

# Arbeitsbelastung durch Hausbesuche – wie stark sind die regionalen Unterschiede ?



Maik Pochert, Karen Voigt, Jeannine Schübel, Stefan Bojanowski, Antje Bergmann  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden, Bereich Allgemeinmedizin/ Medizinische Klinik III – Dresden, Deutschland

Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.



## Hintergrund

Hausbesuche sind eine unverzichtbare Versorgungsleistung in der hausärztlichen Primärversorgung. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Stadt-Land-Gefälles in der Versorgungsdichte ist jedoch zu prüfen, ob Anzahl und Dauer von Hausbesuchen zu einer regionalen und somit systematischen Mehrbelastung von Hausärzten führt. Für Deutschland liegen zu diesem Aspekt keine aussagekräftigen Daten vor [1].

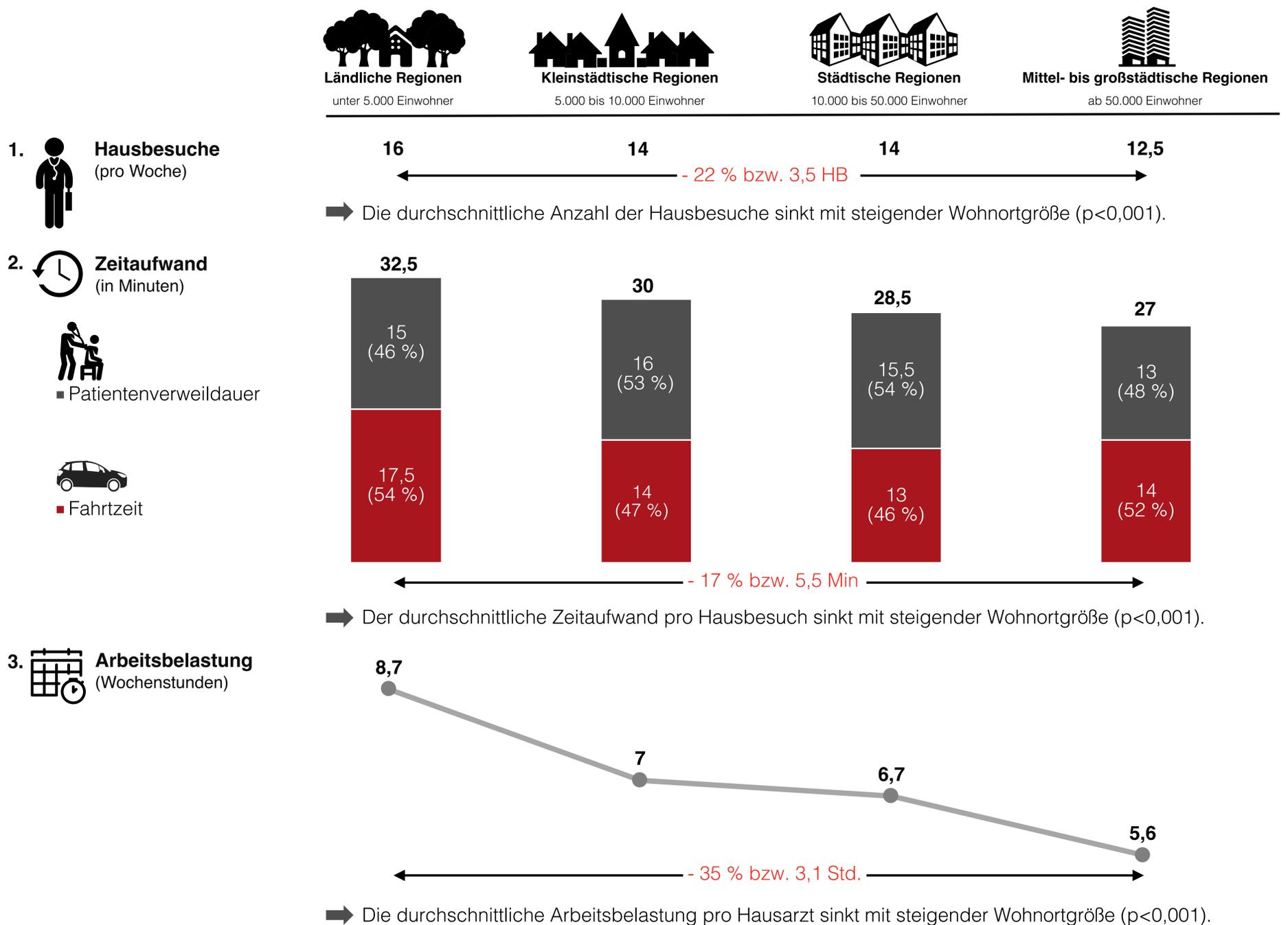
## Methodik

In der Primärdatenerhebung SESAM-5 (Erhebungszeitraum: 01. Juli 2014 bis 30. Juni 2015) wurden Inhalte und organisatorische Merkmale von Hausbesuchen im hausärztlichen Setting erfasst. Dabei wurde die aktuelle häusliche Versorgung von sächsischen Patienten durch 3.843 ärztlich durchgeführte Hausbesuche von 271 Hausarztpraxen ausgewertet. Die folgende Analyse fokussiert auf die regionalen Disparitäten in der zeitlichen Belastung der ärztlichen Hausbesuchstätigkeit.

## Studienfrage

In welchem Ausmaß beeinflussen regionale Unterschiede den durchschnittlichen Arbeitsaufwand von ärztlichen Hausbesuchen?

## Ergebnisse



## Diskussion

Mit einer Spannweite von 8,7 bis 5,6 wöchentlichen Arbeitsstunden variieren die Hausbesuchszeiten deutlich zwischen den einzelnen Wohnortgrößen. Im direkten Vergleich zwischen Land- und Stadtärzten führen die regionalen Unterschiede zu einem durchschnittlichen Arbeitsunterschied von mehr als drei Wochenstunden in ländlichen Regionen in Sachsen, unabhängig vom Sprechstundenaufkommen, dass in unterversorgten Regionen ebenfalls erhöht ist.

Zur Verbesserung dieser Situation sollten gezielt diverse Lösungsstrukturen vorangetrieben werden:

**Kurzfristig:** Kann eine verbesserte Vergütung von Hausbesuchen im ländlichen Raum zumindest einen finanziellen Ausgleich schaffen.

**Mittelfristig:** Sollte das Potenzial der Delegation besser ausgeschöpft und die Etablierung von Sammelbussen für Patienten zur Reduzierung der hohen Fahrtzeiten geprüft werden.

**Langfristig:** Müssen innovative Versorgungsformen zu einer strukturellen Entlastung führen, hierbei sollte die Substitution im unterversorgten Raum ergebnisoffener diskutiert werden, insbesondere im Hinblick auf zukünftige technologische Fortschritt in der Telemedizin.

[1] Heymann, R., et al. Bevölkerungsdichte, Altersverteilung und Urbanität als Einflussfaktoren der Hausbesuchshäufigkeit – eine Analyse für Mecklenburg-Vorpommern. Das Gesundheitswesen 2009;71(7),423-428.

