem bezogenen Situation noch tolerabel sein, nicht aber in dem Umfeld eines Pflegeheimes. Letzteres muss von den Patienten als neuer Lebensmittelpunkt häufig sogar ungewollt akzeptiert werden. Auch dort ist die Zuwendungszeit begrenzt und es ist ausgesprochen schwierig, den Patienten dennoch als Individuen gerecht zu werden. Deshalb ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller im Altenheim Arbeitenden unerlässlich.

Immer wieder werden Stimmen laut, die fordern, Ethikkomitees in den Altenpflegeheimen einzuführen. In Hospizen sind diese schon heute üblich und deren Konzept läuft mit unbestreitbarem Erfolg. Die Komitees sollten mit Personen der verschiedenen Fachgruppen

besetzt sein und in den schwierigen Fragestellungen zur Versorgung der Patienten beratend zur Seite stehen. (42)

Nur mit einer solchen interdisziplinären, ethisch beratenden Pflegekonferenz seien die bedrückenden Entscheidungen und der Arbeitsalltag gemeinsam gut zu meistern. (41) Schwierige lebensverändernde Entscheidungen erfordern eine differenzierte Sicht, die eine Einzelperson und auch der langjährige Hausarzt nicht ohne weiteres treffen können. Auch in Tumorzentren ist es schon lange üblich, Therapieentscheidungen in Konferenzen zu fällen, in denen alle Beteiligten vertreten sind. Wenn auch die Komplexität der Therapieentscheidungen im Pflegeheim nicht an die der Onkologie heranreicht, ist doch die Entscheidung für oder gegen manche Behandlung schwierig und im individuellen Fall von großer Konsequenz, z.B. ob ein im Sterbeprozess befindlicher Patient bei einer Pneumonie noch antibiotisch behandelt wird oder nicht. Oder ob man einem finalen Patienten noch eine PEG-Sonde legen sollte, oder den natürlichen Prozess des Sterbens abwarten sollte.

Bei einem typischen Altenheimbesuch von den Hausärzten werden, wie die Befragten schilderten, oft nicht alle Patienten persönlich besucht, sondern die Versorgung erfolgt auch über Kurvenvisiten. Nur so können alle Patienten in der zur Verfügung stehenden kurzen Zeit bedacht werden.

Die Ärzte gaben an, im Durchschnitt eineinhalb Stunden für einen Besuch im Altenheim zu benötigen und dabei circa 20 Patienten persönlich zu treffen. Daraus resultieren nur circa fünf Minuten pro Patient. Eine noch schnellere Konsultation wird wohl kaum möglich sein. Da aber eine kontinuierliche, in der Regel wöchentliche Visite, erfolgt, und die Patienten täglich vom Pflegepersonal observiert werden, kann dieser kurze Zeitraum als ausreichend angesehen werden.

Immer wieder wurde von den Ärzten erwähnt, dass die schnelle Erreichbarkeit des Arztes für das Pflegepersonal ein wichtiger Punkt sei. Diese Aussage findet sich auch in anderen Untersuchungen. (43) Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, ist das Heimarztsystem – wie oben schon erwähnt – ein besseres, denn es bietet dem Pflegepersonal einen kontinuierlichen Ansprechpartner für alle ihre Bewohner. So müssten sie sich nicht bei jedem Bewohner neu einstellen.

Die emotionale Belastung der Hausbesuche im Altenpflegeheim ergibt sich nicht nur aus der hohen zeitlichen Belastung, sondern aus der gemessen an der sonstigen hausärztlichen Aufgabe andersartigen Arbeitssituation. In diesem Zusammenhang spielen die

Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und der Umgang mit den Angehörigen der Patienten eine herausragende Rolle.

Die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal stellt den entscheidenden Grundstock zur Versorgung der Patienten dar, da alle Wege des Arztes zum Patienten letztlich durch das Pflegepersonal gebahnt werden. Die meisten der befragten Hausärzte halten die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal für grundsätzlich in Ordnung. Andere mahnten an, der Umgang miteinander sei „durchwachsen“. Folgende Ansprüche wurden von den Ärzten gestellt:

Das Pflegepersonal solle weisungsgebunden handeln und sich bei Problemen melden. Es solle vor allem ausreichend sicher in der deutschen Sprache und genügend fachlich qualifiziert sein. Diese Ansprüche werden aber durchaus nicht immer erfüllt, und die Ärzte wiederholten mehrfach, es gebe in den Heimen zu wenig kompetentes Personal und die generelle Kommunikation von Problemen sei gehemmt. Diese Erfahrungen finden sich sehr ähnlich auch in einem Artikel zum Thema wieder: „Nüchtern betrachtet gibt es auch schwierige Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Hausärzten mit den Verantwortlichen der Heime: Die Pflegenden sind fachlich überfordert. Sie schalten uns Ärzte zu spät ein oder mobilisieren uns für Bagatellen.“ (43)

Betrachtet man die Situation aus der Sicht der Pflegekräfte, so haben diese häufig mit vielen verschiedenen Hausärzten zu tun, die sie mit unterschiedlichen Ansprüchen konfrontieren. Das erfordert eine enorme Flexibilität im Umgang. Auf jeden Arzt müssen sie sich neu einstellen und jeder Arzt fordert das von ihm festgelegte Benachrichtigungsniveau. Diese unterschiedlichen Wünsche genau zu erfüllen ist sicherlich schwierig. So wundert es nicht, wenn seitens des Pflegepersonals für die Heimbetreuung möglichst ein einziger zuständiger Heimarzt gefordert wird, auf den sich alle gut einstellen können. Die Schnittstellen der Zusammenarbeit seien dann besser wahrzunehmen und die Versorgung der Patienten gesichert. (44)

Insgesamt scheint die enge Zusammenarbeit im eingespielten Team von Ärzten und Pflegenden im Altenpflegeheim zum Vorteil der zu betreuenden Bewohner zu sein. Bei Untersuchungen im Auftrag der American Geriatrics Society wurden beispielsweise neue Vernetzungsstrategien der betreuenden Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Familienangehörigen untersucht. Dabei zeigte sich, dass bei dieser Vorgehensweise Kosten gesenkt und Rehabilitationserfolge schneller erreicht werden konnte, da Absprachen gemeinsam getroffen und Maßnahmen koordinierter und effektiver umgesetzt wurden. (45)

Für die meisten Ärzte sind Heimbefuche ein nicht hinterfragter selbstverständlicher Teil ihrer Arbeit. Nur wenige sehen die Betreuung der Patienten im Altenpflegeheim als Berufung an, die sie erfüllt. Diese Ärzte scheinen die Geriatrie als interessantes Arbeitsfeld anzusehen und schätzen die Arbeit mit den alten Menschen als Herausforderung. Bedenkt man allerdings, dass sich kein einziger Befragter für sich vorstellen kann, selbst einmal Bewohner eines Pflegeheimes zu werden, wird die Ambivalenz dieser Art der Berufsausübung evident. Es scheint, die Ärzte hätten den Wunsch ihren Patienten das Leben in der Situation „Altenheim“ etwas leichter zu machen. Generell aber befinden sich ihre Patienten in einer Lebenssituation, die sie für sich selbst unbedingt vermeiden möchten.

Der ärztliche Umgang mit den Patienten im Altenheim erfordert viel Kraft und Geduld. Gerade die Versorgung von dementen Patienten ist schwierig, zeitraubend und erfordert ein besonderes Fingerspitzengefühl sowie in manchen Fällen sogar eine besondere Qualifizierung (z.B. bei paranoiden Entgleisungen). Besonders dann ist die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal von essentieller Bedeutung, weil die Patienten den Kontakt zu ihrem Arzt nicht durchgehend aufrechterhalten können. Die Beurteilung ihres aktuellen Befindens ist dem Arzt schon oft deshalb unmöglich, weil in der Kürze der Kontaktzeit die manchmal gerade noch erhaltene Fassade der Patienten im Vordergrund steht.

Der Angehörigenkontakt ist ein weiteres problematisches Feld im Pflegeheim, da auch er zeitlich begrenzt werden muss, von beiden Seiten nicht primär gesucht wird, und manchmal sogar regelrecht „stört“. Im Vordergrund steht nicht gegenseitiges Verstehen und der Wille zur Kooperation, sondern es hat sich häufig schon von vornherein eine „Gegnerschaft“ aufgebaut, die durch unrealistische Forderungen der Angehörigen und/oder durch kühle Reserviertheit der Ärzte bestimmt wird.

Der Einzug eines Patienten in ein Pflegeheim ist in der Mehrzahl der Fälle von äußeren Umständen erzwungen und nur sehr selten frei gewählt. Dabei bilden die Angehörigen häufig den wegbereitenden Motor und müssen das Schuldgefühl kompensieren, den Betroffenen nicht im familiären Umfeld genommen zu haben. Dabei neigen sie dazu, mit steten unrealistischen Forderungen die Optimierung des Zustandes ihres Verwandten erzwingen zu wollen, um damit ihr Gewissen zu beruhigen. Sie setzen dabei sowohl das Pflegepersonal und die behandelnden Ärzte unter Druck. Daraus resultiert keine produktive Zusammenarbeit

sondern häufig ein für beide Seiten frustrierendes Hin und Her um die aus jeweiliger Sicht optimale Patientenbetreuung.

