

# Was gehört in die Hausbesuchstasche?

Eine Befragung erfahrener Hausärzte

## *What Belongs in the Doctor's Bag?*

*A Survey of Experienced Family Practitioners*

Wolfgang A. Blank<sup>1</sup>, Jean-François Chenot<sup>2</sup>

**Einleitung:** Ärzte müssen für Routine- und Notfallbesuche eine breite Palette von Hilfsmitteln vorhalten. Ein grundsätzlich anerkannter Ausrüstungsstandard für die Hausbesuchstasche existiert jedoch nicht. Deshalb zielte diese Untersuchung darauf ab, die Einschätzung von Wichtigkeit und Nutzung verschiedener Hilfsmittel durch erfahrene Hausärzte zu erheben.

**Methoden:** Für diese Querschnittsstudie wurde auf der Basis verschiedener Vorlagen ein Fragebogen in einem Qualitätszirkel pilotiert und Lehrärzten der TU München vorgelegt. Diagnostika und Therapeutika konnten nach Wichtigkeit (muss unbedingt vorgehalten werden/kann geholt werden/ist nicht notwendig) und Nutzung (in den letzten 12 Monaten benötigt/in den letzten 5 Jahren benötigt/nie benötigt) bewertet werden.

**Ergebnisse:** An der Befragung nahmen 66 Ärzte, im Schnitt 54 Jahre alt (SD ± 8) und seit 19 Jahren (SD ± 8) niedergelassen (83 % männlich) teil. Hausbesuche wurden von 71 % täglich, 27 % wöchentlich und 2 % nicht durchgeführt. 80 % nahmen regelmäßig, 20 % selten oder nie am hausärztlichen Notdienst teil. Deutliche Übereinstimmung fand sich beim Infusionsbesteck (94 % notwendig/kann geholt werden, 83 % Nutzung in den letzten 5 Jahren) und Morphium i. v. (91 % notwendig/kann geholt werden, 83 % Nutzung in den letzten 5 Jahren). Für Nitrospray und Furosemid konnten ähnliche Zahlen erhoben werden. Unterschiede fanden sich z. B. für Metoprolol i. v. (41 % nicht notwendig, 61 % keine Nutzung in den letzten 5 Jahren) oder Adrenalin i. v. (91 % notwendig/kann geholt werden, 50 % keine Nutzung in den letzten 5 Jahren). Meist fand sich eine mäßige Übereinstimmung in Nutzung und Einschätzung der Wichtigkeit.

**Schlussfolgerungen:** Die Befragung fand in einer relevanten Hausarztgruppe statt. Die Bewertung sowohl der Wichtigkeit als auch der Nutzung war heterogen. Es zeigte sich zudem eine sehr unterschiedliche Einschätzung der Wichtigkeit und der tatsächlichen Nutzung der vorgeschlagenen Hilfsmittel; die Verwendung in der Vergangenheit korrelierte dabei nicht konstant mit der Einschätzung der Wichtigkeit. Einige der verwendeten Therapeutika entsprechen zudem

**Background:** Family practitioners (FPs) need to be equipped to provide care for a broad range of medical conditions. However there is no recognized standard which equipment and drugs a doctor's bag should contain. The aim of this survey was to obtain an evaluation of importance and actual utilization of diagnostic equipment and drugs by experienced FPs.

**Methods:** This is a cross sectional survey. Based on several recommendations a questionnaire was developed and piloted in a quality circle. The questionnaire was administered to teaching FPs of the Technical University of Munich. Diagnostic equipment and drugs were rated according to their perceived importance (absolutely necessary/can be procured/unnecessary) and utilization (in the last 12 months/in the last 5 years/never).

**Results:** A total of 66 FP, average age 54 (SD ± 8) years, 83 % male and on average since 19 years (SD ± 8) in practice participated in the survey. Home visits are done daily from 71 %, weekly from 27 % and not at all from 2 %. Out of hour coverage is provided regularly by 80 % and seldom or never by 20 %. The evaluation of importance and actual utilization of drugs and equipment was heterogeneous. High agreement was observed for infusion set (94 % necessary/can be obtained, 83 % in the last 5 years) and morphine i. v. (91 % necessary/can be procured, 83 % in the last 5 years). Similar agreement was observed nitro spray and furosemide. Often actual use within the last 5 years correlated with the estimated importance. Disagreement was observed e. g. for metoprolol i. v. (41 % unnecessary, 61 % not in the last 5 years) and adrenalin i. v. (91 % necessary/can be procured, 50 % not in the last 5 years).