Zuletzt wurde von den Hausärzten auch die finanzielle Sicherheit durch die Betreuung eines Altenpflegeheims angesprochen. Dieses Argument wurde vor allem von Ärzten in Stadtpraxen in den Raum gestellt. Dies liegt sicher an der hier höheren Arztdichte, die für andere Patienten den Wechsel zu einem Kollegen einfach macht. Besucht ein Hausarzt eine größere Anzahl von Patienten im selben Pflegeheim, sind diese in der Regel verlässlich und wechseln nicht einfach zur Konkurrenz. Im Gegenteil dazu wirkt auch in einigen Fällen das Pflegepersonal auf ihre Bewohner ein, doch auch zum meist-betreuenden Hausarzt zu wechseln.

Abschließend lässt sich sagen, dass Hausbesuche in Altenpflegeheimen trotz der aufgeführten Hindernisse von den befragten Hausärzten als wichtiger Teil ihrer Tätigkeit angesehen und werden und offenbar auch nur ungern abgegeben würden. Das Modell „Heimarzt“ würde zurzeit nur gegen Widerstand der Hausärzte eingeführt werden können, bleibt aber angesichts der steten Zunahme von Pflegeheimpatienten ein diskutables Alternativmodell, auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung.

4.1.1 Motivation und Barrieren

Zum Thema der motivierenden und hinderlichen Faktoren von Hausbesuchen werden die emotionalen Aspekte der Hausbesuchstätigkeit beleuchtet.

Positiv lässt sich bemerken, dass Hausbesuche vorher unbekannte emotionale Felder schon durch den Rollentausch von Gast und Gastgeber erwecken. Das bietet die spezielle Situation, in der sich der Patient mehr öffnet und so dem Arzt größeren Zugang gestattet. Hausbesuche werden als Chance verstanden und bieten andere gefühlsbetontere Ansätze als die Versorgung der Patienten in den Praxisräumen. Das verstärkt die gegenseitige Abhängigkeit und erweckt häufig große Dankbarkeit und Verbundenheit.

Dies wird auch in anderen Artikeln zu diesem Thema erwähnt. So schreibt beispielsweise Landers (2006): „This enhanced satisfaction is, in part, due to my discovery that a lower-volume, time-intensive house call practice is a more appropriate way than the brief office visit to care for older patients who have multiple morbidities.“ (46)

Besonders die jüngeren Ärzte stimmten hier zu. Das ist nicht erstaunlich, sind sie doch der ungebrochenen ethischen Verpflichtung noch zeitnaher ausgesetzt als altgediente Ärzte, und

ihr Idealismus, der sie zum Medizinstudium antrieb, ist noch nicht durch viele inadäquate Patientenwünsche belastet worden. Sie, die jungen Ärzte, versuchen noch nach Kräften das Bild des vollkommenen Hausarztes zu erfüllen, der uneigennützig und niemals an den eigenen wirtschaftlichen Vorteil denkend, seiner hingebungsvollen Arbeit nachkommt. Sie verstehen die Hausbesuchstätigkeit als wichtigen Anteil ihrer täglichen Arbeit, den sie brauchen um ihre Patienten ganzheitlich behandeln zu können. Hierzu findet sich in der Literatur folgender Hinweis: "This deeper understanding of my patients has empowered me to provide more relevant and likely more effective-preventive and chronic disease counseling and care coordination." (46)

Natürlich bieten Hausbesuche strukturelle Vorteile, die auf den ersten Blick gar nicht auffallen. Beispielsweise können Therapien in ihrer Alltagstauglichkeit im „prallen oder auch nicht prallen Leben“ direkt überprüft werden. Auf diese Weise kann auch die bekanntermaßen schlechte Medikamentencompliance der Patienten optimiert werden. In gleicher Weise können vor Ort, potentielle Unfallquellen erkannt und behoben werden.

„Maßnahmen zielen dabei z.B. auf die Vermeidung von Stürzen, die korrekte Einhaltung von Therapien und die Vermeidung von ungeplanten Wiederaufnahmen in ein Krankenhaus.“ (16)

Nur mit direkter Inaugenscheinnahme vor Ort am Bett des Patienten kann die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung beurteilt und wenn möglich auch verhindert werden. Hier wird ganz besonders deutlich, wie eine unterbezahlte Maßnahme des Gesundheitssystems, der Hausbesuch, eine kleine Investition darstellt, die ihrerseits das Potential in sich trägt, an anderer Stelle Kosten (durch die ausbleibende stationäre Behandlung) einzusparen.

Das ist aber nur möglich durch den die gelebte Anamnese des Patienten kennenden Hausarzt und nicht durch einen Notarzt, der allein aus Angst vor juristischen Konsequenzen eine Sicherheitseinweisung bevorzugen wird. Außerdem kann letzterer niemals in der Kürze des Noteinsatzes mit etwaigen Familienangehörigen eine gemeinsame Beschlussfassung herstellen, die sich auf langjährig gewachsene gegenseitige Wertschätzung stützt.

Nur die hausärztliche Prävention kann als sinnvolle Herangehensweise an die alternde Gesellschaft und ihre multimorbiden Patienten gelten. Prävention ist und bleibt Hausarztsache, findet die Mehrzahl der interviewten Ärzte. Dies korreliert mit Daten einer Studie aus dem USA: Sie zeigte eine signifikante deutlich positive Beziehung zwischen hausärztlicher Versorgungsdichte und niedriger Mortalität. (46) So können Hausärzte offensichtlich viel auf die Krankengeschichte ihrer Patienten einwirken. Hätten sie nun auch

noch Ressourcen effektiv Prävention zu betreiben, würde dieser Zusammenhang sicher noch deutlicher.

Die Ärzte stellten auch immer wieder dar, dass die Hausbesuche von den Patienten als wichtiger Teil der hausärztlichen Versorgung angesehen würden. Sie beschrieben beispielsweise, dass einige Patienten extra die Praxis gewechselt hätten, um diesen Service in Anspruch nehmen zu können.

Genau diese Aussage findet sich indirekt in einer Umfrage bestätigt, die die Patienten in verschiedenen Ländern befragt. Dort rangieren die Hausbesuche in anderen Ländern auf der Rangliste der meistgewünschten Eigenschaften einer Hausarztpraxis deutlich weiter hinten als in Deutschland. (13) Die Hausärzte gaben in diesem Zusammenhang auch frei zu, diesen Marketing-Wert von Hausbesuchen für sich zu nutzen. Man könne durch ein solches Angebot neue Patienten an seine Praxis binden. Eine europaweite Studie konnte eine Beziehung herstellen zwischen der Häufigkeit von Hausbesuchen und der Funktion, die niedergelassene Ärzte im Gesundheitssystem des jeweiligen Landes hatten. Dabei zeigte sich, dass Hausbesuche auch als Marketing-Element in der Praxis angewandt werden. In Gesundheitssystemen, in denen Patienten einem bestimmten Hausarzt zugeteilt werden, werden deutlich weniger Hausbesuche durchgeführt, als in Systemen in denen Ärzte sich im Wettbewerb um die Patientengunst befinden. (47)

Die meisten negativen Gefühle gegenüber Hausbesuchen werden von der finanziellen Benachteiligung und der Aufwendigkeit genährt. Wenn sich ein Arzt auf eine betriebswirtschaftliche Beurteilung seiner Hausbesuchstätigkeit einlässt, wird er in einen fast unlösbaren Konflikt gestürzt. Verglichen mit anderen, nicht akademischen Dienstleistern, die Hausbesuche anbieten, wird er in einer Weise finanziell abqualifiziert, die ihn an seinem Wert zweifeln lässt. Außerdem treibt ihn der „anerzogene kategorische Imperativ des Helfensollens“ an, jede pekuniäre Bewertung seiner Tätigkeit zu unterlassen. Denn bei negativer Bewertung müsste er in schwerstem Gewissenskonflikt unter Umständen eine Anfrage nach einem Besuch allein aus monetären Gesichtspunkten absagen oder zu delegieren versuchen.

Darüber hinaus ist die Arbeit bei Hausbesuchen nicht nur schlecht bezahlt, sondern auch noch deutlich anstrengender und belastender als die Arbeit in der Praxis. Es müssen Patienten im 7. Stock besucht, Parkplätze gesucht, und der Patient im Wohnzimmer untersucht werden. Es erstaunt nicht, dass Hausärzte in Deutschland allgemein unzufriedener mit ihrer Arbeitssituation sind als ihre Kollegen im Ausland. (46) Wenn unsere Gesellschaft also die

bestehenden Verhältnisse und damit auch die Besuchstätigkeit ihrer Hausärzte bewahren will, muss sie den Konflikt Geld gegen Altruismus auflösen. Es scheint für die Befragten ein Gefühl des „nicht Wertschätzens“ ihrer Arbeit zu verbleiben, das sich negativ auf ihre allgemeine Arbeitszufriedenheit auswirkt. Dies lässt sich auch in anderen Studien nachvollziehen: Untersuchungen der Universität Heidelberg zeigen, dass Hausärzte sich in ihrem Beruf nicht anerkannt fühlen. Hausärztliche Tätigkeit habe dadurch eine geringere Attraktivität. (48)

Insbesondere die alten multimorbiden Patienten werden in diesem Spannungsfeld nicht mehr richtig versorgt werden. Sie machen aber den größten Anteil der zu Besuchenden aus. So wird festgestellt, dass die Rate der Hausbesuche mit den betreuten alten Patienten korreliert, da diese die meisten Hausbesuche bräuchten: „The number of elderly patients is the strongest predictor of the home visiting rate.“ (11)

Bei den eben genannten Nachteilen und Hemmnissen von Hausbesuchen ist es nicht verwunderlich, dass viele der Interviewten angaben, ihre Hausbesuchszahlen gezielt zu minimieren. Diese Tendenz stimmt mit der im Ausland überein: „Despite the growth in other health care services the number of house calls by physicians has declined dramatically during this century.“ (11) Die Ärzte berichteten, besonders alte Patienten würden aber nach wie vor Hausbesuche bekommen, weil sie immobil seien. Auch dies korreliert mit den Daten aus dem Ausland, den zufolge gerade die Besuche bei den jüngeren Patienten massiv abgenommen haben. (50)

Manche Ärzte sahen den Hausbesuch als eine reine Serviceleistung an, denn die allermeisten Patienten seien inzwischen so mobil, dass sie auch im Krankheitsfall in die Praxis kommen könnten. Hausbesuche unterstützten hier die Bequemlichkeit von Patienten.

Außerdem wurde argumentiert, dass Hausbesuche isolationsfördernd wirkten, wenn sie verhinderten, dass ein potentiell noch ausreichend mobiler Patient nicht in die Praxis komme und sich zu Hause vergrabe.

Besonders wiesen die Ärzte in der Stadt darauf hin, dass sie dem unverantwortlichen Umgang mit der Hausbesuchsbestellung bei ihren Patienten gezielt entgegenwirken würden. Hier wird einmal mehr deutlich, dass Kollegen aus der Stadt ihre Arbeit als Hausarzt ökonomischer ansehen als die Ärzte aus den Landarztpraxen.

Einig sind sich alle befragten Ärzte darin, dass die Bezahlung in der jetzigen Form unzureichend ist. Momentan stellt der klassische Routinehausbesuch für die meisten Ärzte ein Zusatzgeschäft dar, dem sie sich deshalb zu entziehen trachten. Genau dieser Zusammenhang wurde auch in einer Untersuchung der hausärztlichen Tätigkeit in Kanada gefunden. Es wurde die Korrelation von Bezahlung auf die Hausbesuchsrate bezogen und ein positiver Zusammenhang gefunden. (9)

Herr Mehl vom deutschen Hausärzteverband fordert deshalb Hausbesuche aus dem normalen Budget herausgelöst gesondert zu entlohnen. (51) Diese Forderung findet sich auch in einigen Interviews wieder. Eine extrabudgetäre Bezahlung wird bei anderen vom Gesetzgeber begünstigten Leistungen bereits durchgeführt. Für die Routine-Hausbesuche gibt es trotz der allgemein anerkannten Wichtigkeit keine solche Bevorzugung. Lediglich die selteneren Notfallbesuche sind mit einer Bezahlung außerhalb des Regelleistungsvolumens versehen. Erstaunlicherweise setzte die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ihre Forderung, Hausbesuche als besondere Leistung außerhalb der Budgetierung zu bezahlen und auf diese Weise besonders zu fördern, nicht um. (44) Ihre Überlegung bestand darin, dass nur auf diese Weise die Hausbesuchsversorgung bedürftiger Patienten auch in Zukunft sicher gestellt werden könnte.

Als ein Argument gegen eine Mehrbezahlung der Hausbesuche führten die Interviewten einen möglichen Missbrauch an. Hier muss natürlich hinterfragt werden, ob solche Besuche gesamtgesellschaftlich einen solch positiven Effekt haben können, dass sie von den Krankenkassen als lohnende Investition in die Gesundheit ihrer Mitglieder angesehen werden können. Also muss sich die Gesellschaft der Frage stellen, welche Hausbesuche von der Allgemeinheit gefördert und bezahlt werden sollen, und ob sie die anscheinend unaufhörliche Reduktion mittragen will oder nicht.

Erschwert wird diese Aufklärung durch die Tatsache, dass es trotz deutlicher Reduktion der Hausbesuche bislang nur in einigen Gebieten der neuen Bundesländer zu einer spürbaren Mangelversorgung gekommen ist, und laut Untersuchungen aus dem europäischen Ausland der Mangel allgemein sonst von der Bevölkerung noch nicht wahrgenommen wird, solange nur die unstrittig notwendigen Hausbesuche unverändert erfolgen. (8)

So verbleibt die Frage, ob man durch eine Mehrbezahlung offensichtlich vermeidbare Hausbesuche stützen sollte. Von der niedersächsischen Ärztekammer sagt Jens Wagenknecht

zu diesem Thema, dass seiner Meinung nach die Hausbesuche gar nicht mehr außerhalb der Pauschalen bezahlt werden sollten. Dies fördere nur den Missbrauch durch einige Kollegen. In der Literatur findet sich auch der Hinweis, man solle Hausärzte besser ergebnisorientiert bezahlen. Betrachtet man in diesem Zusammenhang Hausbesuche, so ist deren potentieller Erfolg mittels Qualitätsindikatoren (z.B. Zahl der Krankenhauseinweisungen) durchaus bewertbar.

In diesem Sinn bietet sich ein System von Pauschalen an, bei denen zusätzlich noch Bonuszahlungen für besonders gute Ergebnisse möglich wären. So wären die Ärzte an einem guten Outcome der Patienten interessiert. (53) Hier wären dann natürlich solche Hausärzte benachteiligt, in deren Patientenkollektiv sich multimorbide Personen befinden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Hausbesuche für die Hausärzte viele Nachteile beinhalten. Sie sind unbequem, schlecht bezahlt und in ihrer allgemeinen Wirkungsweise nicht immer nachvollziehbar effektiv.

4.1.2 Die juristische Dimension der Durchführung oder Ablehnung von Hausbesuchen

Da einige Interviewte Hausbesuche kategorisch ablehnen, seien hier die juristischen Fakten zu Hausbesuchen kurz angesprochen, wie sie in § 17 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte hinterlegt sind.

Zitat § 17 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte: *„Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.“*

So wird es auch bei Broglie ausgeführt: „Übernimmt der Arzt die umfassende medizinische Betreuung eines Patienten, so muss er auch die gegebenenfalls erforderlich werdenden Hausbesuche ausführen“ (54)

Aus dieser die Krankenkassen treffenden Aufklärungspflicht wird sekundär gefolgert, dass gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf Besuchsbehandlung haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen einer Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Hieraus folgt wiederum, dass der Vertragsarzt grundsätzlich verpflichtet ist, eine Besuchsbehandlung vorzunehmen, wenn es dem Patienten auf Grund einer Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist, die Praxisräume selbst aufzusuchen.

Prinzipiell kann der Arzt eine Besuchsbehandlung ablehnen, wenn er nachweist, dass aufgrund seiner Einschätzung (etwa langjährige Kenntnis des Patienten, wiederholt gleiche Situation) keine Notsituation vorliegt, oder die gegebene Notsituation nur durch die unmittelbare Heranziehung eines Notarztes beherrschbar erscheint. Das bedeutet, dass der Arzt eine zumutbare Alternative zu seiner Besuchsbehandlung aufzeigen oder in Gang setzen muss. (54)

Weiterhin darf nach § 17 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte der Vertragsarzt Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

Die besagte gesetzliche Regelung ist die einzige zum Themenbereich Hausbesuch. Alle weiteren Fragen werden im Einzelfall von der Rechtsprechung geklärt und bedürfen einer individuellen Prüfung. Hausbesuche prinzipiell nicht durchzuführen ist also kein gangbarer Weg.

So gibt es immer wieder Urteile gegen Hausärzte, die in dringenden Fällen ihrer Hausbesuchspflicht nicht nachgekommen sind und deren so nicht behandelte Patienten deswegen abwendbar negative Krankheitsverläufe hatten. Auch die telefonische Beratung und Verordnung von Medikamenten ersetzt den Hausbesuch in diesem Fall nicht.

Der Bundesgerichtshof stellte in seiner Entscheidung, BGH VersR 1979, 376, fest, dass ein Arzt haftet, wenn er einen angeforderten Hausbesuch ablehnt, gleichzeitig aber am Patienten behandelnd tätig wird (in diesem Falle durch Übermittlung von Medikamenten). (55)

Der häufig gewählte und aus juristischer Sicht etwas zweifelhafte „Ausweg“ ist die fernmündlich initiierte stationäre Einweisung oder das Beauftragen eines Notarztes mit der Überprüfung und Lösung der Notsituation. Die führt allerdings häufig zu überteuerten und überdimensionierten Maßnahmen.

4.1.3 Unterschiede in der Betrachtung von Hausbesuchen in Stadt- und Landpraxen

Eine wichtige Erkenntnis im Vergleich von Stadt- und Landpraxen wird in der vorliegenden Befragung deutlich. Landarztpraxen führen zahlenmäßig mehr betreuende Routinebesuche durch, während Stadtarztpraxis diese eher reduzieren, sich aber durchaus auf Notfallbesuche einlassen.