**Discussion:** The survey was completed by a relevant group of FPs. Agreement of evaluation of importance and utilization of the proposed equipment ranged was variable. Utilization was not a constant predictor for evaluation of importance. Few of the drugs mentioned are possibly indicators of non-adherence to good clinical practice (i. m. non-steroidal analgesics). The equipment stored in a doctor's bags depends on the range of services they provide, but also on personal experiences and individual preferences. This is a limi-

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München

<sup>2</sup> Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Peer reviewed article eingereicht: 24.03.2010; akzeptiert: 03.05.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0241

nicht den aktuellen medizinischen Standards (NSAR i. m.). Grundsätzlich ist die Ausstattung einer Hausbesuchstasche nicht nur von unterschiedlichen Anlässen, sondern auch von Erfahrung und individuellen Präferenzen abhängig. Dies schränkt die Empfehlung für eine Standardausrüstung auf Basis einer Nutzungsbefragung ein. Ein zusätzlich auf epidemiologischen Daten zu Behandlungsanlässen basierendes Konsensuspapier könnte eine Entscheidungshilfe darstellen.

*Schlüsselwörter: Hausarzt, Hausbesuchstasche, Wichtigkeit, Nutzung, Standard*

## Hintergrund

Laut Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung wurden in Bayern 5.839.676 Hausbesuche von 8.838 Hausärzten (durchschnittlich 661 Hausbesuche pro Jahr) durchgeführt [13]. Diese Routine- und Notfallhausbesuche erfordern das Vorhalten einer breiten Palette von Hilfsmitteln. Obwohl verschiedene Empfehlungen für die Ausrüstung der Hausbesuchstasche vorliegen [3, 6, 8, 9, 12, 15, 20, 21, 22], hat sich bislang kein anerkannter Standard durchgesetzt. Dies ist bemerkenswert, da der Inhalt der Hausbesuchstasche inzwischen Gegenstand von Qualitätsmanagementsystemen für Hausarztpraxen geworden ist [10, 17]. Verbindliche Standards wurden bislang lediglich für die Notfallausrüstung für Notärzte (DIN 13232) erstellt. Diese ausschließlich auf lebensbedrohliche Situationen ausgerichtete Ausrüstung ist für den Hausarzt nicht zweckdienlich. Die Bandbreite seiner Hausbesuche reicht von Kontrollbesuchen bei bettlägerigen Patienten über akute Erkrankungen bis zu Notfällen, zu denen der Arzt gerufen wird [21]. Lebensbedrohliche Zustände sind im hausärztlichen Bereich die Ausnahme. Da vor Ort erschwerte Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten herrschen, führt der Hausarzt eine Basisausrüstung mit. Die Ausstattung dieser Tasche ist von verschiedenen Faktoren abhängig: die häusliche Situation, die der Arzt bei seinen Patienten gewöhnlich antrifft, die persönliche Erfahrung mit einzelnen Wirkstoffen und Applikationsformen, der Platz in Fahrzeug und Tasche sowie Kosten und Haltbarkeit der Ausrüstung. Zusätzlich spielt die Organisation des Rettungsdienstes eine Rolle: die Ausrüstung eines zu Hilfe gerufenen Rettungstransportwagens (RTW, NAW), die Erreichbarkeit des nächsten

Krankenhauses sowie die Nähe und Verfügbarkeit einer Notdienstapotheke [9].

Grundsätzlich muss dem Hausarzt der Spagat zwischen den häufigen Erkrankungen beim Hausbesuch, die das Mitführen nur weniger diagnostischer und therapeutischer Materialien erfordern und selten auftretenden Notfällen, die das Vorhalten verschiedenster Materialien notwendig machen, gelingen. Hausärzte lösen dieses Problem, indem sie ihr Equipment individuell nach ihren Bedürfnissen zusammenstellen und nutzen [7].

Ziel unserer Untersuchung war, zu ermitteln, welche technische Ausrüstung und Medikamente erfahrene Hausärzte aufgrund ihrer langjährigen Expertise grundsätzlich für eine Hausbesuchstasche als wichtig erachten und in welcher Intensität sie diese in der Vergangenheit beim Hausbesuch genutzt haben.