Das ist leicht aus der strukturellen Unterschiedlichkeit herzuleiten und deshalb eine Erkenntnis, die nicht überrascht. In der ländlichen Umgebung ist die Arztdichte geringer und in manchen Gebieten wird bereits heute eine Unterversorgung beklagt. Außerdem lassen sich alternative Strukturen nicht so schnell entwickeln wie in der Stadt. So muss der einzelne Arzt eine größere Hausbesuchslast tragen und Patienten in einem größeren Umfeld versorgen. Dies trägt zur deutlichen Mehrbelastung der Hausärzte in ländlichen Gebieten im großen Maße bei. Aus diesem Grund wurden entsprechend unterstützende Projekte gerade hier aufgebaut (siehe Mecklenburg-Vorpommern). Diese sind aber nicht flächendeckend weiter verbreitet worden. Diese alternativen Projekte werden im nächsten Kapitel noch einmal näher beleuchtet werden.

Auf dem Land besteht außerdem eine schlechtere Infrastruktur. Alte, in ihrer persönlichen Mobilität eingeschränkte Patienten kommen also viel eher in die Verlegenheit, einen Hausbesuch anfordern zu müssen, weil die Alternative der öffentlichen Verkehrsmittel nicht realistisch ist. Auch die Notfallhausbesuche haben auf dem Land eine andere Qualität. Während die Befragten in der Stadt vor allem von der Unbequemlichkeit und eigentlich wirtschaftlich unmöglichen Situation berichteten, mitten in der Sprechstunde angerufen zu werden, haben die Interviewten in Landarztpraxen andere Sorgen, wenn sie zu einem Notfall losfahren. Für sie steht im Vordergrund, dass sie oft für eine gewisse Zeit die einzig medizinisch qualifizierte Person vor Ort sind bis „mit Verspätung“ der bestellte Notarztwagen eintrifft.

Es bleibt also zu folgern, dass die Hausärzte auf dem Land in einer anderen Pflicht ihren Patienten gegenüber stehen als ihre städtischen Kollegen. Sie sind für die Patienten oft der erste, der einfachste und gelegentlich auch der einzige Ansprechpartner des Gesundheitssystems. Dies mag einer der Gründe dafür sein, dass besonders junge Ärzte den Beruf des Landarztes scheuen. Die Vorstellung, mitten in der Nacht von Patienten aus dem Bett geklingelt zu werden, behagt nicht jedem. Da es schon heute ein deutliches Nachwuchsproblem von Hausärzten auf dem Land gibt, wird es notwendig sein, neue Versorgungswege zu finden und so die Hausärzte in ihrem Auftrag zu unterstützen.

4.2 Alternativen zu Hausbesuchen

Welches könnten diese neuen Versorgungsformen sein? Kommt man auf das Thema der Alternativen zum bestehenden Hausbesuchssystem zu sprechen, fällt als erstes auf, das die befragten Hausärzte sehr zurückhaltend und wenig „kreativ“ reagierten.

Sie schienen sich wenig mit dem Thema beschäftigt zu haben und boten deshalb von sich aus wenig alternative Ideen an. Allenfalls wurde die Delegation von Hausbesuchen an Arzthelferinnen erwähnt. Dies ist zumindest in sofern überraschend, als dass viele der befragten Hausärzte mit ihrer augenblicklichen Situation unzufrieden sind.

Hausbesuche von Helferinnen mit klarer, einfacher Fragestellung wie Blutabnehmen und Blutdruckmessen oder Verbandswechsel fallen unter die delegationsfähigen Leistungen und können auch rechtlich abgesichert durch nichtärztliches Hilfspersonal oder Studenten durchgeführt werden. (56) Dieser Ansatz zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung der Patienten wird auch von politischer Seite verfolgt. (3)

Allerdings bemängelten die befragten Hausärzte in den Interviews, dass die Bezahlung der Hausbesuche durch die Helferinnen nicht ausreichend wäre. Dieses Argument wird von offizieller Seite nicht nachvollzogen, so Jens Wagenknecht, Vorstandsmitglied der niedersächsischen Ärztekammer. Er weist darauf hin, dass der Arzt seine Helferin ohnehin bezahlen müsse und so keine Mehrkosten habe. Das Problem der geringen Vergütung von Hausbesuchen durch nichtärztliche Mitarbeiter wird aber auch in der Literatur aufgegriffen und dort wird festgestellt, dass diese dadurch heute noch keinen strukturellen Beitrag zur Versorgung der Patienten leisten. (8)

Andere Ideen, die von den Hausärzten zum Thema Hausbesuche entwickelt werden, sind ein Recall-System und das System der vernetzten Hausbesuche. In ersten Ansätzen gibt es solche Recallsysteme schon heute, nämlich im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch Erkrankte. Die betroffenen Patienten werden regelmäßig gesehen und die Einstellung der Therapie und das Selbstmanagement überprüft und der aktuellen Situation angepasst. Eine Ausweitung solchen Vorgehens auch für chronisch Krankheiten, die aktuell nicht in einem DMP erfasst werden, ist denkbar.

In der gegenwärtigen Diskussion in den Medien stehen unter anderem die Hausbesuche durch eine speziell ausgebildete Schwester. Diese werde dann je nach Modell präventiv eingesetzt. Als gesamtgesellschaftliche Veränderung und Neuerung bieten diese alternativen Wege der

hausärztlichen Versorgung natürlich ein weites Feld der wissenschaftlichen Forschung. Damit gibt es ausreichend Literatur, welche die Effektivität der Hausbesuchsprogramme hinterfragt. Die verschiedenen Quellen kommen dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen:

Es gibt beispielsweise mehrere Untersuchungen, die nachweisen, wie sich präventive Hausbesuche für ältere Patienten rechnen. So wird beispielsweise dargestellt, dass die regelmäßigen Hausbesuche die Mortalität und die Aufnahme rate in Altenheime reduzieren und so Geld sparen. (15) So könnten durch die Prävention und die verhinderten Altenheimaufnahmen die Menschen länger in ihrer Umgebung selbstständig leben. (16) Auch wird festgestellt, dass präventive Hausbesuche durchaus kostengünstig sein können, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Darunter fallen: Patientenkollektiv mit noch gut erhaltener Gesundheit zu Beginn, ausreichende Dauer des Programms und gut geschulte Schwestern. (57)

Auch wurden Studien zur Sturzprophylaxe geführt, die als Ergebnis hatten, regelmäßige Besuche einer ausgebildeten Krankenschwester würden hier prophylaktisch wirken, dazu die Selbstständigkeit erhalten und Kosten verringern. (58)

So sei es ein Hauptziel der präventiven Hausbesuche, erklärt Prof. Hendriksen von der Universität Kopenhagen in einem Expertenhearing (59), Krankenhausaufnahmen zu verhindern. In einer Metaanalyse wird dagegen folgende Aussage getroffen: Interessanterweise kann trotz allem positiven Outcome die Rate der Krankenhauseinweisungen doch nicht signifikant reduziert werden. (17)

Gleichzeitig gibt es aber auch Stimmen, die darauf hinweisen, dass sich präventive Hausbesuche nur langfristig lohnen, zunächst als Investition Geld verbrauchen und nur verzögert zu Einsparungen führen. (16)

Die bereits bestehenden Modelle wie beispielsweise AGnES waren vielen Interviewten unbekannt und konnten deshalb erst nach einer kurzen Erklärung diskutiert werden. Nach kurzer Darstellung hatten aber alle Interviewpartner eine Meinung dazu.

Dabei bildeten sich auch hier zwei Gruppen mit unterschiedlichen Ansichten. Auf der einen Seite waren Ärzte der Meinung, Besuchstätigkeit von nichtärztlichem Personal sei eine gute Idee. Auffallend war, dass sich hier besonders die älteren Befragten und die Hausärzte aus der Stadt wiederfanden. Die Stadtärzte bemerkten täglich, dass in unserer Gesellschaft alte alleinstehende Menschen sozial deprivieren, und sahen deshalb einen hohen Bedarf an solchen Programmen. Sie führten als Hauptargument an, man könne durch diese regelmäßige Anbindung Krankenhausaufnahmen verhindern und so Geld sparen.

Diese Auffassung steht im Gegensatz zur Herangehensweise der Untersuchungen, die die präventiven Hausbesuche vornehmlich in wenig bewohnten Gebieten ansiedeln, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Als prinzipiell gut, aber unrealistisch werden die Programme von anderen Ärzten der Befragung eingeschätzt. Sie sagen aus, die präventiven Hausbesuche würden sich nicht schnell genug rentieren und wären damit zu teuer.

Präventive Hausbesuche verhinderten Krankenhaustage, führt auch Herr Wagenknecht von der niedersächsischen Ärztekammer an. Aus seiner Sicht mache diese Tatsache die Hausbesuche ökonomisch sinnvoll.

Da Regierungen die Tendenz haben, nur Programme mit schnell messbarem Benefit zu unterstützen, lässt sich insgesamt sagen, dass diese Präventivprogramme bei uns geringe Chancen hätten. Auch ist sicherlich die Frage schwierig zu klären, wer und vor allem welche der vielen schon längst völlig überlasteten Kassen die Kosten für flächendeckende präventive Hausbesuche langfristig übernehmen kann und möchte. Es wird deutlich schwieriger sein die Kosten für eine derart unbegrenzte Maßnahme aufzubringen, als nur die überschaubaren Kosten eines Modellprojektes.