## Methoden

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie. Bei einer internen Fortbildung wurde im April 2009 eine Gelegenheitsstichprobe von Hausärzten, Lehrärzten der Technischen Universität München, zu Wertigkeit und Nutzung ihrer technischen Ausrüstung und Medikamente in ihrer Hausbesuchstasche befragt. Um sicher zu stellen, dass eine relevante Gruppe von Ärzten befragt wurde, erfassten wir die demografischen Daten sowie Hausbesuchs- und Notdienststätigkeit der teilnehmenden Ärzte. Auf der Grundlage verschiedener publizierter Inventarlisten für Hausbesuchstaschen [3, 6, 8, 9, 12, 15, 20, 21, 22] wurde ein Fragebogen entwickelt, der die technische und medikamentöse Grundausstattung für den Hausbesuch umfasst und in einem hausärztlichen Qualitäts-

tation of a recommendation based on a survey of actual utilization. A consensus paper additionally based on epidemiological data of encountered clinical problems would provide be a useful decision aid how to equip a doctor's bag.

*Keywords: family medicine, doctor's bag, importance, utilization, standard*

zirkel pilotiert und optimiert. Auf Angaben zu basalen technischen Hilfsmitteln wie Stethoskop, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte und Untersuchungslampe wurde bewusst verzichtet. Die einzelnen technischen Ausrüstungsgegenstände und Medikamente sollten nach Wichtigkeit und Nutzung in der Vergangenheit bewertet werden. Dabei standen für die Beurteilung der Wichtigkeit folgende Kategorien zur Verfügung:

- soll unbedingt vorgehalten werden,
- kann im Bedarfsfall aus der Praxis, Apotheke oder Rettungsdienst nachgeholt werden,
- ist nicht notwendig.

Weiter wurde gefragt, ob das entsprechende Hilfsmittel in den letzten 12 Monaten, in den letzten 5 Jahren oder noch nie genutzt wurde.

Es wurden einfache deskriptive Statistiken durchgeführt. Zur Beurteilung der Übereinstimmung zwischen Wichtigkeit und Nutzung wurde der adjustierte Kappa-Wert berechnet. Der Kappa-Wert ( $\kappa$ ) kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Nach Landis und Koch können diese Werte wie folgt interpretiert werden: 0,20 schlecht, 0,21–0,40 gering, 0,41–0,60 mäßig, 0,61–0,80 hoch und 0,81–1,00 sehr hoch [14]. Die Auswertung erfolgte mit SAS 9.2.

## Ergebnisse

### Teilnehmende Hausärzte

An der Studie nahmen 66 der 69 befragten Hausärzte (95,6 %) teil. Sie waren im Schnitt 54 Jahre alt (SD  $\pm$  8), davon waren 83 % männlich. Die durchschnittliche Niederlassungsdauer betrug 19 Jahren (SD  $\pm$  8). Über zwei Drittel (71 %)

Ausrüstung (n = 66)	Wichtigkeit			Übereinstimmung (κ)	Nutzung		
	Nicht notwendig	kann geholt werden	unbedingt		nie	5 Jahre	12 Monate
Mechanische Beatmungshilfe	18	22	60	0,24	47	32	21
Wundversorgung	17	16	67	0,58	21	12	67
Intubationsbesteck	32	30	38	0,24	59	29	12
Urinstix	12	11	77	0,65	21	9	70
Reflexhammer	29	3	68	0,78	28	11	61
Katheterset	14	43	43	0,37	32	26	42
Tragbares EKG	44	31	25	0,55	57	8	35
Pulsoxymeter	54	26	20	0,54	62	8	30
Sauerstoff	31	36	33	0,54	49	21	30
Tragbare Sonografie	81	19	0	entfällt	86	5	9
Infusionsbesteck	6	21	73	0,54	17	9	74

gaben an, täglich, ein Drittel (27 %) wöchentlich und 2 % keine Hausbesuche durchzuführen. Bis auf 3 Ärzte (5 %) nahmen alle regelmäßig persönlich am hausärztlichen Notdienst teil. In den vergangenen 5 Jahren reanimierten 71 % mindestens einmal. 70 % der Befragten absolvierten in den letzten 2 Jahren ein Notfalltraining. 10 Ärzte waren neben ihrer Hausarztztätigkeit zusätzlich im organisierten Rettungsdienst tätig.

#### Bewertung der Wichtigkeit und Nutzung

Die Bewertung der Wichtigkeit und Nutzung war heterogen (s. Tabelle 1 und 2). Eine eindeutige Übereinstimmung fand sich beim Infusionsbesteck (94 % notwendig/kann geholt werden, 83 % Nutzung in den letzten 5 Jahren) und Morphin i. v. (91 % notwendig/kann geholt werden, 83 % Nutzung in den letzten 5 Jahren). Ähnliche Zahlen fanden sich auch für Nitrospray und Furosemid. Deutliche Unterschiede fanden sich z. B. für Metoprolol i. v. (41 % nicht notwendig, 61 % keine Nutzung in den letzten 5 Jahren) oder Adrenalin i. v. (91 % notwendig/kann geholt werden, 50 % keine Nutzung in den letzten 5 Jahren). Zumeist fand sich eine mäßige Übereinstimmung in Nutzung und Einschätzung der Notwendigkeit. Die Interpretation der Extremwerte ist komplex. Geringe Übereinstimmung wurde bei Me-

dikamenten wie Adrenalin ( $\kappa$  0,1) oder Glucose 40 % ( $\kappa$  0,2) beobachtet, die zwar von den meisten für essenziell gehalten wurden, aber nur selten genutzt worden sind. Die höchste Übereinstimmung ( $\kappa$  0,88) wurde bei Diclofenac beobachtet. Dabei waren die Nutzer von Diclofenac von der Notwendigkeit so stark überzeugt wie die Nichtnutzer davon, dass es nicht notwendig ist. Bei Medikamenten mit sehr hoher Übereinstimmung zwischen Bewertung der Wichtigkeit und Nutzung (Furosemid, Prednisolon und MCP) wurde aus methodischen Gründen auf eine Berechnung des Kappa-Wertes verzichtet.

#### Diskussion

Die Bewertung der Wichtigkeit der Ausrüstung der Hausbesuchstasche war heterogen. Große Übereinstimmung (> 90 %) bestand nur bei Diazepam i. v., Metoclopramid i. v., Nitro Spray, Prednisolon i. v., Buscopan i. v., Morphin i. v. und Furosemid i. v., die unbedingt vorgehalten werden sollten. Die Bewertung der Wichtigkeit korrelierte teilweise nicht gut mit der Nutzung.

#### Gründe für die Heterogenität

Geht man davon aus, dass es eine Gesetzmäßigkeit der Häufigkeit von Beratungsergebnissen in der Hausarztpraxis

gibt [4], sollte sich auch die von Hausärzten mitgeführte Ausrüstung weitgehend gleichen. Auch auf zu erwartende Notfallsituationen sollte der Arzt bei Hausbesuchen vorbereitet sein. Dennoch gibt es keine definierte Standardausrüstung. Die Erklärungen hierfür sind vielfältig. Ärzte werden primär die Medikamente nutzen, mit denen sie bestens vertraut sind. Durch unterschiedliche Schwerpunkte in der Weiterbildung bestehen individuelle Fähigkeiten, die sich dann im Gebrauch besonderer Ausrüstungsgegenstände niederschlagen. Auch die regionalen Bedingungen dürften sich bemerkbar machen. In ländlichen Gegenden wird wegen der langen Zeitspanne bis zum Eintreffen des Notarztzweiges vom Arzt ein anderes Handeln erwartet als in der unmittelbaren Nähe eines Notarztstützpunktes. Ärzte, die nur Hausbesuche bei ihren eigenen Patienten durchführen, werden zudem andere Vorbereitungen treffen als Ärzte im kasernenärztlichen Notdienst. Letztlich spielt auch das Gewicht einer Hausarztztasche eine Rolle, wenn sie zum Patienten über längere Wege oder Treppen getragen werden muss. Grundsätzlich sollte dennoch eine weitgehende Übereinstimmung bei der Verwendung von Medikamenten erwartet werden können, die als Standardmedikamente für Akutereignisse gelten sowie bei Medikamenten, die aufgrund der Handhabung für den Hausbesuch nicht geeignet sind.