Wichtig und ernst zu nehmen ist der Einwand mancher Ärzte, dass mit einem nichtärztlichen Besuchsprogramm eine Konkurrenz zu ihrer eigenen Tätigkeit aufgebaut werden könnte, die eigentlich einer unsinnigen Doppelversorgung entspräche. Jens Wagenknecht weist zu diesem Thema darauf hin, man müsse diese Kollegen über den Umstand aufklären, dass im Gegenteil nur Arbeitsentlastung für die Hausärzte entstünde, die die genuine ärztliche Tätigkeit nicht tangiere.

Bei den bestehenden Modellprojekten seien die miteinbezogenen Ärzte alle zufrieden gewesen, weil die Zuständigkeiten im Vorfeld klar definiert worden sind, berichtet Jens Wagenknecht von der niedersächsischen Ärztekammer. Eine ähnlich positive Bewertung durch miteinbezogene Hausärzte findet sich auch in der Literatur. So sei die Arbeitsbelastung deutlich zurückgegangen und die Zusammenarbeit durchaus positiv verlaufen. (8) Außerdem sei die Patientenzufriedenheit und deren Versorgung durch die Einbindung von ‚Schwester Agnes‘ verbessert worden. (60)

Auch eine Idee in dieselbe Richtung ist die Telehealthcare, die in den USA praktiziert wird. In dünn besiedelten Bereichen bekommen chronisch Kranke Software, mit deren Hilfe sie ihre aktuellen Befunde per Internet an einen Arzt schicken. So sind sie fortwährend an die medizinische Versorgung angebunden und die Anzahl der Notfalleinweisungen konnte auf Grund der besseren Überwachung reduziert werden. (61)

Die neuen Möglichkeiten der Technik werden allerdings nicht nur positiv gesehen. Eine Untersuchung zu den Potenzialen und Problemen der Telemedizin sieht einerseits Vorteile in der rein medizinisch-fachlichen Betreuung, unterstreicht jedoch auch die Bedeutung des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes, der durch zwischengeschaltete Technik gestört werden könne. Eine Telemedizin drohe die ortsgebundenen Patienten zu anonymisieren und entpersonifizieren und könne daher persönlich Besuche durch den betreuenden Arzt nicht einfach ersetzen. (62)

4.3 Wird es weiterhin ärztliche Hausbesuche geben?

Nur wenige Befragte verneinten diese Frage. Grundsätzlich besteht bei den meisten Hausärzten ein Konsens darüber, dass die Besuchstätigkeit zu ihrer hausärztlichen Aufgabe dazu gehört und immer gehören wird. Auch Jens Wagenknecht ist der Meinung, dass es in Zukunft noch Hausbesuche durch Ärzte geben wird: *„Also ich glaube, dass einige Hausbesuche auch von anderen Personengruppen übernommen werden können. Das ist ja jetzt auch ein ganz modernes Thema. Ich glaube aber auch, dass der Hausbesuch vom Arzt immer notwendig sein wird.“*

Die Reduktion auf unabdingbar notwendige Hausbesuche sollte zu mehr Kosteneffektivität führen und wäre damit sicherlich gesamtgesellschaftlich von Vorteil. Trotzdem bleibt die Vermutung bestehen, dass mit diesem Schritt der Arzt-Patienten-Beziehung Boden entzogen wird. Die Ökonomisierung kann zu einer Distanzierung auf der Arzt-Patienten-Beziehungsebene führen (63). Im europäischen Ausland werden schon Beobachtungen getätigt, dass die Patienten mit der Organisation der hausärztlichen Versorgung weniger zufrieden sind, wenn der Aspekt der Kostenersparnis zu sehr im Vordergrund steht (64).

Mit einer deutlich ökonomischeren Herangehensweise an die hausärztliche Versorgung der Patienten wird vermutlich auch der letzte Anklang des alten Bildes vom Arzt, der in allen Lebenslagen kommt und hilft, verloren gehen. Möglicher Weise ist diese verklärte Sicht der

Dinge aber auch nicht mehr zeitgemäß. Auch ältere Patienten, die momentan häufig noch sehr an ihren Hausarzt gebunden sind, könnten in Zukunft gut durch nicht-ärztliches Personal zu Hause versorgt werden. Häufig kann sich dieser Personenkreis etwas mehr Zeit nehmen, als der Hausarzt selbst. Diese Investition wird, so zeigen die Erfahrungen aus Programmen zu präventiven Hausbesuchen, meist mit viel Vertrauen in „die Schwester“ entlohnt.

In Zusammenfassung lässt sich sagen, dass die Zukunft mancher Hausbesuche sicherlich in der Delegation liegt. Ob dabei Helferinnen oder andere Angehörige medizinischer Heilberufe Hausbesuche übernehmen, variiert je nach Ansatz. Auch wird die Prävention in der alltäglichen hausärztlichen Versorgung mehr in den Mittelpunkt rücken und sollte unter anderem auch in Form von regelmäßigen Besuchen eingeführt werden. Hausbesuche können bei geeignetem Zuschnitt präventiv wirken und sind damit langfristig kosteneffektiv.

4.4 Hausarzttypen und ihre Zukunftsvisionen

Die interviewten Ärzte lassen sich in verschiedene „Typen“ entsprechend der empirischen Typenbildung der Sozialforschung (65) aufteilen. Eine solche Beschreibung „typischer“ Antworten macht es in einem zweiten Schritt möglich, die Motivationen und Barrieren der jeweiligen Gruppe gezielt und spezifisch bei der Planung zukünftiger Versorgungsmodell zu berücksichtigen. Ein solches Vorgehen kann die Diskussion um akzeptable alternative Herangehensweisen erleichtern.

„Die Resignierten“

In dieser Gruppe überwiegen negative Meinungen, Frustration und Verdruss. Hausbesuche werden als unbequem und lästig angesehen und nur widerwillig durchgeführt. Sie würden Zeit und Geld vergeuden und wenig erreichen. Eigentlich sei die Notwendigkeit von Hausbesuchen in einer mobilen Gesellschaft überholt. Die Resignierten würden am liebsten keine Hausbesuche durchführen und schätzen auch den direkten Kontakt zu den Patienten nicht. Sie machen ihre Arbeit ohne Herzblut, weil sie „gemacht werden müsse“, sie haben sich eigentlich in die Resignation zurückgezogen und fühlen sich dabei nicht wohl. Gleichzeitig entwickeln sie aber auch keine Ideen, wie man die aktuelle Situation verbessern könnte.

In dieser Gruppe finden sich Frauen und Männer sowie Ärzte aus Stadtpraxen und Landpraxen zu gleichen Teilen wieder. Die älteren Ärzte überwiegen leicht.

Die Resignierten sind der Meinung, dass sich an ihrer negativen Lage in den nächsten Jahren wahrscheinlich wenig ändern wird und meinen, niemand würde in die hausärztliche Versorgung noch Geld und Ideen investieren wollen. Die Resignierten stehen allerdings neuen Ideen, die ihnen ihre tägliche Arbeitsituation erleichtern und die Versorgung ihrer Patienten sichern, durchaus nicht ablehnend gegenüber - so sie von außen an sie herangetragen werden. Mit guter Aufklärung wären sie vermutlich leicht für Alternativen zugänglich. Dazu zählen die oben beschriebenen Hausbesuche durch nichtärztliches Personal, aber auch präventiven Programme (AGnES etc.), die durch Übernahme vieler Hausbesuche die Arbeitslast der Ärzte verringern könnten.

„Die Idealisten“

Die nächste Gruppe präsentiert die gegenteilige Haltung zur Resignation. In dieser Gruppe sind Ärzte vertreten, die Hausbesuche als unabdingbaren Teil ihrer hausärztlichen Tätigkeit ansehen und sie mit Überzeugung durchführen. Selbst wenn die Besuche momentan nicht gut honoriert seien, gehörten sie dennoch zu ihrem Beruf als Hausarzt. Diese Arbeit sehen sie als ihre Berufung an, sie sei an alle Patienten in allen Lebenslagen gerichtet und fordere den uneingeschränkten Beistand des Hausarztes. Der Allgemeinarzt soll das Gesundheitssystem an der Basis festschreiben und ein HAUSarzt im wörtlichen Sinn für alle Menschen und in allen Situationen sein. Diese Ärzte argumentieren, Hausbesuche seien näher am Leben als der Praxiskontakt und würden Einblicke in das Lebensumfeld eines Patienten geben, die sonst verschlossen blieben. Dies sei wichtig, um einen Patienten umfassend zu betreuen. Viele gaben hier zu Protokoll, gerne Hausbesuche zu machen, um das Zuhause eines Patienten auch kennenzulernen. Die Hausärzte verstehen sich hier als „Lebensarzt und Familienarzt“. In dieser Gruppe befinden sich gleich viel Männer und Frauen, junge und alte Ärzte sind fast ausgeglichen, aber die Stadtärzte sind in dieser Untersuchung leicht in der Überzahl.