Ausrüstung (n = 66)	Wichtigkeit			Übereinstimmung (κ)	Nutzung		
	nicht notwendig	kann geholt werden	unbedingt		nie	5 Jahre	12 Monate
<b>Psychopharmaka</b>							
Diazepam i. m. / i. v.	3	2	95	0,22	12	14	74
Diazepam oral	11	24	65	0,43	33	24	43
Lorazepam oral	22	17	61	0,75	30	11	59
Midazolam i. v.	53	15	32	0,45	73	10	17
Haloperidol i. m. / i. v.	17	14	69	0,39	47	12	41
Haloperidol oral	54	29	17	0,37	74	11	15
Fluspirilen i. m.	50	22	28	0,72	58	4	38
<b>Magen/Darm</b>							
MCP i. m. / i. v.	0	2	98	entfällt	6	0	94
MCP oral	34	26	40	0,69	52	7	41
Ranitidin	49	14	37	0,66	68	3	29
Dimenhydrinat i. m. / i. v.	15	13	72	0,6	30	8	62
Dimenhydrinat oral	23	27	50	0,59	44	11	45
Buscopan i. m. / i. v.	3	5	92	0,27	9	8	83
Buscopan oral	37	34	29	0,58	56	9	35
<b>Schmerzen</b>							
ASS i. v.	8	12	80	0,42	26	14	60
ASS oral	33	30	37	0,51	59	14	27
Diclofenac i. m.	41	9	50	0,88	44	3	53
NSAR oral	17	33	50	0,6	33	3	64
Morphin i. m. / i. v.	3	3	94	0,87	9	12	79
Morphin oral	36	44	20	0,49	58	9	33
Pethidin i. m.	53	16	31	0,55	65	17	18
Metamizol i. m. / i. v.	8	7	85	0,36	17	9	74
Metamizol oral	25	34	41	0,52	49	6	45
Tramadol i. m. / i. v.	17	3	80	0,57	29	6	65
Tramadol oral	29	41	30	0,56	56	8	36
<b>Herz</b>							
Nitro	0	0	100	entfällt	8	1	91
Furosemid i. v.	2	0	98	entfällt	11	4	85
Furosemid oral	39	41	20	0,43	64	10	26
Verapamil i. v.	22	13	65	0,32	53	21	26
Verapamil oral	61	31	8	0,33	79	12	9
Nifedipin oral	12	2	86	0,63	23	6	71
Uradipil oral	29	12	59	0,37	59	18	23
Metoprolol i. v.	41	11	48	0,49	60	17	23
Metoprolol oral	38	35	27	0,43	67	12	21
Adrenalin	9	5	86	0,1	50	27	23
Clopidogrel	29	27	44	0,47	60	11	29
<b>Lunge</b>							
Theophyllin i. v.	13	5	82	0,46	33	11	56
Theophyllin oral	59	30	11	0,44	82	6	12
Terbutalin s. c.	45	19	36	0,58	68	12	20
Prednisolon i. m. / i. v.	0	2	98	entfällt	12	2	86
Prednisolon oral	27	28	45	0,6	48	5	47
Salbutamol	6	8	86	0,41	23	7	70
Budesonid Spray	23	33	44	0,47	56	11	33
<b>Sonstiges</b>							
Glucose 40 %	2	9	89	0,2	26	18	56
Clemastin i. v.	6	6	88	0,36	21	18	61
Lidocain	20	13	67	0,5	45	8	47
Biperiden	14	14	72	0,2	47	35	18
Naloxon i. v.	34	31	35	0,23	76	15	9

**Dr. med. Wolfgang A. Blank und  
Prof. Dr. med. Jean-Francois Chenot, MPH ...**



Dr. med. Wolfgang A. Blank: (links) ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Kirchberg und Lehrbeauftragter der Technischen Universität München. Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH: (rechts) ist Professor für Versorgungsforschung an der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen und in Teilzeit niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Hardegsen.

### Problematische Medikamente

So wird Diclofenac i. m. von 50 % der Ärzte als unbedingt notwendig eingeschätzt und wurde von 53 % im vergangenen Jahr genutzt, obwohl die vorgeschriebene Verweildauer beim Patienten von 60 Minuten unter Bereithaltung eines funktionstüchtigen Notfallbestecks [1, 2] diese Applikationsform für den Hausbesuch nahezu unmöglich macht [18]. Metamizol i. v. wird von 85 % als unbedingt notwendig betrachtet und wurde von 75 % im letzten Jahr verwendet, obwohl die i. v.-Gabe mit anaphylaktischen, hypotensiven und hämatologischen Reaktionen vergesellschaftet sein kann [5].

Aktuelle medikamentöse Therapieoptionen für den medizinischen Notfall wurden nur bedingt berücksichtigt. So wurde das inzwischen beim akuten Koronarsyndrom als Loading-Dose empfohlene Clopidogrel oral nur von 44 % der Befragten als unbedingt notwendig eingeschätzt [19]. Auch ASS i. v. wurde nur von 80 % für wichtig erachtet. Das leitliniengerechtem Asthmaanfall indizierte Salbutamol inhalativ wurde von 14 % der Ärzte nicht mitgeführt [16]. Auch Naloxon wurde nur von 35 % der Befragten vorgehalten. Als Therapeutikum der Wahl für die Atemdepression bei mit Opiatpflastern behandelten Patienten ist zu diskutieren, ob dieses Medikament angesichts der breiten Nutzung dieser Schmerzmittelapplikation – es gehört zu einem der umsatzstärksten Präparate zu lasten der Krankenkassen überhaupt – nicht bereithalten werden sollte [11].

### Wahrnehmung der Aufgaben des Hausarztes

Das breit gefächerte Anforderungsprofil von einerseits Routinebesuchen, andererseits Notfalleinsätzen stellt den Hausarzt auch vor besondere Herausforderun-

gen hinsichtlich der apparativen Ausstattung. So hielten 38 % ein Intubationsbesteck für notwendig, dessen Verwendung regelmäßig eingeübt werden muss. 70 % der Befragten hatten folglich in den vergangenen 2 Jahren ein Notfalltraining absolviert. Grundsätzlich wäre jedoch zu überlegen, ob nicht die kompetente Durchführung von Ersthelfermaßnahmen durch den Hausarzt bis zum Eintreffen des Rettungswagens ausreichend ist. Die weitere apparative Ausstattung sollte den Bedingungen der Möglichkeiten der ärztlichen Handlungsfähigkeit beim Hausbesuch angemessen sein. Ein Sonografiergerät halten folglich alle Befragten für nicht notwendig. Ein EKG wurde von 45 % als nicht notwendig betrachtet. Im Notfall würde es der zu Hilfe gerufene Rettungswagen vorhalten.

### Stärken und Schwächen der Studie

Dies ist die erste, uns bekannte Befragung in Deutschland zur Wichtigkeit und Nutzung der Ausrüstung der Hausbesuchstasche in einer relevanten Gruppe von erfahrenen Hausärzten mit regelmäßiger Hausbesuchstätigkeit. Ein möglicher Selektionsbias spielt in Bezug auf die Fragestellung vermutlich keine große Rolle. Ein sozialer Erwünschtheitsbias kann nicht ausgeschlossen werden, doch weisen die Antworten bei einigen umstrittenen Medikamenten auf eine geringe Ausprägung dieses Effektes hin. Eine Überprüfung des tatsächlichen Tascheninhaltes fand nicht statt. Trotz dezidierter Vorgaben wurde von einigen Befragten die Unterscheidung zwischen der Ausrüstung für den Hausbesuch und dem kassenärztlichen Notdienst einerseits sowie dem Notarztkoffer andererseits nicht getroffen. Viele der Befragten gaben an, zwei Arzttaschen für diese unterschiedlichen Anforderungen vorzuhalten. Bei den Angaben zur Nutzung ist sicher auch ein Recall-Bias nicht auszuschließen.

### Schlussfolgerungen

Unsere Ergebnisse können vor dem Hintergrund bislang erfolgloser Bemühungen um die Standardisierung der Inhalte der Hausbesuchstasche für den Hausarzt nicht überraschen. Die breite Varianz der Anforderungsgründe für Hausbesuche und der dafür jeweils benötigten Materialien sowie die individuelle medizinische Erfahrung mit verschiedenen Diagnostika und Therapeutika machen eine Vereinheitlichung schwierig. Auch Unterschiede zwischen Anforderungen in Ballungszentren und ländlichen Regionen spielen sicher eine große Rolle. Grundsätzlich sollten Patienten erwarten können, dass in der konkreten Situation der Arzt zum einen mit der Handhabung der genutzten Materialien vertraut ist – dies spricht für die Wertigkeit der individuellen Erfahrung des Arztes. Andererseits muss die ärztliche Handlungsweise den aktuellen medizinischen Empfehlungen entsprechen. Dies wiederum legt den Einsatz einer allgemeingültigen Diagnostik und Therapie nahe, die für Medikamentengruppen und Krankheitsbilder standardisierbar ist (Grundausstattung). Eine verbindliche Empfehlung für den Inhalt einer Hausbesuchstasche ist vor diesem Hintergrund teilweise möglich und kann dem Arzt und dem Patient Sicherheit vermitteln. Darüber hinaus können Hinweise auf Substanzgruppen und Applikationsformen gegeben werden, aus denen der Arzt vor dem Hintergrund seiner Erfahrung einzelne Medikamente aussuchen kann. Letztendlich steht es ihm frei, seine Hausbesuchstasche um weitere Materialien, die seinem persönlichen medizinischen Duktus entsprechen, zu erweitern (Zusatzausstattung). Ein entsprechendes Konsensuspapier ist in Vorbereitung.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Wolfgang A. Blank  
Institut für Allgemeinmedizin  
Technische Universität München  
Wolfgangstr. 8  
81667 München  
Tel.: 089/ 61 46 58 913  
Fax: 089 / 61 46 58 912  
E-Mail: blank@lrz.tum.de