Aus ihrem umfassenden Arztverständnis heraus, das selbstverständlich auch Betreuungshausbesuche mit beinhaltet, lehnen diese Hausärzte Herangehensweisen der Delegation von Hausbesuchen meist ab. Auch die Programme der präventiven Hausbesuche durch eine Krankenschwester werden als Konkurrenz angesehen. Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass Helferinnen und Schwestern nur einfache Hausbesuche unter strenger Supervision durch einen Arzt übernehmen könnten. In dieser Studie bildeten die „Idealisten“ mit 10 Ärzten die größte Gruppe; möglicher Weise gibt es eine ähnliche Verteilung auch in der realen Population. Das könnte erklären, warum Alternativprogramm wie AGnES aktuell

noch auf große Vorbehalte stoßen. Die Idealisten werden sich neuen Programmen nur langsam öffnen. Am ehesten könnten sich diese Hausärzte wahrscheinlich auf das Modell der unterstützenden Helferin einlassen, die sie selbst einstellen und damit kontrollieren können

„Die Pragmatiker“

Die letzte der drei Gruppen sind die „Pragmatiker“. Sie stellen fest, dass die Gesellschaft Hausbesuche immer benötigt werden, weil nicht alle Patienten zu jedem Zeitpunkt und in jeder Situation die Praxis aufsuchen können. Dabei sind die Hausbesuche ihrer Meinung nach zwar unpraktisch, zeitraubend und manchmal sogar lästig für den einzelnen Arzt, aber sie gehören prinzipiell in die gesundheitliche Vollversorgung und deshalb zum Arbeitsfeld des Hausarztes. Die Pragmatiker sagen dabei aber auch ganz klar, diese Aufgabe müsse nicht prinzipiell von den Ärzten selbst übernommen werden. Man müsse sich Alternativen zum heutigen Hausbesuchssystem überlegen, in denen die Besuche so kostengünstig ablaufen, dass sie für das Gesundheitssystem auch in Zukunft noch bezahlbar sind. Auch in dieser Gruppe finden sich gleich viel Frauen und Männer. Die Stadtärzte sind in der Mehrheit gegenüber den Landärzten und die alten Ärzte gegenüber den jüngeren Kollegen.

Diese Gruppe für neue Wege in Sachen Hausbesuche zu gewinnen, wird einfach sein. Viele von ihnen verlangen schon jetzt, dass endlich Alternativen administrativ gefördert werden und ein Austausch entstehen müsse. Immer wieder wurden in dieser Gruppe Projekte wie das zuvor erwähnte Modellprojekt AGnES als sehr positiv und nachahmenswert erwähnt.

Bei der Etablierung von Alternativen zu hausärztlichen Hausbesuchen wird man den Hausärzten auch in Zukunft Mitsprache- und Mitgestaltungsrecht einräumen müssen. Schließlich betreffen die Neuerungen ihr Berufsfeld. Die Umstrukturierung der Arbeitssituation von Hausärzten wird andere Berufsgruppen mit einbeziehen müssen, eine solche Delegation von Aufgaben sollte als relevante Arbeitsentlastung vermittelt werden, die möglicher Weise auch für jüngere Menschen diesen Beruf wieder attraktiver werden lässt.

5 Zusammenfassung und kritische Würdigung

Hausbesuche werden bis zum heutigen Tag dem genuinen Repertoire verantwortungsvoller hausärztlicher Tätigkeit zugerechnet, das darauf abzielt, als erster und kontinuierlicher Ansprechpartner in allen gesundheitlichen Situationen verantwortlich zu sein und im Sinne einer Langzeitbetreuung auch zu bleiben.

Untersuchungen gibt es bisher zur Sicht der Patienten, zum allgemeinen Arbeitsumfeld des Hausarztes und zur Effektivität möglicher Alternativen. Die Sicht der Hausärzte hingegen, ihre persönlichen Gefühle bei der Erledigung und die individuellen Probleme, die sie bei der Durchführung hemmen oder ermuntern, sind in der Vergangenheit weder abgefragt noch dokumentiert worden.

In dieser Arbeit haben Hausärzte in Interviews über ihr Erleben der Hausbesuchstätigkeit berichtet, ihre Gefühle bei Heimbisuchen reflektiert und wurden zu Gedanken über die Zukunft des allgemeinmedizinischen Hausbesuchs angeregt. Diese Arbeit bietet damit einen Diskussionsbeitrag, in dem sie die subjektive Meinung einer Gruppe von 24 praktizierenden Hausärzten darstellt. Die Anzahl der Befragten kann statistisch nicht als repräsentativ gelten, dennoch wird eine erstaunliche Vielfalt der Meinungen deutlich, die in der Abwägung von „Bewahrenwollen“ und „Verändernmüssen“ nützlich sein kann.

Die Befragung wurde so geplant, dass im Fokus nicht Zahlen und vergleichbare Prozentsätze stehen, sondern die emotionale Grundhaltung und die individuelle Erlebniswelt des einzelnen „betroffenen“ Arztes. Einen solchen Ansatz zeichnet die qualitative Befragung aus.

Als wichtigste Erkenntnis wurde dabei offenbar, dass Hausbesuche von hausärztlicher Seite überraschend unterschiedlich wahrgenommen, erlebt und verarbeitet werden. Das Spektrum erstreckt sich von grundsätzlicher, fast vehementer Ablehnung der Besuchstätigkeit als eines Auslaufmodells, über das hoffnungsvolle Betrachten von als notwendig erachteten Umstrukturierungen bis hin zur kompletten Akzeptanz der bestehenden Verhältnisse, die keinerlei Änderungen erforderlich macht.

Bis auf wenige Ärzte, die eine materielle Beurteilung ihrer Arbeit grundsätzlich vermeiden, sind sich aber die allermeisten Befragten darin einig, dass die Hausbesuchstätigkeit zurzeit nicht adäquat honoriert und dadurch die dazu erforderliche subjektive Motivation merkbar gemindert wird. Darunter leiden einige Ärzte stark und erleben allein deshalb diese eigentlich als unabdingbar angesehene Aufgabe als zu aufwendig und belastend.

In der Literatur lassen sich Untersuchungen finden, die eine Reduktion der Hausbesuchszahl auf ein Minimum der im engeren Sinne medizinisch notwendigen ohne Qualitätseinbuße in

der Versorgung beweisen. Das ist eine wichtige Botschaft in Deutschland, wo verglichen mit dem europäischen Ausland die Anzahl der Hausbesuche sehr hoch ist. Es sollte also nicht eine Minderversorgung gefürchtet werden, sondern die begrenzten Ressourcen der Hausbesuche besser eingesetzt werden. Diese Gradwanderung wird in Zukunft allein deshalb an Brisanz gewinnen, weil auf eine größere Zahl von alten, kranken Patienten immer weniger Hausärzte kommen.

Bei der Frage nach Alternativen zur heutigen Situation zeigten die befragten Ärzte wenig Innovationspotential, waren sich aber in der Mehrheit einig, dass sie die Kontrolle über die Hausbetreuung ihrer Patienten nicht aus der Hand geben wollen. Sie könnten sich vorerst nur vorstellen, dass von ihnen selbst angestelltes und kontrolliertes nichtärztliches Hilfspersonal einige der bislang von ihnen selbst erbrachten Betreuungs- und Observationsfunktionen übernehmen „dürften“.

Die Betreuung von Altenheimen wurde von vielen Ärzten ebenfalls als ein wichtiger Stützpfiler hausärztlichen Arbeitens gesehen. Einige Ärzte delegieren diese Verpflichtung gerne an einen weniger erfahrenen Assistenzarzt, womit die primär betonte Wichtigkeit aufgeweicht wird. Auch hier wird deutlich, dass die Kontrolle aber weiterhin gewünscht wird. Das Konzept eines Heimarztes, der die Betreuung aller Patienten einer Pflegeeinrichtung übernimmt, wird rigoros abgelehnt. An dieser Stelle soll noch einmal Erwähnung finden, dass nicht ein einziger Arzt sich selbst in die Rolle eines Altenheimbewohners wünscht. Dieser Umstand macht deutlich, wie sehr Heimbesuche von einem unbewussten wie bewussten emotionalen Kontext begleitet sind.

Da die Gesellschaft dramatisch altert und die Hausarztzahlen drastisch gegenläufig sind, wird es künftig gar nicht anders gehen, als dass Teilbereiche der Besuchstätigkeit, auch der Heimbesuche, delegiert werden müssen. Entsprechende Modelle befinden sich seit längerem in erfolgreicher Erprobung und sind in dieser Arbeit vorgestellt worden. Die Akzeptanz dieser eigentlich notwendigen Programme in der Hausärzteschaft ist bisher eingeschränkt. Aus dem Grund ist die enge Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten ein Muss für jedes erfolgreiche Programm der Delegation von Hausbesuchen.

Eine Gesellschaft, die Globalisierung, Flexibilität und Mobilität als oberste Qualitäten fordert und erlebt, benötigt keine langjährig stabilen und eher starren Strukturen sowie keine

möglichst unveränderbaren Personenbeziehungen. Dies gilt auch für den Kontakt zwischen Patient und Arzt. Unveränderbarkeit und das Festhalten an „Traditionen“, werden zunehmend als hemmend empfunden und können deshalb nicht alleiniges Erfolgsmodell sein.

Eine geeignete Lösung für die künftige Hausbesuchstätigkeit in der ambulanten Medizin kann nicht an den Hausärzten vorbei gefunden werden. Aus diesem Grund ist die Darlegung ihrer Sichtweise von großer Wichtigkeit.

6 Anhang

6.1 Begleitwort zur Promotion

Der Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin heißt wohl deshalb Hausarzt, weil er – regelhaft und ggf. regelmäßig - ins Haus kommt. Dies rührt noch aus Zeiten, als der Doktor sich oft als einer der wenigen Gemeindemitgliedern eine Kutsche bzw. ein Auto leisten konnte, auch für Besuche Schwerkranker mobil sein musste. Obwohl heute ein Großteil der Familien auf ein eigenes Auto bzw. Krankentransporte zurückgreifen kann, haben ärztliche Haus- und Heimbesuche nicht an Bedeutung verloren. Sowohl bei der Versorgung akut Erkrankter, als auch bei den regelmäßigen Visiten von chronisch Kranken und Immobilisierten sind die sozialmedizinischen Funktion dieser Besuche und die dabei erhobene Information über familiäres Umfeld, Lebensweise und Wohnbedingungen von erheblichem Wert für das ärztliche Behandlungskonzept.

Hausbesuche werden vorrangig von hausärztlichen Internisten und Allgemeinärzten durchgeführt. Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zeigen, dass auch andere Fachgruppen (u.a. Pädiater, Urologen, Psychiater) organisierte Hausbesuche annehmen und aus der Praxis heraus ausführen. So genannte „Besuche zur Unzeit“ also nachts, Sonn- und Feiertags, werden aber – auch bei Kindern aller Altersgruppen, die sonst zum Pädiater gebracht werden – fast ausschließlich von Fachärzten für Allgemeinmedizin abgerechnet.

Neuere Studien (SÄVIP-Studie, GEK-Studie) behaupten, dass die Versorgung von Heimpatienten mit Hausbesuchen durch Hausärzte und Psychiater gut bis ausreichend, die durch andere Fachgruppen allerdings mangelhaft sei. Natürlich ist es wenig sinnvoll, wenn diejenigen Fachgruppen Hausbesuche fahren, die wesentlich auf das technische Equipment ihrer Praxis angewiesen sind. Dennoch zeigen alle verfügbaren Zahlen, dass Hausbesuche vorwiegend von hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Darüber hinaus sind in diesem Jahr sowohl von den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen als auch vom Hausärzterverband neue Versorgungskonzepte entwickelt worden und sollen zeitnah gesetzlich und honorarpolitisch umgesetzt werden. Sie fußen auf der künftigen demografischen Entwicklung mit einer starken Zunahme alter und chronisch Kranker und beziehen die Hausbesuchstätigkeit von medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Praxis mit ein. So sollen künftig Praxismitarbeiterinnen durch entsprechende Fortbildungsangebote dahingehend qualifiziert werden sollen, dass sie – arztentlastend und unter Aufsicht der Chefin bzw. des Chefs – geplant Routinehausbesuche in der Häuslichkeit des Patienten durchführen können. Hinter dieser Entwicklung steht nicht nur die Idee, damit die Besuchstätigkeit in der Häuslichkeit des Patienten auch bei abnehmender Arztdichte und in der Fläche gewährleisten zu können, sondern auch den Teamgeist in der Hausarztpraxis zu fördern und die MFA (Medizinischen Fachangestellten, vorm. Arzthelferinnen) ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen.

Die vorliegende Untersuchung wird dem Thema „der ärztliche Hausbesuch“ interessante und wertvolle neue Aspekte hinzufügen.

Dr. med. Cornelia Goesmann
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

6.2 Übersichtstabelle über in den Interviews erwähnte Themen

Themenkomplex	Anzahl der Erwähnungen
3.1.1. Organisation und Struktur von Hausbesuchen	
Hausbesuchsanzahl	23
Entfernung	22
Belastungsgrenze erreicht	5
Hausbesuchsaufteilung	8
Dauer	24
Erleichterung durch Organisation	8
3.1.2 ein typischer Hausbesuch	
Kein typischer Hausbesuch	6
Beschreibung eines typischen Hausbesuchs	18
3.1.3 Hausbesuchsformen	
RoutineHB: Betreuungshausbesuche an nicht somatisch Erkrankte	20
RoutineHB: chronisch Kranke	21
PalliativHB	23
NotfallHB	22
Belastung	9
Ausrüstung	3
3.1.4 Hausbesuche im Altenpflegeheim	
AH betreut	20
Nur einzelne Patienten in AH	4
Beschreibung eines typischen HB im Altenpflegeheim	16
Zusammenarbeit mit der Pflege	23
Umgang mit Angehörigen	8
AH als emotionales Umfeld	24
3.2.1 Vorteile von Hausbesuchen	14
3.2.2 Nachteile von Hausbesuchen	17
3.2.3 Abwägung der Vor- und Nachteile	
Macht gern HB	5
Gern mit Einschränkung	9
ungern	6
3.2.3 Notwendigkeit von Hausbesuchen	
Allgemein wichtiger Teil der hausärztlichen Arbeit	11
Hausbesuche werden auf notwendige Besuche beschränkt	12
Nachfrage nach Hausbesuchen durch die Patienten	13
3.3 Hausbesuche als Alternative zu Krankenhausaufenthalten	8
3.4 Die Zukunft von Hausbesuchen	
Prognose: die Anzahl der Hausbesuche wird abnehmen	5
Delegation von Hausbesuchen an nicht-ärztliches Personal	20
Gesundheitsversorgungszentren	13
Präventive Hausbesuche	21
Eigene Ideen	3

7 Literaturverzeichnis

- (1) Patientenforum der Bundesärztekammer: Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten. ÄZQ Schriftenreihe 2008;34:17.
- (2) Hammerstein J. Dankesrede anlässlich der Verleihung der Paracelsus Medaille beim 108. dt. Ärztetag. Bundesärztekammer [Online] 2005 Mai 3 [2009 Jan 30]; Available from; URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2005/co010004/artikel.htm>
- (3) Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland - Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. GMK Online [Online] 2007 Jul 14 [Cited 2008 Okt 13] Available from: URL: http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_KonzLGB%2007.pdf
- (4) Höllering F. Unrentable Hausbesuche. Focus online [Online]. 2008 Nov 06 [cited 2008 Dec 19]; Available from: URL: http://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/hausarztpraxis/dr-hoellerings-hausarzt-praxis-unrentable-hausbesuche_aid_346633.html
- (5) Kirbach R. Ein Arzt für alle Fälle. Die Zeit online [Online]. 1999 Mär 25 [cited 2008 Dez 18]; Available from: URL: http://www.zeit.de/1999/13/199913.hausarzt.neu_.xml
- (6) Kurzke U. Das Elend der Hausärzte. Z Allg Med 2008;10:422-427.
- (7) Snijder EA, Kersting M, Theile K, Kruschinski C, Koschak J, Hummers-Pradier E, et al. Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. Gesundheitswesen 2007;69:679-685.
- (8) Van den Berg MJ, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Dt Ärzteblatt 2009;1:3-9.
- (9) Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, et al. General practice care and patients' priorities in Europe: An international comparison. Health Policy 1998;45:175-186.

- (10) Bergeron R, Laberge A, Vezina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why? A Survey. Canadian Medical Association 1999;161(4):369-374.
- (11) Meyer GS, Gibbons RV. House calls to the elderly – a vanishing practice among physicians. Massachusetts Med Soc 1997;25:1815-1820.
- (12) Svab I, Kravos A; Vidmar G. Factors influencing home visits in Slovenian general practice. Family Practice 2003;20:58-60.
- (13) Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: An international Comparison. Family practice 1999;16(1):4-11.
- (14) Fleischer S, Roling G, Beutner K, Hanns S, Behrens J, Luck T, et al. Growing old at home – A randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions. BMC public health 2008;8:45-53.
- (15) Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admissions and functional decline in elderly people. JAMA 2002;287:1022-1028.
- (16) Brandes I, Walter U. Gesundheit im Alter: Krankheitskosten und Kosteneffektivität von Prävention. Zeitschrift Geriat Geront 2007;40:217-225.
- (17) Elkan R, Kandrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001;7:323-333.
- (18) Gerlach FM. Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2002;96:243-259.
- (19) Fontane T. Effi Briest. XXX Ausgabe. Stuttgart: Reclam; 2002.
- (20) Bihl A. Der Arzt kommt nicht mehr in Haus. Der Allgemeinarzt 1998;9;783.