## Literatur

1. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Abwehr von Arzneimittelrisiken, Stufe II: Nicht-steroidale Antirheumatika zur Injektion. Dt Ärztbl 1993; 90: A-131-132
2. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Packungsgröße nicht-steroidaler Antiphlogistika zur parenteralen Anwendung. Dt Ärztbl 1999; 96: A-2767
3. Bloß G, Dollmeier R. Logistik des Hausbesuchs. Internist 2000; 41: 704-708
4. Braun R, Fink W, Kamenski G. Fälleverteilungsgesetz. In: Braun R, Fink W, Kamenski G. Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Wien: Verlag Berger Horn, 2007; 36-64
5. Böger RH, Schmidt G. Nichtopioide Analgetika. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg). Arzneiverordnungsreport 2008. Heidelberg: Springer, 2008; 242-243
6. Burmester G, Wille H. Arzttasche – welche Medikamente sind notwendig? Bremer Ärztejournal 2008; 58: 15-16
7. Devroey D, Cogge M, Betz W. Do general practitioners use what's in their doctor's bag? Scand J Prim Health Care 2002; 20: 242-243
8. Drug and Therapeutics Bulletin. Drugs for the doctor's bag. Drug Ther Bull 1995; 33: 3-5
9. Drug and Therapeutics Bulletin. Drugs for the doctor's bag. Drug Ther Bull 2005; 43: 65-68
10. Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H (Hrsg.). Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2005
11. Grond S, Radbruch L, Lehmann KA. Clinical pharmacokinetics of transdermal opioids: Focus on transdermal fentanyl. Clinical Pharmacokinetics 2000; 38: 59-89
12. Hiranek N. What's in the doctor's bag. Australian Family Physician 2004; 33: 714-720
13. KV-Statistik Bayern. Hausbesuche durch Praktische Ärzte, Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten in den Quartalen III/07 bis II/08. Anfrage bei der Abteilung Statistik der KV Bayern Oktober 2009
14. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-74
15. Nakar S, Vinker S, Weingarten MA. What family physicians need in their doctor's bag. Fam Pract 1995; 12: 430-432
16. Nationale Versorgungsleitlinie Asthma, Langfassung, 2. Auflage. Version 1.1, März 2010: 47. <http://www.asthma.versorgungsleitlinien.de> (acc. 19.04.2010)
17. QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen, Kassenärztliche Bundesvereinigung Deutschland. <http://www.kbv.de/qep.html> (acc. 19.04.2010)
18. Rosemann T, Joos S, Koerner T, Heiderhoff M, Laux G, Szecsenyi J. Use of a patient information leaflet to influence patient decisions regarding mode of administration of NSAID medications in case of acute low back pain. Eur Spine J 2006; 15: 1737-1741
19. Silber S, Albertsson P, Aviles FF, Camici PG, et al. Guidelines for Percutaneous Coronary Interventions: the task force for percutaneous coronary interventions of the European society of cardiology. Eur Heart J 2005; 26: 804-847
20. Susen B. Der ärztliche Notfalldienst. Rheinisches Ärztebl 2007; 3: 11-13
21. Tönnies H. Hausbesuch. In: Kochen MM (Hrsg). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme-Verlag, 2006: 15-8
22. Was gehört in die ärztliche Notfalltasche. arznei-telegramm 1995; 5: 50-51



**DEGAM**

## VORANKÜNDIGUNG:

Hauptversammlung/  
Mitgliederversammlung der DEGAM:

Freitag, 24. September um 16 Uhr in Dresden