- (21) Hoppe JD. Dramatischer Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung. Pressemitteilung der BÄK. Kassenärztliche Bundesvereinigung [Online]. 2007 Nov 09 [cited 2009 Apr 21]; Available from: URL: <http://www.kbv.de/veranstaltungen/11142.html>
- (22) Uhlich C, Baum E, Donner-Banzhoff N. Einfluß der Praxisbudgets auf die hausärztliche Versorgung. *Der Allgemeinarzt* 1998;10:886-890.
- (23) Lamnek S. Qualitative Sozialforschung – Band1 Methodologie. Erste Auflage. München: Psychologie Verlags Union; 1988.
- (24) Neuman WL. Social Research Methods – qualitative and quantitative approaches. Sechste Auflage. Boston: Pearson education; 2006.
- (25) Lamnek S. Qualitative Sozialforschung – Lehrbuch. Vierte Auflage. Basel: Beltz; 2005.
- (26) Holweg H. Methodologie der qualitativen Sozialforschung – eine Kritik. 1.Auflage. Bern: Haupt; 2005.
- (27) Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Fünfte Auflage. Basel: Beltz Verlag; 2002.
- (28) Seipel C, Rieker P. Integrative Sozialforschung – Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Erste Auflage. München: Juventa; 2003.
- (29) Lamnek S. Qualitative Sozialforschung – Band 2 Methoden und Techniken. Erste Auflage. München: Psychologie Verlags Union; 1989.
- (30) Bausch F. AGnES, VerAH, EVA – Entlastung oder Substitution ärztlicher Tätigkeit. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [Online]. 2010 Apr 17 [cited 2010 Jun 18]; Available from: URL: http://www.kvno.de/downloads/iqn//WorkshopIII_Bausch.pdf

- (31) Snijder EA, Kersting M, Theile K, Kruschinski C, Koschak J, Hummers-Pradier E, et al. Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. *Gesundheitswesen* 2007;69:679-685.
- (32) Van Royen P, De Lepeleire J, Maes R. Home visits in general practice : An exploration by focus groups. *Arch Pub Health* 2002, 60, 371-384.
- (33) Eckert J. Die zukunftsorientierte Hausarztpraxis. *Journal KVMV* 2007;12:15.
- (34) Zander M, Hartwig L, Jansen I. Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Genderperspektive in der Sozialen Arbeit. Erste Auflage. Wiesbaden: GWV; 2006.
- (35) Bloß G, Dollmeier G. Logistik des Hausbesuches. *Der Internist* 2000;41:704-708.
- (36) Blank W, Weißgerber. So bleibt alles frisch! Farbleitsystem zur Medikamentenhaltbarkeit. *Der Allgemeinarzt* 2006;11:24-25.
- (37) Gräbel E, Schirmer B. Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen von Demenzkranken. *Z Geront Geriat* 2006;39:217-226.
- (38) Fischer GC, Hesse E, Keseberg A, Lichte T, Romberg HP. Komplikationen in der Hausarztpraxis. Erkennen – handeln – vermeiden. Wien:Springer;2004.
- (39) Bochsler HP. Heimarzt- oder Belegarztmodell in Pflegeheimen? Wer entscheidet darüber, welches System gilt? *Schweiz Ärztebl* 2006;87(40):1739-1741.
- (40) Fasching P. Der Heimarzt – ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. *Ethik Med* 2007;19:313-319.
- (41) Thiele C, Feichtinger L, Baumann U, Mitmansgruber H, Somweber, M. Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Z Gerontol Geriat* 2002;35:556-564.

- (42) Bockenheimer-Lucius G. Wer bestimmt das „Wohl“ eines Heimbewohners? Entscheidungen in Grenzfällen – Ethik-Komitees fördern Abwägungsprozesse. *Forschung aktuell* 2007;2:107-110
- (43) Anliker M, Beyeler L, Kissling A. Erwartungshaltung der Alters- und Pflegeheime an die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten. *Primary Care* 2005;5:647-649.
- (44) Diehm A, Ebsen I. Ansätze zur ‘heimärztlichen Versorgung’ und geplanten Pflegereform. *Ethik Med* 2007;19:301-312.
- (45) Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB, eds. *Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine*. Fünfte Ausgabe. Malden: Blackwell Publishing; 2002.
- (46) Landers SH. Home care: A key to the future of family medicine? *Annals of Family Medicine*, 2006;4(4):366-368.
- (47) Boerma WGW, Groenewegen PP. GP home visiting in 18 European countries. *Eur J Gen Pract* 2001; 7: 132-137.
- (48) Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J. Einflussfaktoren auf die Attraktivität der hausärztlichen Profession – Eine qualitative Befragung niedergelassener Allgemeinmediziner aus Baden-Württemberg. *Z f Allg* 2009; Sonderausgabe DEGAM/DKVF; 131.
- (49) Schäfer HM, Krentz H, Harloff R. Berufszufriedenheit von Allgemeinärzten in Deutschland und Frankreich – eine vergleichende Studie in 3 Großstädten. *Z Allg Med* 2005;80(7):284-288.
- (50) Beale N. Daily home visiting in one general practice: a longitudinal study of patient-initiated workload. *British Journal of General Practice* 1991;41:16-18.
- (51) Mehl R, Kötzle E. Hausärztliche Versorgung – wir sind gut positioniert. *Dt Ärztebl* 2006;103:1042.

- (52) Schmidt U. Grußrede zum 30. deutschen Hausärztetag - Hausärzte für Deutschland. Sitzungsbericht des 30. deutschen Hausärztetages; 2007 Sep 2; Berlin. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2007.
- (53) Schneider U. Erfolgsorientierte Arzthonorierung und asymmetrische Information. Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere [Online]. 2003 [cited 2008 Dec 21]. Available from: URL:http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP_16-03.pdf
- (54) Broglie M. Hausbesuch und Rechtsfragen. Der Internist 2001;42:1488-1494.
- (55) Deutsch E, Spickhoff A. Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht. Sechste Auflage. Hamburg: Springer; 2008.
- (56) Klement A, Schroeder-Printzen J, Bretschneider K, Lichte T, Hermann M. Rechtliche Grenzen des Delegierens. Dt Ärztebl 2007;40:2706-2709.
- (57) Manstetten A, Wildner M. Abschlussbericht der Machbarkeitsstudie: Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Sitzungsbericht der Gesundheitskonferenz „Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche“; 2002 Jun 19; München. München: Bayerischer Forschungsbund und Aktionsverein Public Health; 2002.
- (58) Fischer GC, Hendriksen C, Holle R, Nikolaus T, Nitschke I, von Renteln-Kruse W, et al. Expertenhearing “Präventiver Hausbesuch”. Sitzungsbericht des Expertenhearing “Präventiver Hausbesuch” durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheit; 2005 Nov 23; Bonn. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit; 2006.
- (59) Robertson MC, Gardner MM, Devlin N, McGee R, Campbell AJ. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. BMC public health 2001;322:23-28.
- (60) Strupelt S. Schwester AGnES ist zurück!?. Pflegewissenschaft 2008;3:167-176.
- (61) Carpenter D. Reinventing the House Call. Health Forum Journal 2003;4:32-39.

(62) Link C. Telemedizinische Anwendungen in Deutschland und in Frankreich. München: Herbert Utz Verlag; 2007.

(63) Wilm S, in der Schmitt J. Was ist der Kern der hausärztlichen Tätigkeit? Primary Care 2007;7:29-30.

(64) Schnellevis FG, Westert GP, de Bakker DH. Die aktuelle Rolle der Allgemeinmedizin im niederländischen Gesundheitssystem. Med Klinik 2005;10:656-661.

(65) Kluge S. Empirisch begründete Typenbildung – Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Erste Auflage. Opladen: Leske und Budric; 1999.

8 Lebenslauf

Name	Marlene Buck
Geburtsdatum	07. Januar 1986
Geburtsort	Hannover
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Familienstand	Verheiratet, ein Kind

Schulbildung

1992 – 1996	Grundschule Köllnbrinkweg, Hemmingen
1996 – 1998	Orientierungsstufe Birkenstraße, Hannover
1998 – 2001	Wilhelm-Raabe-Schule, Gymnasium in Hannover
2001 – 2004	St. Ursula Schule, Gymnasium in Hannover Abitur (Durchschnittsnote 1,3)

Hochschulstudium

2004 – 2006	Vorklinisches Studium an der Medizinischen Hochschule Hannover Physikum Sommer 2006 (Note 2,5)
Seit 2006	Klinischer Studienabschnitt an der Medizinischen Hochschule Hannover

Famulaturen

01.04. – 02.05.2007	Frauenklinik Neu Bethesda
20.08. – 21.09.2007	Thoraxchirurgie im Hospital Clinico de Barcelona
25.03. – 15.04.2008	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Langenhagen
14.07. – 01.08.2008	Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kinderkrankenhaus auf der Bult
11.09. – 10.10.2008	Kinderärztliche Praxis Dr. Prawitz, Hannover Kleefeld
20.01. – 27.03.2009	Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kinderkrankenhaus auf der Bult

Praktisches Jahr

17.08.09 – 06.12.2009	Kinderchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover
07.12.09 – 27.03.2010	Pädiatrie im Kinderkrankenhaus auf der Bult
28.03.10 – 18.07.2010	Innere Medizin im Henriettenstift
19.07.10 – 01.08.2010	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Henriettenstift

Examen und Arbeitsstelle

2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung	schriftlicher Teil bestanden am 07.04.11 Mündlicher Teil bestanden am 21.04.11
Approbation	erteilt am 26.04.11
Seit dem 01.05.11	angestellt als Assistenzärztin in der Pädiatrie bei den Hannoverschen Kinderheilstätten

Erklärung nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 und 6 der Promotionsordnung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Hochschule Hannover zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

Die hausärztliche Sicht auf Gegenwart und Zukunft von Hausbesuchen in der
allgemeinärztlichen Praxis - eine qualitative Befragung

im Institut/Krankenhaus / in der Klinik Allgemeinmedizin

unter Betreuung von Frau Professor Hummers-Pradier

mit der Unterstützung durch Frau Dr. Theile

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen
als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Die Gelegenheit zum vorliegenden Promotionsverfahren ist mir nicht kommerziell vermittelt
worden. Insbesondere habe ich keine Organisation eingeschaltet, die gegen Entgelt
Betreuerinnen und Betreuer für die Anfertigung von Dissertationen sucht oder die mir
obliegenden Pflichten hinsichtlich der Prüfungsleistungen für mich ganz oder teilweise
erledigt.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion
eingereicht. Weiterhin versichere ich, dass ich den beantragten Titel bisher noch
nicht erworben habe.

Hannover, den 21.03.2011

(Unterschrift)